

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

DIPLOMA DI LAUREA in

TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

POLO DIDATTICO DI ROVERETO/ALA

TESI DI LAUREA

**“LA MONTAGNA COME TERAPIA, UNA NUOVA METODOLOGIA PER
LA RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA”**

Diplomando:
Sara Scaramuzza

Relatore:
Prof. Sandro Carpineta

ANNO ACCADEMICO 2003-2004

INDICE

1. INTRODUZIONE

2. DALLA CUSTODIA ALLA RIABILITAZIONE

2.1. IL MANICOMIO

2.2. LA RIABILITAZIONE

2.3. LE TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE

3. LA MONTAGNA IN RIABILITAZIONE

3.1. PERCHE' L'UTILIZZO DELLA MONTAGNA

3.2. GLI EFFETTI DELLA MONTAGNA SU CORPO E PSICHE

3.3. LA MONTAGNATERAPIA

3.4. CAMMINARE

3.5. LE COMPETENZE SVILUPPABILI ATTRAVERSO LA CAMMINATA

4. ESPERIENZE IN ITALIA

4.1. ORIGINI DELLA MONTAGNATERAPIA

4.1.1. LA FONDAZIONE EMILIA BOSIS

4.1.2. L'ASSOCIAZIONE SPORTABILI

4.1.3. SPAZIARE LIBERI

4.1.4. L'ARRAMPICATA A PORTOGRUARO

4.1.5. COMUNITA TERAPEUTICA "MONTESANTO" – ASL RME – ROMA

4.1.6. CENTRO SALUTE MENTALE - ASL di Rieti

5. SOPRAIMILLE

5.1. NASCITA DEL PROGETTO

5.2. I PARTECIPANTI

5.3. ATTUAZIONE DEL PROGETTO

5.4. LA VALUTAZIONE D'ESITO

5.5. VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE

6. CONCLUSIONI

7. BIBLIOGRAFIA

8. APPENDICE

1. INTRODUZIONE

Sono spesso le cose che più ci toccano da vicino a spingerci verso determinate scelte, condizionando il nostro operato e il nostro agire. Questa tesi nasce proprio in seguito ad un'esperienza a cui ho avuto modo di partecipare attivamente, a partire dall'autunno 2003. Esperienza che mi ha permesso di investirmi in prima persona in un progetto innovativo, peraltro primo esempio nella Provincia di Trento fino ad oggi.

La novità sta nell'utilizzo di un setting riabilitativo non ordinario, la montagna. L'idea alla base del progetto è partita dal Centro di Salute Mentale di Arco, che forte del supporto e della collaborazione dei soci della SAT di Riva è riuscito a garantire un'intensa esperienza a giovani utenti.

Creando una "cornice riabilitativa" attorno ad uscite di trekking e arrampicata ha dato una possibilità ulteriore di sviluppo ed utilizzo delle risorse e capacità della persona, per aumentare il livello di autostima e fiducia in se stessa. L'ambiente naturale montano, in quanto poco modificato dall'uomo e ricco di stimoli diversi, rappresenta uno strumento di recupero psicosomatico utilizzato già da molte realtà terapeutico riabilitative in Italia e all'Estero.

Inoltre, l'aver utilizzato risorse esterne all'ambiente "psi", ha permesso non solo ai ragazzi un confronto con esperti altri, ma anche ai stessi soci SAT di accostarsi ad un mondo fin prima sconosciuto se non per luoghi comuni, quello della sofferenza psichiatrica.

Essendo la riabilitazione una pratica da non circoscrivere a luoghi istituzionali, ma che deve invece uscire dai circuiti psichiatrici e trovare realizzazione in tutti quegli ambienti pubblici e privati che vengono comunemente frequentati dai cittadini, perché non praticarla in montagna, un luogo "aperto" ed a disposizione di tutti?

2.DALLA CUSTODIA ALLA RIABILITAZIONE

2.1. IL MANICOMIO

“la deistituzionalizzazione è un processo che fa uscire un paziente dalla istituzione- psichiatria”
(Saraceno, 1995)

Per un, giovane operatore è facile pensare alla riabilitazione come ad una pratica logica e necessaria, senza considerare come nella storia non sia stato facile il passaggio da una pratica basata solo sulla custodia a quella attuale.

