



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA**

Facoltà di medicina e chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche dell'attività
motoria preventiva e adattata

Il potenziale terapeutico dell'ambiente montano: la Montagnaterapia

Tesi di laurea di
Mattia Bertolissi

Relatore prof.
Emilio Grasso

Anno accademico 2018 – 2019

Indice

Introduzione	5
Capitolo 1 – Storia ed organizzazione della Montagnaterapia	7
1.1 – Nascita e sviluppo della Montagnaterapia.....	7
1.2 – Organizzazione della Montagnaterapia.....	10
Capitolo 2 – La montagna per tutti	25
2.1 – Montagnaterapia e disagio psichico.....	27
2.2 – Montagnaterapia e disabilità motoria: la joelette.....	30
2.3 - Montagnaterapia e diabete.....	33
2.4 – Montagnaterapia e patologie cardiovascolari.....	36
2.5 – Altri ambiti di intervento della Montagnaterapia.....	39
Capitolo 3 - L'esperienza spezzina: il "Gruppo Terra di mezzo" ed il progetto "Un sentiero per tutti"	43
3.1 – Il “Gruppo Terra di Mezzo”.....	43
3.2 – Il progetto “Un sentiero per tutti”.....	50
Conclusioni	54

Bibliografia.....	57
Sitografia.....	61

Introduzione

Negli ultimi decenni, con l'aumento dell'aspettativa di vita e della consapevolezza del beneficio apportato dall'attività fisica ad ogni individuo (qualora sia correttamente modulata), si è assistito ad un aumento considerevole delle attività che è possibile proporre a soggetti con diverse tipologie di disabilità fisica e psichica. Sempre più spesso si sente parlare di "Attività Fisica Adattata": "Attività fisica", quindi ogni movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporti un dispendio energetico (OMS, 2014); "adattata", ossia modulata sulle caratteristiche, sulle capacità, sulle preferenze della persona che la svolgerà. Al giorno d'oggi questo termine è utilizzato soprattutto per indicare una ginnastica preventiva e di mantenimento, svolta perlopiù in palestra, in piscina o all'aperto tramite gruppi di cammino, e rivolta a soggetti con rachialgia, sindromi algiche da ipomobilità, osteoporosi, ipertensione, diabete, obesità, problemi respiratori e cardiaci, sclerosi, artrite reumatoide, spondilite anchilosante, esiti di ictus e Parkinson, sindromi spastiche ed extrapiramidali ed altre patologie: stiamo parlando del cosiddetto "progetto A.F.A.", un progetto volto alla prevenzione secondaria e terziaria della disabilità tramite la diffusione di un programma di esercizio fisico riportato in specifici protocolli. Come sappiamo, però, l'attività fisica si esprime tramite una miriade di discipline e di possibilità di movimento, e non si limita solo a lezioni in palestra, in piscina o di camminata; viene da sé che il termine "Attività Fisica Adattata" abbia un'accezione ben più ampia di quella legata al solo progetto A.F.A.: indica infatti un qualsiasi tipo di attività fisica che, per alterazioni fisiche o psichiche dell'individuo che la svolge, richiede un qualche tipo di adattamento. Sicuramente, quindi, rientra nell'accezione del termine la Montagnaterapia, un originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socioeducativo finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e alla riabilitazione di individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità, attuato attraverso il lavoro sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna (AMI, 2009).

L'obiettivo di questa tesi è quello di sottolineare l'efficacia della Montagnaterapia, un'attività con più di 100 anni di storia, che in Italia si basa sulla collaborazione con il CAI (Club Alpino Italiano), la cui anima solidale permette di tradurre concretamente gli alti valori umani dell'Alpinismo, l'impegno, la capacità di accettazione degli altri, la dedizione, l'amore e la passione per la montagna. Riportate, nel primo capitolo, la

storia e l'organizzazione di questa eccezionale attività, proseguirò con la descrizione di alcune delle patologie cui la Montagnaterapia è maggiormente rivolta e terminerò riportando i progetti ed i risultati di un gruppo molto attivo in questo ambito, quello di La Spezia.

Capitolo 1

Storia ed organizzazione della Montagnaterapia

La Montagnaterapia è un'attività giovane, che sembra avere poco più di cento anni di storia. Le prime testimonianze risalgono all'inizio del Novecento, in America; per vedere realizzate esperienze simili in Europa, invece, dobbiamo aspettare gli anni Ottanta, quando alcuni gruppi di pionieri tentarono questo nuovo approccio con persone affette da diversi tipi di disabilità, ben coscienti dei benefici che la montagna poteva apportare loro. Si trattava però di realtà isolate, sconosciute ai più, che tali rimasero per almeno due decenni. In Italia solo nel 1999 fu assegnato un nome all'attività, e da allora si procedette con la fondazione di nuovi gruppi, con convegni e riunioni che dettero sempre più valore e credibilità al movimento, fino ad arrivare a quella che è l'attuale organizzazione. Tuttora sono molti i gruppi attivi in Italia, ma la Montagnaterapia è ancora un'attività poco conosciuta e in via di sviluppo; se da una parte troviamo gruppi ben radicati, con decenni di storia ed esperienza, dall'altra sono molte le sezioni CAI che ancora non hanno sviluppato questo progetto.

1.1 – Nascita e sviluppo della Montagnaterapia

L'idea di utilizzare la natura e l'avventura per trattare persone con disagio fisico o mentale è recente, ma ha una notevole storia. Già nel 1906 compare un articolo sull'*American Journal of Insanity* (ora *American Journal of Psychiatry*) in cui si parla di *Tent Therapy*, sia per pazienti con tubercolosi, che per pazienti psichiatrici, esperienze che riportarono risultati eccellenti. Sempre negli Usa furono condotti, negli anni

successivi, altri esperimenti, mirati soprattutto all'analisi di esperienze in ambiente naturale sullo sviluppo della personalità e sul recupero di adolescenti problematici.

In seguito, negli anni Trenta, il tedesco Kurt Hahn elaborò una filosofia educativa innovativa (per quei tempi) che inseriva spedizioni in ambiente naturale per scopi educativi. Non terapia, quindi, né ragazzi problematici, ma una vera e propria scuola per giovani benestanti che crede nell'importanza del contatto con la natura.

Per vedere esperienze più strutturate e professionali bisogna attendere gli anni Ottanta: nel Nord Europa si svilupparono progetti che inizialmente utilizzavano non la montagna, ma la barca a vela, attività che poi troverà uno sviluppo molto ampio anche in Italia. Nasce così la Montagnaterapia, in Belgio e Francia, grazie alla collaborazione tra sodalizi di montagna, aziende sanitarie e organizzazioni non profit; in Italia, invece, le prime esperienze sembrano risalire agli anni Novanta, quando alcuni gruppi iniziarono delle attività che si possono considerare, in senso lato, come Montagnaterapia, senza però farsi conoscere molto al di fuori dell'associazione organizzatrice, e sfuggendo quindi alle statistiche. Si ricordano ad esempio l'esperienza dell'associazione francese Moi-je di Mezières, all'inizio degli anni '90 e, in Italia, quella della Fondazione Emilia Bosis di Bergamo.

Il termine "Montagnaterapia" fu utilizzato per la prima volta solo nel 1999, in un articolo del giornalista Claudio Ragoni a commento del Convegno Nazionale "Montagna e solidarietà: esperienze a confronto", svoltosi a settembre dello stesso anno a Pinzolo, in Trentino, in cui fu presentato un particolare approccio che univa la montagna alle realtà del disagio e del disturbo psichico e fisico; con un nome, e con dieci anni di esperienza, l'attività cominciò finalmente a strutturarsi. Nell'anno successivo nacque infatti, nella Regione Lazio, il "Gruppo di Lavoro per la Montagnaterapia", costituito da un team di operatori delle Aziende Sanitarie Locali operanti come soci, volontari, o istruttori nel Club Alpino Italiano, e con una significativa esperienza nel campo psichiatrico e psicoterapeutico, dell'animazione dei gruppi e dell'alpinismo ed escursionismo. Questo organismo tecnico, nato da un libero accordo fra operatori pubblici, volontari e tirocinanti con differenti professionalità, competenze, anzianità di servizio ed appartenenze associative, si basava su comuni consapevolezze e motivazioni: quelle rilevate durante le innumerevoli esperienze extra

cliniche, per alcuni maturate già dalla fine degli anni Settanta e per tutti gli anni Ottanta, per altri più recenti, che rendevano evidenti le particolarissime potenzialità trasformative e terapeutiche per le persone allora assistite nei Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL. Il Gruppo di Lavoro nasce per dare continuità e forza a questo tipo di attività, aggiornandola in un confronto teorico e clinico con riunioni a cadenza mensile, ed organizzando annualmente un Convegno specifico, con relazioni scientifiche e video sugli aspetti teorici ed operativi.

Mossi questi primi passi nel 2000, seguirono alcune tappe importanti: la nascita del gruppo "Sopraimille" per opera della SAT (Società degli Alpinisti Tridentini) di Trento con lo scopo di studiare l'effetto terapeutico delle escursioni in montagna nei riguardi di alcuni pazienti con disturbi mentali, ed i convegni del rifugio Pernici, presso Riva del Garda, nel 2004 e 2005; la partecipazione, nel settembre 2006, del Gruppo di Lavoro del Lazio e di altri gruppi ed operatori alla Giornata Culturale del CAI sulla Montagnaterapia in Trentino (Centro di formazione del CAI al Passo Pordoi) ed alla successiva giornata in cui viene costituito il Coordinamento Nazionale per la Montagnaterapia. L'Italia viene così divisa in macro-zone geografiche che possono comprendere anche più regioni: è il caso del Lazio, cui vengono accorpate Umbria, Marche, Molise ed Abruzzo. Proseguono inoltre gli incontri esperienziali regionali (tre all'anno) con i gruppi del Lazio, e nel 2008 si tiene il primo convegno nazionale, che da allora si svolge ogni due anni, che ha sempre visto grande partecipazione di operatori, volontari e pubblico e grazie al quale il movimento acquista visibilità. Nel 2009 nasce a Torino "La montagna che aiuta" per assistere persone con disagio psichico e, più avanti, anche con disturbi sensoriali o motori; nel settembre dello stesso anno, con il patrocinio del Gruppo Montagnaterapia del Centro Italia, nasce a Roma l'Associazione Montagnaterapia Italiana ONLUS, come supporto operativo al Gruppo per la definizione delle linee guida e del protocollo operativo della Montagnaterapia, e per la gestione dei progetti. Un altro momento decisivo si ha nel 2012, quando viene importata dalla Francia la joelette, una speciale carrozzina che consente il trasporto di disabili motori in montagna e quindi la partecipazione di questa categoria di pazienti ad escursioni su sentieri prima a loro inaccessibili. Negli anni successivi il movimento della Montagnaterapia continua a crescere: vengono organizzati diversi raduni, nascono molti nuovi progetti (alcuni dei quali comprendono anche attività diverse dal

trekking, quali arrampicata, speleologia, Mountain Bike, parapendio), vengono proposti attrezzi nuovi come le ciaspole o il materiale da arrampicata per non vedenti ed ipovedenti e vengono prodotti articoli e pubblicazioni di vario genere, come “Diversamente escursione-abile”, che comprende quattordici escursioni adatte a tutti (percorribili anche con joelette, quindi).

Ad oggi operano in Italia differenti gruppi ed équipes di esperti dell’ambito della salute-sanità (psicologi, medici, educatori, infermieri, fisioterapisti) e del settore montagna-natura (istruttori CAI, guide alpine, accompagnatori di media montagna, maestri di sci, esperti del CAI e di associazioni sportive) che si integrano sinergicamente, come prevede il protocollo operativo costruito dopo anni di sperimentazione. Nel frattempo, negli USA, si sono sviluppate attività come la *Wilderness Therapy* o *l’Outdoor Behavioral Healthcare*, che via via assurgono a vere e proprie discipline sanitarie o educative per una varietà di popolazioni, come dipendenti da sostanze, persone con disabilità o malattia psichiatrica, e giovani problematici.

1.2 – Organizzazione della Montagnaterapia

Per molti anni, per mancanza di organizzazione e di unità a livello nazionale, ma anche per salvaguardare la ricchezza e la biodiversità dei diversi gruppi che costituivano il movimento, la Montagnaterapia non ha avuto linee guida. Le uscite si basavano semplicemente su alcune prassi largamente condivise, che rappresentavano anche la differenza fra quella che è un’attività riabilitativa come la Montagnaterapia, ed una semplice escursione in montagna: tra le più importanti, la presenza di accompagnatori di diverse professionalità nell’ambito sanitario (medici, psicologi, educatori, infermieri, operatori socio sanitari ecc.), in collaborazione con esperti della montagna (accompagnatori CAI, guide alpine, guide escursionistiche).

Negli ultimi anni è venuto però alla luce un potenziale problema: il rischio che, laddove la passione per la montagna non venisse coniugata con un rigore professionale e metodologico di alto profilo, si potesse perdere di vista l’esito che dai PMT (Progetti di Montagnaterapia) ci si doveva attendere, per privilegiare i processi, e quindi le attività

outdoor, accattivanti e che finiscono per costituire una motivazione sufficiente ad organizzare le uscite. Per evitare ciò, considerato anche che, alla vista dei non conoscitori, le attività di questo tipo potrebbero apparire come prevalentemente ludiche, di svago, di piacere fisico e mentale, e non sociosanitarie ed educative, nel 2018 è stato stilato un programma di QMT, ossia di Qualità in Montagnaterapia (Tab. 1): in questo modo, con un documento ufficiale, per la prima volta veniva fornita una chiara definizione delle attività e delle metodologie di valutazione e della loro efficacia. Il QMT raccoglie una serie di requisiti minimi che un PMT deve rispettare per essere definito tale: alcune sue caratteristiche, le professionalità necessarie, i soggetti cui è rivolto, le attività, il sistema informativo, il sistema qualità, ecc.: una serie di criteri qualificanti da un punto di vista sociosanitario ed educativo, la loro motivazione, i risultati che ci si può attendere.

