



Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti



CAI Sez. Rieti

III° CONVEGNO NAZIONALE DI MONTAGNATERAPIA

**Sentieri di salute: linee guida per la
Montagnaterapia**



GIOVEDÌ 22 - VENERDÌ 23 - SABATO 24 NOVEMBRE 2012

AUDITORIUM S.SCOLASTICA - FONDAZIONE VARRONE - RIETI

Atti a cura di Nicola G. De Toma

PREMESSA, di Nicola G. De Toma

Parlare di Montagnaterapia in questi tempi così tristi e bui porta sicuramente una luce con colori vivaci e felici.

Sono ormai quasi venticinque anni che in Italia si parla di Montagnaterapia, si scrive di Montagnaterapia, si fanno progetti, si pratica, si producono linee guida.

Questo di Rieti è il terzo Convegno sulla Montagnaterapia, dopo quelli di Riva del Garda e di Bergamo, oltre al Convegno al Pordoi e agli incontri al Rifugio, tutti di rilevanza nazionale. Ed anche oltre ai tanti Convegni fatti in Italia in questi anni. Pensate che solo nel nel Lazio, dal 2000 ad oggi abbiamo organizzato cinque convegni allargati e ben ventuno Seminari esperienziali con la partecipazione dei pazienti.

Ma quella di Rieti è un'occasione quasi unica in un panorama così svariato di tecniche, teorie e pratiche, per poter definire delle Linee Guida che possano essere di riferimento a chi voglia praticare questa esperienza terapeutica.

Panorama svariato perché va in montagna chi è in montagna, ma va in montagna anche chi è al mare o nelle nostre belle isole. Chi sta al Nord e chi sta al Sud. Quindi può assumere vari e diversi significati a seconda di chi la pratica, di dove si pratica e a chi è rivolta.

La Montagnaterapia, inoltre, ormai viene applicata ad una larga serie di patologie cliniche, dalla psichiatria alla cardiologia, dall'ortopedia all'obesità, dalla diabetologia alla pediatria, alla neuropsichiatria infantile, alla cecità, ai ritardi mentali e alle dipendenze patologiche.

Ma perché una "tecnica" risulti "terapeutica" è necessario che sia validata almeno da due aspetti:

- che abbia delle "regole" che siano dei suggerimenti, delle istruzioni, definiti e seguiti dalla maggioranza dei gruppi che la praticano
- che abbia dei parametri validi di controllo dei risultati

Questi Atti contengono vari aspetti delle Linee Guida, ed una specie di Guida alle Linee Guida che il Gruppo del Lazio ha elaborato.

Inoltre contiene due contributi importanti sulla Formazione, quello di Giulio Scoppola e quello di Fiorella Lanfranchi.

Colgo l'occasione per ringraziare tutti coloro che hanno risposto al mio invito di inviarci il lavoro che avevano presentato al Convegno, rendendo più ricchi questi atti.

3° CONVEGNO NAZIONALE DI MONTAGNATERAPIA: SENTIERI DI SALUTE

Rieti – Auditorium Varrone 22 – 23 novembre 2012

« Un uomo si propone il compito di disegnare il mondo. Trascorrendo gli anni, popola uno spazio con immagini di province, di regni, di montagne, di baie, di navi, di isole, di pesci, di dimore, di strumenti, di astri, di cavalli e di persone. Poco prima di morire, scopre che quel paziente labirinto di linee traccia l'immagine del suo volto. » ([Jorge Luis Borges](#))

Il congresso di MT di Rieti è il terzo incontro nazionale sulla pratica riabilitativa in montagna e luoghi esterni, dopo i primi due svolti a Riva del Garda 4 anni fa e a Bergamo 2 anni fa.

L'impegno che questo congresso si propone non è solo di raccogliere e far conoscere tutte le esperienze in questo settore, ma di giungere alla definizione di linee guida sia per la salute mentale sia per l'età evolutiva.

Si aggiunge a ciò l'inserimento di un ulteriore capitolo della Montagnaterapia destinato ai pazienti con organiche mediche e chirurgiche in particolare alle patologie croniche e metaboliche tra cui la prevenzione del sovrappeso e obesità e ai pazienti con patologia cardiaca che si avvalgono di tale approccio nella riabilitazione dei disturbi cardiovascolari, oltre a un settore dedicato alla geriatria.

Grazie all'elaborazione effettuata nella clinica psichiatrica e nella sua pratica, le attività riabilitative in montagna si iscrivono nell'insieme degli interventi terapeutici che consistono nella creazione di uno spazio vitale: questo luogo permette a ogni paziente di integrare e suturare la faglia specifica che riguarda la sua immagine corporea. Anche nelle altre discipline mediche questa pratica riabilitativa in montagna si pone come obiettivo lo sviluppo di una dialettica della sofferenza psichica e somatica, unità inscindibile della persona.

Questo è il compito che si propone l'esperienza di montagnaterapia che vuole porsi come buona pratica anche a carattere preventivo, strutturata nel setting e nelle persone.

Paolo Di Benedetto

Psichiatra – Responsabile scientifico Congresso di Rieti

Dipartimento Salute Mentale - Azienda USL Rieti

...per i 150 anni del CAI ... 150 gruppi su 150 vette

Progetto rivolto a tutti i gruppi che in Italia praticano e promuovono la MT: l'idea è di produrre un manifesto costruito con un collage di 150 foto di altrettanti gruppi, nel corso della loro attività in cima ad una vetta, una foto ripresa indipendentemente dall'importanza, localizzazione, altezza o difficoltà della cima raggiunta (può quindi essere il Monte Rosa o la collina dietro casa...).

Nel manifesto compariranno i logo del CAI e della Commissione Medica (sponsor dell'iniziativa) e di eventuali altre ditte, enti ed associazioni che sponsorizzeranno il progetto. Nel manifesto sarà inserito un messaggio semplice, breve e di impatto che promuova la MT. 2-3 persone potranno fungere da "segreteria" per la realizzazione del progetto, promuovendolo e attivando la raccolta delle foto nelle varie realtà del paese, ad esempio sollecitando ed orchestrando le adesioni nelle Macrozone. Le foto, ovviamente in formato digitale e non necessariamente "pesanti" (pochi pixel visto che ognuna sul manifesto non dovrebbe superare i 4X5cm), dovrebbero arrivare nei primissimi mesi del 2013; potrei curarne la raccolta e sulla base delle indicazioni della "segreteria" confezionare foto + logo + messaggio in un prodotto finito.

I manifesti andranno poi distribuiti (2-4 copie) ai gruppi partecipanti e soprattutto distribuiti alle Sezioni CAI ed esposti nei Rifugi e strutture Montane del CAI con intenti divulgativi, promozionali e di visibilità del nostro progetto

..ben orchestrato non dovrebbe essere troppo faticoso.....per i 150 anni del CAI ... 150 gruppi su 150 vette

Sandro Carpineta

Psichiatra

La montagna alpina come metafora della salute

Annibale Salsa*

* Antropologo, Past Presidente Generale del C.A.I.

La montagna è stata a lungo associata a rappresentazioni simboliche che rimandavano a vissuti di fobia. Luogo dell'orrido nelle fasce sommitali e luogo della fatica nelle terre di mezzo, essa non favoriva la visione rassicurante di un ambiente generatore di benessere e di cura. Tale rappresentazione negativa ha accompagnato l'iconografia delle terre alte nel mondo antico e medievale. La breve parentesi rinascimentale (sec. XVI°) ha aperto dei varchi nella direzione di un inedito interesse nei confronti delle proprietà e dei poteri curativi delle erbe officinali. Basti pensare alla figura di Paracelso per il contributo innovativo impresso alla farmacopea ed ai naturalisti italiani cinque-seicenteschi Arduino, Calzolari e Poma. Frattanto, si incominciava a guardare alla montagna come al contenitore privilegiato delle materie prime floristiche con i loro principi attivi e di cui il Monte Baldo diventerà l'emblema nella sua rinascimentale definizione di Hortus Europae/Hortus Italiae

Siamo in un periodo storico che segna una delicata fase di passaggio fra l'età di mezzo e l'età moderna. Ma anche il più recente rilancio di questa montagna (anni Ottanta del secolo scorso) da parte del farmacista di Brentonico Luigi Ottaviani - il creatore della prestigiosa settimana del "Fiore del Baldo" negli anni settanta del Novecento - ha fatto sperare in un'intelligente riscoperta salutistica dell'altopiano brentegano. Ritornando alla storia culturale europea, il passaggio dalla magia alla scienza ha prodotto un salto di paradigma traumatico, ma non sempre definitivo, che spesso ha trascinato con sé i residui e le scorie di una visione pre-scientifica tardivamente rimossa.

L'immagine di una montagna purificatrice dello spirito, della mente e del corpo, tarderà ancora a manifestarsi alla luce di un'evidenza comune e condivisa. Le ombre della stregoneria si allungheranno insidiose e sospette all'interno della vecchia visione del mondo che, fra le montagne, sarà ancora per molto tempo egemone. Si dovrà attendere l'Età dei Lumi (XVIII° sec.) per far uscire le terre alte dall'alone del mistero e per adeguarle alla nuova immagine del mondo di cui l'impresa scientifica si farà garante. Ma anche la nuova filosofia della scienza guarderà con sospetto a pratiche che, in qualche modo, lasciano ancora filtrare surrettiziamente un non mai rimosso mondo magico. Se si esclude la segnalazione malthusiana (sec. XIX) di certe aree delle Alpi svizzere, indicate come ambienti di documentata salubrità - in particolare, il villaggio di Leysin nelle Alpi del Cantone di Vaud descritto quale antidoto sicuro contro il diffondersi di pandemie distruttive fra la popolazione europea - l'idea di una montagna terapeutica è però ancora lontana.

Non vi è dubbio che lo studio demografico di Malthus abbia contribuito a far nascere e ad alimentare la concezione moderna della montagna risanatrice. In tal senso, a trarne giovamento è

stata la pneumologia. Da essa si originerà la grande diffusione dei sanatori sulle Alpi che concorrerà, in modo decisivo, a rafforzare i nuovi miti ed i nuovi riti dell'«elvetismo». Thomas Mann, autore de *La montagna incantata*, ambienta non a caso il suo romanzo in un sanatorio del Cantone svizzero dei Grigioni.

La metafora della montagna pura rigeneratrice del corpo e della mente, ma anche della società corrotta demonizzata da Rousseau in quanto lontana dalla natura salvifica, viene consegnata al nuovo immaginario europeo. Agli aspetti terapeutici, collegati alla dimensione fisico-organica della corporeità, si aggiungono quelli psicologici, mentali. La nascita della psicoanalisi a Vienna ed il diffondersi delle scienze psicologiche oltralpe (Zurigo, Ginevra) aiuteranno a costruire un'inedita percezione della montagna. Le villeggiature di Sigmund Freud nelle località trentino-tirolesi di Lavarone e del Renon, pur non facendo diretto riferimento ad una presunta "montagna-terapia", iniziano a veicolare con forza la convinzione che la montagna abbia un peso importante nel favorire il benessere psico-fisico delle persone. Le terapie contro quelle nevrosi che le società urbane ed industriali contribuiranno a diffondere, fanno sempre più riferimento alle montagne generatrici di una catarsi possibile.

Dallo stretto ambito delle nevrosi ad un allargamento ai mondi delle psicosi, si possono individuare le premesse per la nascita della montagna-terapia, così come oggi viene proposta da medici e psichiatri.

Il Dizionario di Montagnaterapia come contenitore condiviso per le linee guida

Nicola G. De Toma* - Vincenzo F. Scala - Vinicio Ruggiero*****

* Psichiatra, Coordinamento e sviluppo Gruppi Riabilitativi Territoriali 2° D, D.S.M. ASL RM/B

**Psicologo, Responsabile C.S.M. 2° D, D.S.M. ASL RM/B

*** Psicologo, Responsabile Promozione della Salute, C.S.M. 2° D, D.S.M. ASL RM/B

Il Dizionario di Montagnaterapia, che si può trovare aggiornato ad oggi nel sito www.montagnaterapia.it, è nato nel 2005, in occasione del V° Convegno Annuale del Gruppo di Lavoro dell' Italia Centrale. A partire dal primo abbozzo, presentato in quell'occasione, il dizionario ha via via preso corpo, col procedere delle esperienze sul campo e grazie al contributo di altri autori (oltre i curatori che vedete a questo tavolo) che hanno, mano a mano, condiviso l'intento iniziale. Essendo la Montagnaterapia stessa una pratica in continua evoluzione, anche il Dizionario si costituisce come un contenitore aperto ad accogliere, cammin facendo, nuove definizioni e nuovi autori che vogliano proporle.

Il Dizionario non pretende di fissare una volta per tutte i termini e i concetti della Montagnaterapia, piuttosto costituisce forse un pretesto per avviare, attraverso il ricorso a definizioni iniziali, riflessioni sui temi che l'esperienza propone.

Leggeremo quindi alcune definizioni già presenti sul Dizionario e altre scritte per questo occasione. Definizioni che in qualche modo – pensiamo - più o meno direttamente, alludono alle questioni che ci vedono qui riuniti.

In questi giorni dobbiamo fare un bel lavoro: dobbiamo chiederci: quali sono le parole che possono definire in maniera sistematica la Montagnaterapia? Ma poi ci chiediamo anche: è possibile ordinarla, la MT, in maniera sistematica? Cosa sappiamo della MT? Sicuramente non è un'attività semplice, né può essere fine a sé stessa, tant'è vero che non può essere l'unica terapia ma deve essere associata, affiancata ad altre terapie, per esempio ai farmaci cardiovascolari, o neuropsichiatrici, o broncopolmonari, o ad altre attività di Riabilitazione Psicosociale, o a psicoterapie...

Con i colleghi abbiamo pensato di proporre alcune parole che ne contengono altre, che a loro volta inviano ad altre ancora, e così via.

Immaginiamo, anche, che queste parole possano portare con loro un significato simbolico, metaforico.

Così, proveremo a dare uno stimolo, per questo lavoro.

La prima parola, che appare fondamentale, è GRUPPO. Generalmente si riconoscono vari tipi di gruppo:

- Il GRUPPO PSICODINAMICO o PSICANALITICO, in cui si fa psicoterapia di gruppo, e che ha bisogno di regole e luoghi precisi, conduttori psicoterapeuti ben formati e spesso ben decisi
- Il GRUPPO IN RIABILITAZIONE, in cui si può arrivare al recupero di abilità sociali anche complesse, di capacità multiple, di competenze
- Il GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO, un gruppo tra persone che, nel confronto diretto e immediato con gli altri, sperimentano momenti di condivisione, di solidarietà e di crescita. All'interno del gruppo, ogni persona, che si percepisce inizialmente solo come bisognosa d'aiuto, può sperimentare, invece, di essere una persona in grado di dare aiuto: da soggetto passivo, quindi, diviene soggetto attivo, verso sé stesso e verso gli altri.

Ma...il GRUPPO IN MONTAGNA è qualcosa di particolare. Questo contesto, esterno da noi e per molti versi "nuovo", perché diverso dall'ambiente solito, soprattutto per chi abita in grandi città, può aiutare la costruzione di una nuova struttura interiore. Il gruppo in montagna, dunque, che contiene elementi della psicoterapia di gruppo, della riabilitazione e dell'auto mutuo aiuto, potremmo definirlo un GRUPPO ESPERIENZIALE. Potremmo definirlo, volendo, anche come un CAMPO esperienziale, oppure una capanna, o ancora un RIFUGIO, che è un luogo in cui riesco a trovare sicurezza, calore, coraggio, raccoglimento. Il dubbio che ci può venire, portando i nostri pazienti in montagna, è la paura che loro hanno rispetto alla grande sfiducia in sé stessi, la paura di non farcela. Così riuscire a superare alcuni passaggi particolari, raggiungere una meta che poteva sembrare irraggiungibile, vedere che in qualche modo si può riuscire là dove finora si pensava di fallire, rappresentano indubbiamente una forte iniezione di fiducia e di autostima. Ma per far questo serve proprio quello che a prima vista ci può sembrare più ostile: un ambiente esterno e sconosciuto, in cui le parole chiave dovranno essere tranquillità, equilibrio interiore, capacità di pensare a sé stesso, capacità di visualizzare i propri movimenti. Ma ancora prima bisognerà pensare a quello che potremmo chiamare "*la capacità di entrare e fare entrare*", e cioè la capacità di far posto all'altro. E questo ci porta al contesto dell'ACCETTARE: far posto, accettare, sono parole che riportano ad un processo di trasformazione, che può essere un processo mentale, affettivo e fisico. Una specie di dilatazione del sé a favore dell'altro, come se diventassimo una soglia attraverso cui l'altro può passare. In questo passaggio c'è in gioco l'incontro con l'altro fragile. Quindi accettare, ACCOGLIERE, come rito di un passaggio. Accogliere, che significa ricevere con affetto, acconsentire, comprendere, approvare. Accogliere anche per educare. E poi l'accoglienza porta alla APPARTENENZA: appartenere significa far parte, provenire da..., riferirsi a..., essere di... Il pz. psicotico ha bisogno di un'esperienza di attaccamento forte. Il senso di appartenenza è un sentimento fondamentale dell'essere umano, è un suo bisogno di base. Quando andiamo in montagna non siamo soli, perché abbiamo un GRUPPO e col tempo possiamo imparare ad appartenerci, a farlo diventare il nostro gruppo. Un gruppo nuovo in cui ci riconosciamo. E questo ci permette di trovare quello che si chiama *spirito di gruppo* in cui fattori importanti sono: il senso di appartenenza, la coesione, la continuità dell'esserci e dell'esperienza, la stabilità e il clima emotivo, e il rispetto dell'individualità. Sentire di far parte di un gruppo, di avere dei punti di riferimento, ha un effetto estremamente rassicurante, che si manifesta attraverso un rinforzo delle caratteristiche di coesione, continuità e vitalità, che sono la base dello stato di benessere di ogni individuo. E' necessario mettere a disposizione del gruppo le nostre conoscenze ed eventualmente quello che noi abbiamo, le nostre cose. Potremo anche chiedere agli altri ciò che ci manca (conoscenze e cose materiali). Nel gruppo nascono processi di RECIPROCA, che è alla base

della coesistenza, della convivenza pacifica, della giustizia, della legittimità, del rispetto. Dalla reciprocità nascono i diritti degli uomini. Nel gruppo impariamo cos'è la **CONDIVISIONE**: condividiamo con gli altri le fatiche, l'acqua, i cibi, spazi anche piccoli come una stanza, o un tavolo su cui mangiare insieme; raggiungiamo insieme una meta, possiamo portare a turno i pesi, o uno zaino troppo pesante. Condividere significa prendere decisioni insieme, ascoltare gli altri, fare seguendo non soltanto la ragione, ma anche i sentimenti e l'intuito, esplicitando e favorendo i propri e altrui desideri ed aspettative. Le fa parlare, le persone, le tiene insieme e fa condividere le esperienze, i problemi, le gioie, le speranze. Nel gruppo si trova, quindi, uno spazio per conoscersi, confrontarsi, individuare modalità costruttive per fronteggiare momenti di disagio; le persone si impegnano per il loro cambiamento e per quello sociale, in un clima di fiducia e amicizia, promuovendo le proprie potenzialità attraverso il coinvolgimento personale. E noi siamo vicini, molto vicini. Nel gruppo impariamo a **FIDARCI** degli altri, ad aiutarli in caso di necessità. In montagna si formano veri **PATTI DI FIDUCIA** tra il gruppo e la **GUIDA**, cioè quella figura che con grande competenza e grande sicurezza rende noi competenti e sicuri, e ci conduce sul sentiero. Il gruppo è sentito dentro di sé, come una presenza emotiva interna, che fa sentire la persona non più frantumata, discontinua, morta, ma **coesa, continua, vitale**. Una volta tornati, attraverso un incontro successivo, con la visione delle foto e dei piccoli video fatti, con il parlare, con il riportare alla memoria, si ha il processo della **RESTITUZIONE**: riusciamo così a rimettere insieme i nostri pezzi, fatti di pensieri, agiti ed emozioni che abbiamo vissuto nel viaggio. In questi gruppi, infatti, rimane non solo il ricordo delle attività svolte e che si condividono con gli altri, o delle competenze che si acquisiscono, ma soprattutto delle emozioni e delle sensazioni che si possono provare di volta in volta: gioia, noia, tristezza, calore, vicinanza...

ESPERTO

Un esperto, è una persona alla quale, per motivo di professione oppure per una comunque acquisita competenza ed esperienza su una data materia, viene richiesto di fornire pareri su determinati argomenti. In generale la definizione di esperto è stabilita dal consenso degli altri specialisti e non è necessario per un individuo avere qualifiche professionali o accademiche per essere definito un esperto. Si è soliti chiamare esperto anche una persona che abbia saputo trarre profitto dalle sue od altrui vicissitudini personali, migliorando così le sue capacità di decisione. Le principali qualità degli esperti sembrano essere il notevole sviluppo delle abilità percettivo-attentive, la capacità di semplificare, quella di selezionare le situazioni dal punto di vista decisionale, una maggior creatività, il ricorso ad automatismi cognitivi, la capacità di reagire velocemente ad automatismi negativi rispetto alle proprie strategie. Tra gli ostacoli che impediscono un valido processo di soluzione dei problemi (cioè il formarsi dell'esperto) possiamo riconoscere l'indecisione, l'abitudine (vale a dire la persistenza di una disposizione abituale verso una soluzione che magari è stata valida un tempo, ma non lo è più attualmente), l'incapacità di scorgere alternative. E' interessante a questo proposito l'osservazione del filosofo Michel Serres, secondo cui la saggezza multimillenaria delle lingue greco-latine ha forgiato il termine «esperienza» (da cui deriva «esperto») servendosi di due preposizioni: «ex» (= da), che significa la partenza, l'allontanamento, il distacco più o meno volontario dall'ambiente familiare, usuale o iniziale e «per», che designa il viaggio attraverso un ambiente, un mondo nuovo. L'esperienza significativa scaturisce da questo movimento duplice – intreccio di distacco e di peregrinazione – e comporta sempre dei rischi

Nel nostro caso la persona esperta è colui che ha avuto, nel tempo, la capacità di apprendere, sviluppare e porre in atto una serie di strategie positive che riguardano il rapporto con la montagna e il rapporto con le persone, il rapporto con il camminare e il rapporto con gli impedimenti all'andare,

il rapporto con l'essere normali e quello con l'essere una persona con qualche disabilità, il rapporto tra il poter fare e la conoscenza dei limiti.

Ma è anche una figura su cui si concentrano le aspettative del gruppo, colui che grazie alle sue caratteristiche rassicuranti di conoscenza, esperienza e capacità di affrontare gli imprevisti (il richiamo alla funzione paterna è inevitabile) facilita la possibilità di un approccio più sereno nel confrontarsi con l'ambiente della montagna.

GUIDA

Quanto più l'uomo si allontana dal suo usuale ambito di esperienza, tanto più avverte il bisogno di indicazioni e sostegno; dunque di una guida, o comunque di una funzione di guida. Con riferimento all'ambiente montano e all'attività escursionistica e alpinistica, tra le diverse figure che accompagnano i frequentatori di questo mondo, il pensiero corre, in prima istanza, alla Guida Alpina, figura mitica nella storia dell'alpinismo.

Dal sito di Wikipedia apprendiamo che:

“la nascita della professione della Guida Alpina viene fatta coincidere con la prima ascensione del Monte Bianco effettuata da Jacques Balmat e Michel Gabriel Paccard nel 1786. L'anno successivo a quell'ascensione infatti Balmat calca nuovamente la vetta del rilievo in compagnia dello scienziato Horace-Bénédict de Saussure dando inizio alle prime gloriose ascensioni con guida sulle tracce dei pionieri.

In realtà gli albori del mestiere non sono assolutamente databili con precisione, e fin dall'anno mille giunge notizia di giovani valligiani, i cosiddetti “marons”, che accompagnavano i pellegrini nell'attraversamento dei valichi alpini di maggior transito come il Colle del Gran San Bernardo”.

Sul sito del Collegio Nazionale delle Guide Alpine Italiane, tra le altre interessanti informazioni, leggiamo poi che: “...La Guida Alpina opera in tutte le attività legate all'alpinismo, quindi è presente in ogni stagione sul territorio montano. L'esperienza e la familiarità con l'ambiente alpino, che questo comporta, rappresentano il grande valore che è in grado di trasmettere, al di là degli aspetti tecnici, parimenti importanti. La relazione profonda e consapevole con l'ambiente è, quindi il valore primario trasmesso dalle Guide Alpine a chi desidera avvicinarsi alla montagna...”

Esperto e familiare, dunque, proprio di quegli aspetti che per l'uomo urbano risultano attraenti, interessanti, ma anche difficoltosi, forse rischiosi, comunque inusuali o ignoti. Il termine “guida” descrive poi, anche, la varietà di pubblicazioni cartacee cui l'escursionista può affidarsi per seguire un itinerario che non conosce.

A volte gli autori sembrano mossi dalla preoccupazione di dover accompagnare il lettore, ed escursionista in pectore, passo a passo lungo il percorso, diffondendosi perciò in descrizioni dettagliate. Altre volte, per contro, chi scrive sembra non voler privare il suo eventuale interlocutore

del piacere della scoperta e della soddisfazione di individuare l'itinerario disponendo solo di sommarie indicazioni, quasi un canovaccio su cui improvvisare.

L'escursionista dovrà così interrogarsi non solo riguardo al rapporto tra testo scritto e ambiente reale, ma anche sul rapporto che, chi ha scritto, ha immaginato di intrattenere con l'adepto lettore.

In ogni caso, sia che si disponga di dettagliate descrizioni, sia invece che occorra farsi bastare indicazioni sommarie, è sempre un'emozione avvincente scoprire, nella realtà, sul terreno, quegli elementi del paesaggio, quell'ampio pianoro erboso, quell'albero isolato, quel valloncetto sassoso che leggendo avevamo, volendolo o no, immaginato e rappresentato a noi stessi in modi che ora possono coincidere con ciò che andiamo scoprendo e ora invece non corrispondono affatto e ci confrontano con un ambiente inatteso.

(II) VIAGGIO

La parola viaggio deriva dal latino "Viaticum", cioè il corredo che deve portare chi, accingendosi a partire, deve avere con sé, quello che è necessario per il lungo cammino: le scorte del mangiare, il bastone, a volte si viaggia portandosi dietro una lettera di raccomandazione. Il viaggio è il tragitto che si compie per spostarsi da un luogo ad un altro, magari attraverso luoghi e paesi diversi dal proprio. Può raffigurare anche uno spostamento immaginario, come un itinerario fantastico. Il viaggio può essere inteso non solo in senso fisico, in un contesto spazio temporale, ma anche in senso metaforico come espressione di abbandono, ricerca interiore, desiderio.

Ma il vero viaggio è quello che tanti definiscono assurdo: fare le valigie, prendere un po' di soldi e saltare sul primo treno che parta e andarsene chissà dove, senza una meta precisa improvvisando giorno dopo giorno. Forse questo è il viaggio migliore: non sapere cosa ti capiterà nei giorni che arriveranno, ma sentire un senso di libertà, di lontananza da quella propria realtà che pesa, che può opprimere, e in cui si sta un po' stretti. Forse il vero significato del viaggio, è probabilmente di fuggire, prendersi un momento tutto per sé, staccare la spina dal resto, magari per trovare un po' di tranquillità dalla frenesia di tutti i giorni, per riconciliarsi con se stessi, e magari anche un po' con gli altri, incontrando gli altri. Oppure per trovare risposte a domande a cui credevi non ci fosse risposta. Un viaggio è qualcosa che fa crescere, che fa sentire più grandi, ti segna, ti lascia dei ricordi incancellabili. Ricordi che ti renderanno forse un po' più felice. Sì, il viaggio cambia qualcosa. Proust diceva: "*Il vero viaggio di scoperta non consiste nel trovare nuove terre ma nel trovare nuovi occhi*". E questo dice molto sul viaggio come apertura mentale, come possibilità di svestirsi dei soliti modi di pensare.

Vediamo le citazioni di alcuni autori sul viaggio:

- Luis Sepúlveda: *Viaggiare è camminare verso l'orizzonte, incontrare l'altro, conoscere, scoprire e tornare più ricchi di quando si era iniziato il cammino.*
- Maometto: *Non mi dire quanto sei educato e colto, dimmi quanto hai viaggiato.*
- Tiziano Terzani: *Il senso della ricerca sta nel cammino fatto e non nella meta; il fine del viaggiare è il viaggiare stesso e non l'arrivare.*

EQUIPAGGIAMENTO

Gli psicoanalisti Michael e Enid Balint, in un loro lavoro del 1959 introducono due termini, da loro conati, con riferimento al greco antico, per rendere conto di due diversi atteggiamenti di fondo verso il mondo che possono variamente combinarsi nel comportamento di uno stesso individuo, ma che rimandano a due modalità radicalmente diverse.

Per rendere più semplice la descrizione gli autori si esprimono in termini personalizzati e parlano perciò di **ocnofilo** e di **filobate** come di due diversi tipi di individui.

Ocnofilo è colui che desidera tenersi aggrappato, saldamente attaccato, all'oggetto (nel senso psicoanalitico del termine che indica, quindi, un'alterità dotata di rilevanza per il soggetto) (vedi "Investimento").

L'ocnofilo si sente sicuro in presenza dell'oggetto e teme, come pericolosi, gli spazi aperti e vuoti. Avverte continuamente il pericolo di essere abbandonato dal proprio oggetto ed ha, quindi, il bisogno di controllarlo per garantirsi la vicinanza.

Filobate, al contrario è colui che percepisce gli spazi vuoti come amici e vi si trova a suo agio. La minaccia sono i "contatti-rischio con oggetti potenzialmente pericolosi".

"Mentre l'ocnofilo vive nell'illusione di essere al sicuro per tutto il tempo in cui rimane in contatto con un oggetto che gli dà sicurezza, l'illusione del filobate è di non aver bisogno di nessun oggetto, e certamente di non aver bisogno di oggetti particolari, fatta eccezione per la propria attrezzatura specifica. L'ocnofilo crede fermamente che nascerà senz'altro un'intesa perfetta con l'oggetto prescelto, che questo lo proteggerà dal mondo cattivo, estraneo e forse pericoloso; il filobate sente che l'uso della propria attrezzatura gli permetterà di affrontare qualunque situazione; nascerà un'intesa con il mondo intero, e lui sarà in grado di evitare gli oggetti infidi. Mentre l'ocnofilo deve sperare di poter ottenere il favore e la preferenza da parte dell'oggetto, il filobate sente che conquistare il mondo è in suo potere, senza dover dipendere dai favori dei singoli oggetti, che danno poco affidamento"

Il filobate, come l'acrobata, desidera staccarsi dalla terra sicura (letteralmente acrobata significa "chi cammina sulle punte dei piedi", cioè lontano dalla terra sicura) e avventurarsi nello spazio vuoto.