Tab. 1: I criteri per la definizione dei progetti di Montagnaterapia

1. II PMT

Cosa	Come e perché	Azioni e fatti
1. Il PMT viene descritto in documenti scritti, discussi e condivisi dal Gruppo Professionale (GP) che lo conduce	Richiedere documenti scritti ha due motivazioni: a) stimolare il ragionamento: per scrivere il programma, bisogna riflettere, discutere, chiarire, rendere comprensibile quel che si vuole fare; b) permettere la condivisione in modo chiaro	Esiste un PMT scritto, articolato, con paragrafi come: analisi e presupposti, obiettivi, azioni, valutazione, risorse
2. Il PMT viene presentato agli stakeholder	Serve a creare una rete di consensi, partecipazione e supporto al PMT	Vengono individuati gli stakeholder (soggetti istituzionali pubblici e associazioni del territorio e del privato sociale) e vengono tenuti una serie di incontri con i medesimi
3. Viene definita la <i>mission</i>	Per <i>mission</i> si intende un insieme di obiettivi generali a	La <i>mission</i> è frutto di una discussione

del PMT	cui ispirare poi gli obiettivi Specifici	approfondita del GP e del confronto con gli stakeholder
4. La popolazione target è chiaramente individuata	Le caratteristiche dei soggetti destinatari del PMT devono essere chiare perché questo permette di meglio calibrare obiettivi e metodologie	Il PMT contiene un paragrafo che riporta la discussione fatta in proposito e che analizza le caratteristiche cliniche, di funzionamento e sociali dei soggetti cui il PMT è rivolto; utile anche una revisione bibliografica sulle terapie/azioni più comunemente adottate nei loro confronti
5. Vengono definiti gli obiettivi specifici del PM	Quello che differenzia un PMT da attività ludico/ricreative è avere degli specifici obiettivi terapeutici e/o riabilitativi e/o educativi; questi debbono essere chiaramente definiti per poter calibrare le attività e valutare i risultati raggiunti	Il PMT definisce gli obiettivi in forma scritta, congruenti con la mission; gli obiettivi sono basati sulle caratteristiche sociali e/o clinico epidemiologiche della popolazione target
6. Per ogni obiettivo specifico vengono definiti uno o più indicatori	Il GP utilizza gli indicatori per tenere sotto controllo l'andamento del PMT e valutarne gli esiti in termini di salute, benessere e autonomia	Gli indicatori devono essere puntuali, chiaramente definiti ed essere basati su dati facilmente reperibili, possibilmente su una documentazione adeguatamente gestita
7. Il PMT prevede le modalità quali quantitative della partecipazione dei soggetti	Il PMT prevede di coinvolgere i partecipanti cui può essere richiesto, in base alle proprie capacità, un impegno personale come contributo al raggiungimento degli obiettivi	Per esempio, viene quantificato il numero minimo di uscite cui bisogna partecipare, o determinati comportamenti/atteggiamenti da tenere o da evitare durante le uscite

<p>8. Vengono quantificate le risorse necessarie, sia in termini di personale (ore/operatore e rapporto con i partecipanti) che di altri beni e servizi</p>	<p>La quantificazione e la congruenza delle risorse impiegate con gli obiettivi e le azioni conferisce credibilità e continuità al PMT; inoltre la quantificazione delle risorse costituisce il denominatore di possibili indicatori di efficienza e di efficacia</p>	<p>Il PMT contiene una tabella con una stima delle risorse distinta per tipologia, inclusa la quantificazione del loro valore in termini economici</p>
---	---	--

2. Il GP

Cosa	Come e perché	Azioni e fatti
<p>1. Il GP ha competenze multiprofessionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ha accesso strutturato ad una figura medica di consulenza • Include esperti nella relazione d'aiuto • Include tecnici della montagna o di altro ambiente con competenza nella specifica attività prevista dal PMT 	<p>La MT è una attività sociosanitaria ed educativa, ed ha quindi bisogno di competenze sociosanitarie ed educative; i tecnici devono apportare le indispensabili conoscenze ed esperienze sulle attività in montagna o in altro ambiente; la loro competenza deve essere graduata in relazione alle difficoltà tecniche delle uscite; oltre un certo livello di difficoltà, la competenza deve essere riconosciuta o certificata da una istituzione appropriata; la presenza deve esserci nella costruzione del progetto, auspicabile anche nelle singole uscite</p>	<p>Il PMT contiene una tabella delle professioni coinvolte con una quantificazione di massima delle risorse necessarie per ognuna di esse e dei relativi ruoli; i tecnici della montagna hanno o un brevetto, patentino, attestato o una competenza riconosciuta da una entità istituzionale e svolgono l'attività a titolo oneroso o volontario</p>
<p>2. Il GP ha una preparazione specifica sia sulle attività in montagna o in altro ambiente che sulla MT ed esperienza lavorativa specifica nel campo delle problematiche tipiche dei soggetti destinatari</p>	<p>Il GP deve essere preparato a gestire persone in ambiente di montagna, anche se sono presenti tecnici della montagna; inoltre deve avere competenze specifiche di MT, che costituisce un ambito molto particolare</p>	<p>I membri del GP hanno partecipato ad incontri di formazione anche informali sulla sicurezza in montagna e sulla MT</p>

del PMT	per condurre attività terapeutiche, riabilitative ed educative	
3. Il GP ha una preparazione specifica sulla MT ed esperienza lavorativa specifica nel campo delle problematiche tipiche dei soggetti destinatari del PMT	Deve avere competenze specifiche di MT, che costituisce un ambito molto particolare per condurre attività terapeutiche, riabilitative ed educative	I membri del GP hanno seguito un percorso di formazione anche informale sulla MT
4. Il GP ha una preparazione di massima sulle attività in montagna o in altro ambiente	Il GP deve essere preparato a gestire persone in montagna o in altro ambiente, anche se sono presenti tecnici Specializzati	I membri del GP hanno una formazione anche informale sulla sicurezza in montagna o in altro ambiente e sulla gestione di emergenze sanitarie
5. Il GP si incontra periodicamente per valutare l'andamento del PMT	Il PMT va monitorato sia sulla base di valutazioni soggettive del GP che degli indicatori definiti; le valutazioni servono ad aggiustare il PMT, e ridefinire gli obiettivi ed a valutare la partecipazione dei soggetti coinvolti	La periodicità degli incontri dipende dalla frequenza delle uscite; esistono i verbali degli incontri con le conclusioni della discussione

3. Le uscite

Cosa	Come e perché	Azioni e fatti
1. Le linee generali delle uscite sono descritte nel PMT	Le uscite sono gli strumenti per raggiungere gli obiettivi specifici; il PMT deve delinearne le modalità e caratteristiche (luogo, durata, tipo di attività)	Vengono individuate delle buone prassi cui attenersi durante le uscite
2. Il PMT prevede	La sicurezza sia degli operatori che degli utenti è uno dei	Il PMT contiene un vademecum per la

specifiche misure per la sicurezza in montagna o in altro ambiente durante le uscite	punti qualificanti di ogni programma di qualità, a maggior ragione quindi in QMT; la sicurezza attiene quindi non solo all'ambiente dove si opera, ma anche alla capacità fisica dei partecipanti	sicurezza di cui i membri del GP debbono avvalersi e che illustra quali siano gli accorgimenti adottati per rendere i partecipanti ed eventualmente i familiari consapevoli dei rischi delle uscite in montagna o in altro ambiente; se le uscite sono fisicamente impegnative, viene accertata l'idoneità dei partecipanti
3. Le uscite vengono pianificate con congruo anticipo	Un PMT ha un calendario, a differenza dell'uscita estemporanea; questo consente a tutti di programmare la propria partecipazione	Il calendario di massima delle uscite è descritto nel documento del PMT o in documenti collegati ed è coerente con la missione e gli obiettivi definiti
4. Le linee generali del PMT e le caratteristiche delle uscite sono illustrate dal GP ai partecipanti ed eventualmente alle famiglie	È necessario coinvolgere i partecipanti nel PMT, essere sicuri che siano consapevoli degli obiettivi e delle modalità della loro partecipazione, nonché dell'impegno richiesto loro	Viene tenuto un incontro all'inizio del PMT; le opinioni dei partecipanti e dei familiari vengono tenute nel debito conto; gli incontri con i partecipanti sono periodici; ad ogni nuovo partecipante viene fornito un quadro preciso del PMT
5. Ogni uscita può avere un obiettivo specifico in linea con gli obiettivi generali del PMT	Questo accorgimento può essere utile a modulare la progressione del PMT ed a renderla evidente	Anche se non viene definito un obiettivo specifico per ogni uscita, alcune di esse potrebbero però essere a tema
6. Viene raccolto il	Come per ogni attività	Vengono compilati i

consenso informato o ve non si sta toglià acquisito istituzionalmente	sociosanitaria ed educativa, il consenso non va inteso come un mero modulo da far firmare; idealmente il modulo è il verbale di un colloquio fra un membro del GP e il partecipante ed eventualmente la famiglia in cui l'adesione al PMT ed alle sue uscite sono spiegate e discusse	moduli; possono essere utilizzati gli incontri previsti al punto 4; nel caso di uscite con minori il consenso deve essere sottoscritto da chi detiene la responsabilità genitoriale.
7. Ogni uscita può essere preceduta da un incontro con i partecipanti per illustrarne i contenuti, i tempi, gli obiettivi, le misure di sicurezza, i punti critici	Questa è da una parte una elementare misura di conoscenza e condivisione: destinazione, percorso ed eventuali rischi	Le presenze agli incontri vengono registrate e viene creato un archivio del materiale utilizzato; gli incontri sono modulati a seconda del tipo di partecipanti
8. In modi e forme diverse, sono previsti momenti di rielaborazione delle uscite da parte di tutti	La rielaborazione fa parte del processo di partecipazione al PMT	La rielaborazione deve preferibilmente essere svolta in incontri del GP con i partecipanti
9. Tutti i partecipanti alle uscite sono coperti da una adeguata polizza assicurativa		Esiste una politica del PMT in merito alle coperture assicurative, e ovviamente ci sono le relative polizze

4. La documentazione educativa, clinica e amministrativa

Cosa	Come e perché	Azioni e fatti
1. Esistono e vengono aggiornate regolarmente due tipi di scheda; la scheda utente e la scheda uscita	Ogni attività socio-sanitaria ed educativa implica la tenuta di una adeguata documentazione; la documentazione costituisce sia uno	Attraverso le schede è possibile descrivere sia l'evoluzione del singolo partecipante che quanto accade durante le uscite

	strumento professionale del GP che la base dati per costruire gli indicatori	
2. La scheda dell'utente è una scheda clinico/assistenziale/educativa che viene compilata e aggiornata per ogni appartenente alla popolazione target che partecipa al PMT	La scheda utente va considerata come una vera e propria cartella clinica; in ambito sociale è una integrazione del progetto educativo e riabilitativo	La scheda può anche essere inclusa nella scheda del servizio che gestisce o partecipa al PMT
3. La scheda utente è informatizzata e utilizza codifiche standard	Una scheda informatizzata e codificata facilita l'elaborazione dei dati e non richiede archivi, basta un computer con backup; prestare attenzione alle norme che regolano la documentazione clinica (sicurezza, riservatezza, archiviazione, ecc.)	Non è necessario avere software sofisticati, un foglio Excel è più che sufficiente; prestare molta attenzione alle codifiche utilizzate, che siano il più possibile standard
4. La scheda utente utilizza scale validate	L'uso di scale favorisce una qualità elevata e rende comparabili gli esiti fra programmi diversi; uno step intermedio può essere l'uso di griglie di osservazione condivise	Le scale da utilizzare vengono definite in fase di elaborazione del PMT; le scale devono essere validate e riconosciute in letteratura
5. La scheda utente viene regolarmente aggiornata dopo ogni uscita, e comunque ogni sei mesi	È importante che ci sia una qualità elevata della documentazione clinica ed educativa; serve una tensione verso la completezza e l'accuratezza della scheda	Qualora un utente non partecipi a tutte le uscite, comunque la sua scheda va aggiornata
6. La scheda uscita viene compilata dopo ogni uscita	La scheda uscita serve alla rendicontazione e valutazione del PMT;	Basta una sintesi sui fatti salienti: data, presenti, ore/operatore,

	raccoglie inoltre informazioni e osservazioni sullo svolgimento delle uscite	altre risorse impiegate, commenti, eventuale tema/obiettivo
7. La scheda uscita è informatizzata	L'informatizzazione, anche semplice, serve a poter elaborare facilmente i dati	È sufficiente un foglio Excel

5. La valutazione

Cosa	Come e perché	Azioni e fatti
1. I dati delle schede utente vengono analizzati periodicamente per valutare l'andamento del PMT ed il percorso verso il raggiungimento degli obiettivi	La scheda utente è la base della valutazione di esito, per capire se il PMT in qualche modo modifica le condizioni di ogni singolo utente	L'elaborazione richiede minime competenze statistiche; la scheda utente viene utilizzata solo da operatori autorizzati; eventuali elaborazioni affidate a persone esterne presuppongono l'anonimizzazione dei dati
2. La valutazione viene discussa con l'utente e/o la famiglia	Il colloquio è parte rilevante della partecipazione dell'utente al PMT	Il PMT prevede colloqui periodici con gli utenti
3. Viene effettuata una rendicontazione periodica delle risorse utilizzate	Questo è particolarmente importante se si utilizzano risorse pubbliche (per es. personale in ore di servizio)	Va preparata una tabella almeno annuale ed una a fine PMT
4. Viene stesa una relazione perlomeno annuale	La relazione costituisce un importante momento di riflessione per gli stessi motivi per cui è	La relazione contiene i valori degli indicatori scelti, una sintesi delle risorse e

	importante che il PMT sia in forma scritta	valutazioni sull'andamento del PMT
5. A seguito della valutazione il PMT e le relative attività vengono eventualmente corrette	Esiste un loop programmatico e il gruppo ha capacità di analisi del proprio funzionamento	Può essere una parte della relazione di cui al punto precedente; è importante però che ad esso il GP dedichi un incontro, di cui è opportuno venga steso un verbale
6. Le relazioni vengono presentate ai partecipanti ed agli stakeholder	Gli incontri con gli stakeholder servono a mantenere viva l'attenzione di istituzioni e comunità sul PMT	Almeno una volta l'anno

Oggi le attività di Montagnaterapia vengono progettate ed attuate prevalentemente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, o in contesti sociosanitari accreditati, con la fondamentale collaborazione del Club Alpino Italiano (che ne riconosce ufficialmente le finalità e l'Organizzazione Nazionale), e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore (AMI, 2009). Grazie ad essi, in Italia sono ormai centinaia le esperienze rivolte a ipovedenti, a persone con disturbi psichici, a portatori di handicap o disabilità fisiche, a bambini in difficoltà, a persone dipendenti da sostanze, a portatori di patologie specifiche come quelle cardiologiche, oncologiche, ortopediche. L'intervento di Montagnaterapia si concretizza generalmente attraverso l'organizzazione di uno o più piccoli gruppi, che prevedono dai 3 ai 10 partecipanti, i quali condividono un percorso attraverso sessioni di lavoro controllate che hanno come obiettivo un miglioramento in termini di salute psicologica e fisica. Vengono stimulate le dinamiche di gruppo con forte attivazione a livello relazionale ed emotivo, le persone sono accomunate da obiettivi e mezzi condivisi e tutti i partecipanti sono ugualmente importanti. Le uscite, che possono avere cadenza mensile, ma anche settimanale, sono solitamente precedute da un incontro preparatorio, e alternate ad incontri-sedute all'interno delle

strutture (Servizi dell'ASL o sedi delle associazioni) a carattere psicoterapeutico di gruppo; queste occasioni possono essere sfruttate per la rielaborazione dell'eventuale materiale video-

registrato raccolto durante le escursioni, ed utile all'analisi di ciò che avviene nella pratica.

Per quanto riguarda l'organizzazione della Montagnaterapia da un punto di vista nazionale, nel 2005 il territorio italiano è stato suddiviso in nove "macro-zone geografiche": Veneto/Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Emilia-Romagna, Sud, Lazio e Centro Italia, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Liguria/Piemonte/Valle d'Aosta. Ognuna di queste è gestita da un referente, che ha diversi compiti: mappare i gruppi esistenti sul territorio di competenza, far emergere quelli che ancora sono nelle fasi iniziali del progetto, organizzare eventi/incontri per diffondere l'attività, gestire la formazione presso i gruppi nuovi ed esistenti, raccogliere le adesioni per i due incontri annuali presso il centro di formazione Nazionale (al Rifugio Nino Pernici in Trentino e a Riva del Garda), promuovere un lavoro di contatto tra le varie macro zone. Ognuna di queste, a sua volta, comprende diverse organizzazioni accreditate, come le cinquantacinque del Piemonte. È chiaro che risulta difficile tenere sotto controllo tutti i risultati ottenuti dai vari progetti di Montagnaterapia, essendo molte le realtà impegnate nell'attività; per questo, nel febbraio 2017, è stato creato all'interno del CAI il "Gruppo Montagnaterapia" con l'intento di mappare le attività svolte in questo ambito dal Club Alpino Italiano. Da giugno ad agosto dello stesso anno è stato inviato un questionario a 509 Sezioni del CAI (Fig. 1), con l'intenzione di raccogliere dati, rilevare eventuali criticità ed avere una panoramica sulla situazione italiana di quel momento.

Fig. 1: raccolta di dati sull'attività di Montagnaterapia dal CAI

Raccolta dati attività Montagnaterapia



Aree di intervento: 1) disagio psichico 2) disabilità (sensoriali, motorie, cognitive) 3) dipendenza (droga, gioco...) 4) sociale (adolescenti a rischio, detenuti, migranti...) 5) Promozione della salute (es. cardiopatia, diabete, oncologia...). Il presente questionario viene inviato alle sezioni con la preghiera di compilarlo al fine di raccogliere i dati sulle attività di Montagnaterapia del CAI. Le attività di Montagnaterapia svolte dalle Sezioni possono essere in convenzione con la ASL o anche senza regime di convenzione.

NOTE DI COMPILAZIONE: (1) in sintesi MT=Montagnaterapia; (2) rispondere cortesemente a TUTTE le domande; (3) barrare con una crocetta una o più opzioni di scelta, indicando dove richiesto un numero; (4) inviare compilato entro il 31/8/17)

1. Sezione (nominativo della Sezione di compilazione):

2. Da quanti anni vengono svolte attività di Montagnaterapia (MT) (solo una opzione)

- (a) < 5 (b) 5 – 10 (c) oltre 10

3. Aree di intervento: (possibilità di indicare più opzioni)

- (a) disagio psichico
(b) disabilità (sensoriali, motorie, cognitive)
(c) dipendenza (droga, gioco, ecc.)
(d) social (adolescenti a rischio, detenuti, migranti, ecc.)
(e) promozione della salute (es. cardiopatia, diabete, oncologia)

4. Le attività di MT vengono svolte in regime di: (possibilità di indicare più opzioni)

- (a) Convenzione ASL
(b) Mediate da Enti Pubblici/Cooperative/Associazioni
(c) Direttamente Sezione

5. Numero di attività di MT annua (media annua delle attività di MT): _____

6. Cadenza delle attività di MT annue (settimanale, mensile, bimestrale...):

7. Numero medio dei partecipanti (utenti /pazienti) alle uscite di MT (da uno a dieci):

8. Numero medio di accompagnatori CAI per escursione/uscita di MT (da 3 a 5 con presenza di altri partecipanti all'escursione): _____



9. Tipologia di escursione/uscita di MT (es. Escursionismo, Alpinismo, Arrampicata, Speleo, MTB, Rafting, Altro):

10. Grado di difficoltà (es. T, E, EE, EEA, EAI, F, MD, D, WT1): _____

11. La Sezione svolge attività culturali/eventi legati alla MT? Se sì quali:

12. Soci Titolati all'accompagnamento delle attività di MT: indicare il numero

- a) ASE _____ b) AE _____ c) ANE _____ d) Istruttori alpinismo _____ e)
Istruttori Arr.lib. _____
f) Altri _____

13. I partecipanti all'attività sono Soci CAI?

- (a) SÌ (b) NO
(c) Percentuale non soci _____ (i promotori/organizzatori sono soci CAI)

14. Criticità riscontrate:

- a. Sinistri nel corso di escursioni (a) SÌ (b) se sì QUANTI _____ (c) NO
b. Richiesta di formazione specifica? (a) SÌ (b) NO (B) se SÌ
di che genere:

c. ALTRO (descrivere criticità rilevate):

Il primo dei dati rilevati è stato piuttosto deludente: solo 66 delle oltre cinquecento sezioni coinvolte svolgevano, o avevano recentemente svolto, attività di Montagnaterapia. Nonostante ciò, dall'analisi dei pochi questionari compilati, sono comunque emersi dati interessanti: i progetti di Montagnaterapia presi in esame erano rivolti soprattutto a soggetti con disagio psichico (ben il 44% delle attività, contro il 37% della disabilità fisica e l'11% dei problemi di dipendenza) e nel 79% dei casi si trattava di attività escursionistica, mentre nel 12% di arrampicata e nel 9% di speleologia, rafting o mountain bike (è interessante notare lo sviluppo della Montagnaterapia verso ambiti ben più impegnativi e coinvolgenti del trekking). Molte sono state le criticità rilevate: la necessità di revisione delle linee guida (aggiornate più volte, l'ultima delle quali a giugno 2019 – Fig. 2), i problemi relativi alle questioni assicurative e di tesseramento, la mancanza di condivisione in grado di uniformare la gestione, il bisogno di rigore da parte dei responsabili del progetto. Quest'ultima, in particolare, è stata una delle maggiori preoccupazioni riportate dai compilatori: la Montagnaterapia non è una pseudo-scienza, ed è importante coniugare la passione per la montagna con il rigore professionale, scientifico e metodologico per non perdere di vista gli obiettivi ultimi dell'attività. È importante, all'interno di ogni progetto, definire il programma, il gruppo di lavoro, il resoconto delle uscite, la documentazione clinica, educativa ed amministrativa ed uno studio degli esiti dell'attività; sono queste necessità che, nell'anno successivo, hanno portato alla definizione del PMT. Con l'aumentare del numero di progetti e dei conseguenti risultati, inoltre, si è evidenziata una sempre maggiore esigenza di coordinazione e comunicazione tra le varie Sezioni: lo scambio di esperienze potrebbe portare alla luce le migliori modalità di svolgimento dell'attività e, con il tempo, potrebbe condurre all'uniformazione, su un piano nazionale (o almeno nell'ambito di una stessa macro-area), degli strumenti più adatti da utilizzare in ogni contesto.

Fig. 2: linee guida della Montagnaterapia a giugno 2019

La Montagnaterapia nel Club Alpino Italiano

- La Montagnaterapia è attività del Club Alpino Italiano svolta attraverso le sue sezioni e organi tecnici operativi.
- La Montagnaterapia è un approccio metodologico terapeutico/riabilitativo e/o socioeducativo finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie, disabilità.
- La Montagnaterapia è rivolta agli ambiti più svariati, come salute mentale, dipendenze, disabilità cognitive e sensoriali, promozione della salute, disagio sociale.
- La Montagnaterapia è progettata per svolgersi, attraverso il lavoro sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna.

Articolazione del progetto-tipo nella Montagnaterapia

- La Sezione viene contattata da ASL, Servizi Sociali, Comunità terapeutiche, Associazioni o altro per ottenere un accompagnamento in ragionevole sicurezza in ambiente montano di un gruppo di persone giudicate idonee dal committente stesso a tale attività.
- Durante una riunione preliminare deve essere concordato, anche tramite una convenzione, il ruolo degli accompagnatori e degli operatori e/o educatori dei servizi all'interno dell'équipe multidisciplinare; inoltre, il Presidente di Sezione si accerta che tutti i partecipanti vengano assicurati per gli infortuni e la responsabilità civile.
- La gestione delle problematiche clinico-relazionali delle persone accompagnate spetta agli operatori professionali.
- I titolati/qualificati Le Sezioni CAI, in base alle problematiche dei partecipanti, stabiliscono l'appropriato rapporto numerico fra tecnici della montagna, operatori dei servizi e persone da accompagnare.
- Spetta alle Sezioni la scelta delle mete, che devono corrispondere alle buone regole dell'accompagnamento CAI ed a requisiti di dislivello, difficoltà, durata, stagione, esposizione, ecc. adatti alle possibilità di tutti i partecipanti. Sempre agli accompagnatori spetta anche di valutare mediante sopralluogo lo stato del percorso scelto.
- Il Presidente della Sezione, nel caso in cui i livelli di difficoltà dei percorsi individuati lo richiedano, designa Titolati/Qualificati per la conduzione dell'attività.
- In occasione della pianificazione e della conduzione gli accompagnatori verificano che l'equipaggiamento sia adeguato alle attività programmate, sia per quanto riguarda l'abbigliamento, sia per quanto riguarda l'attrezzatura.
- Sono da prevedere momenti in-formativi per gli accompagnatori sulle corrette modalità di partecipazione alle attività di Montagnaterapia di cui sono incaricati.

Capitolo 2

La montagna per tutti

I benefici psicologici apportati dalle camminate in montagna e le relazioni che si vengono a creare durante l'attività, insieme a tutti i valori che questo ambiente può insegnare, costituiscono la base della Montagnaterapia. Prima di tutto, esistono diversi studi sulla relazione tra ambiente naturale e riduzione dello stress: un recentissimo articolo pubblicato sulla rivista *Frontiers in Psychology* (Mary Carol R. Hunter et al. 2019) dimostra come siano sufficienti venti minuti a contatto con la natura per ridurre i valori dell'ormone dello stress. Per persone che in molti casi trascorrono una vita ritirata, sedentaria e con scarsi stimoli, la possibilità di riprendere contatto con un ambiente naturale, relativamente incontaminato, è fondamentale, e rappresenta un punto cardine della Montagnaterapia: secondo la teoria del *Nature deficit disorder*, infatti, la mancanza di contatti con l'ambiente naturale sarebbe causa di un'ampia gamma di problemi comportamentali (Louv R., 2005). Inoltre, il fatto di lasciare il contesto dell'ambiente di cura per esplorare luoghi nuovi, mettendosi alla prova, è sicuramente un'esperienza positiva, che può portare a significativi progressi nell'autostima e nel senso di autoefficacia, e può aiutare a sviluppare efficaci strategie di coping.

Un altro aspetto importante circa gli effetti benefici della Montagnaterapia riguarda le dinamiche relazionali. L'attività è svolta in gruppo, un insieme di persone con lo stesso obiettivo, e ciò favorisce, in primis, un senso di appartenenza che per qualcuno può rappresentare un'esperienza nuova. Camminare con altre persone, dormire in un rifugio, condividere degli obiettivi, poi, sono tutte esperienze che annullano le diversità. In una situazione simile, si favorisce il senso di autoefficacia legato alla consapevolezza e all'esperienza che le proprie azioni incidono sull'ambiente e sono utili a se stessi e agli altri; inoltre si sperimentano nuove strategie relazionali e di problem solving, confrontandosi con limiti e possibilità. Da qui emerge l'importanza

della sessione di rielaborazione successiva all'uscita in montagna: un momento in cui depositare, condividere, costruire significati rispetto alle dinamiche emerse, mantenendo la struttura del gruppo. Questo rappresenta un potente strumento di conoscenza ed autoconoscenza che fornisce la possibilità di riconoscersi attraverso gli altri, sperimentare relazioni e di introiettare esperienze positive. La condivisione di esperienze nuove e diverse permette una ristrutturazione delle dinamiche di ruolo fra utenti e operatori, che può portare – se gli operatori sono in grado di mettersi in gioco in modo adeguato – a significative evoluzioni nella relazione terapeutica. Non va poi trascurato il ruolo degli esperti, solitamente accompagnatori e volontari del Club alpino italiano che, in quanto estranei al contesto dei servizi, possono svolgere un'importante funzione di socializzazione e lotta allo stigma.

“Salire su una cima”, “raggiungere una vetta”, “fare una scalata” sono poi tutte espressioni che, attraverso il riferimento metaforico alla montagna, indicano il successo, il raggiungimento degli obiettivi, l'andare verso l'alto. La montagna, dunque, diventa simbolo di determinazione, di punto di arrivo, di meta più o meno facilmente raggiungibile che ben rappresenta l'idea di “farcela”, un terreno di gioco dove ognuno può conoscere e confrontarsi con i propri limiti. La premessa metaforica mette in evidenza uno dei fattori che rende così efficace la Montagnaterapia, dove l'ambiente montano reale diventa luogo di terapia a vari livelli.

Pur non svolgendosi con intervalli abbastanza brevi da apportare benefici fisici a lungo termine, inoltre, la Montagnaterapia è pur sempre una forma di attività fisica (un'attività fisica adattata, come si diceva nell'introduzione), con tutti i miglioramenti che essa può apportare anche a breve termine. La relazione tra esercizio e miglioramento del tono dell'umore veniva già trattata in un articolo del 2005 (Marco Aurélio Monteiro Peluso et al.), tesi confermata successivamente da moltissimi altri studi: svolgendo attività fisica, il corpo rilascia endorfine, ormoni che riducono la percezione del dolore, della fatica, aiutano a rilassarsi ed incrementano l'efficacia del sistema immunitario, oltre che accrescere la sensazione di ottimismo e soddisfazione. L'esposizione al sole, inoltre, favorisce la produzione di vitamina D, fondamentale per l'assorbimento del calcio e del fosforo; in alta quota la diminuzione della pressione parziale di ossigeno porta ad un aumento della concentrazione dell'

emoglobina e quindi dei globuli rossi, e l'aria più pura, priva di allergeni, consente lo svolgimento dell'attività anche a soggetti con problematiche dell'apparato respiratorio; l'attività fisica aumenta le difese immunitarie (Walsh NP et al, 2011), così come alcuni altri ambienti naturali, grazie all'interazione tra il corpo umano ed i terpeni rilasciati dalle piante (Li Q, 2019).

L'attività fisica all'aria aperta, infine, ha effetti vitalizzanti (Richard M. Ryan et al, 2010); le esperienze passate dimostrano che la Montagnaterapia è efficace nel promuovere uno stile di vita più sano, aiutando a contrastare abitudini nocive (tabagismo, alcolismo) e a promuovere un regime dietetico più salutare, e questo, insieme a tutti i benefici sopraelencati, è la motivazione per cui l'attività è adatta e benefica per diverse popolazioni di individui: disabili fisici e mentali, ma anche giovani con Bisogni Educativi Speciali e soggetti affetti da dipendenze.