Nello spazio vuoto l'incontro con gli oggetti costituisce un rischio. Gli autori propongono gli esempi del pilota che si sente al sicuro mentre è in volo e per il quale il rischio risiede nel contatto con la terra. Lo stesso vale per il timoniere di una barca che deve porre attenzione nella navigazione quando entra o esce da un porto. O anche lo sciatore, per il quale gli oggetti-rischio possono essere i massi emergenti dalla neve, gli alberi, i crepacci.

Andare in montagna si costituisce, evidentemente, come un'attività prevalentemente filobatica.

Ora, dicono ancora gli autori, il filobate nel suo desiderio di esporsi a situazioni-brivido, caratterizzate dal volontario allontanarsi dalla sicurezza offerta dallo stare con i piedi per terra, fa affidamento esclusivamente sulle sue competenze e capacità e sul suo equipaggiamento. Vale a dire su ciò che gli è necessario e sufficiente per collocarsi negli spazi aperti con la fiducia di potervi stare a proprio agio.

Ecco allora che l'equipaggiamento assume rilievo particolare; è lo strumento che garantisce al filobate la possibilità di staccarsi dalla sicurezza dell'appoggio a terra e collocarsi senza danno negli spazi aperti.

L'escursionista sa bene quanto l'opportuno equipaggiamento sia importante e quanto una dotazione anche minima, come può essere un paio di calzature da montagna, faccia una grande differenza in certe condizioni (per esempio un percorso in pendenza e fangoso).

E l'attenzione all'equipaggiamento diventa un terreno che consente di mettere in evidenza alcune "patologie di equipaggiamento".

Per esempio la tendenza a sviluppare un atteggiamento maniacale nei confronti dell'attrezzatura che deve sempre essere quella all'avanguardia, quella di migliore qualità e così via. Quasi che questo potesse essere, di per sé magica garanzia della possibilità di cavarsela in ogni circostanza.

Oppure la disposizione, nonostante si sappia bene cosa occorrerebbe portare con sé, a lasciare sempre a casa qualcosa che sarebbe opportuno avere nello zaino. In una sorta di fiduciosa aspettativa che qualche santo provvederà; come se si potesse pensare che sarà di sicuro il gruppo, nel suo complesso, ad essere dotato della necessaria autosufficienza, piuttosto che ogni singolo individuo (vedi "Abbigliamento").

Ma vediamo in concreto qualche elemento dell'equipaggiamento dell'escursionista.

La mantella, per esempio.

Capo d'abbigliamento protettivo indispensabile in caso di pioggia (evento atmosferico non infrequente che può trasformare una piacevole scarpinata in una penosa marcia paragonabile alla ritirata dal fronte dopo Caporetto). Ha la funzione (impermeabilizzante) di proteggere persone e relativi carichi (leggi zaini) dalla (suddetta) pioggia, in modo assai efficace, componendo spesso figure alquanto grottesche.

Anche la borraccia termica, costituisce un altro elemento indispensabile per mantenere equilibrio nell'idratazione, facilmente compromessa dalle inevitabili sudate del percorso in salita, e...per placare la sete terribile che ne consegue.

Oppure la Cartina dei sentieri, strumento importantissimo, che ci consente dapprima di scegliere e pianificare il percorso, e successivamente per orientarsi durante il cammino e verificare la correttezza della direzione evitando il rischio di perdersi, temibile situazione in grado di evocare al solo pensarci sgradevoli sensazioni di ansia ed angoscia.

SENTIERO

Sul sito del CAI (www.cai.it) leggiamo:

“Diverse sono le definizioni di sentiero che troviamo sui dizionari:

“una via stretta e appena tracciata tra prati, boschi, rocce, ambiti naturalistici o paesaggi antropici, in pianura, collina o montagna” ;

oppure:

“percorso a fondo naturale tracciato in luoghi montani o campestri dal passaggio di uomini e animali” ;

e ancora:

“viottolo, genericamente stretto che in luoghi campestri, montani o simili si è formato in seguito al frequente passaggio di persone e animali” .

L'escursionista sa bene quanta differenza possa correre tra camminare, in uno stesso ambiente, su terreno aperto, o invece, potendo seguire un sentiero, per quanto minimo possa essere.

E' forse per questo che il sentiero si costituisce spesso come metafora del percorso spirituale verso l'ascesi o come allusione alla difficoltà di un percorso ideativo (il filo dei pensieri).

Un itinerario sovente non lineare, anzi soggetto a continue deviazioni, a salite e discese, che talvolta può sembrare non porti da nessuna parte o che addirittura stia tornando indietro; a un certo punto si può temere di averlo perso, poi ecco d'improvviso un segno sul tronco di un albero e si ritrova il percorso per poi giungere inaspettatamente alla meta prefissata o all'aprirsi di una visione panoramica che consente un'inattesa nuova prospettiva (per rimanere nella metafora, un punto di vista diverso e creativo su sé stessi o sul mondo circostante). Allora tutto il percorso precedente, che ci era sembrato contorto e poco comprensibile, assume una diversa valenza che ci ripaga della fatica sostenuta e premia la fiducia accordata alle mappe, alle segnalazioni o, ancor più, alla guida che ci ha accompagnati.

E' caratteristica di un nostro paziente la tendenza ad andare notevolmente avanti rispetto al gruppo e a uscire sovente fuori dal percorso, segnalando in questo modo la sua esigenza di potersi in qualche modo “distinguere” dal resto del gruppo, ma anche la necessità che qualcuno vigili e sia pronto a ricondurlo alla via.

Seguire un sentiero richiede infatti un'attenzione specifica, a volte estranea all'esperienza dell'uomo metropolitano; un'attenzione tanto più concentrata quanto meno il tracciato è evidente.

Non sempre, infatti un sentiero è segnalato o ben marcato e a volte si riduce ad una tenue indicazione che richiede al viandante uno sforzo interpretativo ed immaginativo. Si parla allora di tracce di sentiero.

TRACCE DI SENTIERO

L'escursionista alle prime armi che, leggendo la descrizione di un percorso, si imbatte in questa perifrasi, peraltro frequente e tipica, rimane leggermente perplesso di fronte all'alone sibillino e misterioso che sembra scaturirne.

Passando poi dalla carta alla realtà dell'esperienza sul campo, sappiamo quanto, per il neofita, possa essere difficile non smarrire anche un sentiero ben marcato o addirittura segnalato; figurarsi seguire tracce di sentiero!

D'altra parte non tutte le mete, in montagna, sono raggiungibili percorrendo evidenti sentieri e spesso occorre adattarsi a fare a meno di indicazioni certe e procedere inseguendo indizi. L'esperienza insegnerà all'escursionista a riconoscere i punti in cui l'erba è un po' schiacciata o secca o a individuare sassi smossi o che recano tracce di terra lasciate dagli scarponi di altri passanti o a intuire, dalla conformazione del terreno, dove il percorso, più probabilmente, si svolge.

CAMBIAMENTO

A volte bisognerebbe cambiare prima di essere costretti a farlo.

Mahatma Gandhi diceva. "*Sii il cambiamento che vuoi vedere avvenire nel mondo*".

Il Cambiamento appare come un paradigma positivo in tutti i campi. Cambiare significa:

- *crescere* in un significato nuovo di esistenza
- *migliorare* la propria personalità
- *uscire* dai circoli viziosi e dalle stanze chiuse
- *stare meglio* con sé stessi e nella propria esistenza

Cambiare significa spostare il proprio asse di equilibrio verso una posizione diversa, possibilmente migliore, più comoda, in modo che si possa andare incontro ad una situazione di vita più accettabile, migliore. Per fare questo bisogna imparare a sostituire qualcosa dentro, bisogna imparare ad accettare quello che gli altri o la società possono darmi, devo trasformare quello che mi viene dato in qualcosa di più fisiologico relativamente a me, e devo imparare a scambiare anche le mie cose, a donarle agli altri, a saperle donare. Devo imparare anche ad affrontare esperienze di vita nuove e a prendere da esse ciò che io riconosco come buono, che mi fa crescere. Così sarò diverso, avrò conosciuto il potere dello scambio e della sostituzione di parti di me. Avrò imparato che non esiste una sola possibilità di vita. E sarò cresciuto, più responsabile di me stesso e degli altri.

La Montagna offre tutta una serie di possibilità di cambiamenti, attraverso una serie di risorse e dimensioni trasformative, che sono assolutamente importanti ai fini della pratica riabilitativa psicosociale:

- Il confronto cognitivo ed emozionale con spazi diversi (e non civilizzati) da quelli di cui si ha normalmente esperienza diretta e quotidiana: gli spazi aperti e l'ambiente esterno (il confronto con "l'altro" da me); il silenzio e la solitudine (il confronto con il "mio ambiente interiore").
- La necessità di dotarsi di strumenti e competenze adeguate (l'orientamento, la capacità di "muoversi" su terreni impervi e su "percorsi" diversi, il sapersi "proteggere" dalle intemperie, il trovare un "equilibrio" utile, ecc.).
- La capacità, quindi, e la necessità di diventare autonomo.
- Il sostegno del gruppo e la fiducia nei compagni e nella guida.
- La condivisione dell'esperienza.
- L' avere una "guida" ed il rapporto con essa.
- Il cambiamento della propria prospettiva di vista attraverso una dimensione di spostamento verticale e l' "innalzarsi" (l'ascesa), come metafore di evoluzione personale.
- La dimensione esplorativa: l'incontro con il nuovo e lo sconosciuto.

- Le dimensioni temporale e progettuale del viaggio, e la possibilità del ricordo e della rielaborazione successiva (anche con l'ausilio di mezzi audiovisivi: il prima, il durante, il dopo).
- La globalità dell'esperienza, che interessa la globalità fisica, sensoriale ed emotiva.

RIFUGIO

Un **rifugio** è un edificio collocato in località montane, in genere lontano dai centri abitati, destinato a ospitare gli escursionisti che frequentano la montagna. Dispone di solito di: bagno, cucina, stanze da letto, sale da pranzo. I rifugi nascono per aiutare i viandanti che in passato attraversavano le montagne e avevano bisogno di luoghi ove trascorrere la notte o rifugiarsi in caso di condizioni meteorologiche avverse.

Negli ultimi decenni con lo sviluppo del turismo di montagna i rifugi sono diventati piccoli alberghi che, pur offrendo in molti casi solo servizi essenziali, ospitano anche turisti che vogliono consumare un pasto durante una breve gita in montagna o durante una giornata passata sugli sci. Il rifugio si può anche indicare come "capanna": in genere si tratta di strutture simili ad alberghi, spesso con un custode che fornisce anche dei pasti; mentre, con il termine "rifugio", si intendono strutture più spartane, normalmente più piccole, che comunque offrono all'escursionista un tetto per ripararsi dalle intemperie, una cucina e un giaciglio al coperto.

Possiamo pensare ai grandi rifugi, quasi alberghi, affollati da schiere colorate di alpinisti ed escursionisti; ma forse il significato di questo particolare "luogo" della montagna è restituito meglio dall'immagine di tanti piccoli rifugi, rappresentanti, spesso minuscoli e sperduti, della presenza e delle attività umane nel mondo altro della montagna. Quasi ricordo di una quotidianità che ci appare ora – immersi nell'ambiente montano – remoto e irraggiungibile.

Questa funzione del rifugio-rifugiarsi è estremamente importante: Il rifugio consente di ritrovare qualcosa della vita quotidiana in un mondo severo che ci mette alla prova. Il rifugio dà riparo, calore, sicurezza. Nel rifugio io mi sento protetto, il freddo delle intemperie e il buio della notte non mi fanno paura. Nel rifugio sono al caldo, come in grembo ad una madre. Nel rifugio sono *dentro*; il rifugio mi accoglie, mi avvolge, mi fa stare bene. Posso riconoscere *il mio dentro*; calmarmi, essere tranquillo, sentire la mia voce insieme a quella degli altri miei compagni.

Francesco Tomatis ("La montagna come rifugio"; La Rivista del Club Alpino Italiano, marzo – aprile 2006) osserva che l'etimo latino "rifugio, da "fugio" allude ad un rifugiarsi conseguente ad un rifuggire, uno sfuggire attivamente qualcosa che si teme come nemico. Nell'accezione a cui siamo più soliti il nemico è costituito dalle avversità naturali, dalla severità dell'ambiente (il buio, il freddo..) propri della montagna. Ma il rifugio non è solo protezione dalla montagna potenzialmente nemica, è anche luogo e parte della montagna ed è la montagna stessa – ci fa notare Tomatis – che nella storia si è spesso costituita come rifugio per l'uomo in fuga dai mali del mondo. E così diversi ordini monastici vi hanno trovato la possibilità di costruirvi uno spazio vitale e contemplativo; e così popolazioni fuggite da condizioni di oppressione o di miseria vi hanno trovato possibilità di sopravvivenza e di crescita; e così le montagne sono forse oggi per molti "...rifugio dalle civiltà bellicose, dagli eccessi di egoismo e di tecnologia, dai progetti umani

incapaci di umanità...in quanto ogni aspetto dell'esistenza umana e naturale insieme, in montagna, può trovare luogo per metter radice, crescere, fiorire...Le montagne stesse sono rifugio, perché non solo osservatorio privilegiato o laboratorio sperimentale, ma spazio di preservazione attiva di forme di vita e dell'esistenza in genere nelle possibilità ad essa più proprie e ancora aperte ad un salvo avvenire”.

OMETTI DI SASSI

Misteriose presenze che popolano gli ambienti dell' alta montagna.

In fondo nient'altro che sassi tra i sassi. Ma l'ordinata disposizione di quelle pietre, rivela la mano e l'intento dell'uomo.

Chissà chi, chissà quando, chissà da dove e per dove, ma qualcuno è già passato da lì. E ha lasciato un segno del suo passaggio e un messaggio per chi, in seguito, si ritrovi in quel luogo.

Incontrarne uno nei lunghi momenti in cui si procede incerti e la mente vaga nel dubbio, può avere la forza di una rivelazione. Quelle poche pietre, così simili a tutte le altre che stanno lì attorno, si animano di un significato decisivo, fuggano l'incertezza e rassicurano che ci troviamo sulla giusta strada.

E allora gli occhi interrogano il terreno attorno, cercandone altri, a conferma della direzione da tenere. Ma forse, dovremo ancora a lungo camminare nell'incertezza, con il dubbio di errare, prima di vederne un altro e di nuovo trarne un'indicazione che ci sollevi, ci rassicuri e ravvivi in noi l'intento di proseguire.

Quando la funzione terapeutica, come è nel caso della Montagnaterapia, esce dal chiuso dei luoghi che le sono propri e si avventura in contesti o ambienti nuovi ed insoliti, quali sentieri, segnali e guide potrà trovare a sostenerne il percorso?

Terminiamo con **LINEE GUIDA**, dando solo un'idea di quello che rappresentano.

Le linee guida sono un insieme di indicazioni, regole, procedure e raccomandazioni sviluppate sistematicamente sulla base di conoscenze valide e continuamente aggiornate, creato per rendere appropriato e di qualità un comportamento o uno scopo desiderato. Sono la base di partenza per l'impostazione e lo sviluppo di comportamenti e modi di operare condivisi, a seconda dello scopo da raggiungere, da organizzazioni di ogni genere nel campo sociale, politico, economico, aziendale, medico e così via. Queste regole, o procedure, portano ad un protocollo condiviso.

Questo è quello che noi oggi dobbiamo cercare di fare, anche per essere sempre pronti ad affrontare temi di scientificità.

Bibliografia

A cura di N. G. De Toma, V. F. Scala, V. Ruggiero: *NUOVO DIZIONARIO DI MONTAGNATERAPIA. I percorsi dell'esperienza* in www.montagnaterapia.it, ottobre 2012

Atti del 2° Convegno Nazionale di Montagnaterapia: *SENTIERI DI SALUTE, LA MONTAGNA CHE CURA*, 11-12-13 novembre 2010, Bergamo

Atti del 1° Convegno Nazionale di Montagnaterapia: *SENTIERI DI SALUTE: I SAPERI DI UNA MONTAGNA CHE AIUTA*, Riva del Garda (TN) 14-15-16 novembre 2008 (atti in via di pubblicazione)

F. Lumia, G. Scoppola: *QUANDO I CARDIOPATICI IN RIABILITAZIONE RIESCONO A CONQUISTARE LE MONTAGNE*, in: Cuore Amico n.3, periodico dell'Associazione Cuore Sano, luglio-settembre 2011

G. Scoppola: *DENTRO LA MONTAGNATERAPIA: STORIA, RADICI, STRUMENTI*, in: A cura di S. Carpineta: "Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille"- Riva del Garda 9-11 settembre 2005" Documenti per la salute n.25- Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento

V. F. Scala, N. G. De Toma, P. Tulli, M. Bagicalupi: *NUOVI STRUMENTI PER LA SALUTE MENTALE*, in "Psichiatria di Comunità" n.3 settembre 2006

A. Salsa: *IL TRAMONTO DELLE IDENTITA' TRADIZIONALI*, Ed. Priuli & Verlucca, Torino, 2009

F. Tomatis: *FILOSOFIA DELLA MONTAGNA*, Ed. Bompiani, Milano, 2005

B. Spadolini, B. Grasselli, L. Ansini: *LA FUNZIONME EDUCATIVA DEL CAMMINARE*, Armando Ed., Roma, 2007

H. D. Thoreau: *CAMMINARE*, Oscar Mondadori, Milano, 2009

D. Le Breton: *IL MONDO A PIEDI. ELOGIO DELLA MARCIA*, Ed. Feltrinelli, Milano, 2003

Siti Utili

www.montagnaterapia.it

www.sopraimille.it

www.naturaumana.it

www.amionlus.it

www.medicinadimontagna.it

www.montagna.org

www.mountainblog.it

Pratiche di Rete che sviluppano Integrazione

Claudia Tanga*, Anna Avona*

*Psicologhe Cliniche, AMI ONLUS

Premesse

Questo lavoro di ricerca-intervento è stato finanziato dalla Provincia di Roma e rientra tra gli interventi dell'Ente atti a promuovere l'integrazione sociale.

Il punto di vista che ci ha guidato nella proposta di progetto è orientato all'approccio di Montagnaterapia, quindi all'uso dell'esperienza diretta come strumento di cambiamento e dal valore che i contesti naturali di montagna possono avere nel cambiamento degli stili di vita individuali e di gruppo. La competenza psicosociale messa in campo è volta al coinvolgimento delle organizzazioni, partendo dall'ipotesi che un primo passo per attuare il lavoro di rete, anche nell'ambito dell'accessibilità delle aree naturali, sia quello di partire da una messa in gioco del senso emozionalmente condiviso della pratica accessibile e dei problemi ad essa connessi.

La ricerca: l'uscita fruibile come prodotto di convivenza

L'obiettivo di questa ricerca-intervento è stato di sviluppare cultura di rete connessa alla fruibilità e all'accessibilità alle aree verdi, il prodotto di questo progetto è su due livelli: ad un livello di proposta sociale e territoriale è stato individuato un modo condiviso *possibile* di vivere l'uscita accessibile nelle aree naturali; ad un livello organizzativo, per le associazioni partecipanti, l'obiettivo era di promuovere un cambiamento nel modo d'intendere la funzione della rete nell'accessibilità del contesto naturale.

La prima fase di ricerca consta di un approfondimento degli interventi dedicati all'accessibilità delle aree naturali in Italia e nel Lazio e l'individuazione di testimoni chiave che potessero aiutarci nella definizione del problema. Le interviste aperte sono state rivolte a due testimoni chiave che hanno curato il progetto "Accessibile?...Naturalmente!" svolto dalla regione Lazio tra il 2006 ed il 2009; focus dell'intervista è stata l'esplorazione, attraverso la ricostruzione dell'esperienza, delle difficoltà ipotizzabili nell'attuazione di una logica di rete orientata all'accessibilità dei contesti naturali.

Dalle interviste emerge una definizione del problema che ha a che fare con aspetti culturali, in particolare vengono individuate due culture in conflitto, definite "diritto del disabile" e "tutela ambientale", che sono vissute come inconciliabili.

L'ipotesi che è stata lavorata nel proseguo del progetto è che queste due aree culturali siano già conviventi nei contesti naturali dei parchi, e che l'obiettivo sia di individuare delle aree di sviluppo culturale utili a favorire l'attivazione di pratiche di rete orientate all'accessibilità.

Le fasi successive della ricerca sono state:

1) l'invio di un questionario esplorativo a circa 70 soggetti organizzativi presenti sul territorio della Provincia, con l'obiettivo di capire il loro interesse verso la proposta di uscite in natura per persone

con disabilità e in che modo viene vissuta l'implicazione delle organizzazioni di servizi nella questione "accessibilità";

2) l'invito ad un coinvolgimento attivo nel confronto e nella produzione di materiale sul senso dell'uscita accessibile nelle pratiche associative; questo coinvolgimento era volto a condividere un senso che orientasse l'azione condivisa;

3) la costruzione, con le organizzazioni implicate, di un evento fruibile, a partire dal materiale raccolto.

Il processo di sviluppo di un'integrazione possibile tra due aree culturali in conflitto.

I questionari ci hanno restituito alcune informazioni importanti. In primo luogo l'accessibilità non sembra essere per le associazioni contattate un aspetto che le vede coinvolte in prima linea. Spesso nei questionari l'accessibilità viene riferita come presenza-assenza di supporti ed ausili tecnici presso i parchi naturali, le organizzazioni in prima istanza non individuano la loro funzione nel favorire il processo d'attivazione dell'uscita fruibile.

Altro aspetto che emerge dai questionari è che nella proposta di uscita in contesto naturale rivolta alle persone con disabilità l'obiettivo principale è quello dell'integrazione sociale, questo sia per le organizzazioni che si occupano di servizi volti alla cura e assistenza alla persona con disabilità, sia per le organizzazioni che lavorano nell'ambito della promozione ed educazione ambientale.

Individuiamo nell'aspetto dell'**integrazione sociale** la chiave di volta verso cui lavorare per lo sviluppo di una cultura orientata all'accessibilità delle aree naturali, questa è infatti l'area di pensiero a cui le organizzazioni di servizi rivolgono la loro attenzione quando pensano all'uso del territorio naturale.

L'invito al coinvolgimento diretto delle associazioni contattate mediante il questionario è stato accolto da un numero esiguo di organizzazioni, elemento di criticità che abbiamo ipotizzato essere dovuto alla difficoltà delle associazioni nel collocarsi attivamente nella proposta di un lavoro orientato ad un'accessibilità delle aree naturali per le persone con disabilità.

Con le organizzazioni che hanno mostrato interesse a continuare abbiamo sviluppato ulteriormente l'idea di accessibilità focalizzandoci sulle pratiche associative. Abbiamo iniziato a parlare così di Uscita Accessibile, intesa come simbolizzazione legata all'azione coordinata volta a favorire la fruizione dei contesti naturali.

I significati condivisi connessi all'Uscita Accessibile sono stati approfonditi attraverso la raccolta di interviste e narrative che partivano dal racconto dell'esperienza vissuta.

Con le interviste e le narrative abbiamo proposto ai partecipanti di lavorare allo sviluppo di un'uscita che avesse una rappresentazione condivisa, i testi costruiti insieme partivano dall'obiettivo di individuare aspetti utili per la costruzione di un'uscita fruibile attraverso il racconto delle azioni e delle "buone pratiche" connesse all'integrazione delle persone con disabilità nei contesti naturali.

In questo articolo segnaliamo in particolare come elemento interessante emerso dalla ricerca **la funzione dei servizi che promuovono la cultura di un parco fruibile:**

- nell'organizzazione delle esperienze raccontate è fondamentale la presenza di una mediazione sia nella costruzione che nell'uscita stessa. Mediazione volta a valutare l'allenamento e le diverse

abilità dei partecipanti rispetto ad eventuali percorsi (didattici o escursionistici) e la composizione del gruppo al fine di integrarlo nell'esperienza. Questa funzione di mediazione ha anche l'obiettivo di formulare i linguaggi e le modalità più adatti ad avvicinare all'esperienza e alla conoscenza del contesto naturale.

- Altro aspetto importante che emerge è la possibilità di co-costruire l'uscita in natura con gli operatori dei servizi che si occupano di assistenza e cura, aspetto che invece emerge come elemento solitamente dato per scontato. La presenza di una coordinazione tra chi offre un servizio in natura e le strutture che offrono supporto alle persone con disabilità sembra un'area interessante e tutta da esplorare verso la costruzione di una rete di soggetti che promuovano la fruibilità del parco naturale.

I servizi di assistenza e cura hanno la funzione di mediare tra i contenuti dell'esperienza proposta e la specifica utenza (dalla mediazione iniziale, utile all'organizzazione dell'esperienza, allo svolgersi dell'uscita al parco naturale, in cui sono anche facilitatori delle relazioni con gli altri gruppi/individui presenti).

Queste considerazioni hanno orientato le scelte della fase successiva della ricerca-intervento, la presentazione di un prodotto nato dal confronto tra i diversi soggetti.

L'evento conclusivo è stato pensato perseguendo le ipotesi d'integrazione emerse dagli incontri.

In particolare nel lavoro con le organizzazioni coinvolte la convivenza tra le **due aree culturali** definite del "*diritto della persona con disabilità*" e della "*tutela dell'ambiente*" viene simbolizzata come **possibilità d'integrazione**, tra persone e tra uomo ed ambiente.

Il confronto verso l'evento ha fatto emergere nelle organizzazioni coinvolte l'idea di proporre una giornata in cui si potesse creare un clima di scambio e conoscenza orientato alla convivenza, appunto, tra uomo e uomo e tra uomo e natura.

In questa proposta gli aspetti naturalistici sono risultati una attività di mediazione fondante per attivare percorsi relazionali di scambio e pensare nel contempo le risorse utili all'organizzazione di una rete di soggetti interessati alla fruizione di contesti naturali per un'utenza allargata.

L'uscita è stata organizzata in modo da proporre una giornata in un parco inteso come luogo di sviluppo delle relazioni di convivenza.

Il portale web di Naturalmente Accessibile

Il portale web (www.naturalmenteaccessibile.it) è stato pensato come luogo di scambio, costruzione e divulgazione del lavoro di gruppo sulla fruizione delle aree verdi. Lo schema iniziale è stato pensato per comunicare a chi accede al sito il punto di vista da cui viene affrontato il tema dell'accessibilità dei parchi naturali della Provincia di Roma; in particolare abbiamo proposto una sezione atta alla raccolta e condivisione di documenti e decreti che lavorano nella direzione di un'accessibilità intesa come pianificazione centrata sulla persona.

Il sito è stato costruito durante la ricerca, c'è una sezione dedicata alle diverse fasi del progetto ed un'area in cui possono essere condivise informazioni sui parchi della Provincia di Roma ritenuti fruibili dall'esperienza di chi vi ha avuto accesso. La sezione Narrative rappresenta uno spazio dove si possono proporre esperienze che si ritengono utili.

L'idea alla base della creazione di Naturalmente Accessibile è che possa essere un punto di ritrovo nella rete per chi è interessato a contribuire alle proposte di “percorsi” di fruizione, integrazione e sviluppo delle tematiche connesse.

Considerazioni conclusive

Questo primo progetto di ricerca-intervento ha raggiunto alcuni obiettivi rilevanti rispetto alla possibilità di sviluppare una cultura di rete sulla fruizione dei parchi della Provincia di Roma. In particolare interrogare le realtà locali che offrono servizi nell'area dell'assistenza e cura a persone con disabilità mediante contesti naturali ha promosso lo sviluppo di un pensiero sulla fruizione dei parchi. Nella fruizione la funzione dei partecipanti (servizi ed utenti) veniva vissuta inizialmente come aspetto scontato da delegare agli enti gestori, la possibilità di viverli come soggetti proponenti ha attivato percorsi di idee in cui i soggetti hanno potuto investire in prima persona desideri e professionalità, arrivando a fine progetto con l'idea condivisa di provare a realizzare un progetto insieme che parta dall'esperienza vissuta ed in cui poter implicare anche gli enti gestori dei parchi.

Un altro obiettivo raggiunto è stato quello di produrre del materiale divulgativo che sia non tanto orientato dalla competenza nell'uso di ausili tecnici per la disabilità per l'accesso ai parchi naturali, area di studio su cui è stato prodotto materiale in abbondanza e legato alla possibilità di investire ingenti fondi e risorse da parte di enti pubblici, quanto, piuttosto ad un valore culturale importante, che parta dall'esperienza locale per promuovere un nuovo modo di pensare l'accessibilità come fruizione allargata. Poter leggere e condividere un pensiero su questo tema è un modo per promuovere pratiche diverse, in cui i servizi sono in prima linea nella guida del cambiamento, grazie alla voglia di confrontarsi e raccontarsi.

Hanno collaborato al lavoro:

Anna Gadola per la realizzazione del sito web,

Cecilia Galligani e Federico Magnaguagno nella mediazione e realizzazione dell'evento.

Hanno partecipato alla ricerca le Associazioni:

Il filo dalla torre

Associazione Polisportiva Dilettantistica “Delle torri” ONLUS

Unione italiana dei ciechi e degli ipovedenti (sez. Roma)

Nereide

Amicando

Tyrrhenum

Sitografia

Dichiarazione di Madrid, 2002

http://www.naturalmenteaccessibile.it/documenti/Dichiarazione_Madrid.pdf

Dichiarazione di Norcia, “principi e impegni per la libertà di accesso alla natura e per la sua fruibilità”,

2003.

<http://www.sibillini.net/primoPiano/eventi/convegnoDisabili/DichiarazioneDiNorcia.htm>

LINEE GUIDA “parchi x tutti”, per gli enti di gestione dei parchi nazionali italiani volte a promuovere l'accessibilità e fruibilità delle strutture e dei servizi da parte di persone con disabilità, anziani e bambini, 2003

http://www.parchipertutti.it/public/dl/linee_guida.pdf

Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità 2007

<http://www.unric.org/html/italian/pdf/Convenzione-disabili-ONU.pdf>

Il progetto “**Accessibile? ...Naturalmente!**” Nascita. Sviluppo e Risultati, 2009.

http://www.arplazio.it/documenti/schede/2561_allegato1.pdf

Verso le Linee guida della Montagnaterapia nell'ambito delle psicosi

Fiorella Lanfranchi*, Aquilino Ravasio**, Milco Ribaud**

*Psicologa, ** Educatore Professionale - Dipartimento di Salute Mentale - A. O. Bolognini (Seriata- Bg)

Il focus di questo intervento riguarda la Salute Mentale adulti e, in particolare, l'area relativa alle psicosi. Il documento mira a fornire un contributo nel percorso di messa a fuoco e chiarificazione degli elementi distintivi e condivisibili della montagnaterapia, di definizione di "buone pratiche" in questo ambito.