2.1 – Montagnaterapia e disagio psichico

La prima condizione patologica cui la Montagnaterapia si è rivolta, in America all'inizio del Novecento così come in Italia alla fine degli anni Novanta, è stata quella del disagio psichico; gli ottimi risultati ottenuti in passato, insieme a quelli raggiunti ultimamente, consentono all'attività di diffondersi sempre più nei vari CSM (Centri di Salute Mentale) e CD (Centri Diurni, che offrono un servizio semiresidenziale), apportando benefici immensi ai soggetti che hanno la possibilità di usufruirne. Occorre osservare che, a differenza di altre patologie, in questo caso la Montagnaterapia affronta un ambito ben più ampio ed eterogeneo: il termine "disturbo mentale", o "disagio psichico" si riferisce ad una pluralità di condizioni, tra le quali la schizofrenia, il disturbo schizo affettivo, il ritardo mentale, i disturbi di personalità, le psicosi affettive, i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore, le nevrosi, le manie, i disturbi del comportamento alimentare, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi somatoformi, il disturbo da stress post traumatico, solo per citare alcuni dei più conosciuti. Per questo motivo, quindi, sarà fondamentale per gli operatori conoscere la storia clinica dei partecipanti,

la gravità della diagnosi, lo stato di cronicizzazione della patologia, in modo da poter organizzare le uscite in base allo stato dei pazienti, e gestire al meglio ogni situazione, in un continuo scambio tra gli operatori sanitari del Centro e gli esperti di montagna.

Nonostante l'eterogeneità dell'utenza, i diversi anni di esperienza permettono di evidenziare alcuni benefici che l'attività apporta a tutti i soggetti con disagio psichico che la svolgono. Prima di tutto occorre osservare quanto sia importante, per queste persone, la dimensione di appartenenza ad un gruppo. Si tratta spesso di uomini e donne che, a causa della dinamica della malattia e degli effetti che questa produce nel contesto sociale, intrattengono un rapporto di lontananza e distacco dal mondo in cui si trovano e che vivono una condizione contrassegnata da scarsi scambi interpersonali e da chiusura entro orizzonti ristretti. Uno studio del 2014 (Raheel M. et al.) sottolinea come l'isolamento possa essere una causa del disagio psichico: è chiaro dunque come il contesto in cui queste persone sono inserite possa rappresentare un importante fattore di rischio per il mantenimento di una condizione di squilibrio mentale. La Montagnaterapia, al contrario, è un'attività che si svolge in gruppo e permette di sviluppare un vero senso di appartenenza: appartenenza non solo ad un insieme di persone che svolgono una stessa attività, ma che condividono uno stesso interesse, la montagna, che porta questi soggetti alla riapertura degli orizzonti personali, alla (ri)scoperta del piacere di partecipare ad un'escursione e di condividerla con gli altri. Allo stesso tempo, anche simbolicamente, l'apertura e il senso di infinito legato all'esperienza della montagna contrastano la tradizionale "chiusura" dell'ambiente psichiatrico, e consentono un'elevazione verso l'alto dell'individuo. Occorre sottolineare l'importanza di questa esperienza di transito tra stati di identità differenti: dal sentirsi persone sofferenti di disturbi mentali, isolate e marginalizzate, questi soggetti percepiscono cosa significhi far parte di un gruppo che lavora insieme per raggiungere la meta, l'obiettivo dell'escursione. Questo transito rappresenta una situazione potenzialmente destabilizzante, sia al momento dell'entrata nel contesto del gruppo, che potrebbe essere vissuta negativamente da alcuni, sia in uscita, per via del ritorno allo stato precedente; fondamentale, a tal proposito, sarà la ripetizione del momento dell'entrata/uscita del gruppo, per lasciare ai pazienti il giusto tempo per rielaborare l'esperienza, e la capacità degli operatori di costruire delle connessioni tra i due mondi, quello esterno della montagna e quello interno del centro: in questo modo

è possibile evitare la scissione tra i due contesti, e rendere il transito dall'uno all'altro meno destabilizzante e di conseguenza l'attività più piacevole.

Ma non solo: per alcuni la Montagnaterapia può essere ciò che consente di distaccarsi da quegli orizzonti limitati, il fattore in cui i membri del gruppo sentono, in un certo momento, di poter investire attenzione, desiderio, interesse. In un contesto in cui è difficile partecipare ad esperienze interessanti, l'uscita al di fuori della struttura suscita sicuramente curiosità in molti; se a questo poi si associa la conquista della vetta, metaforicamente la capacità di raggiungere un obiettivo di cui abbiamo già parlato nei paragrafi precedenti, senza dubbio la Montagnaterapia rappresenta una possibilità terapeutica importante. A questo va sommata poi la prospettiva di sviluppo che l'attività offre: la possibilità di procedere lungo un percorso di crescita porta potenzialmente al miglioramento individuale e di gruppo, fattore che fa vivere il sentimento che si può migliorare, ed alla consapevolezza dei risultati raggiunti e dell'incremento delle capacità e delle proprie possibilità. L'esperienza di poter progredire nell'attività si ricollega al concetto della possibile evoluzione personale: il miglioramento sostiene la speranza che le cose, nella vita, non sono ferme ed immutabili, ma ci possono essere margini di trasformazione e sviluppo.

In conclusione, va sottolineato come, in un contesto caratterizzato da esperienze ripetute e povertà di stimoli, la Montagnaterapia possa essere intesa alla stregua di una terapia occupazionale, intendendo con "occupazionale" non un'attività che promuova l'inserimento in ambito lavorativo, ma che occupi in senso attivo il contesto spazio-temporale dell'individuo, stimolandolo da tutti i punti di vista: cognitivo, occupazionale ed emotivo. La montagna diventa quindi un setting terapeutico-riabilitativo: un luogo che può condurre alla guarigione, in particolare alla *recovery* di Coleman (Guarire dal male mentale, 2001), termine inglese che si riferisce al riappropriarsi della propria esperienza di sé, al recupero di un'identità e di un ruolo sociale.

2.2 – Montagnaterapia e disabilità motoria: la joelette

Da qualche anno anche le persone con disabilità motoria hanno la possibilità di frequentare l'ambiente montano, e questo grazie all'introduzione della joelette: una speciale carrozzina da fuori strada a ruota unica che, con l'aiuto di due o più accompagnatori, permette a persone con svariati tipi di deficit di compiere escursioni anche su terreno irregolare e che prende il nome dal suo inventore, Joel Claudel, la guida alpina francese che la costruì nel 1987 per far conoscere la montagna al nipote disabile. Un'invenzione che da anni consente di sfruttare il potenziale terapeutico della montagna anche a persone che, a causa di patologie o incidenti, hanno perso la capacità di camminare: si pensi, ad esempio, a bambini che, colpiti da paralisi cerebrale infantile, sono costretti sulla carrozzina da tutta la vita; oppure a soggetti con lesioni midollari per via di un incidente stradale o colpiti da un accidente di natura cerebrovascolare, che a causa della perdita di autonomia vivono una vera e propria crisi d'identità e disorganizzazione del Sé. La possibilità di frequentare l'ambiente montano consente a questi soggetti di scoprire o di riconquistare uno spazio che possiamo definire "distrutto" per loro, cioè l'ambiente naturale, che a causa della carrozzina risulta lontano e poco esplorato (ricordiamo anche l'importanza di altre attività che consentono il riavvicinamento alla natura, come lo sci da seduti, il kayak e le immersioni); allo stesso tempo rinforza la fiducia in se stessi, contribuisce alla ricostruzione dell'identità del soggetto e all'accettazione del proprio deficit e favorisce la partecipazione ad un gruppo, opponendosi all'alto rischio di isolamento sociale. È il caso di Gianni, scalatore ed amante della natura, emiparetico da qualche anno a causa di un ictus. Gianni non si è arreso, e nonostante l'età (oltre 70 anni!) e la fatica negli spostamenti (deambula con il quadripode e solo con assistenza), continua a frequentare la sua amata montagna partecipando al progetto "La montagna che aiuta" del CAI di Torino. La sezione piemontese, infatti, coordinata da Marco Battain, presidente della Commissione Medica LPV (Liguria – Piemonte – Valle d'Aosta) del CAI, è attiva da oltre dieci anni nell'ambito della Montagnaterapia, in particolare con soggetti affetti da disturbi psichici e con disabilità motoria; grazie alla donazione di una joelette da parte della Reale Mutua Società di Assicurazioni, i volontari torinesi

possono trasportare coloro che lo richiedono lungo vari sentieri e far (ri)vivere la montagna a chi altrimenti sarebbe impossibilitato a frequentarla. È il terzo anno che Gianni partecipa al progetto, e questa partecipazione è il sinonimo del piacere che l'uomo prova nel poter tornare in montagna; il miglioramento del suo umore durante le escursioni è evidente, e pur essendo una persona piuttosto introversa, lungo i sentieri è in grado di far sorridere tutti e di scherzare persino sulla propria condizione (una prova evidente dell'accettazione del deficit).

Come già riportato, i benefici apportati dalla montagna a persone come Gianni sono molti, ma allo stesso tempo due grandi criticità rendono complesso l'utilizzo della joelette: prima di tutto il costo del mezzo, che ne determina una limitata diffusione; in secondo luogo, la necessità di un certo numero di portatori, che siano in grado di condurla in sicurezza e siano dotati di una buona condizione fisica. La speciale carrozzina, infatti, data la particolare finalità, deve possedere caratteristiche uniche e questo contribuisce ad aumentarne il costo: un ottimo sistema di sospensione, la possibilità di essere smontata con facilità per occupare poco spazio e poter essere quindi trasportata senza problemi in auto, manubri posteriori e bracci anteriori per il trasporto su sentiero (ed eventuali fasce da traino per i tratti più ardui da percorrere), resistenza e allo stesso tempo leggerezza, particolari sistemi per mettere in sicurezza il trasportato e consentirgli di sedersi senza pericolo, freni per il controllo dell'andatura in discesa (alcuni modelli sono anche dotati di batteria, così da sgravare i portatori di una parte del peso in tratti particolarmente difficili) e qualsiasi dettaglio ergonomico che possa renderne confortevole l'utilizzo, quale poggiapiedi e poggiatesta regolabili, cuscini e braccioli. Per questi motivi il costo della joelette ammonta a circa tremilacinquecento euro e ciò ne rende difficoltoso l'acquisto per le varie realtà che si occupano di Montagnaterapia, i cui progetti sono spesso scarsamente finanziati e che per questo basano il proprio operato sul volontariato. Fortunatamente in alcuni contesti sono Fondazioni e privati a contribuire all'acquisto del mezzo, come Carispezia nell'ambito del progetto spezzino "un sentiero per tutti", di cui si parlerà nel terzo capitolo, Cariparma a Fontanellato, in Emilia-Romagna, o la Fondazione Crt in Valle Ossola; restano ancora molte, però, le realtà che non possono permettersi questo ausilio e per questo la Montagnaterapia ad oggi risulta essere un'attività per pochi, nell'ambito della disabilità motoria. Da non sottovalutare, poi, la difficoltà di gestione

del mezzo, che richiede dai due ai cinque portatori in base alle caratteristiche del sentiero, ognuno con una specifica funzione. Per le escursioni meno impegnative sono sufficienti due conduttori: uno posteriore, che ha il compito di frenare nei tratti in discesa, spingere in salita e soprattutto di mantenere il mezzo in equilibrio sulla ruota, regolandone le oscillazioni con la propria azione sul manubrio; uno anteriore, che evita gli ostacoli, sceglie l'itinerario più scorrevole per la ruota, trascina la joelette in salita tramite le apposite cinghie e partecipa a mantenerla in equilibrio. Nei tratti più complessi sono necessari anche uno o due portatori laterali, che limitano le oscillazioni tramite le maniglie poste sui braccioli e partecipano alla trazione del mezzo, e un eventuale quinto anteriore che, tramite corde collegate ai bracci, partecipa al trasporto del mezzo in salita. Risulta quindi evidente che la gestione della joelette non sia cosa da poco, e richieda, soprattutto nel caso in cui il soggetto trasportato sia pesante, una buona condizione fisica, buone doti di forza e resistenza e un'ottima coordinazione tra i conduttori. Per questo motivo, da quasi due anni, sono stati introdotti specifici corsi per portatori di joelette, il primo dei quali si è tenuto a La Spezia il 5 Dicembre 2017: sotto la guida di Alessandro Galeffi, formatore per addestramento all'impiego della joelette, i partecipanti hanno potuto approfondire varie tematiche, quali la preparazione dell'escursione, la predisposizione della joelette a seconda del tipo di disabilità e del grado di difficoltà del sentiero, la conoscenza dell'attrezzatura necessaria per riparare eventuali guasti al mezzo, i dispositivi di protezione per il disabile, l'importanza dell'aspetto psicologico ed alcune tecniche utili per rendere più piacevole l'escursione al disabile e le problematiche assicurative. Un'esercitazione pratica ha permesso inoltre ai partecipanti di effettuare le operazioni di smontaggio e rimontaggio del mezzo, con particolare attenzione a tutte le possibili regolazioni rese disponibili dal costruttore, e durante le prove di conduzione della carrozzina sono state illustrate le tecniche corrette per mantenere in equilibrio la joelette nelle varie situazioni, cosicché i nuovi conduttori fossero fin da subito in grado di gestirla su ogni tipo di sentiero.

Superati quindi, con le donazioni e con i corsi specifici, i problemi di ordine economico e di gestione del mezzo, l'attività prosegue grazie all'impegno dei volontari; a piccoli passi si procede anche verso la dimostrazione dell'efficacia della Montagnaterapia in questo ambito, ma già le risposte dei partecipanti in termini di soddisfazione sono

molto positive e fanno pensare che a breve si otterranno dei risultati significativi anche dal punto di vista scientifico.

2.3 – Montagnaterapia e diabete

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta ad un'alterata quantità o funzione dell'insulina, l'ormone prodotto dal pancreas che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno. Esistono diversi tipi di diabete, ma i più diffusi sono quelli di tipo 1 e di tipo 2. Il primo riguarda circa il 10% delle persone con diabete e in genere insorge nell'infanzia o nell'adolescenza. È dovuto ad una mancata produzione di insulina da parte del pancreas a causa della distruzione delle cellule beta che normalmente producono questo ormone; è quindi necessario che essa venga iniettata ogni giorno e per tutta la vita. La causa del diabete di tipo 1 è sconosciuta, ma è stata evidenziata la presenza nel sangue di anticorpi diretti contro antigeni presenti a livello delle cellule che producono insulina: questa alterata risposta immunitaria causa una progressiva distruzione delle cellule beta e la conseguente mancata produzione dell'ormone. Per questo motivo, il diabete di tipo 1 viene classificato tra le malattie cosiddette "autoimmuni", cioè dovute a una reazione immunitaria diretta contro l'organismo stesso.

La forma di tipo 2 è invece più comune e colpisce circa il 90% delle persone con diabete. Anche in questo caso la causa è ignota; il pancreas è in grado di produrre insulina, ma le cellule dell'organismo non riescono ad utilizzarla. In genere, la malattia si manifesta dopo i 30-40 anni e numerosi sono i fattori di rischio riconosciuti associarsi alla sua insorgenza: la familiarità per diabete, l'appartenenza ad alcune etnie, ma soprattutto lo scarso esercizio fisico ed il sovrappeso. Questa osservazione consente di prevedere strategie di prevenzione "primaria", cioè interventi in grado di prevenire l'insorgenza della malattia e che hanno il loro cardine nell'applicazione di uno stile di vita adeguato, che comprenda gli aspetti nutrizionali e l'esercizio fisico: già nel 1991 (Susan P. Helmrigh et al.) uno studio inglese sottolineava come lo svolgimento di

un'attività fisica regolare riduceva sensibilmente l'insorgenza del diabete mellito non-insulino dipendente (di tipo 2).

Ma non solo: una dieta corretta e lo svolgimento di una regolare attività fisica sono alla base del controllo glicemico e della gestione del peso corporeo che devono necessariamente essere messi in atto dalle persone affette da una delle due forme di diabete. Molti studi dimostrano gli effetti benefici di un corretto esercizio fisico nei soggetti affetti da questa malattia (Sheri R. Colberg et al, 2016; J.H. Goedecke, E.O. Ojuka, 2016): calo di peso, consumo di glucosio nei muscoli e quindi riduzione della glicemia, aumento della sensibilità insulinica con conseguente correzione di una delle cause del diabete, aumento del colesterolo HDL ("buono") e riduzione della pressione arteriosa, con miglioramento di molti dei fattori di rischio per le complicanze croniche. L'American Diabetes Association ha riportato sulla rivista *Diabetes Care* quale sia la più corretta gestione dello stile di vita nei soggetti affetti da uno dei due tipi di diabete, evidenziando l'importanza dell'attività fisica in soggetti in cui la malattia si è presentata in diversi stadi di vita (Fig. 3) e della dieta, per la quale parla addirittura di *Nutrition Therapy*.

Fig. 3: Raccomandazioni dell'American Diabetes Association sullo svolgimento di una regolare attività fisica nei soggetti affetti da diabete.

PHYSICAL ACTIVITY

Recommendations

5.24 Children and adolescents with type 1 or type 2 diabetes or prediabetes should engage in 60 min/day or more of moderate- or vigorous-intensity aerobic activity, with vigorous muscle-strengthening and bone-strengthening activities at least 3 days/week. **C**

5.25 Most adults with type 1 **C** and type 2 **B** diabetes should engage in 150 min or more of moderate-to-vigorous intensity aerobic activity per week, spread over at least 3 days/week, with no more than 2 consecutive days without activity. Shorter durations (minimum 75 min/week) of vigorous-intensity or interval training may be sufficient for younger and more physically fit individuals.

5.26 Adults with type 1 **C** and type 2 **B** diabetes should engage in 2–3 sessions/week of resistance exercise on nonconsecutive days.

5.27 All adults, and particularly those with type 2 diabetes, should decrease the amount of time spent in daily sedentary behavior. **B** Prolonged sitting should be interrupted every 30 min for blood glucose benefits, particularly in adults with type 2 diabetes. **C**

5.28 Flexibility training and balance training are recommended 2–3 times/week for older adults with diabetes. Yoga and tai chi may be included based on individual preferences to increase flexibility, muscular strength, and balance. **C**

Come già detto, le uscite di Montagnaterapia vengono svolte mediamente una volta al mese, massimo due nei gruppi più attivi e con più possibilità economiche ed organizzative, con ben poche eccezioni nella bella stagione. Premesso ciò, e considerate le soprariportate raccomandazioni, è chiaro come la Montagnaterapia, da sola, non possa essere l'unica attività di tipo fisico che i soggetti con diabete

dovrebbero svolgere nell'arco della settimana: un'unica domenica al mese in montagna non avrebbe nessuna ricaduta sull'andamento della malattia.

Non bisogna però dimenticare che il diabete ha un forte impatto psicologico sui malati, che improvvisamente si ritrovano a dover riorganizzare la propria vita interna (psicologico-affettiva) ed esterna (comportamenti, abilità pratiche, conoscenze) e devono mettere in atto nuovi stili di vita ed imparare a controllare se stessi ed il proprio corpo per gestire al meglio la malattia. Il sentirsi malati, la scarsa conoscenza sui benefici dell'attività fisica, i diversi fattori ambientali, personali o fisici che limitano l'aderenza ad un programma di esercizio, talvolta spingono i soggetti con diabete ad uno stato di passività e sedentarietà che non fanno altro che aggravare la malattia. Ciò che manca è spesso la motivazione, cioè l'insieme dei fattori che portano un soggetto ad adottare un determinato comportamento o a svolgere una determinata attività; ed è proprio su questo che la Montagnaterapia agisce massimamente. Negli anni sono state diverse le iniziative di "Diab3king", escursioni per soggetti affetti soprattutto da diabete di tipo 1: un progetto che ha portato ad ottimi risultati, il cui nome già insegna qualcosa: il "3", infatti, sta ad indicare la triade terapeutica del trattamento (insulina, alimentazione e attività fisica), e sottolinea così l'importanza di due fattori, la dieta e l'esercizio, la cui efficacia non è assolutamente da sottovalutare. Oltre a questo, i ragazzi imparano a rapportarsi con la malattia anche in situazioni difficili (la salita che può portare a crisi ipoglicemiche, ad esempio), e quindi a gestire il proprio corpo, e tutti insieme raggiungono la vetta: l'obiettivo di una escursione ma, metaforicamente, un traguardo importante nella vita di tutti i giorni, che insegna ai ragazzi che, nonostante la malattia, potranno arrivare ben lontano.

2.4 – Montagnaterapia e patologie cardiovascolari

Nonostante sia ancora ben presente, nell'immaginario collettivo, l'idea che il soggetto con una patologia cardiovascolare non debba svolgere attività fisica (e ancora meno debba frequentare l'ambiente montano), sono molti gli studi (Briffa T. et al, 2006; Balraj S. Heran, 2011; Stepahn D. et al, 2014) che affermano che lo svolgimento di esercizio regolare sia estremamente benefico per molti di questi soggetti per

riacquistare uno stile di vita il quanto più normale possibile, e per prevenire ulteriori incidenti cardiovascolari. Per ottenere i suddetti risultati, i pazienti affetti da una patologia cardiovascolare devono affrontare il cosiddetto “riadattamento cardiovascolare” (RCV), definito dall’OMS come “l’insieme delle attività necessarie per assicurare ai malati cardiaci la migliore condizione fisica, mentale e sociale possibile affinché possano occupare, con i loro propri mezzi, un posto nella vita e nella società il più normale possibile”. L’RCV offre agli utenti la possibilità di acquisire una buona attitudine all’esercizio per evitare la cosiddetta “spirale del decondizionamento”, la classica situazione per cui una malattia cardiaca conduce ad una maggiore sedentarietà, e questa sedentarietà porta ad un ulteriore aggravamento della patologia; insegna inoltre tutte le precauzioni per un corretto svolgimento di un’attività, in modo che il paziente, dopo le prime due fasi che si svolgono rispettivamente in ambito ospedaliero e nel reparto di riadattamento cardiovascolare, sia in grado di affrontare con una maggiore autonomia la terza fase, quella di mantenimento della nuova condizione di salute e di lotta contro i fattori di rischio, che si protrae per tutta la vita. La Montagnaterapia si inserisce nelle prime fasi come un fattore con una duplice funzione: prima di tutto quella di dimostrare a questi soggetti che la patologia non impedisce loro di svolgere attività fisica, e che questa dev’essere affrontata senza necessariamente temere l’incorrere di ulteriori incidenti cardiovascolari (importante, a questo proposito, la concentrazione sul ritmo e sulla respirazione e la valutazione dei parametri legati all’intensità dell’attività), in secondo luogo quella di avvicinare queste persone allo svolgimento di un esercizio fisico regolare che, come dicevamo, è fondamentale per il mantenimento dello stato di salute.

Va sottolineato tuttavia che non tutti i soggetti con patologie cardiovascolari possono partecipare alle escursioni organizzate dai gruppi di Montagnaterapia. Il termine “patologia cardiovascolare” sta ad indicare un qualsiasi processo morboso a carico del sistema cardiocircolatorio, e comprende quindi due diversi tipi di affezioni: le vasculopatie, ossia alterazioni a carattere occlusivo/trombotico del letto vascolare, e le cardiopatie, stati di sofferenza del cuore dovuti a moltissime patologie, congenite o acquisite: quelle valvolari, l’ipertensione polmonare, le aritmie, le endocarditi, le cardiomiopatie, la cardiopatia ischemica, e tante altre. Tutte queste condizioni

possono avere diversi gradi di gravità e potrebbero potenzialmente escludere alcuni soggetti dalla partecipazione alle escursioni: per questo motivo sono di fondamentale importanza i controlli clinici eseguiti prima dell'organizzazione delle uscite in montagna, che consentono di selezionare i partecipanti in base a precisi parametri, come l'assenza di rischi cardiologici relativi all'attività a media quota, ed escludere quindi i soggetti non clinicamente stabili, quelli con sintomi e/o segni di ischemia o insufficienza cardiaca a riposo o durante sforzo moderato, o con aritmie gravi.

Altre restrizioni sono imposte dalle caratteristiche dell'ambiente che si va a frequentare: la riduzione della pressione parziale d'ossigeno, che comporta l'attivazione del sistema neuro adrenergico con conseguente aumento della ventilazione e della frequenza cardiaca, costituisce un importante fattore di rischio per i soggetti cardiopatici, nonché l'elemento che limita l'esercizio fisico in quota. Tuttavia, rimanendo ad altitudini cui l'emoglobina ha ancora una buona affinità con l'ossigeno, le risposte dell'organismo all'ipossia diventano trascurabili, e l'ambiente montano diventa accessibile anche ad alcuni soggetti con una cardiopatia; di fondamentale importanza risulta essere quindi la scelta del percorso, che non deve portare i partecipanti oltre i 3000 metri e che deve consentire una progressione graduale verso la maggiore altitudine, per consentire all'organismo di adattarsi.

Da non trascurare, inoltre, gli effetti psicologici che gli incidenti vascolari possono determinare: diversi studi (Shemesh et al, 2004; Kubzansky et al, 2006; Razzini et al, 2008) evidenziano come sopravvivere ad eventi cardiaci gravi (infarto del miocardio, arresto cardiaco, chirurgia cardiaca, trapianti) influenzi fortemente il benessere psicologico e le condizioni di salute delle persone che ne sono vittime. Il dr. Giulio Scoppola, psicologo e promotore della terapia montana in Italia fin dall'inizio, dopo aver seguito diversi gruppi di Montagnaterapia cardiologica, nel 2010 sottolinea in un articolo (*Cuore amico*) gli innumerevoli benefici psicologici apportati ai soggetti che vi partecipano: prima di tutto, la riconquista della salute psicofisica e psicosociale, accanto alla ri-dinamizzazione del sé ed all'accettazione del limite imposto dall'ambiente. In secondo luogo, la minor difficoltà con cui le persone, in montagna, tendono ad aprirsi e a superare le proprie paure ed i propri limiti: l'opportunità di parlare durante la camminata consente a molti di raccontare gli eventi traumatici in

relazione alla propria patologia (infarto, operazione chirurgica, ecc.), e, in qualche modo, di liberarsi di un peso che li tiene ancorati ad essa ed alla sensazione di sentirsi malati. “Ho visto l’abbandono patologico della paura; ho visto l’abbandono della rabbia; ho osservato l’abbandono della depressione”, commenta il dr. Scoppola. Questo è permesso dall’ambiente montano, un “setting riabilitativo” particolare, che ha un ruolo importante nella riabilitazione di tutti quei soggetti che, a causa della malattia, hanno avuto lunghe esposizioni a luoghi ed operatori sanitari: un ambiente che favorisce le comunicazioni e le relazioni, che aiuta ad accettare le procedure di accertamento diagnostico (monitoraggio pressorio e della frequenza cardiaca), che ricorda ai pazienti che tutte le persone posseggono un personale ritmo (proprio come la montagna) e quanto sia importante recuperarlo dopo averlo perduto nel corso della malattia. Da non dimenticare, poi, il cambiamento di ruolo che gli operatori sono in grado di indurre in questi soggetti: la cultura escursionistica ed alpinistica e l’insegnamento degli aspetti tecnici del mondo della montagna (orientamento, allenamento, alimentazione, equipaggiamento, storia dell’alpinismo, tecnica della progressione in salita e discesa, ecc.) fanno parte integrante dell’attività e caratterizzano ogni escursione ed incontro. Questo consente agli utenti, che all’inizio si sentivano semplicemente dei cardiopatici in cura, di diventare escursionisti con una conoscenza sulla montagna di una certa rilevanza, contribuendo così ulteriormente ad allontanare la sensazione di sentirsi malati e a sentirsi parte non solo del gruppo di compagni ma anche di quello di appassionati e conoscitori della montagna.

2.5 – Altri ambiti di intervento della Montagnaterapia

Nei paragrafi precedenti abbiamo approfondito alcune delle condizioni in cui la Montagnaterapia è stata più utilizzata, ma non si deve pensare che l’attività sia rivolta solo a questi quattro ambiti. Orientata dapprima a migliorare le condizioni di salute dei pazienti con disturbi psichiatrici, l’attività è stata presa in considerazione come tecnica

terapeutico-riabilitativa anche per molte altre condizioni patologiche, e dal 2000 ad oggi sono stati molti i progetti attivati nei più svariati ambiti.

“A spasso con Luisa” è un’iniziativa che promuove l’attività fisica nei trapiantati d’organo ed il loro ritorno ad una vita attiva tramite escursioni in montagna che si svolgono ogni due settimane; quella iniziata a marzo di quest’anno è la quinta edizione del progetto, nato nel 2015 ed ingranditosi grazie all’impegno di Silvio Calvi, anch’esso trapiantato di fegato ed ex presidente del CAI di Bergamo. L’iniziativa fa parte del protocollo di ricerca “Trapianto e adesso sport” promosso dal Ministero della Salute e dal Centro Nazionale Trapianti, il cui scopo è quello di dimostrare che la pratica costante di determinati programmi di allenamento può essere considerata una vera e propria terapia, capace di favorire la ripresa psico-fisica del paziente trapiantato, con effetti positivi sulla sopravvivenza dell’organo. Alla base del progetto, i risultati degli studi di Jacques Pirenne, chirurgo ed alpinista belga che all’inizio del 2000 portò sei pazienti trapiantati di fegato sul Kilimanjaro (5895 m). In uno studio pubblicato sull’*American Journal of Transplantation* (Pirenne J. Et al, 2004) vengono riportati i risultati dell’impresa: nessuna differenza dal punto di vista della performance fisica, della “Borg-scale” e degli score di valutazione del male acuto di montagna tra soggetti trapiantati e soggetti di controllo, e cinque pazienti su sei in vetta dopo sei giorni di cammino. Lo studio ha dimostrato che, se ben allenati (i soggetti in questione hanno svolto una preparazione fisica di tipo aerobico per sei mesi, tre volte alla settimana), le persone che hanno subito un trapianto di fegato possono svolgere attività fisiche intense ed esporsi alle alte quote al pari di soggetti sani. Su questo si basa “A spasso con Luisa”, progetto che include anche trapiantati di cuore e di rene; con le dovute precauzioni (la necessità di visite specialistiche e l’impossibilità di superare determinate quote), i partecipanti raggiungono in sicurezza i 2000 metri di altitudine, svolgendo un’attività che contribuisce alla prevenzione di eventuali disturbi secondari all’intervento (come le patologie cardiovascolari per i trapiantati di rene) e che li supporta nel riavvicinamento ad una vita attiva.