I DSM che hanno attivato gruppi di Montagnaterapia si rivolgono sia a pazienti ambulatoriali dei Centri di Salute Mentale, sia di Comunità Protette, sia di Centri residenziali e diurni. Ogni struttura compie una accurata valutazione sui bisogni degli utenti e delle loro abilità, formulando un progetto terapeutico - riabilitativo individualizzato, al cui interno si propongono interventi di Montagnaterapia che si integrano con trattamenti farmacologici, psicoterapici e altre attività riabilitative.

Diagnosi: la maggior parte dei pazienti che partecipa alle attività di Montagnaterapia è affetta da schizofrenia, vi sono inoltre disturbi di personalità e in misura più ridotta disturbi dell'umore.

Qui prenderemo in considerazione l'ambito delle psicosi, partendo dalle Linee guida elaborate dal Sistema nazionale italiano e Ministero della Salute (SNLG 14 "Gli interventi precoci nella schizofrenia", 2009).

Le **linee guida** rappresentano uno strumento che consente un trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca biomedica, nella pratica clinica quotidiana.

Si tratta di raccomandazioni di comportamento, messe a punto mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, che possono essere utilizzate per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'uso di risorse.

Ogni linea guida è un prodotto basato sullo stato dell'arte al momento della pubblicazione e le raccomandazioni devono essere riviste periodicamente sulla base delle nuove conoscenze.

L'applicazione delle raccomandazioni, fondate sulle migliori prove scientifiche disponibili, è flessibile e va adattata in funzione del singolo paziente, alla luce dell'esperienza clinica dei terapeuti e di tutte le circostanze di contesto.

Obiettivi delle linee guida per la schizofrenia, soprattutto per i soggetti al primo episodio psicotico, sono la modifica del decorso di malattia e/o il miglioramento della sua prognosi. Le esperienze in questo ambito sono numerose e strutturate, anche se non sempre conclusive.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare che ha steso le linee guida nazionali ha identificato dei quesiti clinici, tra i quali, ad esempio, il ruolo dei trattamenti psicologici (psicoterapeutico, psico-educativo, familiare e psicosociale) dopo il primo episodio psicotico; qual è la configurazione ottimale dei servizi in termini di strutture, personale e modalità di intervento, ecc. Ha effettuato le ricerche di letteratura scientifica, stabilito i criteri di inclusione e di esclusione degli studi, consultato le principali banche dati: PubMed, BIOSIS, Cinahl, Psychinfo, Science Citation Index, Embase, British Nursing Index, Pascal, Social Science Citation Index, ecc. Sono state selezionate le linee guida inglesi NICE (National Institute for health and Clinical Excellence) e le linee guida APA (American Psychiatric Association).

I diversi interventi e procedure sono stati classificati in base ai livelli di efficacia provati e parallelamente sono state definite le raccomandazioni inerenti, secondo il seguente prospetto:

Prove di tipo

LIVELLI di PROVA

- I. Prove ottenute da più studi clinici controllati e randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
- II. Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
- III. Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- IV. Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- V. Prove ottenute da studi di casistica (“serie di casi”) senza gruppo di controllo
- VI. Prove basate sull’opinione di esperti o consensus conference

FORZA delle RACCOMANDAZIONI

- A) L’esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
- B) Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba essere sempre raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
- C) Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l’intervento.
- D) L’esecuzione della procedura non è raccomandata.
- E) Si sconsiglia fortemente l’esecuzione della procedura.

Tra i vari studi selezionati e interessanti, ricordiamo l’OPUS trial, studio danese randomizzato, che ha confrontato un trattamento standard con terapia farmacologica antipsicotica

con un trattamento integrato, basato su terapia farmacologica antipsicotica affiancata da social skill training e trattamento familiare psicoeducativo in un regime di Trattamento assertivo di comunità (ACT). Dopo un anno di terapia, è emersa un'efficacia del trattamento integrato rispetto al trattamento standard rilevata con i punteggi alla scala SAPS e SANS nella dimensione psicotica e nella dimensione negativa, con riduzione della percentuale di pazienti con punteggio inferiore a 30 alla scala GAF e minore percentuale di “senza casa” e di “senza lavoro” nel gruppo dei sottoposti a regime di ACT.

Le linee guida sottolineano l'importanza di disporre di centri dedicati e di garantire la molteplicità e l'integrazione tra i vari trattamenti. In particolare si raccomandano:

- programmi strutturati di identificazione e trattamento precoci dei soggetti all'esordio (l'efficacia è presumibilmente mediata dalla riduzione della durata della psicosi non trattata e dalla qualità dei trattamenti che i centri sono in grado di erogare);
- l'impiego di scale di valutazione accurate
- la terapia farmacologica per il paziente schizofrenico nel periodo che segue l'esordio psicotico, vista la sua efficacia nel ridurre le ricadute;
- trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari e il **training di competenza sociale** nel periodo che segue il primo episodio psicotico (**prove di efficacia/raccomandazioni I A**);
- terapia cognitivo comportamentale in sinergia con altre strategie terapeutiche (I B);
- **Trattamento assertivo di comunità (ACT- prove di efficacia/raccomandazioni II B)** e le caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità, quali elementi indispensabili a un buon funzionamento di servizi dedicati all'identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio schizofrenico.

ACT e Riabilitazione Psicosociale

L' ACT occupa un posto importante all'interno del panorama della riabilitazione psicosociale. Esso fa riferimento ad un modello di training in community living sviluppato nei primi anni settanta negli Stati Uniti. Consiste in un insieme di interventi assistenziali e riabilitativi mirati alla gestione più adeguata dei pazienti con psicosi, attraverso una presa in carico continuativa, con una combinazione di interventi di tipo clinico e sociale, applicati in modo flessibile e personalizzato per un periodo molto prolungato, con l'obiettivo di prevenire o di attenuare gli aspetti più invalidanti della cronicità psichiatrica. Viene compresa un'attività di informazione e sensibilizzazione per la popolazione e per le famiglie dei pazienti. Vengono utilizzate tutte le agenzie sanitarie e sociali del territorio in un lavoro di collaborazione e di scambio di risorse e conoscenze.

Spesso i benefici derivati da questi programmi non si realizzano nel campo clinico – psicopatologico, ma piuttosto migliorando il funzionamento sociale o lavorativo, elevando il livello

della qualità di vita e il livello di soddisfazione del paziente e della sua famiglia. Numerosi studi hanno dimostrato che ACT ha la possibilità di ridurre in modo significativo l'impiego delle strutture psichiatriche a residenzialità più prolungata, di aumentare il livello di funzionamento sociale, la qualità di vita, il livello di soddisfazione degli assistiti e il rapporto costi/benefici.

Gli ultimi anni di grande sviluppo della Riabilitazione Psicosociale hanno permesso di andare oltre le prime esperienze eclettiche ed empiriche; interventi psicosociali abbinati alle nuove terapie farmacologiche antipsicotiche hanno aumentato il numero di coloro che hanno potuto intraprendere percorsi di riabilitazione.

Fondamentale è un approccio integrato in cui la *“riabilitazione psichiatrica non deve essere confusa con una pratica generica e approssimativa, fatta di vaga animazione, di saltuarie occupazioni del tempo da parte del paziente, di estemporanee iniziative, di intrattenimenti afinalistici.”* (Paltrinieri e De Girolamo, 1996).

Per **riabilitazione psicosociale** si fa riferimento a un campo di interventi e azioni finalizzate alla massima partecipazione e integrazione dell'individuo con la famiglia, la comunità e la società, con degli obiettivi intermedi e strategie, centrata sull'enfasi delle capacità positive e sulla duplice strategia dello sviluppo delle abilità del paziente e delle risorse dell'ambiente in una direzione sia supportiva sia facilitativa.

Assunti di base della riabilitazione sono, secondo Saraceno, i seguenti:

1. *“Il nucleo fondamentale si impernia sulla relazione tra operatore e utente, relazioni tra persone di cui affetto, fiducia, calore, empatia, amicizia sono le parole chiave.*
2. *Vi sono situazioni alle quali gli utenti non vanno esposti, ovvero modalità di relazione che ripercorrono il rifiuto o che veicolano basse aspettative di cambiamento”.*

Gli operatori dunque come intermediari tra il paziente e la realtà, che si occupano della parte malata e delle resistenze al cambiamento per poi lavorare sull'Io residuale per la “guarigione sociale”. Con questo ultimo termine si intende che non puntiamo a modificare la struttura di personalità psicotica, ma a far sì che il paziente possa vivere meglio con gli altri, nella comunità, con meno paure e senza continue ricadute.

Gli interventi di **Montagnaterapia** fanno parte della riabilitazione psicosociale.

Gli obiettivi si declinano in funzione delle potenzialità/limiti/bisogni specifici del soggetto, della fase di malattia (attiva o cronica) e della sintomatologia.

Si prevede l'inserimento in gruppi di Montagnaterapia dopo l'inquadramento diagnostico, l'impostazione del piano terapeutico e il contenimento di sintomi e anomalie comportamentali correlate. Sulla base dell'esperienza, i vari dipartimenti che hanno sperimentato la montagnaterapia hanno individuato dei **criteri di esclusione o controindicazione** rispetto all'inserimento nei gruppi:

- anomalie comportamentali gravi o tali da costituire un pericolo per l'incolumità del pazienti o del gruppo

- fase di scompenso
- fase maniacale
- concomitanti gravi patologie organiche o compromissioni fisiche
- assenza di compliance
- nessuna motivazione verso la attività

Gli **obiettivi** della montagnaterapia riguardano molteplici aspetti:

1. Socializzazione

Montagna terapia significa partecipare ad una serie di attività motorie insieme ad altre persone, valorizzando l'esperienza di gruppo oltre che la dimensione ambientale. Per i pazienti psichiatrici essa può favorire

- la socializzazione, aiutare ad uscire dall'isolamento e promuovere nuove relazioni significative,
- l'adattamento e la condivisione di regole comuni,
- la capacità di collaborazione con gli altri
- la fiducia reciproca

2. Contatto con realtà esterne

coinvolgendo realtà associative di volontariato esterne al circuito psichiatrico, per favorire

- Integrazione nel contesto territoriale in cui il soggetto vive
- Superamento dello stigma
- Attenzione alla realtà esterna e alla dimensione ecologica

3. Corporeità

Attraverso l'utilizzo del corpo e movimento in attività di escursionismo, arrampicata o alpinismo si intende promuovere la conoscenza di sé e dell'ambiente

- Stimolare un recupero della consapevolezza corporea
- Migliorare la salute fisica, le capacità di equilibrio, di coordinazione e gestione della fatica

4. Autonomia

- Acquisire capacità di equipaggiarsi autonomamente
- Acquisire competenze nel campo della manualità

5. Identità personale

- Aumentare la conoscenza di sé, l'autostima e la fiducia personale.
- Elaborare una propria memoria personale e collettiva che faciliti la strutturazione dell'identità personale
- Possibilità di mettersi alla prova e conoscere i propri limiti e le abilità personali

- Orientamento al risultato, capacità di agire con tenacia e costanza, soddisfazione nel raggiungimento di un obiettivo individuale e di gruppo

6. Controllo emotivo e cognitività

- Sviluppare capacità di controllare le emozioni, la frustrazione e saper gestire l'insuccesso. Rimanere calmi anche in situazioni di stress, ansia e di fatica psicofisica senza reagire impulsivamente e consapevoli delle proprie possibilità
- Recupero di passioni e interessi
 - Capacità di attenzione e concentrazione, di memorizzazione e rievocazione.

LA PROGETTAZIONE

- Ricerca e coinvolgimento delle realtà interessate
- Contatti con associazioni e singoli volontari ed esperti
- Corsi di formazione
- Stesura del progetto
- Protocolli d'intesa

LA PROGRAMMAZIONE

1. Incontri presso il centro proponente e presso la sede CAI, per favorire la conoscenza reciproca, per creare un positivo clima di gruppo e permettere uno scambio di informazioni .
2. Pianificazione dell'uscita, scelta degli itinerari adeguati, organizzazione del percorso, materiali, ecc. Solitamente il gruppo costituito da operatori, pazienti e volontari CAI, si incontra all'inizio dell'anno per definire il numero e tipologia delle uscite, secondo **criteri di gradualità ed incremento progressivo dell'impegno/difficoltà**.
3. Verifiche vengono compiute in itinere dall'équipe di montagna terapia e del centro proponente; periodicamente, verifica congiunta con i soci CAI.

LA REALIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA

Ad ogni escursione è utile prevedere un **momento di accoglienza** ed introduzione all'esperienza, con l'obiettivo di favorire la conoscenza/riscaldamento emotivo del gruppo, orientare rispetto all'ambiente, fornire informazioni sulla meta del giorno (percorso, dislivello, tempi, difficoltà), fatta solitamente dai tecnici della montagna. Vengono inoltre ribadite le regole generali concordate (es. non allontanarsi dal gruppo senza autorizzazione, seguire le indicazioni dei "capogita", ecc.).

Durante il percorso si stimola l'apertura, il dialogo e lo scambio con i compagni di viaggio. Si favoriscono legami di condivisione anche con momenti informali (pause, pranzo, ecc.).

Oltre all'attività in sé è fondamentale la **rielaborazione**: discutere, riflettere e ripensare all'esperienza vissuta, costruendo con l'utente, con modalità individuali o in gruppo, un senso condiviso del suo operare. Interessante è anche la condivisione di gruppo delle esperienze con strumenti di tipo animativo : fotografie, filmati, disegni, racconti....

IL GRUPPO

E' composto da un minimo di 6-7 pazienti fino ad un massimo di 15-20 , seguiti da un buon numero di operatori (si cerca di mantenere il rapporto di 1 operatore ogni 4-5 pazienti) e alpinisti del CAI.

Il gruppo è uno strumento che non ha solo come obiettivo la socializzazione, ma è un mezzo per la persona, per poter acquisire comportamenti adeguati ed efficaci che possono essere poi trasferiti nella vita quotidiana.

Ogni appartenente del gruppo è strumento di costruzione del senso di fiducia nell' altro. Il gruppo non è la somma delle parti ma qualcosa di diverso: è un insieme di fenomeni sociali. La fiducia si costruisce anche grazie all'aiuto dell'altro nel momento del bisogno, ad esempio nel sostenere nel momento dell'attraversamento di un torrente, sorreggere nei momenti difficili, anche essere affiancati nei momenti d'ansia o fatica.

Il gruppo come spazio dove sperimentare il rispecchiamento, la cooperazione, condividere le emozioni, rendere sostenibili le paure, indagare il nostro confine rispetto a dove possiamo giungere ed essere consolati nell'accettare l'idea che più di questo non possiamo fare, per lo meno oggi, e “c'è qualcuno che fa fatica almeno quanto me” .

Il gruppo come luogo di possibilità per aumentare la conoscenza di parti nascoste di se stessi, mentre allo stesso tempo se ne facilita l'espressione.

Esso può fare emergere impensate novità, nuove soluzioni per affrontare i problemi. Nelle uscite tutti solitamente riescono a raggiungere la meta grazie al sostegno degli altri, anche per quelli che pensavano di non farcela.

E' un contenitore di fiducia reciproca, protegge, ma pone anche dei limiti, vincola, controlla, rischia di frustrare gli sforzi dei singoli per definirsi in maniera autonoma. Accomuna e premia l'appartenenza, ma non la trasgressione.

La caratteristica peculiare del gruppo di montagna è il setting, che permette ai singoli partecipanti di esserne parte e allo stesso tempo di staccarsene, regolando la distanza interpersonale in modo che sia tollerabile anche per il paziente psicotico. I partecipanti appartengono al gruppo ma allo stesso tempo sono “liberi” d'isolarsi

LA RELAZIONE

Le relazioni interne al gruppo sono connotate, a seconda dei momenti e dei pazienti, da caratteristiche di contenimento, di direttività, di stimolo e di empatia. E' importante consolidare la **continuità e stabilità nei rapporti**, evitando per esempio frequenti cambiamenti di operatori. Alcune funzioni vengono svolte sia dai tecnici della montagna sia dagli operatori. Le dinamiche relazionali dovrebbero essere caratterizzate dalle seguenti dimensioni:

- Disponibilità ma non intrusività.
- Tollerare e contenere l'angoscia favorendone la verbalizzazione, rassicurando e mediando
- Contenere comportamenti inadeguati, anche con spazi di ascolto individuali, e non rispondere alle provocazioni
- Gratificare comportamenti positivi
- Stimolare l'eloquio
- Creare un ambiente sicuro e sereno.

IL CONDUTTORE

Una caratteristica basilare del conduttore dei gruppi di montagna è la passione per la montagna, una passione che contagia e che diventa stimolo per i partecipanti, i quali a causa della malattia, spesso faticano persino a fare una breve passeggiata sotto casa.

Quello della passione è però un pre-requisito che deve essere sostenuto da una adeguata formazione.

Il conduttore è auspicabile abbia un approccio di tipo attivo maieutico alla persona e al gruppo.

Dimensioni importanti saranno l'accoglienza, la disponibilità all'ascolto, il sapere creare il clima giusto. E' utile trovare momenti rituali per le uscite (es. ritrovo, salutarsi, dare informazioni, il caffè ecc.).

Il conduttore dei gruppi di montagna si avvale dell'utilizzo di diversi metodi di conduzione ovvero di tipo *direttivo*, di tipo *attivo* e *non direttivo*.

Lo stile ***Direttivo*** è caratterizzato dalla detenzione di potere da parte del conduttore.

Nel tipo ***Attivo*** l'operatore ha un ruolo di propositore, è stimolo di ricerca e di collaborazione, conduce l'azione in una costante attenzione e interazione con il gruppo, attua una relazione di scambio tra conduttore e gruppo, favorisce la partecipazione attiva ed esprime fiducia nelle capacità dell'altro.

Infine nel ***Non Direttivo***: il conduttore assume il ruolo di consulente delle attività, che sono gestite autonomamente dagli utenti; diventa come specchio per l'utente, che può prendere più consapevolezza di sé.

Il metodo di conduzione non è mai puro, si avvale di un miscuglio dei tre tipi in cui l'operatore, grazie alla propria formazione, li utilizza declinandoli a seconda del momento e del gruppo.

Deve comunque tenere sempre presente che il metodo *direttivo* deve essere utilizzato in una fase iniziale nell'ottica di propendere e arrivare all'*attivo* e infine al *non direttivo*.

"*Esserci*", ovvero l'operatore dovrebbe riuscire ad essere dentro le situazioni del gruppo, essere partecipe, stimolante, alla pari con gli altri, ma nello stesso tempo esserne fuori per analizzarle meglio. Ciò viene facilitato dalla suddivisione dei ruoli tra tecnici della mente e tecnici della montagna.

Al conduttore è richiesto di saper guardare se stesso e il gruppo, riuscendo a leggere non solo i propri desideri e i bisogni, ma anche quelli del gruppo.

Nella conduzione è importante che l'operatore ponga molta attenzione al suo modo di comunicare, ricordando che anche il nostro corpo emette linguaggi ben più forti di quelli verbali. Quindi occorre chiarezza nelle comunicazioni verbali, ma anche attenzione alle nostre posture ed ai significati che noi diamo loro e che il gruppo legge: essere seduto o in piedi, essere all'interno di un cerchio di persone o all'esterno, i nostri gesti, il nostro sguardo, il tono della voce, assumono significati ben precisi.

Allo stesso tempo bisogna essere molto attenti alle dinamiche presenti nel gruppo, essere attenti alle proposte che si fanno, mettersi nei panni delle persone che abbiamo di fronte, sapere quando è il momento di fermarsi perché, magari, una persona non regge l'incontro, non è ancora pronta; riuscire a non farla sentire a disagio e aiutarla a rientrare nel gruppo ed a parteciparvi, oppure giudicare se il suo isolarsi è un atteggiamento adottato per essere protagonista in modo diverso.

L'operatore dovrebbe essere sempre in interazione col gruppo, pronto a cogliere le variazioni, gli umori ed a modificare le proposte in base alle esigenze del momento.

Un'altra caratteristica non meno importante nei gruppi di montagna è la presenza di uno o più accompagnatori con la funzione di guida, che permette al conduttore /operatore di concentrarsi calibrando l'azione in funzione del momento e osservando alcune dinamiche importanti all'interno

del gruppo, per poi poterle elaborare in équipe e con gli stessi utenti. L'operatore durante l'attività rimane il riferimento per qualsiasi bisogno e richiesta sia dei pazienti sia dei volontari, soprattutto all'inizio cercare di mediarle. È attento affinché durante le uscite gli accompagnatori siano coerenti nei messaggi e gli utenti rispettino le regole concordate. L'accompagnatore fa da "ponte" con la "normalità", aiuta a capire che gli utenti non sono pericolosi e che "non mordono".

LA FORMAZIONE

Si ritiene fondamentale proporre ad alpinisti e volontari corsi di formazione, soprattutto nella fase iniziale dell'esperienza, onde fornire elementi che aiutino a gestire le relazioni e ad affrontare le difficoltà di comunicazione col paziente psichiatrico.

Riscontri molto positivi hanno avuto incontri con taglio psico-educativo, con un adattamento del metodo di Falloon, alternando momenti didattici ed esperienziali, focalizzati sui temi delle malattie mentali e della comunicazione.

VALUTAZIONE

Attualmente le ricerche sull'efficacia della Montagnaterapia sono scarse. Finora i pochissimi studi reperiti sono 7, di cui 5 presentati in comunicazioni a convegni, 2 sono stati pubblicati su riviste scientifiche. Questi ultimi arrivano a un **livello di prova V**, cioè sono prove ottenute da studi di casistica non randomizzati e senza gruppo di controllo.

Bibliografia

Ba G., *"Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale"*, Franco Angeli, Milano, 2003

Canevaro A., *"Sette pensieri sull'educare"*, in *Animazione Sociale*, Gruppo Abele, Torino, n.11 1998.

Contessa G., *"L'animazione. Manuale per animatori professionali o volontari"*, Città Studi Edizioni, Torino, 1996.

Falloon I., *"Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria"*, Erikson Edizioni, Trento, 1993

Lanfranchi F., Frecchiami A., Delle Fave A., *"Interventi riabilitativi ed esperienza ottimale nel contesto montano"*, *Psichiatria di comunità*, vol X, n. 2 giugno 2011

Liberman R.P. *"La riabilitazione psichiatrica"*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997

Paltrinieri E., De Girolamo G., *"La riabilitazione psichiatrica oggi: verso una pratica "evidence-based"*, *NOOS*, 3 (1), 201, 1996

Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A., *"Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo"*, Cortina, Milano, 1992.

Regoliosi L., *"La prevenzione possibile"*, Guerini studio, Milano, 1992.

Regoliosi L. *"Lo spessore del quotidiano"*, in *Animazione Sociale*, 4, p 56-75, 1996

Rogers C.R., *"I gruppi di incontro"*, Astrolabio, Roma, 1976.

Santerini M., *"L'educatore tra professionalità pedagogica e professionalità sociale"*, La Scuola, Brescia 1998.

Saraceno B. *"La fine dell'intrattenimento"*, ETASLIBRI, Milano, 1996

Saraceno B. *“Nuovi paradigmi per la salute mentale”*, Psichiatria di Comunità, IV :1-4, 2005

Scala V. F., De Toma N.G., Tulli P., Bacigalupi M. *“Nuovi strumenti per la salute mentale”*
Psichiatria di comunità, n. 3 settembre 2006

SNLG 14 - Sistema Nazionale per le Linee Guida (2009) - *“Gli interventi precoci nella schizofrenia”*, <http://www.pnlg.it>

Verso le linee guida della Montagnaterapia

Emanuele Frugoni*, Giovanni Frassine*

*Educatori Professionali

Centro semiresidenziale terapeutico adolescenti Raggio di sole

Comunità Terapeutica per le dipendenze di Paitone

Il Centro semiresidenziale e residenziale terapeutico “Raggio di sole” della Cooperativa sociale Fraternità Giovani di Ospitaletto (Bs) e la Comunità terapeutica per le tossicodipendenze adolescenti di Paitone (Bs) della Cooperativa sociale di Bessimo, da anni propongono come strumento terapeutico e riabilitativo, in sinergia con altri progetti, strumenti e trattamenti (farmacologici, psicoterapici ed educativi) la montagna e l’arrampicata.

A chi è rivolto

Il progetto è rivolto a pazienti adolescenti o preadolescenti inviati dalle UONPIA territoriali, con prevalenza di diagnosi legate a disturbi psicopatologici, non associati a grave deficit intellettivo:

- Disturbi di personalità
- Disturbi della condotta
- Psicosi
- Sindromi affettive

Il percorso si differenzia in funzione delle potenzialità ed abilità del soggetto o del gruppo di pazienti, del periodo di osservazione in struttura, la diagnosi o i sintomi legati alla malattia, ma anche da fattori prevalentemente sociali. In particolare, per quanto riguarda il Centro Diurno, sono significativi i giorni di frequenza del centro, il periodo scolastico e la partecipazioni ad attività svolte sul territorio di appartenenza.

I pazienti che possono usufruire di tale esperienza vengono individuati in funzione di alcuni criteri:

- Stabilità comportamentale;
- Situazione fisica clinicamente compatibile alla proposta;
- Livello di motivazione personale;
- Obiettivi individuati dall’equipe multidisciplinare in funzione del progetto terapeutico;

i criteri di esclusione sono:

- Instabilità comportamentale grave;
- Fase di scopenso;
- Situazione fisica clinicamente non idonea alla proposta;
- Assenza di motivazione personale;

- Non presenza al centro nei giorni di attività;

L'esperienza viene offerta anche a utenti adolescenti e giovani fino ai 25 anni con problematiche legate al consumo o dipendenza da sostanze psicotrope o in comorbilità con patologie psichiatriche.

La proposta viene fatta al gruppo e poi differenziata in funzione delle capacità e limiti di ogni singolo utente, questi aspetti si evidenziano nelle uscite in falesia e quindi è proprio nelle uscite in ambiente dolomitico dove si differenziano i percorsi di salita sulla vetta.

Dove vogliamo arrivare

La montagnaterapia viene proposta come attività integrata del Progetto Riabilitativo Individualizzato, partendo quindi dai bisogni del singolo, considerando tutti gli aspetti della persona (psicologici, fisici, relazionali e ambientali).

Gli obiettivi sono personali e sociali:

Personali: l'attività motoria in ambiente montano e l'arrampicata possono portare il soggetto a riconoscere in se limiti e capacità. Cercando di affrontare questi si possono raggiungere altri obiettivi precedentemente individuati:

- Conoscenza di se stessi: in funzione della propria storia, dell'identità personale, dei propri limiti e carenze. La montagna in quanto ambiente naturale, poco contaminato e addomesticato, obbliga a essere se stessi e mettersi alla prova, permette di trovare molti momenti di silenzio e solitudine attiva, pensare camminando. Con l'arrampicata il confronto con il rischio, la paura e il risultato permette di lavorare, oltre che su limiti e potenzialità, anche sul concetto di paura, di autostima e di fiducia in se stessi.
- Controllo delle emozioni: riuscire a gestire la parte emotiva del successo e dell'insuccesso, della soddisfazione e della frustrazione, gestendo le fasi depressive e/o maniacali.
- Gestione dello stress, della competizione, della paura e della fatica.
- Autonomie personali: legate sia all'elemento naturale, montagna, sia tecnico, materiale tecnico, la preparazione del proprio zaino con il materiale (cibo e vestiario) necessario per l'uscita proposta. Utilizzare le autonomie anche in altri ambiti personali e sociali.
- Conoscenza del proprio corpo: conoscenza dei propri limiti, raggiungere un esame della realtà che permetta di valutare la situazione ambientale in relazione con le personali capacità per riuscire a gestire e organizzare il proprio comportamento e non trovarsi in condizioni di pericolo.
- Raggiungere obiettivi sportivi gradualmente, attraverso gestione della fatica, rispetto del proprio corpo e di quello dell'altro, accettazione delle differenze di prestazione, bilanciamento tra periodi di lavoro e di riposo, accettazione del limite (poter essere esclusi per motivi di tipo fisico o clinico).

Sociali: l'attività in montagna e l'arrampicata diventano un momento di condivisione con il gruppo o con gruppi diversi, quello dei "pari" utenti e operatori e quello dei professionisti (guida alpina, volontari, istruttori...).

La condivisione di un'esperienza forte e intensa permette di lavorare su diversi obiettivi:

- Percepirsi come parte di un gruppo: capacità di socializzare anche in una situazione di stress e fatica, accettare le diversità di genere, di cultura, di ruolo, ma anche diversità relative alla situazione psicofisica o patologica. Costruzione di legami sani anche al di fuori dell'attività. Accettare la persona nuova che si aggrega durante il percorso. Condivisione di regole comuni, accettazione di ruoli differenti che portano a una collaborazione per il raggiungimento di un obiettivo comune. Fiducia nell'altro, che sia il compagno come il professionista.
- Relazionarsi con l'esterno: uscire dal gruppo utenti, incontrare persone diverse rispetto ai pazienti e agli operatori, siano questi gli accompagnatori, ma anche persone comuni che si incontrano quotidianamente in uscite come queste. Gestire l'ansia del conoscere la persona nuova anche se occasionale. Gli adolescenti in difficoltà hanno bisogno di essere stimolati al passaggio da una relazione virtuale (fantasmatica) a quella reale.
- Fiducia nell'altro e nell'attrezzatura: durante le escursioni o nell'arrampicata è necessario affidarsi all'esperienza di chi accompagna e al materiale fondamentale per l'attività, imparare a preparare lo zaino portando l'indispensabile, senza eccedere (costante insicurezza).

Cosa fare

L'esperienza della montagnaterapia resta un'attività svolta in ambiente montano con il fascino implicito di questi luoghi, ma anche le difficoltà oggettive delle terre alte.

Risulta necessario pianificare l'esperienza in base al tipo di attività (trekking, alpinismo, arrampicata, speleo o altro), in base al gruppo di partecipanti (numero dei partecipanti, numero degli accompagnatori, presenza di uno o più professionisti), in base alla tipologia dei partecipanti (problematica dei pazienti, età media, relazione tra i partecipanti), in base all'ambiente (collina, alta montagna, falesia, vie di roccia), in base alla stagione o alla situazione meteorologica.

Un obiettivo legato alla pianificazione può essere quello di accettare il cambiamento di attività o di meta in funzione di situazioni non calcolabili e imprevedibili, clima, meteo, partecipanti.

Nell'esperienza della montagnaterapia il gruppo diventa una parte attiva fondamentale, è uno strumento terapeutico. Nell'ambiente non ordinario della montagna il gruppo, se gestito bene, permette di sperimentare la fiducia, quindi di cercare di superare i propri limiti, di gestire meglio paure e gioie, di lasciarsi andare, di chiedere aiuto, di essere se stessi.

La pianificazione condivisa dell'esperienza permette di approcciarsi all'attività in modo sereno, di attenuare l'incognita della sorpresa, essere partecipe nell'intero processo di sviluppo dell'esperienza, il poter scegliere in modo autonomo se partecipare o no.