Il gruppo Passaggio Chiave, nato nel 2013, utilizza invece la montagna come strumento educativo nel lavoro con persone dipendenti da sostanze stupefacenti, alcool e gioco d’azzardo. Il nome del gruppo è un richiamo al momento più complesso di una salita in montagna, quello in cui si concentrano tutte le difficoltà: così come gli scalatori, le

persone che lottano contro una dipendenza devono affrontare vari passaggi chiave per arrivare alla vetta, il termine della riabilitazione. È questo per loro la montagna: uno strumento che consente di ritrovare la fiducia in se stessi, superare ostacoli e paure, ridefinirsi e trovare la forza di lasciare la sostanza che li ha rovinati. A questo contribuisce il ruolo che l'attività fisica ha nell'incrementare la durata dell'astinenza, che, secondo vari studi (Dietrich, 2009; Heyman et al, 2012) sarebbe dovuta alla riduzione dell'attività della corteccia prefrontale e all'incremento della secrezione di BDNF (fattore di crescita delle cellule nervose) e di alcuni neurotrasmettitori, fra cui la dopamina. È importante sottolineare che diversi studi evidenziano l'efficacia dell'attività fisica nella lotta alle dipendenze da fumo di sigaretta (Russel et al, 1988; Marcus et al, 1999; Patten et al, 2017), da droghe di varie tipologie (Mamen, 2011; Trivedi et al, 2017) e da alcool (Roessler et al, 2017); in tutte le ricerche citate, però, era previsto lo svolgimento di esercizio fisico regolare tramite due o tre sedute settimanali. Resta ancora da chiarire se la partecipazione ad una sola uscita di Montagnaterapia al mese possa in qualche modo agire sui fattori neurobiologici delle persone affette da dipendenze, nonostante la bassa frequenza di svolgimento dell'attività; ciò che è certo è che, tramite passeggiate in montagna o corsi di arrampicata, l'ambiente naturale aiuta questi soggetti a superare i propri limiti e le proprie difficoltà, contribuendo alla rinascita di persone libere.

“Scalare il proprio Everest” è un progetto nato in Lombardia nel 2000 rivolto a ragazzi e ragazze che hanno concluso con esito positivo la terapia per leucemie o altri tumori. Negli ultimi anni sono stati molti progressi nella cura di queste malattie nell'età pediatrica, e ciò ha consentito di trattare con successo una percentuale di casi che supera l'80%; grazie a questi risultati è emersa sempre di più la necessità di promuovere il benessere psicofisico di questi ragazzi, lavorando sul concetto di resilienza o “Crescita Post- Traumatica”. Infatti, pur avendo superato la malattia, le conseguenze psicologiche dovute al tumore permangono nel ragazzo, che si chiede come il proprio corpo abbia potuto produrre un tale male, e vive nella paura di eventuali recidive; un corpo vissuto quindi come un nemico, come la causa del proprio dolore. Dopo che le varie terapie hanno agito sul soma, un'attività di Montagnaterapia è ciò che può aiutare nella riabilitazione della psiche e nell'acquisizione della

consapevolezza di un corpo sano: il raggiungimento della vetta ed il superamento degli ostacoli in montagna accompagnano i ragazzi nella rivalutazione delle proprie capacità e nell'acquisizione di autostima, autonomia e fiducia nel poter superare il proprio Everest. Pur mancando le dimostrazioni scientifiche dell'efficacia terapeutica delle escursioni in questo ambito, le testimonianze dei ragazzi esprimono molto bene ciò che l'esperienza ha significato per loro: "Passo dopo passo sono riuscito ad arrivare alla vetta, come quando ero malato ed ho dovuto fare tantissime cure... ma alla fine sono riuscito a farcela e sono guarito!"; "Giorno dopo giorno le guide mi hanno dato la forza ed il coraggio per poter affrontare questa esperienza... grazie a loro sono riuscita a credere in me stessa e infatti sono riuscita a raggiungere il passo del Venerocolo; pensare che fino ad una settimana fa mi veniva il fiatone a fare due rampe di scale! In conclusione, è stata davvero un'esperienza indimenticabile"; "É stata un'esperienza bellissima non solo per il divertimento e i posti meravigliosi, ma anche perché ho imparato a vivere... Da quando sono tornato i miei genitori mi dicono che sono molto cambiato che sono cresciuto molto in una settimana e diventato più indipendente, più disponibile e più felice".

La Montagnaterapia si è dimostrata un valido approccio anche negli ambiti del disagio giovanile, dei BES (Bisogni Educativi Speciali) e dei disturbi alimentari, argomenti sui quali tuttavia il materiale reperibile è piuttosto scarso; si spera che anche la relazione tra queste condizioni e la Montagnaterapia possa essere presto approfondito e che nel frattempo tutti gli altri progetti proseguano, forti degli straordinari risultati finora ottenuti.

Capitolo 3

L'esperienza spezzina: il "Gruppo Terra di mezzo" ed il progetto "Un sentiero per tutti"

Nata con l'intenzione di coinvolgere gli utenti psichiatrici del Dipartimento di Salute Mentale di La Spezia (progetto "Inserimento socializzante al Club Alpino Italiano"), l'idea di creare un gruppo di Montagnaterapia nella città ligure ha avuto successo e ad oggi è rivolta anche agli utenti delle Unità Operative disabili spezzine, della Comunità e del Modulo Diversamente Abili del Centro "Le Missioni" di Sarzana. Continuano così le attività di integrazione e condivisione della Commissione "Sentieri e Solidarietà", nata nel 2007 grazie alla collaborazione tra diversi Enti Pubblici e Privati e la Sezione spezzina del Club Alpino Italiano, e coordinata dal dottor Angelo Baldelli, con l'aiuto del dottor Gianmarco Simonini e di altri soci della Sezione. Due sono i principali progetti portati avanti dai volontari spezzini: il "Gruppo Terra di Mezzo", gestito da Baldelli e rivolto ai pazienti psichiatrici, ed "un sentiero per tutti", che ha lo scopo di avvicinare alla montagna i disabili motori grazie all'uso della joelette, e di cui si occupa Simonini. Certo dell'efficacia delle attività che organizza, e supportato dalla soddisfazione dei partecipanti, questo eccezionale gruppo continua il suo lavoro tra le tante difficoltà economiche, amministrative ed organizzative.

3.1 – Il "Gruppo Terra di Mezzo"

Un nome estremamente esemplificativo è quello scelto dagli utenti del “Gruppo Terra di Mezzo”, ben coscienti fin da subito di cosa potesse significare, per loro, questa iniziativa: un momento di passaggio, una possibilità per migliorarsi, per sentirsi meglio, per passare dall’essere identificati “pazienti psichiatrici” a quello che si può definire “mondo della normalità”. Obiettivi sicuramente raggiunti, dato che tutti gli utenti, al termine di ogni progetto, dimostrano di avere una migliore percezione di sé, ponendo l’attenzione su desideri e punti di forza e non solo su limiti e sofferenze, avendo acquisito una maggiore autostima ed avendo iniziato a fare progetti per il futuro. Ecco alcune affermazioni riportate, al termine del 2014, da alcuni partecipanti all’iniziativa: “[...] Vorrei realizzarmi nel lavoro e risolvere i miei problemi personali”; “[...] A detta di chi mi conosce, sono molto educato [...] Vorrei conoscere una persona con la quale convivere e trovare un lavoro stabile”; “[...] Nel futuro vorrei essere più positivo e propositivo: sento di essere una persona che può dare qualcosa agli altri”; “Io sono disponibile verso gli altri [...] sono generoso, sincero, sensibile e leale [...] Nel futuro vorrei una famiglia ed un lavoro”; “Sento di essere apprezzato e stimato [...] Nel futuro io vorrei aiutare chi ha bisogno, magari aiutare in qualche missione”; “[...] sono generosa, buona e simpatica e sempre più spesso riesco a combattere tirando fuori forza [...] Nel futuro voglio riuscire a tirare fuori sempre più di questa forza”; “[...] Sono intelligente, sensibile e sincero, mi metto in discussione, cerco soluzione ai miei problemi [...] Nel futuro mi piacerebbe viaggiare [...]”. Frasi che dimostrano chiaramente che un primo risultato è stato raggiunto: quello di far ritrovare agli utenti la voglia e la capacità di progettarsi in modo adeguato alle proprie possibilità, insieme all’incremento dell’autostima e della resilienza (la capacità di un individuo di affrontare e superare un evento traumatico o un periodo di difficoltà). Un risultato eccezionale, se si considera la percezione che gli utenti avevano di sé prima dell’iniziativa: “Sono una persona «senza né arte né parte», sono «priva di valore». Sono una persona buona ma non ho progetti di vita. Io vivo alla giornata”; “Sono silenzioso. Ascolto molto e parlo poco perché ho paura di sbagliare [...] Mi sento pieno di difetti. Non ho progetti in quanto la mia malattia me li ha tolti tutti”; “Sono molto timido. Sono molto ansioso perché ho paura di non riuscire [...] Io vivo alla giornata. Non ho nessun progetto”; “Sono timido e tra la gente che non conosco mi sento a disagio. Questo mi causa solitudine. Mi sento a disagio tra gli altri per insicurezza e paura di essere

giudicato. Tante volte sento di essere incompreso, forse perché sono tenuto poco in considerazione. [...] Ho pensieri ossessivo – compulsivi e quando sono stressato sono più irritabile e nervoso”; “Sono timida e faccio di tutto per sembrare di non esserla [...] A volte cerco di essere allegra per reagire, però dentro rimango una persona triste [...] Che progetti ho ormai nella vita? Nessuno”; “Sono tendenzialmente introverso, ho paura di non reggere il confronto con gli altri a causa del mio carattere. Sono insicuro, temo di dire cose insensate esprimendomi male [...] Mi rendo conto di essere una persona aggressiva. Per quanto mi riguarda vivo alla giornata senza grandi progetti. Da un lato vorrei mettere via la mia aggressività, essere più simpatico e socievole. Dall’altro vorrei diventare indifferente”. Una tematica ricorrente in queste affermazioni risulta essere quella del timore del giudizio degli altri e la paura di stare in gruppo e di relazionarsi alle altre persone, due altri campi in cui gli utenti hanno avuto netti miglioramenti grazie alla partecipazione al progetto: “Sono una persona imponente e forte, a cui piace stare in compagnia, ridere e scherzare [...]”; “Cerco di dare una mano quando c’è bisogno. Normalmente raccolgo le confidenze altrui”; “Mi piace aiutare il prossimo e poter fare del bene. Mi piace ascoltare gli altri”; “[...] mi sento a mio agio quando sono in compagnia [...]”; “È importante fare queste esperienze in compagnia di altri di cui ti puoi fidare e con cui ho un rapporto di fiducia reciproca”; “[...] poi mi piace stare in compagnia, condividere l’esperienza”; “Certamente il gruppo mi aiuta ad apprezzare di più queste cose, da solo non lo farei, mi mancherebbe la condivisione dell’esperienza”; “L’escursione mi dà lo stare insieme soprattutto, è un modo per poter condividere questa esperienza con gli altri; mi dà tranquillità e pace”; “È importante sentirsi con gli altri un insieme con la natura”; “ Mi piace tanto stare con gli altri, ridere, scherzare, per me tutto ciò è salute; mi fa sentire bene, viva [...] scopro che stare insieme agli altri mi fa bene perché ci si conosce [...]mi fa bene il fatto di sentirmi parte di un gruppo che è sempre più unito”; “È bello l’affiatamento tra di noi, andare d’accordo ed avere punti in comune”.

Quanto riportato dimostra che non sono stati raggiunti i soli obiettivi di gruppo – la collaborazione, la solidarietà, l’aiuto reciproco, la ricerca di affiatamento, la comunicazione ed il rispetto per gli altri -, ma anche quelli individuali: il benessere fisico e psichico, la sfida con i propri limiti, la fiducia in se stessi e verso gli altri, l’interesse verso l’ambiente e le persone, l’apertura agli altri, il rispetto verso se stessi,

la disponibilità, la responsabilità ed il sentirsi utili. Importanti inoltre sono state le acquisizioni riguardanti l'ambiente montano, quali la sensibilità ed il rispetto verso la natura, l'ambiente e la vita, il senso civico, la conoscenza della montagna e della sua cultura, la prudenza e la saggezza, mediate dagli accompagnatori CAI con l'aiuto degli operatori psichiatrici (uno ogni tre utenti).

Tutte queste conquiste – la socializzazione, l'inserimento in un contesto sociale diverso da quello psichiatrico, la lotta allo stigma sociale, l'interessamento degli utenti ai temi dell'ambiente e della cultura montana, la valorizzazione delle capacità individuali – sono state ottenute sicuramente grazie all'impegno degli istruttori e degli operatori (educatori/psicologi), ma anche grazie all'aiuto dei soci CAI partecipanti alle escursioni miste. Gli utenti, infatti, dopo essere stati scelti da un'équipe specializzata del Dipartimento di Salute Mentale in base ad una serie di criteri di inclusione, hanno partecipato ad alcune escursioni rivolte ai soli pazienti psichiatrici, cosicché potessero sperimentare il momento dell'uscita ed i momenti comunitari, ed in modo che gli accompagnatori potessero verificarne l'idoneità; a questo punto, i più motivati ed abili, sono stati gradualmente inseriti nelle escursioni domenicali "miste" con gli altri soci CAI, un'attività che sicuramente ha consentito l'abbattimento dello stigma sociale e l'integrazione più di quella precedente, e alcuni si sono iscritti al Club, ponendo così le basi per una partecipazione sempre più autonoma alle gite ed alle attività sociali.

Di una certa rilevanza è stata poi la composizione del gruppo, un grande punto di forza. Nonostante l'eterogeneità delle diagnosi (disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi ossessivo-compulsivi), infatti, tutti gli utenti partecipanti erano consapevoli della propria malattia e mostravano il profondo desiderio di sperimentare il benessere e la salute (un fattore che ha facilitato sicuramente l'adesione all'iniziativa e la socializzazione), desiderio soddisfatto pienamente: "Mi dà, oltre alla conoscenza di luoghi nuovi, un senso di benessere e di serenità; in montagna mi sento rilassata, tranquilla, ed anche allegra; la montagna mi dà un grande beneficio psicologico che consiste in rilassamento, tranquillità e spensieratezza [...] mi portano giovamento mentale e fisico"; "L'escursione in montagna mi dà molto, è come una forma di terapia efficace; mi dà serenità, tranquillità e buon umore, mi scaccia i pensieri negativi, quelli che mi vengono quando sto male [...] oltre che farmi bene psichicamente mi fa bene fisicamente"; "mi dà tranquillità e pace; [...] lo stare in

contatto con la natura mi fa stare meglio, a mio agio, più tranquillo, non c'è lo stress della città e poi si è con gente che ha le tue stesse sensazioni"; "mi dà rilassamento, spensieratezza, serenità; [...] mi fa bene sia fisicamente che mentalmente; anche se mi stanco molto fisicamente mi sento più forte e sicuro di me; la montagna mi dà una carica mentale di fiducia e sicurezza in me stesso [...] è importante vedere delle cose e stare in gruppo"; "In montagna riesco a rilassarmi almeno in parte e la sera, tornata a casa, provo tanta pace; [...] sviluppa tutti i miei sensi e mi permette di vivere bene e pienamente"; "Durante le escursioni provo miglioramento nell'umore, mi rilassa; in generale mi arricchisce; provo piacere nel vedere la natura [...] e mi mette di buon umore, mi libera dalle tensioni e dallo stress; la montagna mi aiuta tanto a ridurre le mie ossessioni e le mie ansie; a fine giornata provo la bella sensazione di essere «stanco e felice»". Risulta evidente che gli utenti abbiano soddisfatto uno dei loro principali bisogni, quello di sperimentare momenti di benessere fisico e psichico, e che a ciò abbia contribuito sicuramente l'ambiente naturale, con i tanti benefici che apporta e dei quali abbiamo parlato nel capitolo precedente.

Oltre alla escursioni, poi, sono risultate di fondamentale importanza le riunioni svolte settimanalmente dagli utenti con gli operatori psichiatrici nella sede CAI: un'occasione per preparare l'uscita seguente, per sottolineare le criticità di quella passata, per scambiarsi informazioni su argomenti tecnici per coinvolgere ulteriormente i partecipanti, e soprattutto per riflettere insieme su se stessi e sull'Individuo, il Gruppo e l'Ambiente montano, i tre pilastri del sistema su cui si basa il progetto (Fig. 4).

Fig. 4: il sistema del progetto “Gruppo Terra di Mezzo”



L’iniziativa, infatti, è nata e si è sviluppata sull’idea che questi tre fattori dovessero intersecarsi e coesistere su uno stesso piano di importanza: l’Individuo, ossia l’utente, il Gruppo, inteso come l’insieme dei pazienti psichiatrici, e l’Ambiente montano, con la mediazione di Accompagnatori ed Educatori (o “operatori”). I primi, in particolare, avevano il compito di essere il “tramite con la montagna”, trasmettendo competenze, atteggiamenti ed informazioni, con il fine ultimo di creare un sistema di valori individuali e collettivi condivisi; i secondi dovevano facilitare la comunicazione all’interno del gruppo, supportare gli utenti, incoraggiarli a partecipare attivamente, favorendo anche la ricerca e l’approfondimento sulle tematiche della montagna. Questo lavoro in sinergia di operatori ed accompagnatori ha permesso di creare un

sistema di valori condivisi che a sua volta è riuscito a far sviluppare il Sé degli utenti, un punto cardine del progetto: lo sviluppo del Sé incide positivamente sul benessere psichico della persona, perché è quel fattore che incrementa l'autostima e la percezione di se stessi, migliora la capacità di affrontare le situazioni difficili ma anche le avversità della vita e permette di superarle e uscirne rinforzati.

Nel corso degli anni, per adeguarsi all'evoluzione del gruppo e della concezione dei suoi referenti riguardo la Montagnaterapia, si è reso necessario un cambiamento nello schema inizialmente creato: uno dei tre fattori, il Gruppo, diventa un sottosistema ed incorpora ora gli Accompagnatori e gli Operatori, che da intermediari diventano parte del gruppo accanto agli utenti. Non più elementi con il solo compito di mediatori e portatori di valori, ma persone la cui opinione, in termini di bisogni ed aspettative, conta molto per la continua evoluzione del progetto e per il suo miglioramento. Proprio su questa idea si basa la formulazione dei questionari utilizzati per la valutazione dell'andamento dell'attività, avvenuta negli ultimi mesi ed i cui risultati saranno presto disponibili. Gli item sono stati definiti dal dottor Angelo Baldelli, il già citato coordinatore della Commissione "Sentieri e Solidarietà, ed indagano gli obiettivi e le aspettative non solo degli utenti, ma anche dei volontari e degli operatori psichiatrici, il cui punto di vista può contribuire significativamente al miglioramento dell'attività, essendo essi stessi, come già detto, parte integrante del Gruppo e non solo osservatori/intermediari esterni. Il questionario comprende due scale, una per gli obiettivi (chiaramente diversi per ogni parte: psicologici, fisici e di acquisizione di competenze e abilità per gli utenti; relativi all'attività del gruppo, di ordine formativo e di monitoraggio per gli operatori; relativi all'attività del gruppo per i volontari CAI) e l'altra per le aspettative (di ogni parte nei confronti delle altre due), ognuna delle quali termina con una domanda aperta: in questo modo si offre la possibilità ai compilatori di esprimere opinioni circa le criticità incontrate e le potenziali aree di miglioramento, uno strumento importante per apportare modifiche costruttive. L'obiettivo di Baldelli è quello di somministrare i questionari una seconda volta alla fine dell'attività annuale, in modo da valutare lo svolgimento dell'attività analizzando le eventuali divergenze che intercorreranno tra le prime e le ultime compilazioni. Questo tipo di lavoro, se da una parte costituisce lo strumento tramite il quale si può far crescere il gruppo e rivedere il progetto, dall'altra rappresenta un primo passo verso la dimostrazione

scientifico dell'efficacia dell'attività (soprattutto per quanto riguarda la scala degli obiettivi degli utenti): sono le evidenze scientifiche a fornire credibilità ad un'iniziativa, e con questo questionario il Gruppo Terra di Mezzo, come altri prima di esso, compie un primo passo verso la prova che la Montagnaterapia funziona e può aiutare tante persone.

3.2 – Il progetto “Un sentiero per tutti”

Con questo progetto, coordinato dal dottor Gianmarco Simonini, il CAI La Spezia si impegna a rendere accessibile la montagna davvero a tutti: ipo o non vedenti, persone con un disturbo dello spettro autistico, e soprattutto la classe di soggetti che meno ci si aspetterebbe di vedere lungo un sentiero: i disabili motori. Questo è stato possibile grazie all'acquisto, avvenuto nel 2017 con l'enorme contributo della Fondazione Carispezia, di una Joelette, la carrozzina specifica per il trasporto dei disabili motori in montagna, di cui abbiamo già parlato nel secondo capitolo.

“Dev'essere un momento di festa per tutti”, sottolinea Simonini, convinto dell'efficacia riabilitativo/terapeutica dell'attività, ma ancor di più interessato all'aspetto ludico/ricreativo e socializzante. La possibilità di lasciare per un giorno il contesto di cura e/o di immergersi in un ambiente naturale nuovo o poco conosciuto è fonte di grande gioia per i partecipanti; i volontari del CAI, poi, si occupano dell'aspetto socializzante, impedendo qualsivoglia forma di isolamento e favorendo la comunicazione all'interno del gruppo. Nessuno deve avere la sensazione di essere un peso per gli altri partecipanti (si può facilmente intuire quanto questo sia difficile per un soggetto trasportato in joelette) e tutti partecipano affinché questo avvenga; straordinario è, ad esempio, l'impegno di un ragazzo con disturbo dello spettro autistico che, insieme ad altri, partecipa al trasporto della carrozzina durante l'escursione annuale all'isola del Tino, di fronte a La Spezia. Ogni uscita viene inoltre preparata con molto anticipo, in modo da lasciare agli organizzatori il tempo di valutare la percorribilità del tragitto: quando è prevista la partecipazione di utenti con joelette è fondamentale la scelta di sentieri con caratteristiche tali per cui l'esperienza

non risulti traumatica né per disabile né per i portatori. Vengono inoltre allertati la Polizia Municipale, la Protezione Civile e talvolta i Vigili del Fuoco, per bloccare le strade percorse con joelette dal punto di partenza all'inizio del sentiero o per intervenire in qualunque altro caso in cui si presenti un rischio per il trasportato. Risulta chiaro, quindi, come ogni uscita richieda una serie di lavori preliminari, come la continua pulizia dei sentieri da parte del GLS (Gruppo Lavoro Sentieri), la coordinazione con altre Forze e l'organizzazione nei minimi particolari dell'escursione, e non sia quindi di facile realizzazione. Per questo motivo risultano essere di grande aiuto la comunicazione e la collaborazione con realtà che hanno maggiore esperienza nel settore, ragion per cui i referenti del progetto partecipano periodicamente ad incontri come quello tenutosi a Carrara nel 2018, in cui ci si è potuti confrontare con Associazioni come l'ANFFAS (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale), il Servizio disabili ASL 5 e l'ANGSA (Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici) La Spezia. Lo scopo della riunione è stato quello di prendere visione dei metodi di lavoro e dell'esperienza dell'ANFFAS, di confrontarli con quelli portati avanti dagli altri enti partecipanti e di verificare la possibilità di svolgere un'attività comune e coordinata, in modo da potersi scambiare informazioni e migliorarsi a vicenda. Dall'incontro la sezione spezzina ha tratto molti spunti di lavoro: prima di tutto è emersa l'importanza di impostare un programma di aggiornamento degli operatori e dei volontari e quella di favorire l'aspetto ludico/ricreativo socializzante oltre a quello riabilitativo/terapeutico, due aspetti in cui, ad oggi, il CAI La Spezia si è impegnato senza la minima riserva; è stata inoltre sottolineata la necessità di utilizzare strumenti conoscitivi al fine di verificare i risultati raggiunti, valutando se a seguito di queste esperienze si possa percepire un miglioramento della qualità della vita e se vi siano stati momenti di disagio o paura. Quest'ultimo aspetto non è stato invece approfondito e rappresenta sicuramente un ambito in cui il gruppo "Un sentiero per tutti" può migliorare, somministrando ad esempio ai partecipanti dei test sulla soddisfazione in merito all'uscita e sul miglioramento del benessere conseguente l'attività. Durante l'incontro, infine, si è concordata la necessità di un lavoro di preparazione all'escursione con i disabili, dal momento che per ogni tipologia di partecipante esiste un approccio specifico; per questo motivo risulta fondamentale lo scambio di informazioni e sensazioni tra il paziente ed il gruppo di operatori sanitari

e/o volontari, che devono costantemente lavorare insieme. Il gruppo di utenti di La Spezia, inoltre, è solito riunirsi nella sede CAI per rivedere insieme il materiale fotografico e videografico raccolto durante l'escursione: "Il rivedersi in situazioni di gioia e di soddisfazione è più terapeutico dell'uscita in sé" sottolinea il dottor Simonini, che come i coordinatori degli altri gruppi partecipanti alle riunioni, sottolinea l'enorme efficacia di questi momenti di condivisione post-escursione.

L'impegno per la prosecuzione del progetto è continuo, e sotto la coordinazione di Simonini, la sezione spezzina organizza corsi per conduttori di Joelette (ricordiamo che trasportare una persona su questo tipo di carrozzina non è facile, e richiede conoscenze specifiche sia sul funzionamento del mezzo sia sulle problematiche dei pazienti trasportati) e si impegna nella creazione di reti di sentieri accessibili a tutti; l'intento del gruppo è quello di creare una rete sentieristica con vari punti di accoglienza per i disabili, e a tal fine collabora con varie associazioni quali AGAPO (Associazione Genitori soggetti Autistici Progetto Orizzonte), ANGSA ,Vivere Insieme , ASD Dimensione H2O e Life on the sea Onlus, nella speranza di risolvere molti dei problemi relativi alle escursioni con joelette. Dal 2017 il CAI tenta di rendere percorribili anche ai disabili tutti i sentieri dell'area intorno al Colle del Telegrafo, dal quale è possibile raggiungere Campiglia, il Santuario della Madonna di Montenero, il forte Bramapane ed altre località poste lungo il percorso dell'Alta Via del Golfo (AVG), dell'Alta Via delle Cinque Terre (AV5T) e del Sentiero Liguria (SL); per facilitare l'accesso a tutti, la joelette è stata posta nella chiesa degli alpini in località S. Antonio, vicinissima al suddetto Colle del Telegrafo e dotata di ampio parcheggio, tavoli da picnic ed un punto di ristoro. Gli sviluppi futuri del progetto, inoltre, prevedono la costruzione di una palazzina con servizi adeguati nella località di S. Antonio (un problema sottovalutato ma di grande importanza per i trasportati in joelette è proprio quello della mancanza di servizi igienici per portatori di handicap lungo i percorsi); si vorrebbe infine rendere percorribile con carrozzina tutta l'AVG, un percorso di 50 Km da Bocca di Magra a Portovenere.

Importanti anche gli eventi organizzati dalla sezione per far conoscere il progetto alla Comunità, come la serata del 3 Dicembre scorso (non a caso nella Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità) e la manifestazione "un sentiero per tutti – special day 2019" del 22 Aprile: nella prima occasione sono state proiettate le

fotografie delle escursioni organizzate nel 2018 da Simonini e Baldelli e le riprese del Cammino di Santiago organizzato dall'ANGSA, dell'attività subacquea all'isola del Tino promossa da "Dimensione H2O" e dell'attività in mare di "Life on the sea Onlus"; nella seconda, invece, si è tenuta una marcia non competitiva che ha previsto la partecipazione sia di atleti normodotati sia di disabili (psichici e motori). Un'ottima occasione per avvicinare tra loro persone con e senza patologie e/o problematiche fisico-psichiche, in cui i disabili motori hanno potuto utilizzare la joelette del gruppo di La Spezia od una propria carrozzina e competere quindi con i normodotati; la possibilità di offrire un contributo economico per le varie Associazioni coinvolte ha inoltre permesso ad esse di raccogliere fondi per l'acquisto di strumenti utili al loro lavoro, ed i punti informativi posti al termine del tragitto sono serviti per pubblicizzare ulteriormente le attività.

Il progetto inoltre si sta evolvendo anche in un'altra direzione: grazie al contributo di alcune associazioni, sta prendendo forma la possibilità di far partecipare gli utenti del gruppo anche ad attività assistite con gli animali (asini e cavalli) e ad immersioni, offrendo così loro la possibilità di sperimentare altre situazioni a contatto con la natura e dal grande potenziale terapeutico. L'idea è ancora in fase di progettazione e, pur discostandosi leggermente da quella che è la Montagnaterapia propriamente detta, ne condivide gli obiettivi, e potrebbe anch'essa apportare miglioramenti nella qualità di vita e nel benessere dei partecipanti.

Conclusioni

La trattazione di questo argomento ha voluto portare l'attenzione del lettore su un'attività poco conosciuta ma dal potenziale terapeutico notevole. Molti, nel corso della breve storia della Montagnaterapia italiana, si sono schierati contro l'utilizzo del termine "terapia", ritenendo che l'attività non avesse potenzialità paragonabili a quelle dei farmaci o di programmi riabilitativi specifici; mi preme sottolineare che le escursioni in montagna non hanno la pretesa di sostituire le consuete metodologie di cura, ma anzi costituiscono uno strumento aggiuntivo per migliorare la qualità di vita delle persone. Solo in seguito, e solo in alcuni casi, la Montagnaterapia è in grado di diminuire il bisogno dell'individuo di farmaci e/o di sedute psicoterapeutiche, come accade spesso nel corso dei progetti rivolti a persone con disturbi mentali o con dipendenze; sono tuttavia i metodi di cura tradizionali a consentire ad alcuni pazienti di migliorare sufficientemente da poter partecipare in sicurezza alle escursioni. In definitiva non ritengo scorretto parlare di "terapia": l'attività rappresenta un ulteriore strumento per la ricerca del benessere psicofisico dell'individuo, al pari delle altre metodologie che consentono di migliorare la qualità di vita delle persone.