L'approcciarsi all'attività per gradi aiuta ad arrivare alla consapevolezza di ciò che si sta affrontando, al bisogno di migliorarsi, al ridimensionare le proprie aspettative, al riconoscimento

dei propri limiti e al cercare di superarli, quindi è necessaria una formazione al gruppo sia teorica che pratica. L'allenamento sia fisico che mentale aiuta ad affrontare la montagna, la fatica e gli eventi non calcolabili con più lucidità e serenità.

La stesura di un calendario di massima permette di dare un profilo di serietà all'esperienza, permette al gruppo di organizzarsi dando importanza agli impegni che ognuno ha, a escludere meno persone possibile, a poter coordinare questa esperienza con altri spazi terapeutici (vita di comunità, psicoterapie, colloqui medici...)

Come valutare

Le esperienze terapeutiche devono poter essere valutate sia sul breve termine che sul lungo termine, sia sul singolo paziente sia sul gruppo.

La valutazione può essere fatta settimanalmente dall'equipe con l'osservazione del paziente che frequenta il percorso di montagnaterapia, intervistando i familiari per vedere se notano miglioramenti, mediante schede di valutazione.

Può essere fatta dopo ogni uscita con gli educatori presenti sentendo individualmente ogni partecipante oppure anche integrando una condivisione di quanti hanno partecipato, il giorno stesso oppure il giorno dopo.

Somministrando una questionario individuale di valutazione rispetto alle emozioni vissute, alle conquiste di quell'uscita, alle difficoltà incontrate, ad un successo di quell'uscita..ecc.

La valutazione sull'incidenza che l'attività ha sul gruppo può essere fatta in modo naturale osservando la partecipazione se risulta costante oppure migliorata, ma anche tramite rielaborazioni di gruppo, cosa il gruppo utenti racconta.

Camminando si impara

S. Nascimbeni * - Giuseppina Leone**

* Psicologo, ASL Roma 2

** Coordinatrice Infermieristica, ASL Roma 2

Abbiamo trovato una curiosa etimologia della parola inglese Travel derivante dal francese travail : “ lavoro fisico o mentale fatica soprattutto di carattere doloroso od opprimente sforzo pena travaglio “.

Nel nostro lavoro siamo abituati a faticare, viaggiare soprattutto nelle profondità dei laghi come immagini riflesse di ciò che ci circonda, in questo processo esplorativo ciò che predomina è la fatica mentale nostra e di chi si è smarrito in tali profondità. Nell’esplorazione “dell’esterno” siamo spesso impacciati quando non adatti e comunque dotati di strumenti inadeguati o grossolani.

Avevamo perciò bisogno di un luogo metaforico che ci permettesse di esplorare ciò che dall’esterno emerge e si riflette. L’andare in montagna ha rappresentato per noi la metafora concreta realizzata del viaggio all’interno di noi stessi.

Tutto quello che incontriamo nel camminare è quello che viviamo dentro di noi. Il faticare nel procedere , il cercare il sentiero, la paura di perdersi, la vertigine nell’affacciarsi, la gioia dell’arrivo sono concretizzazioni di processi emotivi, affettivi e cognitivi che spesso non riescono ad esprimersi adeguatamente nella realtà quotidiana. La montagna è la possibilità di vivere un “ come sé” non essendolo. Le forti emozioni, i legami, le interazioni che la montagna fa emergere spostano continuamente la già di per sé labile linea di confine tra il mondo interno e la realtà esterna in un caleidoscopio di specchi. In questa situazione di confine così ambigua e cangiante si esaltano i propri limiti e le proprie risorse, i processi relazionali alla base dell’essere umano quali: la necessità di legarsi agli altri, di dipendere; il bisogno di solitudine, isolamento; l’affidarsi ed il ritrarsi dall’altro.

Ma come è possibile rendere terapeutico ciò che è la vita stessa? Come si fa a stare e a vivere una esperienza in una riconosciuta e riconoscibile parità emotiva e fisica tra noi e i nostri pazienti mantenendo la necessaria differenziazione affinché il processo terapeutico segua il suo corso? La montagna ci ha fornito delle risposte a questo interrogativo nel momento in cui non l’abbiamo considerata un setting, bensì un elemento attivo, non da controllare, ma da vivere. La montagna ci fa vivere le stesse situazioni cui ciascuno di noi dà la colorazione emotiva propria, ma sia noi sia i pazienti siamo andati da lei; noi siamo i facilitatori dell’esperienza, è l’esperienza stessa terapia.

La parola facilitatore in questo senso ci pare particolarmente adeguata nel momento in cui il nostro compito è solo quello di facilitare il flusso tra esterno e interno e viceversa.

In questo modo noi facciamo tranquillamente il nostro lavoro e i nostri pazienti il loro.

Nell'andare in montagna si tratta di salire per poi discendere, niente di meno produttivo di ciò, quasi uno spreco. Eppure ciò che si produce è dentro ognuno di noi, il risultato non è concretizzabile all'esterno è solo il risultato di un interno che muta e si modifica nell'alternanza dei passi: nel camminare.

Questo si sposa con un'idea di riabilitazione finalizzata alla focalizzazione degli stati d'animo, all'attenzione dei loro impercettibili o a volte bruschi e improvvise mutazioni e cambiamenti, come quelli che incontriamo camminando: nel terreno, nel panorama, nel cielo, nel tempo. Quindi non porsi degli obiettivi esterni e a volte a noi estranei, ma scegliere di stare in quel luogo con quelle persone solo per camminare.

E' come se la montagna desse il suo consenso, con l'inutile girovagare, al diritto a star male, spesso nel nostro campo più negato del diritto alla salute. Niente è più simile all'idea di libertà e dove c'è la libertà, c'è un andare via, ma anche un tornare se uno vuole, se uno può.

Noi tutto questo lo facciamo in gruppo, perché crediamo nelle sue potenzialità, Siamo consapevoli che un gruppo è un insieme complesso mutevole e cangiante, pieno di imprevisti come siamo noi, come è la montagna. Per questo esso è ricco di risorse: la solidarietà, la velocità nel riflettere crisi individuali, la generosità nell'offrire soluzioni, la possibilità di mostrarsi o nascondersi secondo i momenti e secondo i propri bisogni e desideri.

Ma a volte il gruppo può stare troppo stretto può limitare l'autonomia e l'esplorazione individuale; la montagna in questo soccorre perché nel camminare e nella sosta nella fatica e nella riuscita tende il gruppo come un elastico disperdendolo o aggregandolo assecondando la necessità di stare insieme o di separarsi ognuno con i propri passi e con il proprio sostare.

Questa lunga premessa, ci serve per inserire il tema che vogliamo trattare, che riguarda l'apprendimento, nella cornice di riferimento da noi adottata.

Infatti, imparare per quanto riguarda il nostro tipo di intervento, non può prescindere dagli elementi che lo compongono: il contesto, la modalità peripatetica, il gruppo e le sue relazioni.

In modo totalmente esemplificativo evidenzieremo alcuni elementi dell'imparare mentre si cammina.

IMPARARE A CAMMINARE

Imparare a camminare è ovviamente alla base del programma di montagnaterapia.

Camminare in montagna significa accorgersi dei propri passi: dove dobbiamo mettere il piede, quale sasso è opportuno evitare e quale passaggio è opportuno intraprendere.

In altri termini siamo costretti a porre un'attenzione continua a quello che stiamo facendo; ciò implica un abbassamento del livello di automatismo, che è diventato quasi implicito nella quotidianità. Confrontarsi con questa "nuova abilità" comporta, necessariamente, uno sforzo legato alla riuscita/ frustrazione e alla scoperta di capacità che concorrono alla costruzione emotiva di un apprendimento di parti di sé non esplorate o dimenticate.

Il camminare altresì è legato al procedere, che in un trekking non è sostituibile da nessun elemento che non sia noi stessi. Infatti possiamo contare solo sui nostri passi, il rapporto con noi stessi diventa prioritario per il raggiungimento della meta. Evidentemente questa attenzione a sé non può però prescindere dalla natura del terreno: salite, discese, asperità e dalle persone che ci precedono o ci seguono, formando una relazione indissolubile in cui l'individuo è inserito e di cui non può non tener conto.

IMPARARE A SOSTARE

Imparare a sostare è la parte complementare del camminare. Il valore della sosta, breve o lunga, diurna o notturna è inestimabile. Essa è parte integrante del procedere e forse più del camminare necessita di condivisione; essa infatti può essere di riposo, di ristoro, di contemplazione, ma implica un'attenzione a sé, ai propri bisogni o desideri, ma anche a quelli degli altri, all'ambiente circostante e alle necessità del procedere,

La modulazione tra sé e il resto del mondo nella sosta è un imperativo categorico, che comporta un aggiustamento continuo tra istanze emotive e necessità concrete, tra noi e gli altri e l'esercizio della capacità di adattamento, fondamentale in qualsiasi processo relazionale.

IMPARARE AD ORIENTARSI

“Il paziente è lucido ed orientato nel tempo e nello spazio e nelle persone”

Questo era ed è di solito l'incipit della descrizione di una persona che accede ad una visita psichiatrica.

L'orientamento è quindi una fondamentale discriminante al fine di una corretta diagnosi nosografica e sintomatologica. Giocoforza, se noi ci troviamo in una dimensione spazio-temporale condivisa, abbiamo più facilità a riconoscerci e a farci riconoscere, acquisendo una identità che ci può permettere di muoverci nella rete di relazioni interpersonali che determinano la nostra realtà.

In pratica ci troviamo in una sorte di mappa emotiva, cognitiva e relazionale che determina il nostro esserci, i percorsi e la descrizione dei luoghi con un certo margine di previsione e di indirizzo, sempre tenendo presente, che come dice Bateson, “la mappa non è il territorio”.

Nel nostro continuo sforzo di traslazione metaforica tra camminare ed esistere, imparare ad orientarsi in montagna ci sembra un momento essenziale dell'apprendere.

La mappa descrive in modo più o meno dettagliato la realtà, sempre secondo codici condivisi; direzione, tempi di percorrenza, punti di riferimento, in base ad una legenda.

Imparare ad orientarsi significa quindi acquisire simboli e nozioni di base condivise e trasmissibili.

Imparare ad orientarsi è anche però tradurre l'elemento teorico acquisito nella sua dimensione pratica ed esperienziale. Il territorio che si percorre però non è statico, ma muta in funzione di variabili che una mappa non sarà mai in grado di contenere che l'individuo deve imparare ad

interpretare e vivere affinché la propria mappa interna possa al meglio convivere con la mappa condivisa nel territorio della realtà.

IMPARARE A SALIRE, IMPARARE A SCENDERE

La banalità dell'argomento riguardo la montagna terapia può sembrare evidente, ma nella nostra avventura l'attenzione ai mutamenti psicofisici è essenziale. Forse la salita più di altri momenti del camminare include modificazioni nel fisico (respiro, battito cardiaco, sudorazione, spossatezza) e nel vissuto emotivo (frustrazione, determinazioni, avvilito, riuscita) .

E' necessario imparare a leggere, interpretare, sostenere i cambiamenti che avvengono dentro di noi e che nella salita sono spesso rapidi e avvertibili solo quando molto evidenti. La paura del non conosciuto, del non controllabile che avviene dentro di noi nella salita è associata anche all'altezza raggiunta, di cui in un determinato momento ci rendiamo conto; un'altezza , però, a cui noi stessi siamo giunti e di cui siamo responsabili.

Dall'altezza in cui siamo arrivati il momento di discendere.

Quella stessa salita che abbiamo realizzato si tratta ora di essere disfatta. La fatica può rendere incerto il passo, la concentrazione su se stessi, tipica del salire, si sposta ora sulla massima concentrazione all'esterno: un piccolo sasso influente in salita diventa determinante nella discesa. Il nostro equilibrio è quindi costantemente messo alla prova tra quello che proviamo e ciò che la realtà esterna ci propone. E' necessario, in questo senso quindi, la massima permeabilità tra noi e l'altro, in un continuo aggiustamento e adattamento, una sorta di plasticità che ci permetta di scivolare sicuri fino a valle.

IMPARARE A NUTRIRSI

(Essenzialità del cibo)

Imparare a nutrirsi, nell'esperienza di montagnaterapia lo definiamo ironicamente "essenziale". Il valore del nutrimento è in funzione di quello che si deve compiere; esso è essenziale la mattina per caricarsi fisicamente e psicologicamente, è essenziale durante il tragitto per ridare energia, è essenziale per il peso da trasportare, è essenziale la sera nella socializzazione del pasto.

L'essenzialità del cibo fornisce, nei suoi aspetti concreti e rituali, un nuovo sapore, che può determinare una diversa attenzione a come, a che cosa e a perché mangiamo.

IMPARARE A STARE INSIEME

Il gruppo è fondamentale in montagna terapia. E' in gruppo che si compie l'esperienza, è in gruppo che si condividono luoghi, spazi e sensazioni fisiche ed emotive. Il gruppo si deve integrare tra i suoi componenti e nelle sue diversità, in più si deve integrare nel territorio che lo ospita. Nel caso della montagna terapia esso ha un obiettivo condiviso, ma la selezione non avviene su base clinica, ma in funzione di caratteristiche personali, compresa la passione per qualcosa, senza la quale, le risposte alla fatica e ai disagi saranno negative e non compensate dai risultati ottenuti.

Imparare a stare in gruppo è difficile, soprattutto laddove la patologia spesso impone percorsi di solitudine e di esclusione. In montagna si fanno le cose insieme, ma rispettando le singole individualità e modulandosi sui bisogni di ritiro e di coinvolgimento che ognuno propone relativamente ai propri stati d'animo e alla propria fatica.

Il gruppo assorbe e restituisce e più facilmente si impara ad aver bisogno degli altri e a poterne fare a meno. Il processo di affidamento è diluito nei suoi vari componenti e nelle cose da fare insieme. Il gruppo non diventa solo un vincolo, ma anche una risorsa.

Inoltre in tale contesto la relazione terapeutica assume i caratteri di un vero e proprio legame paritario e non gerarchico.

IMPARARE DAGLI IMPREVISTI

Questa parte è forse quella meno tollerabile dagli operatori. Infatti il controllo, purtroppo, è diventato o è sempre stato parte imprescindibile della cura.

Il setting che abbiamo invece scelto è per definizione incontrollabile e la messa in gioco è totale, sia come persone che come professionisti. In montagna "l'imprevisto" non è solo del paziente, ma è di tutti; banalmente l'acqua bagna tutti, il "sintomo" è condiviso.

La valutazione dell'imprevisto e la sua necessaria elaborazione cognitiva è un processo post. L'imprevisto ha necessità di essere vissuto e gestito nel momento in cui accade; la variabile "imprevisto", il suo senso più ampio di "errore" con il suo valore etimologico di "errare" (camminare, vagabondare) è la sua condivisione danno il permesso di sperimentare e sperimentarsi, e quindi, di apprendere.

Gli imprevisti, l'errare/camminare, la loro risonanza emotiva e la rielaborazione cognitiva sono parti imprescindibili della cura.

IMPARARE DAL CORPO

Nell'esperienza di montagnaterapia si impara a prendersi cura del proprio corpo; nello stesso tempo apprendiamo dal corpo ciò di cui abbiamo bisogno. E' un continuo scambio tra noi e lui e con una velocità tale che di fatto è la realizzazione della famosa integrazione mente/corpo.

La complessità di questo tema, che i pazienti spesso ci mostrano nella loro sintomatologia e nelle sue conseguenze, emerge in una semplicità disarmante durante l'esperienza del Trekking.

Si impara a riconoscersi in questa integrazione, utilizzando un'esperienza che non privilegia una parte a scapito dell'altra.

IMPARARE A CURARE

Ci prendiamo cura dei nostri corpi e delle nostre menti. Il prendersi cura, per noi, non è sottrarci alle sollecitazioni emotive e a quelle fisiche, al contrario è metterle in gioco riscoprendo o scoprendo possibilità inattese, risorse non utilizzate, reciprocità relazionali. Ritrovarsi a essere capaci di.... è parte imprescindibile della cura. I luoghi visitati e le imprese compiute entrano a far parte di noi,

costituendo una memoria di abilità a cui attingere nella quotidianità. L'antico paradigma di una mente negata in un corpo mortificato, oggi spesso sostituito da quello di un corpo negato in una mente mortificata è affrontabile in un nuovo equilibrio che riconosca una diversa integrazione del nostro SE' inteso come interazione tra mente e corpo che si riconoscono l'una in presenza dell'altro.

Dieci anni di escursionismo con persone disabili.

Stefano Fausti¹

*Facciamo trekking da dieci anni.
Senza mai fermarvi?*²

Vorrei prendere come spunto per iniziare il mio intervento la presenza dei colleghi dell'ANFFaS di Massa Carrara. L'Anffas è un organismo di carattere nazionale che si occupa di disabilità intellettiva e relazionale, ma l'acronimo, denunciando il tempo trascorso dalla sua fondazione, significava Associazione Nazionale delle Famiglie dei Fanciulli Subnormali. È proprio con il termine subnormali che venivano identificati i nostri utenti ancora negli anni '70 del '900. Oggi questa espressione non si usa più neanche nelle barzellette o per offendere una persona, e non perché sia politicamente scorretto ma perché, ormai, è troppo distante dalla realtà. Quanta strada ha fatto questa categoria di persone. Quanto è cambiata la collocazione dei nostri utenti nella società.

L'integrazione scolastica e gli interventi socio riabilitativi, in questi anni, hanno cambiato insieme alle loro competenze anche l'immagine che ne abbiamo. Credo però che siano gli interventi come quelli di cui parliamo in questa sede – benché avessero l'obiettivo di stimolare l'autostima degli utenti – che, stratificandosi nella loro esperienza e divenendo un'acquisizione del sé, un sé individuale quanto di gruppo, hanno rappresentato le basi di una nuova identità sociale, contribuendo ad implementare quei caratteri positivi in cui ci si riconosce e attraverso i quali ci si propone agli altri.

L'intervento socio educativo attraverso la montagna è parte di un progetto più articolato che l'Unità Operativa Disabili Adulti della ASL ha strutturato a fine anni '90, per dare risposte alle nuove esigenze rappresentate da una generazione di persone disabili meglio attrezzate, grazie all'integrazione scolastica e sociale, per il confronto con la società. Riproporre, per queste persone – finito il percorso scolastico – le soluzioni riabilitative disponibili in quel momento rappresentava soltanto un rafforzamento dello stigma, un passo indietro nel processo di crescita sociale.

Il Centro diurno³ si fonda su interventi di riabilitazione psico-sociale, anche se questa impostazione ci è costata numerose critiche da parte della sanità ufficiale. L'obiettivo che ci siamo posti non era quello di lavorare sul deficit, su quanto c'è di malato o di mancante nella persona, in un'ottica riparatoria, ma di favorire e rinforzare le abilità possedute dall'utente per stimolarne la crescita. Siamo partiti dal presupposto che il disabile è una persona non divisibile e che alla complessità dei suoi problemi si possa rispondere solo con una integrazione degli interventi, utilizzando, di volta in volta, gli strumenti tecnici più idonei indipendentemente dalla pluralità degli enti che erogano la risposta. Un intervento socio-sanitario che, facendo leva prevalentemente sulle motivazioni, sulle capacità e non sui deficit, favorisca insieme allo sviluppo delle "abilità", il potenziamento delle funzioni psichiche residue e/o potenziali, conducendo al miglioramento dell'autonomia. I due aspetti, essendo strettamente collegati, necessitano di uno sguardo che li chiami costantemente in causa all'unisono.

¹ Educatore Professionale dell'Unità Operativa Disabili Adulti - ASL Roma A, IV Distretto.

² E' il dialogo tra un'utente e l'avventore di uno dei tanti rifugio frequentati durante il trekking.

³ Il Centro Diurno raccoglie dentro la stessa progettazione la partecipazione di più attori sociali: oltre alla ASL, titolare del progetto e della gestione organizzativa; il Comune di Roma, che lo finanzia e mantiene il livello di coordinamento cittadino; il privato sociale, che fornisce il personale.

Il Laboratorio di escursionismo inizialmente girava intorno a due aspetti del modo di funzionare dei nostri ragazzi: non avere la terminologia e le conoscenze per descrivere ciò che vedono e confondere rapidamente, in un tutt'uno di memorie disordinate, le esperienze fatte. Insomma, benché fossero discreti camminatori ed apprezzassero molto le escursioni in montagna, non ne sapevano parlare se non confusamente, non erano in grado di distinguere un albero dall'altro, né una zona montuosa dall'altra, il ruscello era "l'acqua che corre", o "casca l'acqua", un'escursione nelle vicinanze di Roma era "la montagna" e questa, qualsiasi essa fosse, era sempre identificata con Madonna di Campiglio, meta abituale dei soggiorni estivi in quegli anni, montagna per eccellenza, montagna idealizzata. Per questo la nostra azione è stata finalizzata, sul piano cognitivo, ad imparare a dare un nome alle cose e questo per orientarci, non solo in senso topografico, nell'ambiente che frequentiamo. Altro aspetto portante del laboratorio è stato l'elaborazione dell'esperienza: ogni uscita veniva ricostruita attraverso le fotografie, risequenziata, per poterne fissare nella memoria gli elementi e farne materia di socializzazione, dunque di immagine di sé, di status.

Abbiamo scelto, ma questo per tutti i laboratori del Centro, la metodologia del piccolo gruppo e la continuità dell'impegno.

Nel caso specifico, il gruppo è composto da sei ragazzi disabili e tre operatori. Ci incontriamo una volta alla settimana per la programmazione delle escursioni e la loro rielaborazione. Abbiamo puntato molto sulla possibilità di prefigurare l'escursione e là dove le mappe non erano del tutto evocative per i ragazzi, ci siamo aiutati con un forte uso delle immagini. Avere la certezza che capissero, ad esempio, che tipo di terreno avremmo trovato durante la giornata, ci permetteva di non essere prescrittivi, di non dover fare ogni volta l'elenco delle cose che si dovevano portare, indosso e nello zaino; in questo modo tentavamo di stimolare la loro autonomia.

Nel primo periodo di vita del gruppo abbiamo potuto fare alcune interessanti osservazioni. All'inizio i ragazzi erano centrati sulle relazioni tra di loro: durante le escursioni chiacchieravano costantemente, entravano in competizione, non c'era modo di far osservare il paesaggio, sembrava che stare in montagna, al mare o a casa loro, fosse del tutto indifferente. Poi, improvvisamente, hanno iniziato a camminare in modo ordinato, tutti in fila, facendo procedere ai primi posti le persone più lente. Allo stesso modo, abbiamo notato una maggiore capacità di attenzione, attenzione verso l'ambiente circostante, verso i piccoli rumori del bosco, in generale una migliore capacità di concentrazione. Nel momento in cui abbiamo osservato questi cambiamenti non abbiamo creduto che fossero avvenuti per merito nostro, nonostante avessimo esortato con insistenza i ragazzi ad essere più ordinati e a far attenzione. Pensiamo, invece, che il merito sia della loro capacità di adattamento e della montagna stessa. E' come se la montagna, con le sue asperità, con la fatica che ne richiede l'esplorazione, ci imponga di essere usata in un certo modo. Poter fare escursioni con una certa frequenza, ha permesso ai ragazzi di adattarsi ad un ambiente per loro inconsueto e li ha portati a scoprire, spontaneamente, il modo più efficace per affrontarle.

Parallelamente a queste osservazioni abbiamo notato che il sentimento di appartenenza al gruppo e la consapevolezza di essere capaci di impegnarsi per raggiungere un obiettivo veniva riportato fuori dal laboratorio, nel proprio ambito lavorativo e amicale e, in alcuni casi, è stato di notevole aiuto per migliorare la qualità dei rapporti che intrattenevano quotidianamente.

Il punto di svolta per il laboratorio, però, è stato il Trekking.

Nel 2004 ci siamo sentiti pronti per tentare un'esperienza più impegnativa. Per intraprendere un viaggio lungo, tappa dopo tappa, rifugio dopo rifugio. Intendevamo allontanarci dall'esperienza protetta del laboratorio per cimentarci in un'attività "normale" come fanno tutti, senza mediazioni. Eravamo stimolati dall'idea di recidere quel "cordone ombelicale" che ci teneva legati all'albergo (quasi fosse il campo base della spedizione, come ama dire Giulio Scoppola) per immergerci in un'esperienza senza rete di protezione. Volevamo dimostrare –a noi stessi prima di tutto– che

eravamo adulti, non bambini –anzi fanciulli ripensando all’Anffas– che giocano scimmiettando le attività dei grandi. Tutto ciò implicava che non ci fosse la possibilità di tornare indietro, anche metaforicamente, nel viaggio, nel cammino, come nel pensare a noi stessi, a chi siamo.

Naturalmente in quella prima esperienza erano molti i timori che qualcosa andasse male. Senza pensare ad infortuni o incidenti vari, l’idea di percorrere 100, 120 km a piedi, 2-3000 metri di dislivello, ci preoccupava non poco. Come avrebbero reagito i ragazzi alla fatica? Ma anche soltanto pensare alla necessità di fare e disfare lo zaino ci impensieriva, dal momento che si tratta di una attività che normalmente –nella nostra esperienza di soggiorno estivo– viene seguita da vicino dagli operatori, per evitare che i ragazzi facciano dei pasticci (biancheria sporca con quella pulita, scambio di indumenti tra l’uno e l’altro, cose dimenticate sotto il letto...). Insomma un’iniziativa che, rispetto ai consueti e comodi soggiorni estivi, sia pure in ambiente alpino, aveva l’obiettivo di stravolgere gli schemi adattativi a cui eravamo abituati.

Fortunatamente è andato tutto bene, vuoi perché i ragazzi si sentivano responsabilizzati, vuoi perché noi operatori eravamo più rilassati –o forse soltanto più stanchi–, e allentando il controllo su di loro tutto è filato liscio. Nessun incidente, nessun cedimento alla fatica ed anche negli aspetti di auto-organizzazione i ragazzi hanno dimostrato di poter interiorizzare il concetto di ordine.

La buona riuscita di questa esperienza ci ha portato a centrare l’attività del laboratorio sul trekking⁴ e in questi anni abbiamo cercato di perfezionare gli strumenti metodologici che fanno parte dell’attività.

Abbiamo così introdotto il “diario di bordo” per raccogliere i “fatti” del viaggio, in linea con l’intenzione di lavorare sul rafforzamento della memoria, ma anche per proporre, con la scrittura, una comunicazione più lenta –come i nostri lentissimi passi– più pensata, più riflessiva, quindi più incisiva.

E’ nel diario che prende forma la prima manifestazione della consapevolezza del livellamento dei ruoli, quando un ragazzo ci ha posto la domanda: “ma, qui, siamo tra amici o tra utenti e operatori? Ed è sempre il diario a registrare un episodio che ci riporta all’importanza della figura paterna a cui allude Paolo Di Benedetto nel suo intervento. Eravamo al Rifugio Sasso Piatto dove, forse perché ci siamo trattenuti più a lungo che altrove e i gestori ci hanno potuto osservare con maggior attenzione rispetto agli altri avventori, mi hanno chiesto: “ma sono tutti figli suoi?” e non, come era immaginabile: “ma sono tutti disabili?” E’ ancora il diario che ci ha permesso di gestire situazioni veramente difficili, quando durante il trekking nel gruppo del Gran Paradiso, a causa di devastanti crisi di panico di un componente del gruppo, di fronte alla necessità di decidere se interrompere il trekking o soltanto –si fa per dire– riaccompagnare a Roma l’utente in questione, che abbiamo pensato, invece, di usare la scrittura. Da una parte, per spiegare ai ragazzi, in modo delicato, cosa stesse succedendo al compagno, e dall’altra per tentare l’elaborazione condivisa di quel disagio. Il trasporto emotivo che questa diversa avventura ha comportato ci ha indotto a trasformare quel materiale in un libro, una storia del trekking e del gruppo: *Alla ricerca del Gran Paradiso. Storia di una fanciulla... alla ricerca della serenità perduta e dei cavalieri che l’hanno accompagnata*⁵.

Successivamente abbiamo aperto un blog, Scarponabile, in cui abbiamo fatto confluire tutti i nostri materiali: le relazioni delle escursioni, le fotografie, i progetti per il futuro.

L’archiviazione delle nostre esperienze ci è sembrato, oltre che un dovere derivante dal contesto pubblico in cui operiamo, una necessità, una riflessione autobiografica che ci permetteva di non disperdere l’unicità dell’esperienza, per non dimenticare, per riordinarne il vissuto, per

⁴ Nel 2004 Intorno al Bianco, nel 2006 Dolomiti –da Siusi a Cortina d’Ampezzo–, nel 2007 Gruppo del Gran Paradiso, nel 2008 Gruppo del Catinaccio, nel 2009 Val Malenco, nel 2010 Parco Nazionale dello Stelvio, nel 2011 ancora Dolomiti.

⁵ Reperibile su Scarponabile.

rispecchiarsi e riconoscersi. Ed ancora, per dividerlo con familiari ed amici, per farne un elemento di immagine di sé, per dialogare e incontrarsi con le altre realtà, in modo che il pericolo dell'autocelebrazione venisse annullato dal confronto e fosse trasformato in momento di crescita. Il blog è diventato ormai il veicolo di una nuova identità del gruppo: oggi durante un trekking o un'escursione i ragazzi, per presentarsi agli altri, non dicono più "siamo ragazzi della ASL..." dicono invece "noi siamo Scarponabili".

Concludendo possiamo dire che abbiamo iniziato questo cammino all'interno di un concetto di "laboratorio", utilizzando la montagna come strumento, ignari che questo "viaggio" ci avrebbe riservato delle sorprese che avrebbero inciso anche sulla nostra identità professionale. Lo abbiamo detto spesso: in montagna i ruoli si livellano, si è tutti eguali di fronte alla fatica, non ci sono scorciatoie possibili, la salita è salita per tutti, così come si è eguali nello straniamento causato dal paesaggio montano. La condivisione degli spazi, poi, nel rifugio, amplifica soltanto questo senso di parità, questo spirito di cameratismo. Così il gruppo di riabilitazione è diventato un gruppo di persone che va in montagna, che insieme sceglie, programma, fatica, si diverte... Siamo passati dal concetto di "fare qualche cosa per", a quello di "fare qualche cosa con", dal concetto di individuo a quello di gruppo in cui i fattori importanti sono il senso di appartenenza, la coesione, la continuità dell'esserci e dell'esperienza, la stabilità, il clima emotivo, il confronto.

La trasformazione del soggiorno estivo in viaggio lungo a piedi, l'uso di questa risorsa che il Comune e la ASL riservano ai disabili per farne un trekking, è stata una conquista di libertà. Un ragazzo, durante l'ultimo trekking, alla domanda sul perché si sottoponesse a questa faticaccia e non andasse, invece, a fare un soggiorno come tutti gli altri, mi ha risposto, "ma che dici, il trekking è diverso, qui siamo liberi, non c'è mica l'operatore che ti dice quello che devi fare e come ti devi comportare."

Credo che si possa affermare che il trekking –ma sarebbe più giusto dire il viaggio?– abbia avuto lo stesso valore di quel passaggio identitario che i nostri utenti hanno vissuto, nella società, quando da portatori di handicap –e ancora prima da subnormali– sono stati riconosciuti come disabili. Il trekking cioè, con l'assunzione di responsabilità che comporta, con il livellamento dei ruoli, con la condivisione e la cooperazione, ci sembra possa svolgere la funzione di iniziazione alla vita adulta. E questo, come dicevo all'inizio, non ha solo rilevanza individuale o di gruppo ma si trasforma inevitabilmente in un elemento fondante di una nuova forma di identità sociale.

PROPOSTA DI GRIGLIA PER LA COMPILAZIONE DELLE LINEE GUIDA DELLA MONTAGNATERAPIA

Gruppo Associazione DIANOVA ONLUS

Ambito prevalente di intervento: COMUNITA' TERAPEUTICA PER ALCOL E TOSSICODIPENDENZA

1. La progettazione: il percorso di montagnaterapia dovrebbe tener conto del contesto dei servizi proponenti (comunità residenziale, centri diurni, ambulatori, comunità semi-residenziale, ecc), della tipologia dell'utenza e dei vincoli economici. Bisognerebbe identificare in quale percorso s'inserisce l'esperienza, tenendo conto che sarebbe importante che essa sia collegata, anche per differenza, a precedenti esperienze fatte dal soggetto, o a future situazioni. Inoltre il percorso dovrebbe essere scelto sulla base del gruppo a cui si va a proporre: bisogna tenere in considerazione il grado di difficoltà e il tempo necessario al suo completamento, onde evitare che l'esperienza sia tanto frustrante da perdere quindi la propria valenza terapeutica.
2. La programmazione: l'intervento dovrebbe essere suddiviso in tre fasi: preparazione, realizzazione e valutazione dell'esperienza. La preparazione dovrebbe prevedere la presentazione del percorso, in un primo momento, all'èquipe del servizio per favorirne la partecipazione attiva e coglierne i contributi sia di pensiero che di proposte operative e di disponibilità a vivere l'esperienza. In un secondo momento, attraverso incontri plenari (due/tre), presentato agli utenti. Gli incontri potrebbero essere svolti da un educatore ed un socio cai/esperto di alpinismo al fine di affrontare sia gli aspetti terapeutici del percorso di montagnaterapia che quelli tecnici/organizzativi riguardante la scelta dell'ambiente dove si svolgerà l'esperienza. Al fine di favorire la funzione riflessiva dell'esperienza sarebbe utile fornire agli utenti strumenti pratici, come ad esempio un diario per raccogliere prima, durante e dopo, l'apprendimento di tale esperienza e magari da rielaborare in sedute individuali e/o di gruppo post esperienza. La realizzazione dovrebbe avvenire in piccoli gruppi per facilitare la relazione operatori/utenti. L'esperienza potrebbe essere sia diurna che per più giorni. Sarebbe auspicabile avere un unico luogo di ritrovo al fine di ritualizzare fin dalla partenza il senso del gruppo. La valutazione dovrebbe essere suddivisa temporalmente in prima (ovvero chiedendosi come mai si è ricorso alla montagnaterapia al fine di valutarne la coerenza, l'adeguatezza e l'apprendimento dall'esperienza), durante (attraverso il monitoraggio dei dati derivanti dall'osservazione e auto-osservazione dell'esperienza) e dopo (analisi e comprensione delle valenze terapeutiche dell'esperienza).
3. Il gruppo: attraverso le riunioni d'èquipe multidisciplinari si potrebbe identificare il gruppo sulla base degli obiettivi sia individuali della persona sia avendo come linea gli obiettivi stessi dell'esperienza di montagnaterapia. Alcuni degli aspetti di cambiamento connessi al

gruppo è quella della collaborazione e non della competizione; come pure la solidarietà e non l'individualismo.

4. La relazione: fra gli aspetti relazionali che favoriscono il cambiamento vi possiamo trovare a livello interiore l'autostima, l'autonomia, il contatto emotivo, il pensiero attivo, il contatto con i propri limiti e le proprie risorse ecc; mentre nella relazione con gli altri vi possiamo trovare l'empatia, la collaborazione, la mediazione dei conflitti, la partecipazione, l'ascolto.
5. Il conduttore: potrebbe favorire il cambiamento nella fase di realizzazione in quanto attivatore di motivazione, come pure di stimolatore per attivare nei partecipanti all'esperienza il notare (ovvero osservare, ascoltare cosa gli sta attorno); accompagnare i partecipanti nei movimenti cognitivi ed emotivi che vivono; nonché, nella fase conclusiva dell'esperienza, facilitarne la rielaborazione.

ASPETTI LOGISTICI ORGANIZZATIVI:

1. Scelta del luogo: dovrebbe tener conto degli aspetti fisici dei partecipanti ed i loro livello di allenamento; altro parametro su cui basare la scelta del luogo è quello del materiale ed abbigliamento a disposizione: con materiali ed abbigliamento idonei si potrebbe scegliere un ghiaccio, come pure, sempre con il materiale adeguato, arrampicare. Un aspetto significativo è la possibilità di effettuare esperienze di tipo residenziale.
2. Presenza esperti: La presenza di un esperto è fondamentale in un progetto di montagna terapia in tutte e tre le fasi che lo compongono. L'esperto dovrebbe essere quella persona che fornisce un supporto tecnico all'educatore che segue il progetto. Questa persona deve essere colui che si rende garante delle norme di sicurezza e rispetto da tenere in montagna e che permette una valutazione realistica del percorso e delle possibili variazioni in itinere. La relazione con l'educatore diventa fondamentale in duplice misura: da una parte l'esperto fornisce quel supporto descritto in precedenza, dall'altra può fornire all'educatore osservazioni sull'utenza, nelle diverse fasi, da un altro punto di vista. In questo modo l'azione congiunta delle due figure permette di prendere decisioni nelle diverse fasi, in modo più preciso e specifico. Appare chiaro come l'azione educativa e tecnica permettono di costruire un'esperienza terapeutica a 360 gradi, in cui l'utenza possa sperimentarsi pienamente.
3. Sicurezza: E' fondamentale essere a conoscenza dei requisiti di base e delle norme di sicurezza da tenere in montagna. Nella fase di preparazione e buona norma prendere informazioni sul meteo e sullo stato del percorso che si andrà ad affrontare. Altro aspetto importante nella fase di precedente l'esperienza è la preparazione di tutti i materiali necessari per la realizzazione: scarpe, indumenti adatti, zaino, acqua e viveri sufficienti, k-way. Inoltre bisogna tenere in considerazione quegli strumenti necessari a seconda del luogo e dell'esperienza scelti (vedi imbragature per arrampicata). Durante la fase di realizzazione

risulta fondamentale che l'esperto e l'educatore presentino, prima della partenza, quelle regole per la sicurezza e il rispetto fondamentali: tenere un passo adeguato alle proprie capacità, dare un occhio di riguardo alla persona che ci precede e a quella che ci segue, non gettare e non raccogliere niente,

LINEE GUIDA PER L'ATTIVITA' DI MONTAGNATERAPIA

ANFASS ONLUS MASSA CARRARA

Come premessa a tutto il lavoro sono fondamentali la preparazione e la formazione degli operatori che gestiscono questo tipo di terapia riabilitativa, così come la motivazione è un supporto essenziale.

FASE PREPARATORIA

Vengono inizialmente valutate le capacità *psico-fisico-affettive* dei soggetti a cui viene proposta l'esperienza facendo riferimento alle varie patologie individuali ed a una attenta osservazione oggettiva basata sulla sperimentazione di esercizi motori, di equilibrio e sensoriali.

Detti esercizi vengono proposti in ambienti specifici (contesti attrezzati ecc.).

I soggetti sono preparati alla conoscenza diretta attraverso la visione di immagini e video inerenti l'attività.

Le dinamiche di gruppo sono valutate dagli operatori addetti allo scopo di evidenziare i punti di forza e le aree su cui lavorare.

In sede di programmazione il gruppo viene coinvolto in maniera diversificata nei preparativi all'uscita considerando le risorse individuali. I preparativi consistono nella scelta di un percorso adeguato e nella preparazione dell'equipaggiamento considerando le esigenze della stagione. Questa fase è importante in quanto tende a sviluppare consapevolezza sulla gestione dell'imminente esperienza.

Per quanto riguarda le persone con la funzione di raccomandare e/o formare gli altri operatori della montagnaterapia, relativamente al metodo o ai contenuti o ai processi o alle sessioni di lavoro, è necessario siano operatori di montagnaterapia in attività da almeno 5 anni; che frequentino le riunioni delle macroaree regionali o siano conosciuti e ritenuti competenti (attraverso indicatori precisi e condivisi) dai coordinatori o dai formatori e supervisor delle stesse; che debbano conoscere il lavoro operativo e metodologico (indipendentemente dal settore) per averlo svolto per almeno 3 anni.

FASE DEL LAVORO DIRETTO SUL TERRITORIO

1. Le uscite propedeutiche equivalgono ad un contatto con un ambiente fino a quel momento sconosciuto o sono rivolte verso soggetti che affrontino per la prima volta l'esperienza.
2. L'aspetto sensoriale è il primo veicolo di avvicinamento tra gli utenti e il luogo laddove i colori e gli odori che variano sono i sintomi delle stagioni.
3. Le uscite propedeutiche sono valutate dagli operatori considerando le caratteristiche degli utenti nonché la fisionomia del luogo dove svolgere l'attività.
4. Con tutto il bagaglio acquisito si affrontano i primi percorsi escursionistici. Vengono applicate le basilari indicazioni "didattiche" del camminare in montagna ovvero come si

affrontano gli ostacoli che si incontrano quali radici, sassi o altro. Importantissimo è il ruolo del gruppo sia come contenitore di emozioni sia come risorsa individuale; ogni componente offre agli altri il proprio vissuto.

5. Al termine di ogni esperienza il momento del pranzo è l'occasione per raccogliere quanto sperimentato nel modo più naturale. Consumare il proprio pasto in un rifugio abbatte quegli ostacoli sociali che la patologia spesso impone, siccome consumarlo in un bosco o in una radura consentono di vivere un momento a stretto contatto con la natura, in un insolito contesto completamente differente dallo schema quotidiano.
6. I giorni successivi alle uscite sono dedicati alla raccolta del materiale video-fotografico. Sia da parte degli operatori che da parte di una utente – capace di compilare relazioni – vengono stese delle considerazioni scritte sull'esperienza appena trascorsa.

INDICAZIONI OPERATIVE E DI SICUREZZA

1. I criteri di sicurezza sono adottati dagli schemi e dalle regole emanati dal Club Alpino Italiano (scala delle difficoltà escursionistiche). All'interno del settore di Montagnaterapia dell'ANFFAS di Massa Carrara uno degli operatori (appartenente al CAI) possiede una preparazione specifica in merito ed è a lui che viene delegata la scelta dei percorsi.
2. I percorsi sono considerati in base alla preparazione fisico-atletica indispensabile per la gestione degli sforzi fisici.
3. I parametri attinenti alla sicurezza prevedono inoltre come punti fondamentali: a) l'addestramento, ovvero l'acquisizione delle nozioni tecniche idonee necessarie per costituire la base dell'esperienza; b) l'informazione, ovvero tutto ciò che serve a pianificare un'escursione e a gestire le emergenze impreviste.
4. La sicurezza degli utenti è valutata costantemente con percorsi individualizzati in base alle capacità specifiche e rafforzata con l'uso di protezioni (caschetto per i soggetti epilettici) e materiale adeguato per i percorsi più difficoltosi (imbrago e corda). Dette regole sono di base nell'escursionismo ed essenziali nella tutela di questa particolare utenza, regole non disgiunte da una adeguata preparazione del personale accompagnatore acquisita attraverso corsi di primo soccorso generici e specifici per l'ambiente montano.

MONTAGNA E PSICHIATRIA

Paolo Di Benedetto*

*Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale - ASL Rieti

Grazie all'elaborazione effettuata nella clinica psichiatrica e nella sua pratica, le attività riabilitative in montagna si iscrivono nell'insieme degli interventi terapeutici che consistono nella creazione di uno spazio vitale: questo luogo metaforico permette a ogni paziente di integrare e suturare la faglia specifica che riguarda la sua immagine corporea.

Anche nelle altre discipline mediche questa pratica riabilitativa in montagna si pone come obiettivo lo sviluppo di una dialettica della sofferenza psichica e somatica, unità inscindibile della persona.

Questo è il compito che si propone l'esperienza di montagnaterapia una buona pratica anche a carattere preventivo, strutturata nel setting e nelle persone.

- Primo elemento strutturale : Il camminare
- Secondo elemento strutturale : La pulsione viatoria
- Terzo elemento strutturale : l'Identità
- Quarto elemento strutturale : Il Nome del Padre
- Quinto elemento strutturale : il Desiderio dell'Altro

PRIMO ELEMENTO STRUTTURALE DI MONTAGNATERAPIA: CAMMINARE

PROCEDURA ADOTTATA: CREARE E PROGRAMMARE L'ESCURSIONE, IL CAMMINO, IL VIAGGIO COME ELEMENTO CULTURALE E DIDATTICO

Camminare ha creato sentieri, strade, ponti, architettura, geografia, giardini, politica e cultura fino alla letteratura e la sessualità. Camminare è un atto volontario vicino ai ritmi involontari (respiro e battito cardiaco), è un stato in cui la mente, il corpo, il mondo sono allineati, in congiunzione come le note in un accordo. Il ritmo del passo genera il ritmo nel pensiero e il tragitto nel paesaggio evoca o stimola un tragitto nel corso dei pensieri. Nel mondo postmoderno il corpo non trascorre più il tempo all'aperto ma è come deprivato nelle case: c'è un'atrofia dell'incarnazione, per cui il corpo è passivo biologico, sessuale ma non c'è più lo sforzo fisico, non è più collocato nello spazio e nel tempo ma delimitato nella percezione e nella conoscenza.

SECONDO ELEMENTO STRUTTURALE: LA PULSIONE VIATORIA

PROCEDURA ADOTTATA: CONSIDERARE LA DIMENSIONE DEL CORPO COME LEIB, CORPO VISSUTO DISTINTO DAL KORPER, COMPAGINE SOMATICA

Questa pulsione viatoria si pone nello spartiacque tra cultura e natura: è il significante del Nome del Padre. L'assenza strutturale del Nome del Padre spinge il soggetto a tentare una ricostruzione del significante paterno mancante o debole. Nell'agorafobia Freud colse un'equivalenza tra il suolo materno la madre terra. Camminare esplicita la dialettica piede suolo, madre soggetto, mentre lo spazio è la figura primordiale dell'Altro verso cui ci incamminiamo.

TERZO ELEMENTO STRUTTURALE: L'IDENTITÀ

PROCEDURA ADOTTATA: CREARE UNA DIMENSIONE DI GRUPPO E INDIVIDUALE

La questione dell'identità, identità culturale e identità sessuale, è estremamente attuale. Ciò che accomuna i due aspetti dell'identità è che entrambi sono regolati da una funzione simbolica centrale che Lacan ha isolato come "Nome del Padre". Una funzione che è in crisi, almeno nelle sue forme tradizionali, cioè come referenza ad una funzione paterna. Nel 1990, Charles Melman ha pronunciato una conferenza che costituisce una referenza fondamentale sul tema dell'identità di cui stabilisce quattro componenti:

1) immaginaria, 2) simbolica, 3) reale e una quarta che le annoda il tratto distintivo di ognuno, il sintomo.

QUARTO ELEMENTO STRUTTURALE : IL NOME DEL PADRE

PROCEDURA ADOTTATA : CREARE UN RUOLO TUTELARE ED ESERCITARLO, SIA ATTRAVERSO L'ESPERTO DI MONTAGNA SIA ATTRAVERSO L'OPERATORE SANITARIO

La salvezza dalla sofferenza e dall'angoscia non si cerca per la via classica, religiosa, dell'abbandono delle cose terrene ma attraverso la consumazione senza limiti, nuova forma di schiavitù del soggetto. Ma l'oggetto di godimento salvifico è un oggetto di vacuità, aleatorio, destinato alla dissolvenza. Il soggetto invece di mettere nel luogo dell'Altro ciò che ha perduto grazie all'accesso al linguaggio, rifiuta la mancanza e con essa il desiderio che sorge da lei. Non si avventura nel campo dell'amore dove appare la turbolenza e incertezza ma elegge un oggetto inumano, un feticcio come partner anziché situare l'oggetto perduto nel campo dell'Altro. La singolarità è incarnabile in luoghi e forme di aggregazione, è eccentrica e dissociata dall'Ideale edipico e implica come tutte le responsabilità una risposta etica. E' colui che sa che il sapere non racchiude e non risolve il mistero dell'esistenza e della contingenza. Per questo Lacan parla dei Nomi del Padre come tenuta della struttura. La funzione del padre è una funzione che custodisce il vuoto, il non sapere come condizione della trasmissione del desiderio. Il padre non sostiene l'illusione del sapere universale ma risponde a questo buco, al vuoto della struttura: è un atto, una testimonianza, una soluzione incarnata all'enigma insoluto vita/morte.

QUINTO ELEMENTO STRUTTURALE : **IL DESIDERIO DELL'ALTRO**

*PROCEDURA ADOTTATA: FAVORIRE I PRESUPPOSTI PER IL SORGERE DI UNSOGGETTO AUTONOMO E
AL TEMPO STESSO LA PRESENZA RASSICURANTE DI UNA BASE ISTITUZIONALE CURANTE*

Il padre tutela la differenza tra generazione : la parola del padre prepara il posto all'esistenza del figlio il quale sarebbe privo di eredità, di iscrizione simbolica. La madre protegge la vita, la custodisce garantendone l'appartenenza in quella che Lacan definiva la lingua del corpo . Il padre incarna il desiderio come desiderio dell'Altro. L'esistenza non è un accadimento biologico, un evento climatico naturale ma un'iscrizione simbolica: senza iscrizione simbolica non c'è senso all'essere nel mondo, senza iscrizione la vita è vagabondaggio, randagismo, erranza, dissolvenza. Il Nome del Padre situa l'umanizzazione primordiale della vita e sullo sfondo la dialettica del desiderio come desiderio dell'Altro . Essere desiderati è una domanda di ospitalità originaria che trascende e disaliena dal legame del sangue e fonda l'esistenza del figlio.

LA MONTAGNA NELLA MENIE DALLE ALPI MARITTIME ALL'ETNA

**Un gruppo di ragazzi in viaggio lungo le pendici del grande vulcano, "a muntagna" siciliana,
per una esperienza di montagnaterapia**

Sebastiano Audisio*, Marco Battain **, Ornella Giordana***, Ugo Palomba*, Francesco Riso*

*DSM ASL CN 1

**CAI Sezione Torino

La montagna può aiutare ad affrontare meglio la realtà del disagio psichico, perché frequentare la montagna non è solo misurarsi con le proprie capacità fisiche ma anche un percorso verso la salute e il miglioramento del proprio funzionamento: un cammino al di fuori delle mura istituzionali, sperimentando nuovi modi di relazionarsi in gruppo e con se stessi. La montagna diventa così un luogo terapeutico che coniuga le dimensioni corpo-mente-ambiente, individuo-gruppo, lavoro clinico e psicosociale. Questo è il racconto di un'esperienza di un gruppo di ragazzi che va inquadrata all'interno dei percorsi riabilitativi che vengono seguiti dai Servizi di Psichiatria Territoriale ASL CN (Cuneo) 1.

Un Gruppo è un ambito in cui si sperimentano esperienze e dinamiche relazionali, si condivide una attività (fare insieme) con un obiettivo/percorso/"senso" nella continuità.

Quindi non è un momento per occupare il tempo, o solo ricreativo, o solo sportivo, ma ha una finalità di cura che si associa agli altri interventi terapeutici (farmacologici, medico-sanitari, psicologici, sostegno alla domiciliarità, al lavoro ecc). L'obiettivo di questo insieme di pratiche è il miglioramento della qualità della vita della persona e della sua salute in senso globale: clinico, aumento del livello di autonomia, rinforzo dell'autostima (empowerment: ce l'ho fatta, posso farcela anch'io e di nuovo anche in altre circostanze). Le uscite settimanali di preparazione al progetto "Etna 2012" sono state escursioni su sentieri e attività di sci di fondo e racchette da neve nella stagione invernale, in collaborazione con varie realtà territoriali come i Centri sci di fondo di Aisone e Festiona in Valle Stura (Cn) che ci ospitano sulle loro straordinarie piste, i Parchi regionali delle Alpi Marittime e Valle Pesio e il Corpo Forestale, distaccamento di Demonte. Molto importante è stato "l'appoggio logistico", e non solo, da parte del Comune di Aisone. Nei mesi prima della partenza, la preparazione, oltre all'allenamento fisico, ha visto coinvolti i ragazzi nel reperimento delle attrezzature e dei materiali necessari allo scopo. L'allestimento dello zaino, valutando le cose effettivamente da portare, è stato un momento importante sul cammino dell'autonomia e del recupero di competenze personali.

Le collaborazioni

Fondamentale nella realizzazione dell'avventura è stata la partecipazione attiva in ogni fase di studio, di organizzazione logistica e di supporto sul "campo" del Cai Torino.

«Collaborare alla realizzazione del trek all'Etna è stato per il Cai Torino» commenta il Presidente Osvaldo Marengo «una grande occasione di crescita. All'inizio confesso che eravamo un po' esitanti: il progetto sembrava fuori dalla nostra portata e dal nostro modo abituale di andare in montagna accompagnando i nostri soci». Quando si parla di disabilità psichica la nostra cultura, che si basa esclusivamente su stereotipi e su modelli di riferimento che premiano il bello, il migliore, piuttosto che chi ha successo, si viene presi in contropiede. «Poi, c'è stato l'incontro. Per me era la prima volta. Mi salutavano come ci fossimo lasciati la sera prima, allegri e sorridenti. Abbiamo passeggiato nel bosco tutti insieme, chiacchierando amabilmente o in assoluto silenzio. In quei momenti, guardando il viso di questi nostri nuovi amici, ho avuto la sensazione di essere davvero io l'unico "diverso"».

Dopo è stato un susseguirsi di incontri tra Ornella Giordana e Marco Battain, accompagnatori escursionistici del Cai Torino, e il gruppo di infermieri, Mario Piasco e Sebastiano Audisio, con i responsabili del Servizio e del Dipartimento di salute mentale di Cuneo i dottori Ugo Palomba e Francesco Riso, persone senza le quali questo sogno non si sarebbe realizzato. In questo quadro abbiamo altresì ottenuto la fattiva collaborazione, per gli aspetti sportivi, dell'Unione Sportiva Acli Cuneo e Piemonte. Il loro appoggio è stato indispensabile per la realizzazione di momenti prettamente sportivi in cui ognuno dei partecipanti possa trovare la propria "indipendenza" e sentirsi alla pari con i compagni di avventura, come le immagini del "Trekking Etna 2012" ci mostrano: zaino per tutti, percorso uguale per tutti, stessa vita per tutti, stessa fatica per tutti. In questa maniera l'attività sportiva diventa uno strumento che serve per aiutare a vivere meglio la propria vita, ma soprattutto mette le persone in condizioni di parità tra di loro.

L'esposizione agli intensi fenomeni atmosferici avversi ha creato qualche problema di tipo ansioso reattivo, peraltro interpretabile come espressione di sano istinto di conservazione, specie in individui non avvezzi a tale eventualità.

Nei giorni successivi, la permanenza in condizioni ambientali più favorevoli ha molto più piacevole il trekking: in nessun caso è stato necessario un trattamento farmacologico.

Il Trekking

Il percorso si è svolto prevalentemente sulla pista Altomontana Etnea, un anello in quota, a partire dal Rifugio Sapienza in senso orario percorrendo il versante sud-ovest dell'Etna per una lunghezza complessiva di 50 km, con due pernottamenti in rifugi non gestiti, privi di illuminazione e di acqua potabile. Durante la marcia, a volte impegnativa per lunghezza, fatica, caldo, sono emersi gli aspetti positivi del gruppo: ogni membro ha partecipato attivamente, rafforzando il senso di fiducia negli altri e in se stesso; il superare difficoltà in montagna, ambiente che "mette alla prova", ha esaltato la riuscita di tutti. È stata un'esperienza atta a maturare insegnamenti trasferibili nella quotidianità, un passaggio dal camminare al conoscere e dal conoscere all'essere. Lungo l'intero trekking, che si è svolto mediamente intorno ai 2000 metri, non è stato mai necessario ricorrere a rimedi per disturbi dovuti al mal di montagna: nemmeno la salita con mezzi meccanici- fino alla quota (poco meno di 3000 m) della "Torre del filosofo". I disturbi maggiori sono derivati, in quel

frangente, dalla bassa temperatura dovuta all'altitudine combinata con un vento impetuoso di Maestrale (effetto di wind chill).

L'esposizione agli intensi fenomeni atmosferici avversi ha creato qualche problema di tipo ansioso reattivo, peraltro interpretabile come espressione di sano istinto di conservazione, specie in individui non avvezzi a tale eventualità.

Nei giorni successivi, la permanenza in condizioni ambientali favorevoli ha reso molto più piacevole il trekking: in nessun caso è stato necessario un trattamento farmacologico.

Si può nel complesso dire che la borsa dei farmaci non sia stata praticamente mai aperta, dato che in due occasioni soltanto, e in via del tutto precauzionale, ne è stato usato il contenuto.

Diario di viaggio

Giovedì 17 maggio, 1° giorno. La Montagna ci fa subito capire chi detta le regole anche qui in Sicilia: un vento forte da nord continua a soffiare da questa notte.

Il cielo verso la cima di un blu intenso perfettamente trasparente delinea precisi contorni alla montagna di lava nera.

Funivia chiusa, siamo in compagnia degli uomini della Forestale sul versante sud, sbattuti da raffiche sempre più forti a tentare una uscita verso i vecchi crateri intorno alla Torre del Filosofo a quasi 3000 metri di quota. Coperti come in inverno, guanti compresi, procediamo in gruppo camminando bassi tra neve e detriti; saremo intorno a zero gradi o forse anche sotto. Vola via un cappello e cerco un passamontagna che ho sempre dentro lo zaino mentre un compagno mi protegge le orecchie con le mani.

Una mezz'ora e poi dobbiamo cedere e rientrare, un'ultima occhiata a un piccolo "sfiato" della montagna fumante.

19 maggio, 3° giorno. Il paesaggio cambia a ogni svolta della pista Altomontana che circumnaviga il vulcano e che percorriamo in senso orario. La stagione primaverile porta con sé le variopinte fioriture immerse in tutte le tonalità del verde di boschi e prati a fare contrasto con le colate laviche che sul versante ovest sono oltre che nere e grigie, anche rossastre per la composizione della roccia eruttiva di tipo ferroso. Poco più avanti ci imbattiamo in un pino laricio, o meglio in quel che ne resta, incenerito e squarciato da un fulmine.

Gli amici siciliani del Cai di Linguaglossa ci spiegano di come la conformazione geologica e l'essere l'unica cima nel raggio di chilometri rendano l'Etna particolarmente pericoloso in caso di temporali: massima attenzione, quindi, perché purtroppo gli incidenti, anche mortali, incorsi a escursionisti colpiti da fulmini sono molto numerosi.

Arrivando al Rifugio Monte Spagnolo un sordo rumore come di tuono lontano.

Ma è solo suggestione nata dai racconti e dalle raccomandazioni: la giornata è bella, piena di sole... è solo "la Montagna" che fa sentire la sua voce, accompagnata da un filo di fumo.

Pensieri al ritorno

Là, in Sicilia, abbiamo trovato valori e disponibilità umane uniche che con professionalità e passione ci hanno fatto conoscere la "loro Montagna": mai come in questa occasione abbiamo capito come la montagna unisce! Un grazie di cuore a tutti loro.

Ogni persona del gruppo ha acquisito, in questa esperienza siciliana, un proprio ruolo: si sono così evidenziate competenze e capacità di documentazione sugli aspetti naturalistici (geografia, geologia, flora e fauna) e storico-culturali, mentre sono emerse capacità di documentazione fotografica, piuttosto che di "apertura" di percorsi; e non è mancato chi non ha avuto difficoltà alcuna a caricarsi ancora di più il proprio zaino. E il manifestarsi di queste abilità che hanno decretato il vero successo della nostra avventura. L'esperienza di cui abbiamo raccontato non è affatto isolata: a livello regionale collaboriamo con i gruppi di Racconigi, Torre Pellice, Torino, Collegno. Ma anche nel resto d'Italia, da tempo, ci sono parecchie esperienze analoghe in cui si pratica montagnaterapia.

ASPETTI ESCURSIONISTICI E DI MEDICINA DI MONTAGNA

Marco Battain*

*Istruttore e accompagnatore di escursionismo AE/EAA/EAI CAI di Torino. Medico di Medicina Generale. Medico dei trekking e delle spedizioni

La pista altamontana etnea era stata percorsa anni fa in bicicletta da uno dei partecipanti, ma la programmazione a tavolino del percorso e delle tappe a piedi era resa problematica dalla mancanza di cartografia dettagliata disponibile a casa: la ricerca sul web ha fruttato la raccolta di notizie frammentarie ricavate qua e là da racconti di escursioni a piedi o in mtb. Sempre on-line era disponibile una cartografia assai poco dettagliata e precisa, in quanto creata per altri scopi (prevalentemente per un turismo organizzato o per utilizzatori già in parte a conoscenza del luogo). D'altra parte il reperimento sul posto di cartografia dettagliata in scala 1:25.000 ne ha poi dimostrato la scarsa fruibilità senza l'integrazioni di notizie fornite dagli accompagnatori locali del CAI di Linguaglossa e del Corpo Forestale. Un altro dei possibili problemi era determinato dal fatto che la copertura cellulare del percorso è incompleta: non si è comunque verificata l'eventualità di dover chiamare una chiamata di soccorso.

Lungo l'intero trekking, svolto mediamente intorno ai 2000 metri, non è stato comunque mai necessario ricorrere a rimedi per disturbi attribuibili al mal di montagna: nemmeno la salita con mezzi meccanici fino alla quota della "Torre del Filosofo" ha comportato problemi da attribuire all'altitudine, per quanto l'organismo dei partecipanti, nell'arco di 24 ore, abbia affrontato notevoli dislivelli: dalla pianura piemontese (circa 300 mt) all'aereo (pressurizzato, ma l'altimetro segnava 2890 mt), poi a Catania (0 mt sul livello del mare), quindi ad uno dei crateri sommitale (quasi 3000 mt) ed infine al Rifugio Sapienza (1990 mt). IN un solo individuo su 11 si sono manifestati problemi dolorosi alle Trombe di Eustachio dovuti a rapida discesa dell'aereo del fuoristrada: la risoluzione è stata rapidamente ottenuta con sole manovre di compensazione della pressione interna/esterna. I disturbi maggiori sono derivati, in tale escursione, dalla bassa temperatura dovuta all'altitudine combinata con un vento impetuoso di Maestrale (effetto di wind chill). Anche con equipaggiamento pesante la permanenza, percepita come sottozero, si è dovuta limitare alla breve visita di un cratere e allo scatto di alcune fotografie. L'esposizione a tali intensi fenomeni atmosferici ha creato qualche problema di tipo ansioso reattivo, peraltro interpretabile come espressione di sano istinto di conservazione, specie in individui non avvezzi a tale eventualità. La sabbia/polvere nera incamerata durante l'escursione, è stata poi gradatamente espulsa dagli occhi, dalla bocca e dal naso senza particolari difficoltà.