Inoltre, reputo importante ricordare ancora una volta che la partecipazione alle escursioni di Montagnaterapia non può sostituire lo svolgimento di una regolare attività fisica, con tutti i benefici che questa apporta in termini di parametri cardiaci, respiratori, muscolari ecc.: nella maggior parte dei casi, i progetti prevedono un'unica uscita mensile, insufficiente ad apportare miglioramenti fisici a lungo termine. Considerate quindi le finalità della Montagnaterapia (che, come si è già visto, possono essere differenziate per ogni tipologia di soggetti: orientate maggiormente alla socializzazione con le persone affette da disturbo mentale, rivolte al recupero della sensazione di benessere con pazienti reduci da una leucemia ecc.), è opportuno che tutti gli utenti partecipino anche ad un programma di esercizio fisico, attività dai

benefici indubbi e che può rappresentare l'unico vero strumento per un ritorno ad uno stile di vita considerato "normale". Occorre inoltre ricordare che sia la partecipazione alla Montagnaterapia che quella ad una regolare attività fisica non rappresentano due ambiti a sé stanti: la prima beneficia chiaramente della preparazione fisica dei partecipanti, che incontreranno minori difficoltà quanto più allenati arriveranno al momento dell'escursione. Per questi soggetti, così, la partecipazione ai progetti di Montagnaterapia può rappresentare un elemento che fornisce una solida spinta motivazionale per lo svolgimento di un programma di esercizio fisico costante, attività che altrimenti rischierebbe di trovare un numero limitato di adesioni. È stato il caso del "Gruppo Terra di Mezzo", che nel 2013 è riuscito a coinvolgere ben quindici utenti in trentacinque sedute di preparazione fisica in palestra (attività che in seguito Baldelli ha dovuto sospendere per questioni economiche e logistiche); o anche dei già citati cinque pazienti di Pirenne, che grazie ai sei mesi di allenamento, sono stati in grado di raggiungere la vetta del Kilimanjaro.

Ritengo infine importante che il laureato in "Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata" sia a conoscenza dell'esistenza di questi progetti: in quanto operatore della prevenzione (su tutti e tre i livelli!) e rapportandosi con persone cui la Montagnaterapia potrebbe essere davvero utile in termini terapeutici, dovrà sempre tenere in conto la possibilità di proporre questa attività agli utenti con cui lavora, in particolare nell'ambito dei progetti A.F.A. A tal proposito sarà fondamentale una maggiore diffusione dell'attività, che al momento interessa poche realtà e che per questo risulta essere ancora sconosciuta alla maggior parte della popolazione. Accanto alla pubblicazione di diversi articoli sulla rivista del CAI, "Montagne 360", potrebbe essere utile un maggior utilizzo dei social network e l'aggiornamento dei siti internet inerenti alla Montagnaterapia. Inoltre, come già riportato, sarebbe necessario che l'attività acquisisse maggior credibilità dal punto di vista scientifico. Troppi progetti si basano ancora sulla sola osservazione dei risultati ottenuti o sulla compilazione di questionari creati dai coordinatori dell'attività; utilizzare invece dei test validati potrebbe fornire basi scientifiche più rilevanti, e questo consentirebbe alla Montagnaterapia di acquisire valore. Una volta dimostrata l'efficacia di questo approccio, ed ottenuta una certa visibilità, si potrebbe auspicare ad una maggiore diffusione dell'attività, coadiuvata da un ulteriore interesse da parte di Associazioni e

Sezioni CAI e da un incremento dei finanziamenti; ciò consentirebbe il potenziale coinvolgimento di altre figure professionali, come ad esempio il laureato in Scienze Motorie, che potrebbero fornire un contributo importante sotto vari punti di vista, come quello della preparazione fisica all'escursione.

Bibliografia

- American Diabetes Association (2019), "5. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2019", *Diabetes Care*, 42, pp. 46–60.
- Baldelli A., "Il Gruppo Terra di Mezzo e la Commissione Sentieri e Solidarietà (Una esperienza di Montagnaterapia con gli utenti del Dip. di Salute Mentale della Spezia)", La Spezia, 3 giugno 2015.
- Balraj S. Heran, Jenny M.H. Chen, Shah Ebrahim, Tiffany Moxham, Neil Oldridge, Karen Rees, David R. Thompson e Rod S. Taylor (2011), "Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease", *Cochrane Systematic Review*, pp. CD001800.
- Boehm K.J., Peterson C., Kivimaki M. e Kubzansky L. (2011), "A Prospective Study of Positive Psychological Well-Being and Coronary Heart Disease", *Health Psychology*, 30, pp. 259-267.
- Briffa T.G., Maiorana A., Sheerin N.J., Stubbs A.G., Oldenburg B..F, Sammel N..L, Allan R.M., National Heart Foundation of Australia (2006), "Physical activity for people with cardiovascular disease: recommendations of the National Heart Foundation of Australia", *The Medical journal of Australia*, 184(2), pp. 71-75.
- Colberg S.H., Sigal J.R., Yardley J.E., Riddell M.C., Dunstan W.D., Dempsey C.P., Horton S.E., Castorino K. e Tate F.D. (2016), "Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association", *Diabetes Care*, 39(11), pp- 2065-2079.

- Fihn D.S., Blankenship C.J., Alexander P.K., Bittl A.J., Byrne G.J., Fletcher J.B., Fonarow C.G., Lange A.R., Levine N.G., Maddox M.T., Naidu S.S., Ohman M.E. e Smith K.T. (2014), "A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons", *Circulation*, 130, pp. 1749-1767.
- Goedecke J.H., Ojuka E.O. (2016), "Diabetes and physical activity", *Indian Journal of Medical Research*, 143(4), pp. 530-531.
- Helmrich P.S., Ragland R.D., Leung W.R. e Paffenbarger S.R. (1991), "Physical Activity and Reduced Occurrence of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus", *The new England journal of Medicine*, 325, pp. 147-152.
- Heyman E., Gamelin F.X., Goekint M., Piscitelli F., Roelands B., Leclair E. (2012), "Intense exercise increases circulating endocannabinoid and BDNF levels in humans – Possible implications for reward and depression", *Psychoneuroendocrinology*, 37, pp. 844-851.
- Li Q. (2019), "Effect of forest bathing (shinrin-yoku) on human health: A review of the literature", *Sante Publique*, S1(HS), pp. 135-143.
- Lumia F., *Quando salir per monti è una cura per il cuore*, in "Cuore Amico", 3 (2010), p. 8.
- Mamen A., Pallesen S., Martinsen E.W. (2011), "Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chemical dependence", *Europ. J. Sport Sci.*, 11, pp. 269-276.
- Marcus B.H., Albrecht A.E., King T.K. (1999), "The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial", *Arch. Intern. Med.*, 159, pp. 1229-1234.

- MaryCarol R.H., Brenda W.G. e Sophie Yu-Pu Chen (2019), "Urban Nature Experiences Reduce Stress in the Context of Daily Life Based on Salivary Biomarkers", *Frontiers in Psychology*, 10, art. 722.
- *Montagna solidale: I versanti della Montagnaterapia*, a cura di Federico Magnaguagno e Roberto Miletto, Pomezia, 2009.
- Patte C.A., Bronars C.A., Vickers Douglas K.S., Ussher M.H., Levine J.A., Tye S.J. (2017), "Supervised, vigorous intensity exercise intervention for depressed female smokers: a pilot study", *Nicotine Tob Res.*, 19, pp. 77-86.
- Peluso M.A.M. e Silveira Guerra de Andrade L.H. (2005), "Physical activity and mental health: the association between exercise and mood", *Clinics*, 60(1), pp. 61-70.
- Pirenne J., Van Gelder F., Kharkevitch T., Nevens F., Verslype C., Peetermans W.E., Kitade H., Vanhees L., Devos Y., Hauser M., Hamoir E., Noizat-Pirenne F. e Pirotte B. (2004), "Tolerance of liver transplant patients to strenuous physical activity in high-altitude.", *American Journal of Transplantation*, 4, pp. 554-560.
- Raheel M., Sheikh S., Tabindah S. e Sahil M. (2014), "Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness", *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 8(9), WE01-WE04.
- Razzini C., Bianchi F., Leo R., Fortuna E., Siracusano A. e Romeo F. (2008), "Correlations between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality", *Journal of Cardiovascular Medicine*, 9, pp. 761-768.
- Resnyak S. (2011), "La prescrizione dell'attività sportiva nei trapiantati renali: 20 anni di esperienza nella Provincia Autonoma di Bolzano", *Trapiantati*, 15, pp. 107-111.
- Roessler K.K., Bilberg R., Sogaard N.A., Jensen K., Ekstrøm C.T, Sari S. (2017), "Exercise as adjunctive treatment for alcohol use disorder: a randomized controlled trial", *PLoS ONE*, 12, e0186076.
- Russell P.O., Epstein L.H., Johnston J., Block D.R., Blair E. (1988), "The effects of physical activity as maintenance for smoking cessation", *Addict Behav.*, 13, pp. 215-218.

- Ryan R.M., Weinstein N., Bernstein J., Brown W.K., Mistretta L., Gagné M. (2010), "Vitalizing effects of being outdoors and in nature", *Psychology*, 30, pp. 159-168.
- *Sentieri di salute – La montagna che cura*, a cura di Fiorella Lanfranchi, Antonella Frecchiami ed Irene Gentili, Bergamo, 2011.
- Scoppola G, *Il ruolo dell'ambiente naturale nella riabilitazione*, in "Cuore Amico", 3 (2010), p. 9.
- Shemesh E., Yehuda R., Milo O., Dinur I., Rudnick A., Vered Z. e Cotter G. (2004), "Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction", *Psychosomatic medicine*, 66, pp. 521-526.
- Trivedi M.H., Greer T.L., Rethorst C.D., Carmody T., Grannemann B.D., Walker R. (2017), "Randomized controlled trial comparing exercise to health education for stimulant use disorder: results from the CTN-0037 STimulant Reduction Intervention Using Dosed Exercise (STRIDE) study", *J. Clin. Psychiatry*, 78, pp. 1075-1082.
- Walsh N.P, Gleeson M., Pyne DB., Nieman D.C, Dhabhar F.S., Shephard R.J., Oliver S.J., Bermon S. e Kajeniene A. (2011), "Position statement. Part two: Maintaining immune health", *Exercise immunology review*, 17, pp. 64-103.

Sitografia

- <https://www.iobenessere.it/attivita-fisica-adattata/>, ultimo accesso 07/08/2019.
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf, ultimo accesso 07/08/2019.
- <http://www.uisp.it/monzabrianza2/files/principale/sintesi%20del%20progetto%20per%20sito.pdf>, ultimo accesso 07/08/2019.
- <https://www.cai.it/attivita-associativa/sociale/montagnaterapia/>, ultimo accesso 07/08/2019.
- <https://www.cai.it/attivita-associativa/sociale/montagnaterapia/>, ultimo accesso 12/08/2019.
- <http://www.ilmountainrider.com/natura/salute-e-montagna-la-montagnaterapia/>, ultimo accesso 12/08/2019.
- http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=71759, ultimo accesso 12/08/2019.
- <http://www.benessere.com/psicologia/arg00/montagnaterapia.htm>, ultimo accesso 12/08/2019.
- <https://www.gognablog.com/la-montagnaterapia/>, ultimo accesso 12/08/2019.
- <https://www.panorama.it/news/scienza/montagnaterapia-medicina-cura/>, ultimo accesso 12/08/2019.
- <http://www.montagnaterapia.it>, ultimo accesso 13/08/2019.
- <http://www.amionlus.it/index.html>, ultimo accesso 13/08/2019

- <https://scambi.prospettivesocialiesanitarie.it/per-una-definizione-professionale-della-montagnaterapia/>, ultimo accesso 13/08/2019.
- <http://www.mountcity.it/index.php/2016/11/13/montagnaterapia-da-pordenone-un-invito-a-guardare-oltre/> , ultimo accesso 14/08/2019.
- <https://riforma.it/it/articolo/2018/10/08/curarsi-con-la-montagna> , ultimo accesso 14/08/2019
- https://en.wikipedia.org/wiki/Nature_deficit_disorder ultimo accesso 16/08/2019.
- <https://www.livestrong.com/article/530791-does-exercise-make-you-happy/>, ultimo accesso 17/08/2019.
- <https://www.epicentro.iss.it/diabete/>, ultimo accesso 20/08/2019.
- http://www.montagnaterapia.it/esperienze/scala_detoma.html, ultimo accesso 22/08/2019 .
- https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_mentale, ultimo accesso 22/08/2019
- <https://www.icsmaugeri.it/patologie/vasculopatie-periferiche-arteriose-e-venose>, ultimo accesso 04/09/2019.
- <https://www.my-personaltrainer.it/cardiopatia-ischemica/malattie-cardiovascolari.html> , ultimo accesso 04/09/2019.
- <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000094.htm> , ultimo accesso 04/09/2019 .
- <https://www.stateofmind.it/tag/psicocardiologia/>, ultimo accesso 05/09/2019
- <http://www.cailiguria.it/component/content/article/47-resoconti/238-progetto-cai-la-spezia-un-sentiero-per-tutti?eprivacy=1>, ultimo accesso 22/09/2019.
- <https://www.robie.it/articolo/2019/04/a-spasso-con-luisa-e-partita-la-quinta-edizione/32653/>, ultimo accesso 03/10/2019.
- <http://www.famiasito.it/2019/03/30/a-spasso-con-luisa-i-trapiantati-di-nuovo-in-cammino/>, ultimo accesso 04/10/2019.
- <https://www.montagna.tv/40967/trapianti-e-alpinismo-via-libera/>, ultimo accesso 04/10/2019.
- <https://www.bergamonews.it/2018/12/28/spasso-luisa-tornano-le-escursioni-montagna-trapiantati/299073/>, ultimo accesso 04/10/2019.
- <https://www.aidomilano.it/buone-vacanze-trapiantati-anche-in-montagna/>, ultimo accesso 04/10/2019.

- <https://www.ehabitat.it/2019/01/29/passaggio-chiave-montagna-come-terapia/>, ultimo accesso 04/10/2019.
- <http://www.alpitem.it/la-rete/>, ultimo accesso 04/10/2019.
- https://www.stateofmind.it/2019/03/astinenza-attivita-fisica/?fbclid=IwAR00C_pHAoArKtA9zs95Io75X92c5ybODqkGNfACLG7mBAbeeDhWsqv7zCM, ultimo accesso 05/10/2019.
- http://www.montagnaterapia.it/convegni/Terminillo_scoppola_03.html, ultimo accesso 05/10/2019.
- <http://www.societaitalianamedicinadimontagna.it/2019/06/30/relazione-la-montagnaterapia-al-centro-1-maggio-trento-film-festival/>, ultimo accesso 06/10/2019.
- <http://scattolibero.it/medicina-di-montagna/convegno-disabilit%C3%A0-e-montagna-torino>, ultimo accesso 06/10/2019.