Nei giorni successivi la permanenza in condizioni ambientali più favorevoli per la combinazione di quota, ridotta intensità delle brezze modesta umidità relativa, alternanza di tratti al sole ed in ombra, temperature sempre gradevoli, ha reso molto più piacevole il trekking: unico inconveniente qualche arrossamento cutaneo delle parti esposte non adeguatamente protette con creme. In nessun caso è stato necessario un trattamento farmacologico.

Si può nel complesso dire che la borsa dei farmaci non sia stata praticamente mai aperta, dato che in due occasioni soltanto ne è stato usato il contenuto, ma in via precauzionale: infatti sono state somministrate due fiale di fermenti lattici per una indigestione (nel senso di eccesso alimentare) ed è stato applicato per qualche ora un cerotto su di una vescica praticamente al termine del percorso. Non risulta che siano state necessarie modifiche alle terapie personali continuative di ognuno dei partecipanti. Insomma, in futuro forse ci porteremo via meno peso....

La partecipazione ad un trekking prevede la necessità di spostarsi con tutto il necessario per l'autonomia della giornata e , nel caso in esame, anche per le notti in struttura di accoglienza minima: da qui la scelta di pochi materiali leggeri ma idonei allo scopo, in modo da contenere il peso degli entro gli 8-9 chili. Tale carico, in taluni casi aggravato da scorte d'acqua potabile, si è confermato come sopportabile dai partecipanti: le scelte fatte, comunque, si sono rivelate idonee sia per il freddo(ed il vento in alta quota), sia per le notti in ambiente tra i 1500 e i 2000 metri, sia per il caldo nei tragitti esposti all'irraggiamento solare diurno. La scelta di sacchi a pelo a mummia di circa 1250 grammi si è rivelata idonea, come pure, con qualche limitazione per i soggetti magri e/o di età, quella dei materassini in espanso.

Lungo l'intero percorso l'assunzione minima di acqua è stata maggiore di 1,5 litri pro die a testa, assolutamente necessaria per la situazione ambientale; invece, dal punto di vista alimentare, non sono state utilizzate le barrette energetiche di scorta, dato che non è mai stato saltato alcun pasto e l'introito calorico ha spesso, per non dire sempre, ecceduto il fabbisogno giornaliero individuale. Ne complesso, l'alimentazione con cibi cucinati (e generosamente portati sul posto dall'assistenza esterna) e la condizione di buon allenamento dei partecipanti ha fatto sì che la fatica fisica complessiva sia stata moderata ed abbia imposto tempi di recupero abbastanza limitati, al punto che è stata soppressa la sola uscita della settimana del rientro, anche per poter mettere in lavatrice l'equipaggiamento usato!

QUANDO IL LIMITE INCONTRA IL RISCHIO

Angelo Brega*

*Psichiatra, DSM ASL 9 Treviso

Obiettivo di questo lavoro è rispondere a due domande:

- 1) Perché molte persone sono attratte da attività sostanzialmente inutili, e potenzialmente molto pericolose, come l'arrampicata e l'alpinismo?
- 2) E' possibile che queste attività abbiano anche una valenza terapeutica?

Innanzitutto riteniamo opportuno accennare al concetto di "sensation seeking". Questa espressione, coniata da Marvin Zuckerman, individua un "tratto di personalità che definisce la tendenza a cercare nuove esperienze". Gli individui che presentano questo tratto di personalità più spiccato (cosiddetti "High sensation seekers") sono a maggior rischio per abuso di alcool e droghe, e hanno maggiori probabilità di intraprendere comportamenti a rischio, come il sesso con partner multipli.

Zuckerman si pone in una prospettiva evolucionistica per spiegare la genesi di tale comportamento: "l'homo sapiens fu l'unico gruppo tra gli ominidi primitivi a migrare per l'intero pianeta, ciò che comportava grandi rischi, perciò io penso che gli umani siano una specie caratterizzata dalla ricerca di novità e di sensazioni intense (...) Deve essere stato un tratto adattativo».

Studi sperimentali, volti a indagare i possibili correlati neurobiologici, hanno evidenziato che persone con elevata tendenza al «sensation seeking» sembrano mostrare un'attivazione marcata e precoce dell'*insula* di fronte a determinati stimoli, rispetto ai «low sensation seekers». Alcuni studiosi ipotizzano che questa differenza possa essere correlata a una diversa reattività dell'area cingolata anteriore (correlata alla regolazione delle emozioni). E' stata anche avanzata l'ipotesi che vi sia una componente ereditaria nella tendenza al sensation seeking, forse legata a elevati livelli di recettori dopaminergici D4 - ricordiamo che la dopamina è il principale neurotrasmettitore coinvolto nel sistema di ricompensa (reward system).

Da tempo è stata descritta una correlazione fra sensation seeking e tendenza all'abuso di droghe; inoltre, è noto che l'esposizione a stimoli nuovi determina liberazione di dopamina nel sistema di ricompensa, analogamente alle sostanze d'abuso. Ciò può rendere conto della genesi delle dipendenze non farmacologiche: tanto che viene descritta anche una forma di tolleranza alle attività ad alto rischio.

Da un punto di vista sociologico, se è stato osservato che «La popolarità di sport 'ad alto rischio' come l'arrampicata su roccia è aumentata esponenzialmente nelle società occidentali negli ultimi tempi, nonostante l'alta prevalenza di lesioni e la natura potenzialmente fatale di tali attività», possiamo affermare che nella nostra società sembra esservi, attualmente, una pressione sociale verso l'intraprendenza, la capacità di prendersi rischi e la ricerca delle novità: questo potrebbe avere un ruolo nel successo incontrato negli ultimi anni da sport come l'arrampicata.

Come per ogni tratto di personalità, possiamo disporre la tendenza al sensation seeking lungo un continuum. A un estremo del continuum troveremo la tendenza spiccata alla ricerca di sensazioni, con sottovalutazione del rischio, tendenza all'abuso di sostanze, instabilità relazionale. All'estremo opposto si avrà tendenza alla rinuncia e all'evitamento, bassi livelli di autoefficacia e scarsa intraprendenza.

Come prevedibile, c'è una distribuzione normale, «a campana», della tendenza al sensation seeking nella popolazione generale: quindi la maggior parte degli individui si situano intorno alla zona mediana.

Anche questo fenomeno si può inquadrare in una prospettiva evolucionistica. Dice sempre Zuckerman: «le persone ai due estremi sono svantaggiate. Se ti prendi troppi rischi, puoi morire

prima di aver la possibilità di trasmettere i tuoi geni, mentre se sei troppo prudente, puoi non avere il vantaggio di ottenere risorse (come acqua e cibo) che valgono il rischio.»

In conclusione, l'ipotesi che intendiamo presentare, e che va evidentemente verificata sul campo, è che affrontare in modo adeguato la pratica dell'arrampicata possa aiutare a perseguire importanti obiettivi:

Sviluppare un atteggiamento equilibrato nei confronti del rischio

Apprendere a confrontarsi con i propri limiti

Incrementare l'autoefficacia

Evitare atteggiamenti controfobici ("saper rinunciare")

Acquisire la necessaria flessibilità cognitiva per sapersi spostare lungo il continuum in base alle situazioni che si affrontano.

Infine, partendo dal presupposto che il tratto di personalità "sensation seeking" possa essere declinato in modalità diverse (Arnett, 2004), incoraggiarne un'espressione in senso "pro-sociale" e non egoistico o, peggio, autodistruttivo o antisociale.

Bibliografia

- 1) Arnett J.: "Sensation Seeking: a new conceptualization and a new scale." Elsevier 2004
- 2) Burnik S., Jug Snezana., Kajtna T.: "Sensation Seeking in slovenian female and male mountain climbers." Acta Univ. Palacki. Olomuc. Gymn. 2008
- 3) Levi, P.: "Il sistema periodico." Einaudi 1975
- 4) Llewellyn D., Sanchez X., Asghar A., Jones G.: "Self efficacy, risk taking and performance in rock climbing." Elsevier 2008
- 5) Marx, K.: "Grundrisse." La Nuova Italia 1997
- 6) Marzano, M.: "Estensione del dominio della manipolazione." Mondadori 2009
- 7) Patoine B.: "Desperately seeking sensation: fear, reward, and the human need for novelty." Dana Foundation 2009
- 8) Recalcati, M.: "L'epoca senza Edipo. Il desiderio onnipotente di Deleuze e Guattari." La Repubblica 17/11/2012

QUANDO IL LIMITE INCONTRA IL RISCHIO

Massimo Galiazzo*

*Educatore Counselor Filosofo Ass. Equilibero - Padova

Rimangono sospese due domande :

- 1) Perché esporsi al rischio dovrebbe sortire cambiamenti educativi e/o terapeutici ?
- 2) Come esporsi al rischio perché sortisca cambiamenti educativamente significativi e/o terapeutici?

In primis è necessario definire la zona di rischio e la zona sicura come una topologia psicologica (campi psicologici) : sono zone, che sconfinano nell'ambiente e al di là del corpo, percepite come sicure e/o di rischio nella pratica esperienziale dell'ambiente stesso. Distingueri queste due zone percepite, dal pericolo, da considerare quella zona che oggettivamente compromette l'incolumità dell'organismo. La zona di rischio è una zona di dissonanza cognitiva, emotivamente stressante che richiede creative ed innovative strategie di fronteggiamento (strategie di coping) nonché di tensione emotiva che richiede controllo. Ma tutto questo non comporta la fine dell'organismo se non una sua destabilizzazione nella gestione. La zona sicura, invece, è il riprodursi del già noto ed esperienzialmente già conosciuto, perciò l'accadimento è già cognitivamente previsto.

Rispondere a questi temi, apre le tematiche della cura all'esperienza di accompagnamento nel terreno di avventura, che la montagna stimola.

Quali sono i rischi a cui il terreno d'avventura espone ?

- Caduta
- Scivolamento
- Disequilibrio
- Vertigine
- Freddo
- Fatica
- Disorientamento e smarrimento

Fermo restando che l'esperienza è cognitiva, corporea ed affettiva ma rimane strettamente separate dal pericolo, oggettiva distruzione dell'organismo.

Tesi di fondo di questo intervento è che la zona di rischio è luogo di apprendimento specie nel suo confine tra zona sicura e zona di rischio, nonché nelle rielaborazioni di nuove zone sicure.

Questo intervento ha posto le due domande sul perché e il come a psicoterapie, pedagogie, sociologia della devianza e psichiatria ... ma rimane solo l'inizio di un percorso teorico esplorativo.

Rimane pur sempre escluso la sua verifica empirica. Anzi, stimola di più l'idea di aumentare gli stimoli teorici per avviare pratiche che eventualmente falsifichino queste tesi, a cui ci piacerebbe venisse aperto il dialogo teorico nonché scientifico . Ecco perché le abbiamo definite ipotesi teoriche esplorative , mutate da più saperi.

Fenomenologia esperienziale del rischio

Se proviamo a delineare la fenomenologia dell'esperienza del rischio potremmo utilizzare due possibili ipotesi teoriche di lettura :

- 1. la rock warrior's way**
- 2. la psicoterapia della Gestalt**

1. La rock warrior's way è una modalità di allenamento della mente nato nell'ambito dell'arrampicata libera negli Stati Uniti. Il suo obiettivo principale nasce proprio nell'incrementare il risultato arrampicatorio laddove il blocco al risultato è mentale. Come molte applicazioni di psicologia dello sport , il training lavora su motivazione, consapevolezza di risorse e limiti. Nel nostro contesto è utile rovesciarne la funzione: non tanto esercizi e giochi finalizzati ad un gesto sportivo più efficace, che equivale ad un rapporto più armonico con il rischio, quanto semplicemente esercizi e giochi per avere un rapporto più armonico con il rischio. La rock warrior's way, la via del guerriero di roccia è stata delineata da Arno Ilgner negli Usa ed è sia un testo che un training condotto dall'autore stesso in Tennessee:

- il percorso è composto di 7 tappe : 4 di preparazione all'azione , 1 di transizione e 2 di mantenimento nell'azione
- si basa su 4 assiomi : a. il fallimento è dovuto a limitazioni inconsce; b. il successo è legato all'assunzione di una mèta diversa dall'ottenimento del risultato , bensì saper stare nella zona di rischio; c. distinzione di rischio da pericolo; d. la paura = ottima consigliera
- Ogni tappa ha un tema specifico :
 - a. Osservarsi e riflettere
 - b. Presenza e attenzione
 - c. Valutazione via
 - d. Valutazione di sé
 - e. Scelta
 - f. Continuità e fluidità
 - g. Stare nel viaggio senza scappare nella mèta

Ogni tappa ha delle specificità e dei giochi di attivazione particolari. Sebbene sia nata nel contesto specifico dell'arrampicata libera è estensibile anche ad altri ambiti di esposizione al rischio. La rock warrior's way considera il confronto con il rischio luogo di apprendimento mentale, purchè l'atteggiamento sia quello di esporsi ad esso come chi sa stare nella fragilità e nella precarietà, anzi ne allena le risorse per farne una forza. Sul come, delinea sia tappe che giochi-attivazione per affinarne la competenza.

2. la psicoterapia della Gestalt: è una psicoterapia che per sua genesi si occupa proprio dell'esperienza dell'ambiente. Pone la sua attenzione clinica sul modo in cui, nel qui e ora, si sviluppa il con-tatto tra il sé e l'ambiente : il confine di contatto è luogo di rischio per l'organizzazione dell'organismo, perché è sia luogo di crescita per generare nuove forme di sé (gestalt appunto in tedesco significa forma) sia luogo di ingresso dell'ambiente . Ecco che anche la Gestalt delinea una scansione della relazione tra sé e l'ambiente: una scansione che chiama Ciclo di Contatto . Nella topologia da noi creata, perciò, il sé è la zona sicura , l'ambiente è la zona a rischio e il confine tra i 2 è fonte di suo interesse.

Le sei fasi del Ciclo di contatto sono :

- a. Pre-contatto : l'esplorazione dell'ambiente si fa eccitante perché qualcosa nell'ambiente accende il desiderio. Una situazione magmatica e spesso contraddittoria attiva la curiosità.
- b. Contatto : emerge sempre più nitido l'oggetto del desiderio. L'io, la parte più consapevole di sé, agisce un bilancio tra bisogni, risorse e limiti cercando di definire la strategia di azione più efficace.
- c. Contatto pieno : confluenza sana con l'ambiente, in cui alla scelta fa seguito l'azione . Il completamento di questa emersione è del tutto soggettiva e si completa in un abbandono che appaga.
- d. Post-contatto : digestione dell'esperienza, che viene integrata dalla riflessione alla propria storia divenendo storia essa stessa.
- e. Vuoto fertile : un vuoto di desiderio è la condizione fertile per la nascita di un nuovo ciclo.

Per cui un'esperienza sana del rischio avrà momenti di emersione magmatica e caotica delle emozioni, momenti di organizzazione mentale, momenti di azione e scelta, momenti di memoria e anche momenti vuoti, di noia. Quindi per applicarlo all'avventura in montagna è necessario un tempo della memoria dell'esperienza, nonché di un saper stare con il caos emotivo ma anche aiutare a far emergere la sua gestione, per infine stimolare il compimento individuale di una scelta (anche di ritiro ma scelto). Non è da dimenticare che, perché rimanga avventura, ci vogliono tempi ordinari di noia e di vuoto fertile: l'avventura non può essere oggetto di consumo ma deve essere evento stra-ordinario per cui non continuo.

La psicoterapia della Gestalt ha un corpus teorico notevole che qui è impossibile riassumere. Basti considerare che oltre che indicare perché e come esporsi al rischio, mette in luce anche i meccanismi di difesa per evitare un'autentica esperienza di esso: osservando il meccanismo di difesa è possibile delineare uno stile di personalità e lavorare sul meccanismo che blocca il ciclo di contatto. Questo aspetto più diagnostico e clinico esula da questo intervento.

Sociologia della devianza

La sociologia della devianza ci può dare altri due contributi alle nostre domande :

1. la teoria dell'auto-controllo di David Hirschi e Gottfredson
2. teorie delle sub-culture giovanili e la label theory

La sociologia della devianza ha come focus l'atto deviante e considera terapeutico e/o rieducativo qualsiasi intervento che gestisce e modifica l'atto deviante. Atto deviante è sia quello criminale e moralmente condannabile, sia quello psichiatrico e patologico considerato non volontario.

1. la teoria dell'auto-controllo ritiene che l'atto deviante si generi grazie ad un mancato intervento di forze interne di inibizione di un gesto deviante. Queste forze sono generate dall'educazione nelle forme di socializzazione primaria (famiglia, scuola). La forma del sé stesso si costruisce in un duello di forze tra spinte egoiste interne e pressioni coartanti della società. In un'educazione normale, l'esito sarà quello di compiere atti sempre adeguati per il proprio contesto sociale: per atti devianti il mancato auto-controllo interno (normatività interiorizzata) genererà atti non adeguati. Ecco che allora Hirschi propone laboratori di rieducazione dell'impulsività: questi, però, saranno efficaci solo se si innestano proprio là dove la perdita di controllo avviene. Non si può rieducare lontano dal rischio della perdita di controllo, pena l'impossibilità di sviluppare pattern di comportamento efficaci, perciò pre-verbali e corporei. Ecco perché allora accompagnare all'esperienza del rischio: per costruire laboratori di auto-controllo. Come? Presidiando sia i limiti, i confini, i tempi di uscita e ingresso, le leve di gestione sia l'immersione nel rischio di perdere il controllo, altrimenti l'esperienza non può essere rieducativa.

2. Le teorie delle sub-culture giovanili ci dicono che l'atto deviante è dovuto all'apprendimento dell'atto stesso da gruppi devianti. Quindi la cura sarebbe la frequentazione di gruppi socialmente integrati: già nel loro funzionamento, anche implicito, innescano prassi virtuose che riassorbono l'atto deviante stesso. Per questo punto di vista, l'avventura in montagna non è di per sé significativa per generare cambiamento quanto il tipo di contesto grupppale che si è costruito attorno all'esperienza stessa. La stessa Label theory arriva alle stesse conclusioni ma da un altro versante: è la stessa diagnosi di devianza che spesso appronta una carriera deviante. Comunità e cliniche adibite ad hoc per alcuni disagi, già approntano la carriera deviante cronicizzandola. Un gruppo che vive un'avventura insieme, i cui componenti hanno provenienze disparate (diagnosi psichiatrica, tecnico del cai, guida alpina, volontario, operatore, educatore, parente ...) e tutti sono distratti dal

sintomo e attratti e attenti all'esperienza del rischio che sono chiamati a vivere insieme : un antidoto alla stigmatizzazione del sintomo.

Bibliografia :

- Becker, Howard S. " Outsiders" Torino 2007
Berzano, Luigi / Prina, Franco: "Sociologia della devianza" Urbino 2001
Caruso, Paolo "L'arte di arrampicare " Roma 1994
Gennaro, Giovanni: "Manuale di sociologia della devianza" Milano 2002
Ginger, Serge "La Gestalt terapia del con-tatto emotivo" Roma 2009
Giusti, Edoardo / Rosa, Veronica "Psicoterapie della Gestalt" Roma 2002
Ilgner, Arno: "Rock warrior's way" Milano 2007
Melucci, Alberto / Fabbrini, Anna: "L'età dell'oro" Milano 2000
Spagnolo Lobb "Psicoterapia della Gestalt – Ermeneutica e Clinica " Milano 2001
Williams III, Frank P. / McShane , Marylin D. : "Devianza e criminalità" Bologna 2002

GRUPPO “IL CORBEZZOLO”, ANCONA

L'esperienza del Gruppo di Montagnaterapia “Il Corbezzolo” nasce, nel 2010, da un'idea di alcuni operatori che da anni operano all'interno del Centro di Salute Mentale di Ancona.

Tale progetto è rivolto agli utenti residenti e diurni che afferiscono al nostro centro.

Il numero dei soggetti attualmente coinvolti è di circa 16 utenti dai 20 ai 50 anni che si incontrano settimanalmente per camminare, programmare e verificare le uscite.

La curiosità di ricercare nuove forme di riabilitazione per rispondere ad un numero sempre maggiore di utenti e con una fascia di età sempre più bassa ha fatto sì che ci si spostasse verso un qualcosa di completamente diverso che portasse i nostri utenti fuori dai luoghi istituzionalmente deputati alla comunicazione terapeutica catapultandoli nell'ambiente naturale.

Camminare... come risposta ad un atteggiamento/condizione di stasi nel quale il paziente psichiatrico si trova e dal quale non riesce a tirarsi fuori, è bloccato come immobilizzato, paralizzato. Da qui la necessità di rimettersi in moto partendo da un mondo indistinto di possibilità ad un mondo di cose concrete da realizzare, mete da raggiungere concretamente, rendendo possibile il passaggio tra possibilità teorica e realizzazione concreta non limitandosi a pensare “può essere fatto”(da altri, dal caso, dalle circostanze fortunate, dal domani) ma accompagnare il gruppo lavoro all'ambizione attiva del “si può fare” con le proprie forze senza aspettare che qualcosa cambi da sola.

Intrattenersi su un sentiero durante un'uscita può contenere “elementi di affettività e autenticità che vanno oltre la ritualità dei gesti terapeutici o riabilitativi codificati”(Mezzina).

La montagna è un luogo polivalente adatto a chi vuole conoscere personalmente fatiche, difficoltà, gioie e bellezze condivise per raggiungere una meta e, a volte, si trasforma in una casa di cura aperta perché possiamo sperimentare il valore terapeutico dell'incontro con sé stessi e con l'altro, fatti di condivisione, accoglienza e integrazione.

Si vuole proporre una vera e propria alfabetizzazione emotiva che renda possibile accogliere e riconoscere consapevolmente le emozioni più difficilmente accettate, sviluppando sentimenti importanti come l'amorevolezza verso sé stessi, la solidarietà, il senso di fiducia, il senso di appartenenza, di condivisione, amicizia, tenacia. Le emozioni in questo contesto vanno legittimate nella loro esistenza e gestite in modo efficace per il raggiungimento degli obiettivi proposti.

La montagna diventa scenario riabilitativo, in cui si coniugano le dimensioni corpo-mente-ambiente, individuo e gruppo, lavoro clinico e psicosociale.

E' quindi fondamentale che le nostre competenze di operatori socio-sanitari debbano essere integrate con quelle degli altri professionisti: gli esperti di montagna.

Proprio da questa necessità nasce la nostra collaborazione con il C.A.I. Sezione di Ancona e siamo certi che il nostro lavoro di équipe pianificato e condotto in sinergia da operatori e volontari porterà presto i suoi risultati.

Di seguito riportiamo gli interventi di due partecipanti all'attività che hanno voluto portare un loro contributo nell'ambito di questo convegno.

ANDREA

“Mi chiamo Andrea e da qualche anno frequento il gruppo di montagna terapia.

Per me è una esperienza molto positiva perché si fanno passeggiate ed escursioni in vari sentieri di montagna, si conoscono nuove persone e si sta a contatto con la natura.

Quando mi trovo in questi posti mi sento molto tranquillo perché c'è silenzio, scherzo con gli amici e la giornata passa serenamente.

Mi sono così appassionato a questo tipo di attività che sono diventato socio CAI e aderisco a tutte le loro iniziative.

Mi sento di dire a chi non ha mai fatto questa esperienza di provarla perché per me è stata molto positiva ed interessante.

Ringrazio gli operatori ed i volontari del C.A.I. del nostro territorio per la loro disponibilità a organizzare in modo perfetto le nostre uscite”.

GABRIELE

“Sono Gabriele e faccio parte del gruppo di montagna terapia “Il Corbezzolo”.

Ho provato nelle esperienze avute gioia ed anche il piacere di stare in mezzo alla natura. Visitando i paesaggi durante l'escursione ho avuto forti sensazioni di tranquillità che cercavo ed il piacere di stare in compagnia con persone, con cui sono amico che mi hanno dato tranquillità.

La nostra esperienza deve servire a far sì che ci sia la socializzazione tra persone più eterogenee che condividono la stessa esperienza”.

Verso le linee guida nella Montagnaterapia in Età Evolutiva

Federico Magnaguagno*

*Terapista Scienze Motorie - AMI ONLUS

Premesse

Cosa distingue un'esperienza in montagna da un'esperienza di Montagnaterapia?

Cosa rende un'esperienza terapeutica? Cos'è terapeutico?

L'etimologia della parola terapeuta ci rivela un'interessante riflessione: teraps in greco significa aiutante, compagno, servitore.

Questo si allinea molto con l'idea del "montagna terapeuta", ovvero un compagno diremmo di cordata, una persona che si mette al servizio.

A servizio di chi? Del proprio compagno (e anche qui questa immagine apre altri spunti, pensando che in una cordata non si può mettere in gioco solo uno dei due, ma anche quando c'è un diverso livello di esperienza, si è sempre entrambi in gioco).

A servizio di cosa? Dell'alleanza che si crea tra i due. L'alleanza è l'intenzione comune di muovere verso una trasformazione, un cambiamento.

In montagna il proprio compagno di cordata può avere diverse funzioni: la prima è sicuramente la sicurezza. Così forse il primo compito della guida "media montagna" è quella di preservare la sicurezza fisica, emotiva e mentale del proprio compagno.

Ma il compagno ha anche una funzione di sostegno, di aiuto. Magari nei passaggi più impegnativi. Nei momenti difficili. Eppure, il più delle volte, il compagno di cordata può fare poco nella realtà: non riesce a tirare su il compagno a forza su una parete. Può farlo sentire un po' tenuto. Può sostenerlo nel cammino, alleggerirgli lo zaino, ma difficilmente può caricarselo in spalla per un lungo tratto del sentiero. Questo perché in montagna, ovvero su un terreno impervio, bisogna prima di tutto camminare con le proprie gambe, salire con la propria volontà. Se c'è questa intenzione, possiamo essere aiutati e sostenuti. Quindi la guida "media montagna" può facilitare un processo, ma non può, e di fatto non dovrebbe, sostituirsi in nessun modo alla volontà del proprio compagno.

Diversamente parliamo di interventi di recupero. Per capirci come quelli del soccorso alpino in casi di non coscienza dell'infortunato che viene di peso trasportato da una situazione ad un'altra.

Ma anche questa è un'altra questione.

Allora il termine terapia lo manteniamo vicino alla sua etimologia e lo associamo al servire, al servizio, nel nostro caso al servizio di un cambiamento, di una trasformazione. Anche salire una montagna è un cambiamento, una trasformazione, un'elevazione sul piano fisico, da una quota ad una più elevata.

In senso lato, il cambiamento che si cerca è quello verso uno stato di benessere che si eleva di quota.

Anche qui, cos'è il senso di benessere? Benessere, ha a che fare con l'essere bene, ovvero l'essere sani, integri. E questo significa avere cura della persona in senso olistico in tutte le sue

molteplici dimensioni, da quella fisica a quella spirituale, passando per l'integrità emotiva e mentale.

Elevare la quota del proprio benessere quindi significa migliorare la salute del proprio corpo, favorire l'armonico flusso delle proprie emozioni passando attraverso un riconoscimento e un'accettazione delle stesse, aumentare il livello di consapevolezza di sé, del proprio stile di pensieri e chiarire sempre meglio la propria sfera delle intenzioni, dei desideri, delle aspirazioni.

Questa è la montagnaterapia: una pratica che mira a questo tipo di servizio.

Ma come?

La frequentazione della montagna è portatrice di grandi opportunità di benessere fisico: basti pensare a quanti benefici abbia il camminare e quanti ne possa avere lo svolgere questa attività all'aria aperta in ambiente naturale. Da questo punto di vista, il portare persone in montagna è salutare. Basta avere cura degli aspetti riguardo la sicurezza, affinché una pratica benefica non si trasformi in una potenzialmente pericolosa.

Ma avere cura dell'aspetto fisico dell'andare in montagna è solo una fetta di quello che ci proponiamo di fare e da sola non è sufficiente.

Allora quali altri aspetti rendono quel che facciamo diverso, riconoscibile, distinguibile da quello che potrebbe svolgere un qualsiasi accompagnatore, guida, esperto di montagna, anche preparato ad accompagnare gruppi particolari come disabili o persone con disagio?

Questa è la domanda che ci dobbiamo porre e alla quale dobbiamo cercare di dare una risposta.

La Montagnaterapia è un approccio esperienziale. Ovvero è l'esperienza diretta la prima fonte di stimoli per l'apprendimento, il cambiamento, la trasformazione, comunque lo vogliamo chiamare.

Affinché l'esperienza non rimanga fine a se stessa, questa deve essere mediata, facilitata. Ovvero, affinché dall'esperienza ne risulti un accrescimento del livello di consapevolezza di sé, è necessaria che ci sia una rielaborazione emotiva e mentale dell'esperienza vissuta.

Da questa rielaborazione sarà possibile creare dei modelli, astrarre dei concetti generalizzabili, utili anche in altri contesti. Quindi l'apprendimento va verificato attraverso una nuova esperienza che rinnova il ciclo. Senza la rielaborazione ci può essere Montagnaterapia?

Al pari di una terapia farmacologica, è sensibile a dosi, intensità, modalità, e tanti altri fattori. A differenza della farmacologia, è legata alla relazione e quindi pur conservando la loro importanza, tutti i parametri da tenere in considerazione sono condizioni che fanno da contorno all'elemento essenziale rappresentato dalla relazione, con la guida e con il gruppo.

La volontà è un perno importante: se non c'è scelta, quale trasformazione può avvenire?

Partendo da queste riflessioni, insieme al gruppo di lavoro della Neuropsichiatria Infantile di Pomezia ci si è interrogati su alcuni punti chiave per rispondere alla domanda di cui sopra e riportiamo di seguito le linee che ci stiamo dando nel nostro lavoro.

Linee guida

L'oggetto della Montagnaterapia:

- ← L'uomo inteso come unità, secondo un modello olistico che considera la persona nel suo intero, sistema complesso di interdipendenze sia con le dimensioni interne che con quelle esterne

Mission della Montagnaterapia:

- || Crescita, sviluppo, consapevolezza, apprendimento, cambiamento, trasformazione, evoluzione, formazione, educazione

Riferimenti teorici della Montagnaterapia:

- ← La Teoria Sistemica, la Psicologia Transpersonale e la Psicosintesi, la Teoria della Modificabilità Cognitiva e della Mediazione, l'Apprendimento Esperienziale, l'Apprendimento Cooperativo, il Modello dell'Ok-Ness, la Pragmatica della Comunicazione, ecc...

Le caratteristiche intrinseche della Montagnaterapia:

- || Ha una forte componente esperienziale
- ← È orientata al processo e alla metacognizione più che al prodotto o ai contenuti
- ← Ha un significativo valore metaforico che favorisce il parallelismo tra esperienza e quotidianità
- ← Comporta un intenso e volontario coinvolgimento fisico, emotivo, mentale e relazionale, che restituisce all'individuo la responsabilità del proprio processo di sviluppo
- || Si esprime attraverso la sinergia di tre elementi interdipendenti: gruppo, ambiente e accompagnatore di Montagnaterapia
- ← Rappresenta concretamente una realtà che per molti è diversa da quella quotidiana: ciò implica l'utilizzo delle proprie risorse nell'incontro con l'elemento sconosciuto, l'avventura
- ← Si avvale dell'azione non fine a se stessa, bensì, grazie all'autosservazione, come uno strumento al servizio della riflessione

Fasi dell'intervento di Montagnaterapia:

1. Pianificazione
2. Realizzazione
3. Valutazione

La pianificazione:

- || Analisi e ridefinizione della domanda
- ← Definizione degli aspetti organizzativi dell'intervento (frequenza, durata, ecc...)
- || Definizione degli obiettivi (individuali e/o di relazione) e contratto di intervento
- ← Programmazione dell'intervento
- || Pianificazione aspetti logistici

La realizzazione:

- ← Presentazione dell'esperienza
- ← Realizzazione dell'esperienza
- || Rielaborazione:
 - Condivisione
 - Riflessione e concettualizzazione
 - Generalizzazione
- || Definizione degli obiettivi futuri

- || Eventuali piani di sviluppo personalizzati
- || Nuova sperimentazione

La valutazione:

- || Valutazione della situazione iniziale
- ← Valutazione dell'intervento al termine del progetto
- || Follow up rispetto agli obiettivi

Elementi differenziali tra Montagnaterapia e accompagnamento in montagna:

- || La presa in carico della persona in senso globale e non solo sul piano fisico
- ← Un'adeguata fase riflessiva che consenta di rielaborare l'esperienza vissuta e di portarla sul piano mentale, fino ad una concettualizzazione che possa creare un ponte tra esperienza vissuta e quotidianità, con l'obiettivo di definire i propri obiettivi di sviluppo da monitorare.
- ← L'utilizzo del gruppo come strumento trasformativo
- ← Le competenze di gestione del gruppo e dell'individuo nelle sue diverse espressioni

Elementi differenziali tra Montagnaterapia e Out-door Training:

- ← L'utilità sociale (sia riabilitativa che di prevenzione)
- || La presa in carico della persona attraverso un piano terapeutico e/o riabilitativo
- ← La definizione di un contratto di intervento **che può** (anche se non necessariamente *deve*) consentire una maggiore profondità sul piano personale nella rielaborazione dell'esperienza
- ← L'accompagnatore di Montagnaterapia, a seconda della situazione, può avere un ruolo di intervento che travalica i confini della facilitazione in senso stretto

Ruolo dell'accompagnatore di Montagnaterapia:

- || **Costruttore di ambienti sicuri**, sia fisicamente che psicologicamente
- ← **Mediatore** (facilitatore di apprendimenti: imparare ad apprendere dall'esperienza - piano metacognitivo),
- ← **Facilitatore** (facilitatore di espressione: aiutare a tirar fuori, a rendere più chiaro quel che c'è - attenzione al processo),
- ← **Formatore** (insegnante esperienziale: utilizzare l'esperienza per insegnare anche dei contenuti),
- ← **Terapeuta** (trasformatore esperienziale: sostenere affinché l'esperienza sia un momento significativo in un processo di cambiamento),
- ← **Educatore** (un insegnante esperienziale su tematiche educative: utilizzare l'esperienza come spunto di riflessione su tematiche sensibili dal punto di vista educativo),
- ← **Coach** (motivatore e trainer a sostegno delle potenzialità dell'altro: una persona capace di fare le domande "giuste" per poter osservare la realtà da altri punti di vista).

Stili di intervento dell'accompagnatore di Montagnaterapia:

- || Direttivo, Attivo, Non direttivo, Osservatore

Competenze dell'accompagnatore di Montagnaterapia:

- ← Osservazione, condivisione, ascolto attivo, empatia, incoraggiamento, rispecchiamento, parafrasi, sintesi, confronto, ridefinizione, ecc...

Strumenti dell'accompagnatore di Montagnaterapia:

- || Passione per la montagna, comunicazione efficace, ascolto, osservazione, autoconsapevolezza, coordinamento, coerenza, atteggiamento positivo e propositivo, rispetto, accettazione dei propri errori, competenze relazionali e delle dinamiche di gruppo, ecc...

IL SENSO DELL'ARRAMPICARE NEGLI ALUNNI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

Magnaguagno Federico*, Fucci Maria Rosa**, Murrone Arianna*, Miletto Roberto **

*Associazione Family Time

**Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile ASL Roma H Distretto di Pomezia

Gli alunni che vanno male a scuola oggi non sono pochi, certo, diciamo pure che non lo sono mai stati, se pensiamo a quanti “somari” hanno riempito con le loro storie nostri ricordi o vecchi racconti e romanzi di un tempo anche lontano. C'è stato peraltro uno sforzo relativamente recente, negli ultimi decenni del secolo scorso, di tutela legislativa, che seguiva ad un impegno proficuo di comprensione scientifica del variegato fenomeno dell'insuccesso scolastico. Oggi questo sforzo si è affievolito e le iniziative normative non appaiono certo granché efficaci, perlomeno agli esperti: le azioni di sostegno a scuola si limitano ad una percentuale ridotta, quella degli alunni certificati con handicap dalle apposite commissioni, è il 2-3%; una risorsa integrativa, quella del sostegno, così sottratta ad una quota considerevole di popolazione scolastica che va male a scuola, siamo su percentuali che oscillano tra il 15 – 20% ed anche di più, per intenderci. Non che l'intera quota dei “somari” debba essere sostenuta con queste azioni, beninteso, i progetti possono essere vari, certo è però che la risorsa è stata tolta di fatto a tutti quanti! Nel panorama ampio dei Bisogni Educativi Speciali, è come se nella normativa più recente si fosse individuata una ristretta cerchia di alunni con bisogni educativi di serie A, non privilegiata da altre risorse ma nemmeno penalizzata nella sostanza, ed un folto gruppo di scolari con bisogni educativi di serie B a cui di fatto si è tolto quel poco o tanto prima ricevuto. Da un lato i Disabili, oggi, e dall'altro quelli che hanno Bisogni Educativi Speciali, quelli con i BES. A cui non si sa bene cosa si possa offrire a scuola.

Ma chi sono questi alunni con BES? Innanzitutto, sono scolari che vanno incontro all'insuccesso, e non si tratta mai di difficoltà scolastiche di poco conto, però non sono definibili come persone con Handicap, pur avendo delle difficoltà evolutive così importanti, di qualsivoglia tipo, che ciò comporta un funzionamento assai problematico in ambito educativo e negli apprendimenti (Ianes&Macchia, 2008). Tra le possibili condizioni cliniche di non disabilità e definibili però come di BES, si propone la lista che segue, con categorie che sono di più ricorrente riscontro osservativo in un ambulatorio di neuropsichiatria infantile (Miletto, 2011):

- Disturbi comportamentali ed emozionali (immaturità nei processi di controllo dell'azione e/o dell'attenzione, disturbi della condotta, disturbi della sfera emozionale, manifestazioni somato-psichiche)
- Quadri affettivi (inibizione affettiva, umore distimico, iperansietà, sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi)
- Disturbi evolutivi specifici (dell'eloquio e del linguaggio, delle abilità scolastiche, delle competenze motorie)
- Disturbi dell'apprendimento non specifici (compreso il livello intellettuale borderline)
- Condizioni mediche comportanti disturbi dell'apprendimento secondari
- Situazioni psicosociali anomale facilitanti disturbi dell'apprendimento secondari.

L'insuccesso comporta con facilità in molti di loro un disinvestimento a scuola, intorno all'apprendere, intorno alla conoscenza; quindi, evitamenti attivi del compito scolastico, sostenuti da fantasie di tipo passivo-depressive oppure attivo-distruttive: un modello delle prime, per intenderci, è il “*tanto io non sono capace...*”, delle seconde il “*non mi piace la scuola, io ci metterei una bomba!*”. Due facce, sostanzialmente, della stessa medaglia. Consideriamo che spesso gli

alunni con BES hanno una carriera di fallimenti che inizia presto, già ad inizio scolarizzazione: la scuola è pertanto il primo ambiente dove vanno incontro al proprio insuccesso pieno, è il momento di prima frattura che pone termine ad una vita in famiglia, dove il risultato non era stato fino ad allora in discussione. Termina così, con l'ingresso a scuola, per non pochi di loro quella che era un po' stata l'età dell'oro.

Partiamo in questo contributo da elementi sfondo della narrazione di questi vissuti: nel fallimento scolastico entra in scena un sentire forte, perché dietro l'insuccesso c'è la rabbia del protagonista, per la sua sensazione di incompetenza, di inadeguatezza, dunque di non buona appartenenza ad un gruppo che cresce, c'è il giudizio negativo, perfino lo scherno dei pari, ed anche la svalutazione degli adulti. Una metafora che riguarda l'"apprendista" alunno con BES può essere l'avvio smarrito del cammino verso un "esilio", che evolve poi in quella di chi ha una carriera consolidata di insuccessi, che in quel percorso si è già parecchio allontanato, a tal punto da non essere più riconosciuto dalla propria "patria" scolastica: "*la Scuola non è proprio per me!*" è già una sentenza e viene pronunciata con tono grave e malinconico da un nostro piccolo paziente con BES. E l'ambiente attorno spesso collude con questo vissuto velenoso, con deprivazioni punitive di altro, magari ciò che più piace, l'attività di gioco, di sport, il gruppo. Si innesca così una spirale di sofferenza emotiva da cui diventa difficile uscirne.

Se rimaniamo nell'ambito di una narrazione di fiaba, qui c'è il protagonista caduto in disgrazia che diventa di pietra, o cade in un sonno profondo o ancora viene minacciato da persecutori mostruosi. Ecco allora che bisogna far entrare in scena i salvatori, quelli che facilitano l'uscita dalla sofferenza. Nella nostra esperienza, per questi alunni così fallimentari è consigliabile costruire un curriculum che sappia essere speciale, ci vogliono dunque delle proposte e delle risorse integrative, e adulti che sappiano costituirsi mediatori per le esigenze cognitive, ed anche emozionali, affettive, sociali di alunni che sono per l'appunto di "speciale normalità", come li ha definiti Dario Ianes.

In questi anni più recenti, come unità operativa di neuropsichiatria infantile (nella ASL Roma H4, a Pomezia) siamo riusciti a progettare dei curricoli speciali a scuola costruiti prevalentemente proprio per alunni con BES (Miletto e Gruppo di Ricerca LP, 2010), e lo abbiamo potuto fare nel nostro distretto per due annualità attraverso i Piani di Zona, con un finanziamento regionale ex L.285/97. Qui presentiamo qualche riflessione intorno all'esperienza maturata con il curriculum speciale di Arrampicata Terapeutica, parte di un più ampio progetto di esperienze *outdoor* di Montagnaterapia. Questo è un curriculum che si costituisce come occasione di eccellenza, sulla parete attrezzata, sulle falesie naturali, come nelle escursioni nei boschi, per incidere nel mondo interno ferito dell'alunno con insuccesso scolastico, modificandolo.

Siamo consapevoli di quanta forza ci voglia ad affrontare una prova? Probabilmente ciascuno di noi ha una propria percezione personale. Ma sicuramente ciascuno di noi nel momento in cui si trova a dover scegliere se raccogliere o meno una sfida, valuta i costi che questa comporta, ne considera anche solo a livello istintivo il prezzo. Ma il prezzo chi lo fissa? Siamo noi a fissarlo e non si tratta solo dell'impegno o del sacrificio che occorreranno nel caso in cui accettassimo, ma costa anche della difficile considerazione, per alcuni un vero e proprio macigno, della possibilità di subire una sconfitta. Qual è il costo emotivo di ogni sconfitta ... difficile a dirsi. Ma per chi ne colleziona tante, anche se apparentemente sembra aver sviluppato un super tecnico tessuto impermeabile che lascia scivolare tutto, come se nulla potesse toccarlo, ogni insuccesso rappresenta una conferma silenziosa di un vissuto doloroso da perdente.

Potremmo sintetizzare dicendo che più alto del sacrificio è il prezzo del sacrificio vano. A volte sarebbe interessante farsi una domanda del genere: quanti di noi salirebbero su un ring per disputare un incontro di pugilato da cui sanno od hanno la convinzione che sicuramente usciranno più che doloranti? Quanta forza richiede affrontare quella prova? Chi di noi se la sentirebbe? Io non

accetterei. Io mi ritirerei. E forse sarebbe sano per me farlo. E forse direi anche che certe cose non fanno per me. Forse avrei anche disprezzo per quelli che lo fanno. Li riterrei delle persone insensate ... e chissà quante altre cose direi prima di dire che ho paura. Che non mi sento all'altezza. Che ho paura che da quel tappeto non ci si rialzi più. Che emotivamente mi sentirei a pezzi. Che è una montagna troppo alta. Un muro troppo grande.

Forse per molti studenti, ai loro occhi, la scuola è una montagna troppo grande. E non dobbiamo dimenticare che la grandezza della montagna non è data dai metri che la separano dal livello del mare, ma dagli occhi di chi la guarda.

Un giorno, entrando in una classe seconda media, considerata da molti professori la peggiore della scuola, ho chiesto cosa pensavano di quel che si diceva di loro, di quel che i professori dichiaravano apertamente dei propri allievi.

“Meglio essere i peggiori che non essere nessuno”.

Questa è stata la loro risposta.

L'esperienza, e anche numerosi studi sull'argomento, parlano chiaramente del fatto che sia difficile che si nasca “somari”. Eppure sembra essere difficile arrestare questa metamorfosi kafkiana che riguarda un numero sempre più preoccupante dei nostri ragazzi.

Quel che possiamo chiederci è quale ruolo vuole avere la scuola in questo processo. Vuole essere un ingranaggio di questo processo di deconnessione oppure uno strumento di sostegno a favore dell'allineamento tra risorse, competenze e possibilità di ciascun ragazzo? Quale risposta vogliamo dare a quell'angoscia di incarnare il “nessuno” di turno?

Ho anche raccolto le impressioni di molti insegnanti che confermano che, proprio nei casi più difficili, da parte dei diretti interessati c'è una risposta non collaborativa alle azioni di aiuto messe in atto dalla scuola. Alcuni sono addirittura “inspiegabilmente” più aggressivi proprio con quelle figure proposte ad aiutarli.

Difficile. Veramente difficile venire fuori da questa spirale involutiva. Perché anche il dare sostegno è un'ulteriore conferma del fatto che non si vale niente. Anzi, rendendoci impopolari di fronte ai pari, minaccia anche quell'ultima sponda di salvezza che è rappresentata dalle “amicizie”, dal gruppo, da quell'ambiente in cui il proprio posto viene guadagnato con la relazione e non con i contenuti. A volte una relazione fatta di violenza, di prepotenze. Ma per loro più comprensibile e soprattutto gestibile.

Noi allora cosa possiamo fare?

Nulla. Ma un nulla pieno di offerte. Carico di tensione e predisposizione. Denso di alternative reali. Un nulla fatto di una rete di possibilità.

Di fatto, ciascuno deve scegliere cosa fare di se stesso. Possiamo obbligare i ragazzi a venire a scuola, ma non possiamo obbligarli a studiare e tanto meno ad apprendere.

Possiamo allora attendere che siano loro a salire i loro gradini facendo di tutto per fargli sentire che quella scala possono salirla tutti.

Ecco un po' il senso di un curriculum speciale. Non è un corso di recupero per somari irrecuperabili. È un'opportunità. Una possibilità in più. Un privilegio. Ma lo sarà solo per chi lo sceglie, mentre per chi lo subisce, sarà pur sempre un obbligo, ovvero un'altra situazione di cui non si ha nessun controllo e nessuna responsabilità.

Quando un ragazzo stretto all'angolo intravede in qualcosa la possibilità di invertire quella sequenza di insuccessi, abbiamo buone opportunità di realizzare con lui un passaggio. Se all'essere il “peggio” siamo in grado di offrire un'alternativa realistica, forse siamo sulla buona strada. Ecco cosa deve poter regalare un curriculum speciale: una visione. Una speranza, la speranza di vedere per

una volta una foto diverse di sé, di assistere ad un altro film. Di sentirsi riflessa, attraverso l'esperienza, un'altra immagine di sé.

E qual è la visione che offre la Montagnaterapia per un ragazzo?

La conquista dell'impossibile. Ci sono molteplici motivi per cui la montagna è quasi in termini ancestrali il simbolo dell'impossibile. Lo è da sempre, da quando la sua inaccessibilità l'ha resa sede degli spiriti, degli dei, del sacro. Lo è perché l'alone di pensieri che la descrivono prevarica la realtà ... e nella sua conquista c'è tutto il sapore di una rivincita. Con se stessi e con gli altri.

E la montagna, con il suo alto valore simbolico e metaforico, sta lì, severa ma anche accogliente, inaccessibile, ma anche estremamente accessibile. Al pari di ogni cosa. Pensiamo ad un problema di algebra per un ragazzo con un livello scolare da prime elementari: è semplicemente qualcosa di incomprensibile. Bene, è quello che proverebbe ciascuno di noi se posto ai piedi di una parete rocciosa alta fino a trenta metri e oltre. Non sapremmo nemmeno da che parte guardarla.

Eppure, al pari di un problema di algebra, la montagna ha le sue regole, i suoi assiomi, le sue leggi. Ma per chi ha consolidato un vissuto di insuccesso scolastico, rappresenta una nuova opportunità, un campo apparentemente completamente diverso, una situazione assolutamente sfidante e attivante in cui non si hanno i pregiudizi (o almeno non tutti) che si hanno nelle più conosciute situazioni. È una seconda chance, in cui anche i più inibiti percepiscono un fremito inconsueto.

E paradossalmente noi sappiamo qualcosa che i più ignorano su questa seconda opportunità: ovvero che è alla portata di tutti. Di nuovo, il concetto di impossibile e di una prova estremamente difficile è del tutto relativo, ma in questo caso pienamente funzionale.

I ragazzi sono attratti dalla sfida. Dal senso dell'avventura. Dall'opportunità di una situazione in cui non contano nulla i contenuti scolastici e in cui tutti partono, o ripartono, dallo stesso punto: tutti iniziano con i piedi per terra e il naso all'insù. Ed è proprio questo naso all'insù che fa della montagna un'opportunità. Perché costringe, senza obbligare nessuno, ad alzare lo sguardo, ad aprire il proprio campo visivo e ad includere per una volta qualcosa che sta in alto. Ed in alto ognuno vede la proiezione di sé nel futuro. Immaginandosi vicini alla metà, riattivano una funzione del pensiero legata al futuro, alle aspettative, al desiderio, al sogno.

Ed è allora che si è pronti ad affrontare dei sacrifici. Si sceglie di investire se stessi. Si accetta l'impegno, dando vita così ad un nuovo e curioso paradosso: si accetta il sacrificio perché si ha la sensazione che i propri sforzi non saranno spesi invano, pur consapevoli che nulla è più vano, in apparenza, della conquista di una vetta. Infatti, a differenza della matematica e della geometria, che in qualche modo si sa che potrebbero essere utili nella vita, l'aver raggiunto una vetta non ha nessuna utilità pratica e immediata.

Eppure giorno dopo giorno, esperienza dopo esperienza, ci si accorge che la conquista dell'alto altro non è che la scoperta di un mondo, di una serie di leggi e di codici, che danno la chiave di lettura per comprendere qualcosa che prima sembrava incomprensibile: quella parete ora è un insieme leggibile di prese e appoggi, di tecniche e possibili soluzioni, di risorse personali e di strumenti tecnici. Proprio come l'algebra. Come gran parte delle prove che ci si trova ad affrontare nella vita. Ciò che le rende possibili o meno è la lettura che ne facciamo, gli occhi con cui la guardiamo e gli strumenti che abbiamo per poterci costruire un modo diverso di vedere alle cose.

Ed è proprio in questo parallelismo che coinvolge tutte le cose la grande possibilità: non è diventando scalatore di montagne che si riacquista stima di sé, o almeno non solo. È attraverso la percezione che sia possibile imparare come imparare. Sviluppando la capacità di guardare il sistema di "regole" che si trova dietro una parete come dietro alla matematica, come a molte altre cose, riacquisto quel senso di potere nei confronti di una realtà che subisco meno e capisco di più, fino anche a comprendere come posso muoverla a mio vantaggio, affacciandomi anche alla responsabilità di una situazione in cui, avendo qualche alternativa in più, posso realmente scegliere.

Infine, alcune precisazioni importanti.

1. Non è la montagna a fare tutto questo. Ma sono le persone. Le relazioni. Il senso profondo di una mediazione in cui tutti hanno un ruolo attivo nel processo di cambiamento. La montagna di suo offre un'infinità di spunti reali che rendono pregnante ogni esperienza.
2. Non ci sono formule magiche, ma solo alchimie. Siamo tutti persone diverse con modi di pensare e vedere la realtà differenti. Ciò non consente di stabilire delle "ricette" di intervento che in modo univoco portino ad un risultato. Ciò non significa nemmeno che ci si debba affidare ad un pressapochismo metodologico. Significa che, all'interno di una metodologia consolidata, ci sono infinite sfumature che vanno prese in considerazione, molte delle quali non possono prescindere dalle caratteristiche della persona che svolge l'intervento stesso.

Perché l'arrampicare può essere un curriculum speciale? Cerchiamo di procedere qui con una breve disamina per punti:

- Incentiva la motivazione → in soggetti descritti sempre spenti a scuola, abbiamo osservato guizzi di vitalità, un investimento grande nel cercare di raggiungere una presa quando l'adulto propone il gioco immaginifico di "catturare una bella farfalla" posta su quella presa o di "salvare un povero passerotto" rimasto impigliato in quell'altra;
- Spinge alla collaborazione tra pari → in alunni che sono definiti ipercompetitivi oppure completamente isolati in classe, quasi stupisce l'osservare una così buona disponibilità nel fare sicura, nel reggere la corda per il compagno che sale, usando rassicurazioni ed incoraggiamenti;
- Facilita la richiesta di aiuto, anche per investire di più sul pensiero → la protezione accettata dell'equipaggiamento strumentale dell'imbracatura può evocare un altro equipaggiamento, quello delle funzioni cognitive, da cui non fuggire se si vuol scalare il compito scolastico senza paura di fallire;
- Costruisce una coesione di gruppo → si va su in parete insieme, la cordata è una cosa sola, sono le parti che costituiscono il tutto, e ne hanno fatto positivamente parte scolari arroganti, che per difendersi dalle idee di fallimento a scuola solitamente la mettono giù dura sul piano fisico;
- Restituisce a ciascuno un senso di maggior efficacia → in alunni che misurano ogni giorno le proprie inadeguatezze, ogni presa raggiunta sulla parete è conquista concreta e scalare l'altezza simbolicamente significa misurarsi con se stessi e con le proprie perplessità di competenza, provare nell'azione, guidata dall'adulto e sostenuta dal gruppo, a superare i propri limiti supposti;
- Aggredisce il cosiddetto Sé accademico depresso → la scalata della cordata porta tutti in vetta, dunque al successo, raggiunto tutti insieme, compresi quelli che sempre si stravalutano e che pensavano proprio di non potercela fare.

Quel che si vive in parete porta con sé dei significati simbolici che l'adulto istruttore-mediatore restituisce con puntualità nella seconda fase, quella della riflessione in cerchio successiva alla prima fase dell'arrampicata. In questo secondo momento a terra, altrettanto importante, ci sono altre attività cariche di significati simbolici.

La fiducia in crescita e quel senso di autoefficacia in costruzione con la scoperta di abilità sommerse, avviati in parete e nel lavoro successivo a terra, costituiscono un bagaglio, diciamo uno "zainetto di sicurezza" per meglio affrontare la terza fase, di escursione in montagna, nei boschi. Il bosco, tra l'altro, è luogo elettivo del mondo di fiaba, dove ci sono gli aiutanti, i facilitatori, elfi, gnomi, fate e maghi: l'immersione nella natura è fisiologica riequilibrio, ci si ascolta meglio, è contesto che aiuta a sentire dentro di più gli aiutanti interni, si può pensare meglio

sulle proprie competenze, abilità, si sta più a contatto con i “propri elfi” interni e con quelli degli altri. Come è possibile questo incontro? Proprio attraverso un percorso, guidato dall’adulto e facilitato dai contesti agiti, di rientro in contatto con certe emozioni forti. Il mediatore propone esperienze sul tipo di :

- Lasciarsi andare nel vuoto (ben imbracati) da un albero → è cercare di trovare il senso del lanciarsi con divertimento in un vuoto che ha a che fare anche un altro loro vuoto, quello conoscitivo;
- Camminare su un ponte tibetano parecchio instabile → è cercare di imparare a tollerare che si può stare in piedi anche su basi così poco sicure, trasferibile ad idee di apprendimenti possibili nonostante lo stare su così tante lacune;
- Entrare nel buio di una grotta misteriosa → è riuscire a vivere l’esperienza che il buio in sé non esiste, è mancanza di luce, e poco per volta si colgono contenuti dentro l’ignoto, meglio se con qualche ausilio come una piccola torcia, un’esperienza che ha molto a che vedere con il buio della loro conoscenza;
- Saltare dei fossi adatti alle loro possibilità → è l’equivalente simbolico di darsi le autorizzazioni a fare dei salti cognitivi;
- Allontanarsi un po’ su sentieri non noti e provare a ritornare senza perdersi → è cercare di provare a sperimentarsi, fidandosi delle proprie gambe, e della propria testa, è l’invito a far affidamento alle risorse che si hanno.

Emozioni intense, dunque, al servizio di una costruttività che alimentano, e che è mediata dall’adulto e poi sostenuta sia da una fiducia in se stessi sia dalla solidarietà del gruppo dei pari. Riempire quello zainetto di sicurezza, per la sopravvivenza in situazioni difficili da governare, significa anche ben altro, è provare a sentirsi più attrezzati per affrontare comunque delle situazioni difficili, anche altrove, a cominciare dalla scuola. La montagna, con le sue altezze, le sue minacce, i suoi misteri, la maestosità, tutto questo può offrire, ed è una grande ricchezza di significati simbolici. Imparare ad arrampicarsi, come proposto nel nostro curriculum, è pertanto un’attività composita, articolata per fasi, e cerca di insegnare come affrontare percorsi ad ostacoli, dove si può inciampare per poi risalire. Con proprie risorse, e con l’aiuto della guida e del gruppo. Ovunque, in parete come nel bosco. A casa ed a scuola.

Riferimenti bibliografici

- Ianes D., Macchia V. (2008), *La didattica per i BES*. Erickson Ed., Trento.
- Miletto R., Gruppo di Ricerca EllePi (2010), *Per una scuola amica. Curricoli speciali per potenziare la mente*. Alpes Italia Ed., Roma.
- Miletto R. (2011), *Per una scuola amica. I Care*, 36,2,64-66.

RACCOMANDAZIONI PER UNA FORMAZIONE IN MONTAGNATERAPIA

Giulio Scoppola*

*Ideatore della Montagnaterapia in Italia, Psicologo-psicoterapeuta, Resp. UOSD di Psicologia Clinica ASL RM E, Ospedale S.Spirito in Saxia, Roma.

PREMESSA

Dopo più di dieci anni di lavoro a partire dal nostro “Gruppo di lavoro per la MT del Lazio” (Macroarea Centro Italia) il tema della formazione non poteva più essere eluso o trattato come un tema periferico nella operatività dei Gruppi della nostra Macroarea e più in generale operanti in tutto il territorio nazionale.

Per questo abbiamo pensato di rappresentarlo sotto la forma assertiva delle “raccomandazioni”. Esse vogliono essere il punto iniziale di riferimento per un dibattito fra gli “addetti ai lavori; già a partire dalla tavola rotonda che seguirà questa relazione.

I progressi e i successi della Montagnaterapia (c.f.r. “Definizione della MT” nei siti ufficiali, e articoli pubblicati in questi anni al riguardo) hanno spinto la numerosa comunità di quelli che in questo approccio credono e lavorano (o si concentrano per le tesi di studio) ad interrogarsi sugli elementi metodologici, ma ancora prima epistemologici, alla base di un rigoroso operare clinico, psico-educazionale, sociale (e culturale) di tipo preventivo o riabilitativo.

Ecco allora che per il Congresso Nazionale di quest’anno ci siamo messi al lavoro per proporre quelle che abbiamo chiamato: “Raccomandazioni per una formazione in MT”.

Le raccomandazioni e gli ambiti presi in considerazione sono incomplete le prime e parziali i secondi, per la vastità dell’argomento e per la necessità di attivare maggiormente gli Operatori esperti sull’interesse e complessità del campo trattato.

La “raccomandazione” ha a che fare con il campo scientifico-formativo di tipo istituzionale preposto a varare delle linee guida e regolamenti attuativi in un determinato settore.

Le raccomandazioni che presenteremo vogliono rappresentare, pur nella incompletezza del tentativo, un passo concreto nel nostro percorso interno al Movimento. Ed alcune di esse dovrebbero essere poste a nostro avviso alla base delle “regole” per rendere il lavoro più rigoroso, più efficace, più verificabile, più trasmissibile, più visibile; in definitiva più apprezzabile dalla Comunità Scientifica dalle Istituzioni e dai Committenti.

Ogni RACCOMANDAZIONE IN CAMPO FORMATIVO presuppone:

- Uno o più soggetti che raccomandano (e/o formano)
- Uno o più contenuti (teorici, metodologici, formativi) da raccomandare

- Uno o più interlocutori destinatari delle raccomandazioni e della formazione
- Uno o differenti *Settings* specifici ed adeguati per migliorare al massimo il processo di trasmissione ed apprendimento delle raccomandazioni o per rendere efficace efficiente e verificabile la formazione (oltre che ovviamente l'intervento successivo).

ARGOMENTI PROPOSTI in sintesi

- **PERCHE' FORMARE?** Per mettere in una comunicazione competente con un linguaggio comune e condiviso.
- **IL PERCHE' DEL RUOLO DELLA FORMAZIONE IN MT:** una attenzione centrale alla competenza ed un motore per la ricerca e la standardizzazione del metodo.
- **DEFINIRE GLI ASPETTI FONDAMENTALI E GLI ASPETTI SPECIFICI DELLA FORMAZIONE IN MT:**
I "fondamentali" (che valgono per tutti i gruppi) e gli aspetti "settoriali" (in riferimento ai differenti settori di lavoro).
- **DEFINIRE GLI OBIETTIVI FORMATIVI NELLA MT:** formare operatori competenti e consapevoli e in relazione reciproca.
- **LA PROFESSIONALITA' E LE COMPETENZE DEL FORMATORE:** definire i parametri condivisi delle competenze minime di chi all'interno della Rete è demandato alla formazione dei nuovi operatori.
- **LA PROFESSIONALITA' e LA COMPETENZE DEI DISCENTI:** definire gli standard minimi (sui "fondamentali" e sui "settori") di competenza per condurre gruppi operativi di MT.
- **DEFINIRE I SETTORI FORMATIVI:** settori entro cui organizzare i contenuti ed i metodi formativi.
- **STRUMENTI FORMATIVI:** definire i "presidi" e gli strumenti necessari per formare (mezzi e contenuti).
- **TUTELARE LA PROFESSIONALITA' DEGLI OPERATORI FORMATI:** eventuale "Albo degli Operatori Abilitati a..."
- **DEFINIRE LA FORMAZIONE NAZIONALE E MACROREGIONALE:** scegliere il livello organizzativo e territoriale per costruire il percorso formativo.
- **PROPORRE LA SUPERVISIONE:** collocarla entro il percorso formativo ed entro l'operatività dei Gruppi.
- **DEFINIRE L'ELENCO DELLE MATERIE DI INSEGNAMENTO nel SETTORE DELLA MT.**

PROPOSTA di RACCOMANDAZIONI

- A.** Per quanto riguarda i **Soggetti con la funzione di raccomandare/formare** gli Operatori della MT relativamente al metodo o ai contenuti o ai processi o ai *settings* di lavoro o altro ancora, crediamo debbano essere operatori in attività nel settore della MT (così come individuabile nella Definizione) da almeno 5 anni; che frequentino le riunioni periodiche delle Macroaree Regionali della Rete di MT o siano conosciute e ritenute competenti (attraverso indicatori precisi condivisi e trasparenti) dai Responsabili e/o dai Formatori e Supervisor e/o Esperti delle stesse Macroaree; che debbano conoscere il lavoro operativo e metodologico (indipendentemente dal settore specifico) per averlo svolto per almeno 3 anni; che debbano aver partecipato ad almeno un Congresso Nazionale tra quelli organizzati dalla Rete.
- B.** Per quanto riguarda i **contenuti formativi da raccomandare ed a cui formare** essi attengono da una parte alla metodologia universale dei processi formativi (aspetti universali riconosciuti dall'interesse delle scuole di formazione e che attengono alla comunicazione alla didattica, alla verifica dell'apprendimento ed altro ancora), o della necessità della presenza all'interno del processo di un tutor o di un supervisore, o di un numero di anni di lavoro nel campo sufficienti per poter svolgere ruoli operativi o didattici verso assistiti e/o operatori ed all'utilizzo didattico di strumenti audio-video, oltre che della Rete. Dall'altra parte attengono agli aspetti specifici dello specifico settore di riferimento (la Montagnaterapia in tutte le sue declinazioni: cliniche, numeriche, riabilitative, psicoeducazionali, culturali e sociali, ecc.).

METODOLOGIA FORMATIVA PER LA MONTAGNATERAPIA

Mi concentrerò allora su alcuni punti (e criticità) ampiamente conosciuti dai differenti gruppi e nei differenti contesti regionali, che a mio parere sono emersi con evidenza in questi anni e che meritano di essere posti all'attenzione di tutti in una forma più esplicita.

Appare necessario in primo luogo procedere dall'individuazione di aspetti fondanti e peculiari di quella che potremmo chiamare: "metodologia formativa della montagnaterapia".

Tali aspetti fondanti e peculiari vanno ricercati attraverso l'analisi osservazionale della presenza/assenza e qualità di quelle che chiamerei, le **COSTANTI**:

"costanti relazionali" - "costanti esperienziali" - "costanti numeriche"- "costanti cliniche"- "costanti strumentali" (ed altre che saranno aggiunte); esse sono rintracciabili con uno studio ed una verifica attenta (guidata da un protocollo) della operatività dei Gruppi in attività di MT presenti e censiti all'interno della Rete Nazionale (un qualcosa che avevamo già iniziato negli anni scorsi con il "censimento" curato dal Dott. Sandro Carpineta).

LE "COSTANTI"

1. Per fare due esempi di "Costante Relazionale" potremmo riferirci al fatto che nelle attività di MT le sessioni di lavoro:
 - a) devono necessariamente prevedere un importante lavoro sulle dinamiche di gruppo (relazionalità **inter**personale) e sulle dinamiche della singola persona "nel" gruppo (relazionalità **intra**personale);

b) devono dare importanza specifica alla relazione fisica tra i componenti del gruppo ed un significato particolare alla “relazione” tra le persone e gli strumenti (i “presidi” concreti e tecnici della MT) in uso negli ambiti alpinistici, escursionistici, e sportivi di montagna.

2. La “Costante Esperienziale” si riferisce ad esempio all’irrinunciabile metodo dell’esperimtare, del fare esperienza concreta di tutti gli “ingredienti” della montagna, nelle sessioni di MT, e del riflettere ed elaborare successivamente con gli strumenti della psicologia e supportati dagli strumenti audiovideo.
3. La “Costante Clinica” si riferisce invece al metodo dell’elaborazione psicologica e trasformativa personalizzata ed inserita in un “Progetto Terapeutico Individuale”, a partire dalle esperienze (verbalizzazione, espressione comunicativa, condivisione...). Essa deve essere guidata da **personale specializzato in psicoterapia** e sempre accompagnare e/o precedere le attività.
4. La “Costante Numerica” infine si riferisce ai rapporti proporzionali relativi a tutto ciò che, all’interno delle sessioni, può essere rappresentato utilmente dai numeri: ad esempio il *range* entro il quale il rapporto tra il numero degli operatori ed il numero di utenti viene considerato ottimale (rapporto qualitativo ottimale) specificato nei differenti ambiti e quindi proposto ufficialmente; ad esempio il rapporto nei piccoli gruppi di 8 (+/-) assistiti per 4 (+/-) operatori (entro variazione pari a 2).

Oppure i “Moduli di Lavoro”, riproducibili (quasi) all’infinito perché stabili ed ottimali. Per esempio gruppi autoreferenziali che incontrano altri gruppi simili in contesti ambientali che permettono lo svolgersi della sessione e nello stesso tempo ne impediscono il denaturarsi; nonostante il numero dei gruppi coinvolti.

FORMARE A...

Tralasciando in questo momento il tema di chi abbia i titoli per essere formatore/supervisore accreditato all’interno della Rete Nazionale della Montagnaterapia, ma questo non esclude il porre la questione di integrare gli aspetti della formazione attraverso la supervisione, vorrei concentrarmi su una lista di “ingredienti” generali e non necessariamente tutti co-presenti in un singolo operatore, che credo debbano essere presenti all’interno di un programma formativo per gli operatori della MT (i “Contenuti” da raccomandare).

Propongo un primo *cluster* aperto.

- Formazione alla relazione con se stessi: formazione alla psicomotricità, alla percezione e consapevolezza di sé...; e con gli altri: formazione alla comprensione interpersonale, alla comunicazione...
- Formazione alla psicodinamica: studio dei differenti approcci alla psicologia del profondo
- Formazione al *problem-solving* ed alle strategie di *coping*.

- Formazione alpinistica, escursionistica, sciatoria, sportiva; nell'*out-door* e negli sports della montagna.
- Formazione nell'uso dei mezzi di registrazione audio-video e nell'uso dei principali programmi Informatici e mezzi di comunicazione (internet e radio).
- Formazione alle normative che regolano le attività socio-sanitarie e riabilitative in *settings* particolari; prevenzione dei rischi e assicurazioni.
- Formazione psicofisiologica e psicomotoria generale e conoscenza dei rudimenti della psicologia dello sport.
- Formazione psicoterapeutica.
- Formazione alla riabilitazione (psicosociale e psicomotoria).
- Formazione alla dinamica dei gruppi.
- Formazione nel Primo Soccorso.
- !

RUOLO DELLA SUPERVISIONE E DELLA DIDATTICA.

Non è questa la sede per richiamare alla memoria il ruolo giocato dalla supervisione nei processi di apprendimento (esso può essere reperito facilmente nel bagaglio teorico dei corsi di laurea e dei master delle università della formazione); piuttosto porre alcune raccomandazioni metodologiche orientate ad una omogeneizzazione e incremento delle competenze. Schematicamente e per punti:

- Ogni gruppo operativo che opera all'interno della Rete Nazionale della Montagnaterapia deve individuare un supervisore cui "portare", con regolarità, il lavoro svolto.
- Si raccomanda l'uso educativo-clinico-riabilitativo e di verifica con gli strumenti audio visuali.
- Il/la supervisore deve avere una competenza generale ed esperienza nel campo della MT e deve essere scelto tra una rosa di persone riconosciute dalla Rete Nazionale della MT.
- La Rete Nazionale della MT deve a questo proposito nominare (di Macroarea) uno/a o più supervisori accreditati che rispondano alle caratteristiche citate e/o definite.
- La figura del Supervisore non si dovrebbe confondere con quella del Didatta del percorso di Formazione per operatori della MT (uno insiste sul versante operativo l'altro su quello formativo).
- La Rete Nazionale della MT stabilisce un "Iter di formazione per Operatore della MT" che comprenda un modulo di base (per tutte le professionalità psico-socio-sanitarie e "della montagna") ed un modulo specifico per i differenti settori di lavoro (precedentemente individuati e che abbiano raggiunto un sufficiente *corpus* teorico-esprienziale e di risultati).
- La Rete Nazionale della MT nomina i Didatti (per ora a livello nazionale, almeno uno per Macroarea) designati dai Coordinatori delle Macroaree ed individuati fra gli Operatori che da più tempo sono attivi nel settore della MT e che dimostrino spiccate capacità didattiche e metodologiche, nonché un iter professionale e teorico significativo a giudizio dei Coordinatori delle MacroAree.

FORMAZIONE E VOLONTARIATO

Fiorella Lanfranchi*

*Psicologa, Psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale A.O. Bolognini Seriate (Bg)

Commissione Medica Sezionale CAI Bergamo

Questo documento intende affrontare il tema della formazione per gli esperti della montagna che, a vario titolo, collaborano nei progetti di montagna terapia. Esso parte dall'esperienza concreta di corsi realizzati con il Club Alpino Italiano e con associazioni di volontariato, corsi che si sono rivelati tasselli importanti per l'avvio e il mantenimento nel corso degli anni della collaborazione e di un contatto sinergico tra i servizi di salute mentale coinvolti ed i volontari.

Attraverso una formazione incrociata, partendo dalle rispettive competenze, identità, differenze e ricercando un linguaggio comune, si sono costruiti dei **progetti integrati**. Sono stati tracciati programmi per potenziare le risorse verso **obiettivi comuni**.

Coniugare le due realtà, in un progetto coordinato, con azioni compartecipate ha rivelato una notevole efficacia ed è diventato un fattore moltiplicatore di riabilitazione su un terreno comune. Il campo di sperimentazione afferisce all'area psicosociale, con l'attivazione di presidi sul territorio in cui la rete sanitaria va a innestarsi sulla rete sociale, alla ricerca di uno scambio competente e di strategie che aiutino a ridurre la dipendenza clinica-istituzionale dei pazienti.

Il volontariato è una risorsa fondamentale per permettere la ripresa di progetti esistenziali congelati dal disturbo psichico e per recuperare rapporti ostacolati dalla malattia, è una risorsa per reinserire il paziente nel suo tessuto sociale. Costituisce una sorta di ponte tra l'istituzione sanitaria e la comunità, per recuperare il massimo spazio alla guarigione sociale attraverso un percorso di **adattabilità alla quotidianità** per il malato e di **adattabilità alle esigenze della malattia** per il sano (Milanese, 1992).

Lo spostamento del setting riabilitativo in ambito extra-istituzionale comporta la necessità di **estendere il raggio dell'intervento e di formazione alle persone e all'ambiente che circondano il paziente**. L'esigenza di una formazione adeguata è sentita da tutti gli operatori psichiatrici e dagli esperti di montagna coinvolti. Gli interventi di montagnaterapia dovrebbero essere animati da un sapere teorico ed esperienziale che orienti le modalità dell'operare e gli obiettivi da raggiungere.

Rispetto a ciò i corsi di formazione possono svolgere una funzione notevole.

È importante valorizzare il paziente come persona, nella sua globalità, degno di interesse, attenzione e rispetto, interlocutore privilegiato ed essenziale nella progettazione di qualsiasi programma. Occorre considerare il malato psichico non come oggetto di cura bensì come un soggetto con diritti di cittadinanza, all'interno di una comunità che si occupi anche della salute mentale. Proprio questo obiettivo di "restituire cittadinanza al paziente" diventa comune ai vari

attori che vengono chiamati a realizzare i progetti, tra cui la montagna terapia : operatori psichiatrici, pazienti, familiari, gruppi territoriali di volontariato, CAI.

Il volontariato non deve però divenire copertura dei vuoti del pubblico o arrivare dove il servizio pubblico non arriva, ma vi deve essere progettualità partecipata in cui ognuno entra con un proprio compito.

I percorsi terapeutici e riabilitativi dovrebbero permettere ai pazienti di apprendere, sperimentare e modificare le abilità di base su banchi di prova sempre più aderenti con il normale armamentario della quotidianità.

Altrimenti il rischio è che “l'allenamento relazionale” del malato rimanga circoscritto e limitato alle attività “dentro” l'istituzione o al massimo in famiglia ma senza possibilità di esportare le competenze sociali acquisite o riacquisite. Senza contatti col territorio l'intervento istituzionale rischia di rimanere un contenimento o un intrattenimento.

Obiettivi comuni dei Dipartimenti di Salute Mentale e del CAI sono: **far stare il meglio possibile il paziente e recuperare condizioni di vita ordinaria** (tempo libero ecc.), attuabili solitamente in tempi lunghi, che rispettano i bisogni connessi alla malattia, ma insieme promuovono le potenzialità della persona. In tal senso il volontariato può offrire uno spazio di normalità ai pazienti che ne vengono in contatto. Sforzo costante del servizio pubblico deve essere quello di individuare strategie di collaborazione in modo da potenziare queste possibilità.

La collaborazione tra servizio pubblico e volontari si gioca su due poli:

- il servizio che è chiamato a preparare il gruppo ad un'adeguata accoglienza del paziente (non solo informazioni teoriche)
- il volontario che è in grado di fornire ai tecnici informazioni di ritorno sul paziente inserito nel gruppo e attività esterna.

La preparazione del gruppo, che compete ai tecnici, deve mettere in grado i volontari non tanto di acquisire un ruolo simile a quello degli operatori, rischiando di perdere la spontaneità della relazione, quanto di favorire l'accoglienza.

La realtà del volontario, infatti è significativa in quanto esterna al circuito psichiatrico e avvicina il paziente alla realtà quotidiana svincolata da una relazione professionale.

La massiccia richiesta di informazioni proveniente dai volontari, oppure di indicazioni in merito alle modalità relazionali (come se esistessero delle formule standardizzate) vanno valutate attentamente perché possono sottendere paure e preconcetti che gli operatori devono considerare.

Obiettivi dei corsi di formazione sono, infatti, anche vincere le paure e i pregiudizi connessi alle malattie mentali e affrontare i miti ricorrenti relativi all'utenza.

Tutti i gruppi, dei servizi pubblici, del volontariato, del privato-sociale, creano una personale ideologia su se stessi, sulla malattia, sui curanti e vivono momenti di aggregazione intorno a un loro

mito. Il mito, inteso come sistema di credenze condivise da un gruppo e protratto nel tempo, svolge spesso una funzione di coesione difensiva finalizzata a garantire l'equilibrio omeostatico, cognitivo-emotivo del gruppo stesso e serve a dare senso alle sue pratiche. Altre volte, in modo più creativo, può sostenere un lavoro ricco di gesti che avvicina alla comprensione dell'utente.

Il confronto tra persone di formazione e provenienza diversificata, poste di fronte ad un comune obiettivo, può consentire di rimodulare i miti e i progetti correggendoli e rendendoli adeguati, senza colludere con le credenze prevalenti e superando i luoghi comuni.

Un **primo mito** enfatizza prevalentemente gli aspetti del soggetto in quanto vittima familiare e/o sociale. A ciò si collega una visione degli obiettivi ispirata da movimenti di risarcimento e riparazione; le scelte operate rispondono a intenti di accoglimento, tutela-difesa, offerta di una realtà piacevole e gratificante con spazio esclusivo per attività ludiche, intrattenimenti, pranzi e gite.

L'operatore e il volontario si pongono come "oggetto buono, ideale, artefice di *empatia*, *capacità d'ascolto*, *atteggiamento comprensivo e non valutativo* che assumono il rilievo di *parole d'ordine*, quasi possano essere ingredienti sufficienti a ripristinare il benessere, grazie ad un processo di introiezione quasi automatica". (Contartese, 1996)

Un'atmosfera così accogliente, così pervasivamente "materna" ha però alcuni punti critici: la rigidità dell'accoglienza incondizionata e dell'oblatività può trasformarsi in espulsività quando le attese non vengono corrisposte; inoltre rischia di perpetrare una dinamica frequente in molte famiglie di soggetti con psicosi, e cioè quella del "padre debole" che fatica a svolgere la funzione normativa e di promozione delle risorse emancipative e di individuazione.

Una **seconda visione** è quella focalizzata sul disturbo. Le aspettative sono soprattutto di controllo e di ritorno del soggetto alle norme prestabilite. L'enfasi è spostata da luogo dell'accoglienza al raggiungimento di "prodotti" definiti con il mito dell'operatore/accompagnatore come pedagogo/guaritore che rischia di non tenere sufficientemente conto delle difficoltà emotive del paziente nei processi di cambiamento in cui è coinvolto, ovvero delle sue resistenze al cambiamento.

Non ci si può limitare ad un atteggiamento "pedagogico", il compito è più complesso : bisogna costruire e tentare di mettere in campo una *sapienza del fare* accompagnata a una *sapienza del comprendere*. Il paziente "non sarebbe più alieno, inaccessibile ...bensì potrebbe manifestarsi ed essere compreso ...come un essere fragile e confuso, con le sue peculiari difese verso l'esterno"(Ciompi, 1994).

In tal senso non ci si può limitare a interventi su un "difetto" del paziente attraverso attività pratiche, ma l'arricchimento deriva dal riattivare un circuito di interessi e desideri che contrastino la destituzione affettiva.

Elemento su cui riflettere riguarda il rischio di cadere in un attivismo quale controattitudine per cercare di allontanare l'angoscia e il fastidio della malattia, per eludere il peso della relazione

con un malato “che non fa niente, è isolato, regredito o si lamenta di annoiarsi, in un tempo svuotato e interminabile” (Contartese, 1996).

Altro rischio, legato al contatto con la sofferenza grave, è invece quello di scivolare verso la demotivazione e il disinvestimento, con sentimenti di impotenza e inutilità.

Alcuni dei luoghi comuni relativi ai due sistemi, pubblico e volontariato, sono così riassunti da Milanese, nello schema sottostante.

Per il servizio pubblico:

- Risposta dovuta (istituzionale)
- Stanchezza d'apparato, rigidità, vincoli
- Clinicizzazione
- Intrattenimento più che riabilitazione
- Burn-out
- Senso di impotenza
- Logica economica

Per il volontariato:

- Risposta voluta (motivazionale)
- Culturalizzazione della malattia
- Il principio della buona volontà
- Confusività energetica
- Spontaneità, flessibilità
- Formazione emozionale
- Fantasie di onnipotenza

Affrontare questi nodi può permettere di aggregare coerentemente i molteplici elementi in gioco, trasformandoli in punti di forza anziché di debolezza e di compartimentazione conflittuale.

L'operatore svolge un ruolo di “*facilitatore delle relazioni*”, mediatore tra utenti ed esperti della montagna, trait-d'union tra le esperienze vissute nei luoghi istituzionali e in quelli aperti.

Peraltro il volontario del CAI è spesso un “*facilitatore naturale*”, con molti punti di forza : capacità di rapporto empatico, calore e sostegno, passione e abilità di trasmettere le conoscenze specifiche sulla montagna nelle sue varie dimensioni naturali, umane e storiche.

Ha il vantaggio di essere spesso percepito come “*oggetto meno qualificato*”, non nel senso di meno competente ma di meno pericoloso, per cui la relazione viene maggiormente tollerata, attraverso una ridefinizione oggettuale che costituisce una difesa per il soggetto con psicosi. (Zapparoli, 2002)

Quando si parla di rispetto delle difese, elementi importanti su cui riflettere con i volontari del CAI sono: il ***timing corretto degli interventi***, per evitare reazioni negative e la ***giusta distanza relazionale*** che possa essere sentita come accettabile e non pericolosa, che facilita l'incontro senza suscitare ansia per un eccessivo avvicinamento affettivo o intimità. Favorire una "*distanza ottimale* che contemporaneamente preserva dalla separazione e dall'indifferenziazione, ma anche dall'impegno di un'eccessiva vicinanza e dalla minaccia di un'invasione dello spazio individuale" (Saglio, 2010). Chi si occupa di riabilitazione si muove continuamente nella polarità cronicità-cambiamento, deve quindi saper accogliere e interagire contemporaneamente sia con le parti più regredite e dipendenti del paziente che con quelle più capaci e competenti. Il personale è anche un'importante fonte di identificazione per lo psicotico, che può assumere la funzione di Io ausiliario proponendo, con il suo modello, nuovi modi di affrontare le richieste e le frustrazioni della realtà, di gestire i sentimenti e di organizzare comportamenti adeguati. Occorrono buone capacità psicologiche e relazionali, punti teorici di riferimento e adeguate tecniche d'intervento, senza i quali "non si otterrà, sulla linea del reinserimento, che una piacevole gita insieme o un ballo insieme o un cestino di paglia intrecciato insieme". (Marà, 1985)

I **corsi di formazione** possono aiutare a mettere a fuoco le rispettive identità, i diversi ruoli, le aspettative e i luoghi comuni degli operatori e dei volontari, i punti di forza e i limiti, il significato degli inserimenti, a trovare un linguaggio comune, ecc.

Funzioni dell'operatore sono sia di tipo clinico, con i pazienti e familiari, sia di lavoro di rete. In questo livello comprendiamo funzioni di :

- Consulente (formazione, informazione, conoscenza dei bisogni dei pazienti e dei servizi)
- Coordinatore (delle risorse esistenti in uno specifico contesto)
- Promotore (di ipotesi di intervento sia individuali che collettive per la soluzione dei problemi, collegando chi presenta risorse e chi presenta bisogni)
- Contenitore di tensioni (emozioni legate a esperienze concrete vissute nell'intervento con la sofferenza psichica e pertanto ricche di dolore e ambivalenza).

Alcune delle funzioni del volontariato individuate sono:

- Sensibilizzazione della comunità finalizzata a contrastare i pregiudizi sulla malattia mentale
- Messa a disposizione di "spazi di normalità"
- Collaborazione e disponibilità individuale/gruppo per integrarsi in alcuni progetti
- Competenze specifiche

Tra le varie modalità sperimentate per i corsi, è risultata utile quella in cui si sono articolate sedute informative sulle malattie mentali e un confronto con le immagini e i pregiudizi esistenti, cicli sulla comunicazione (elementi essenziali, l'efficacia, le abilità e la comunicazione patologica) e sulla messa a fuoco di concetti di vulnerabilità, stimolazione ottimale, alta Emotività Espressa, ecc. Questi incontri e gli scambi costanti tra tutti gli attori in scena consentono di superare le paure iniziali, relative ai rischi e pericoli nelle uscite, di far passare una dimensione non competitiva, di ridurre l'emotività espressa e trovare la "giusta distanza", sia in senso relazionale

che relativamente ai percorsi. E' importante trovare un adattamento rispetto agli itinerari, all'impegno richiesto, alle difficoltà prevedibili, per evitare che si instaurino situazioni di stress per l'eccessivo divario tra le possibilità individuali e le esigenze con cui ci si confronta, eccedendo i limiti.

I risultati osservati in questi anni di incontro e collaborazione tra servizi di salute mentale ed esperti di montagna sono stati molteplici. Tra questi ne citiamo alcuni:

- Aiuto nello sganciamento dalle strutture psichiatriche
- Inserimento attivo nella realtà territoriale di appartenenza
- Ampliamento dei contatti sociali, con riduzione delle condotte di isolamento e miglioramento della comunicazione interpersonale, sia interna ai gruppi che con la comunità.

Bibliografia

Carpinello B. *“Schizofrenia e stigma”*, in Living with schizophrenia, UTET periodici, Torino, 2001.

Cattich N., Saglio G. *“L'oltre e l'altro. Arte come terapia”* Priuli e Verlucca Editori, Torino, 2010.

Casacchia M., Roncone R. *“Che cos'è la schizofrenia?”*, Masson, Milano, 1996.

Cerati G. (a cura di) *“La fantasia al lavoro. Esperienze cliniche e riabilitative con pazienti psicotici”* Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1992.

Ciampi L. *“Logica affettiva”*, Feltrinelli, Milano, 1994.

Contartese A.M., Dell'Olio F., Lanzara D., Rinaldi M.: *“Attività riabilitative e mitologie gruppalì”* in Rivista sperimentale di Freniatria CXX, p 573, 1996 .

Falloon I., *“Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria”*, Erikson Edizioni, Trento, 1993

Hume C., Pullen I. *“La riabilitazione dei pazienti psichiatrici”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993.

Lanzara D., Scorza C., Violante E., *“Strutture e luoghi della riabilitazione”* in Rivista sperimentale di Freniatria CXV (2), p 310, 1991.

Lieberman R.P. *“La riabilitazione psichiatrica”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.

Marà M. *“Comunità per psicotici”*, NIS, Roma, 1985.

Marà M. *“Terapia di comunità per psicotici. Contro la cronicizzazione”*, Franco Angeli, Milano, 2003.

Milanese G. et al., *“Riabilitazione psicosociale e lavoro: come valutare, programmare e gestire il progetto riabilitativo”*, Franco Angeli, Milano, 1992.

Pintor G. “*Pericolosità sociale e stigma*”, in *Living with schizophrenia*, UTET periodici, Torino, anno 4, n.1, 2001

Saglio G., Zola C. “*In su e in sè. Alpinismo e Psicologia*”, Priuli e Verlucca Editori, Torino, 2007.

Saraceno B. “*La fine dell'intrattenimento*”, ETASLIBRI, Milano, 1996.

Saraceno B. “*Nuovi paradigmi per la salute mentale*”, *Psichiatria di Comunità*, IV: 1-4, 2005.

Zapparoli G.C. “*La psicosi e il segreto*”, Bollati Boringhieri Editore, Torino 1999.

Zapparoli G.C. “*La follia e l'intermediario*”, Dialogos Editore, 2002.

ALLEGATO

LINEE GUIDA PER LA MONTAGNATERAPIA

A cura della Macroarea Italia Centrale - LAZIO

LINEE GUIDA PER LA MONTAGNATERAPIA

PREMESSE TEORICHE

Introduzione storica

L'intervento di Montagnaterapia si connota in termini bio-psico-sociali, nella sua attuazione si avvale di un **organismo tecnico e programmatico** (in corso di accreditamento da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio e già riconosciuto dal CAI di Roma), che nasce nel **2000** da una scelta, libera e motivata (ed ovviamente senza alcun fine di lucro), fra operatori pubblici, volontari e tirocinanti con differenti professionalità, competenze anzianità di servizio ed appartenenze associative ma legati da una comune esperienza consapevolezza e motivazione che nasce dalle innumerevoli esperienze cliniche "extramurarie" (o esperienze cosiddette "extracliniche"), per alcuni maturate già dalla fine degli anni Settanta e per tutti gli anni Ottanta, per altri più recenti. L'analisi di esse e le memorie presentate dai pazienti ci mostravano che l'ambiente naturale di montagna e l'estensione temporale della cura (il "setting" prescelto) rivelava particolarissime potenzialità trasformative e terapeutiche per le persone allora assistite nei Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL.

Esperienze acquisite negli anni e consolidate negli ambiti del disagio psichico, della patologia cardiaca e dell'area evolutiva, costituiscono evidenze alla base del focus per cui costruire una teorizzazione e una prassi che costituiscono un principio attivo appropriato. In funzione di ciò ci siamo impegnati nel tracciare le seguenti evidenze:

Le aree di intervento sono:

- Sanitario (salute mentale per adulti, patologia internistica,età evolutiva, disabilità)
- Socio- educativa (valorizzazione del territorio, Bisogni Educativi Speciali, nelle agenzie aggregative e di formazione)
- Formativo (operatori sanitari, insegnanti, educatori)

Le finalità di intervento:

- Promozione della salute
- Prevenzione primaria e secondaria
- Riabilitazione

OPERATORI di MONTAGNATERAPIA

Professionisti area biomedica, psicosociale ed educativa

COLLABORATORI DI MONTAGNATERAPIA

Professionisti della montagna

DESTINATARI

Istituzioni e organizzazioni pubbliche e private in relazione alle aree di intervento

Singoli individui e gruppi in relazione alle finalità

METODOLOGIA

Gli elementi fondamentali per una corretta metodologia li riassumiamo e condensiamo nei seguenti punti, che formalizzano e definiscono un appropriato intervento di Montagnaterapia.

Essi comprendono:

- attività esperienziale
- analisi della domanda
- analisi risorse professionali ed economiche
- costruzione equipe
 - individuazione e formazione degli operatori, funzioni e ruoli
- rapporto operatori/utenti da 1/3 fino a massimo 5/15
- costruzione del gruppo
 - criteri inclusione ed esclusione (diagnosi, motivazione, risorse personali) per pazienti e operatori
- organizzazione, realizzazione e valutazione intervento
 - protocolli di intesa e collaborazioni con il territorio (enti e agenzie pubblici e privati)
- individuazione e distinzione dei momenti esperienziali ed elaborativi
- verifica e valutazione dell'intervento
- rapporto operatore/pazienti
- formazione operatori in relazione all'area di intervento e supervisione formale

STRUMENTI

- verifica ed elaborazione psicologica e trasformativa dell'individuo e del gruppo
- utilizzazione di strumenti e presidi per la realizzazione dell'intervento specifico
- costruzione e utilizzazione di materiale multimediale per la narrazione ed elaborazione dell'esperienza
- utilizzazione di attrezzature e materiali specifici delle attività in montagna

Il gruppo Montagnaterapia del Centro Italia ritiene che linee descritte siano qualificanti ai fine di un corretto uso della Montagna in senso terapeutico e trasformativo. L'essenzialità del documento offre la possibilità, da noi auspicata, di contributi, arricchimenti e integrazioni.