Ma questo è un passaggio da non sottovalutare, perché avere sempre a mente gli errori e le conquiste della storia permette una maggiore coscienza rispetto alle nuove prospettive di sviluppo e ad impedire che ciò che è stato faticosamente conquistato possa essere perso. Perché non è tanto l’Ospedale Psichiatrico a dover essere superato ma l’ideologia psichiatrica che ad esso era sottesa. Ancora troppo spesso quell’ideologia permea i servizi o le strutture di Salute Mentale, senza che chi vi opera ne abbia coscienza.

L’istituzione manicomiale attuava “un modello culturale che, in una rappresentazione metaforica, separava nettamente i luoghi dell’irrazionale, della non cultura, dell’astoricità, dai luoghi del razionale, della storia, della civiltà e del progresso. La follia veniva, di fatto, omologata ad una barbaria che, come tale, doveva essere posta nell’impossibilità di comunicare con il mondo civile”
(Ba, Carta, 1991). I malati mentali furono “reclusi” nei manicomi perché non potessero nuocere e non dessero scandalo. Rimanevano anno dopo anno inattivi, privi di stimoli e responsabilità, costretti all’immobilità nella “camicia di forza” di una vita quotidiana senza tempo.

In Italia, con molto ritardo rispetto agli altri stati europei, veniva promulgata solo nel 1904 una legge istitutiva di manicomi, il compito affidato a queste istituzioni era quello di custodia e

secondariamente quello di cura, dati anche i requisiti indispensabili per il ricovero: manifestazione di comportamenti pericolosi o di pubblico scandalo.

Durante il Novecento nuove teorie (psicanalitiche, fenomenologiche, esistenziali) modificano profondamente la precedente visione organicistica, “la malattia non viene più considerata come qualcosa di indipendente dall’insieme delle condizioni in cui essa si sviluppa e comincia ad essere presa in considerazione la situazione esistenziale del soggetto” (Ba, 2003). D’altro canto il campo medico ha dovuto registrare il fatto che non erano ancora state trovate le cause biologiche della nevrosi e della psicosi; e di conseguenza interventi come la lobotomia, l’elettroshock e più recentemente gli psicofarmaci, non hanno portato sempre ad un effetto curativo vero e proprio, ma a volte ad un semplice controllo del sintomo.

Nel 1968 la legge 431 restituisce l’infermo di mente alla medicina, modificando la funzione del manicomio che vede in primo piano i fini terapeutici. Vengono istituiti inoltre dei nuovi servizi distribuiti nel territorio e differenziati in base alla specifica area di intervento ad essi affidata. In quest’ottica, rivolta al superamento dell’ospedale psichiatrico, ed al suo smantellamento, e la conseguente presa in carico del problema da parte della comunità, è ingiustificata l’esclusione sociale del paziente istituzionalizzato; si vede nel reinserimento sociale la modalità più efficace e produttiva per poter programmare un intervento terapeutico.

Le riflessioni critiche degli operatori del settore e diversi dibattiti parlamentari portano all’approvazione della legge 180 del 13 maggio 1978, che dava un primo assetto alla riforma psichiatrica. Con questa legge e le seguenti si stabilisce che la gestione del disturbo psichico viene affidata ai servizi di natura dipartimentale, costituiti da strutture ospedaliere e territoriali.

In questa situazione di particolare cambiamento comincia a farsi strada il concetto di Riabilitazione che “poggia il suo fondamento sulla convinzione che il malato mentale possa riacquisire e

sviluppare capacità perdute, recuperare ruoli familiari e sociali, reintegrarsi nella vita di comunità, riacquisendo così il diritto di essere persona” (Ba, 2003).

La definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici avverrà il 31 dicembre 1996 (Progetto Obiettivo 1994-1996). Successivamente, il progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1998-2000 stabilirà che i servizi di salute mentale dovranno dare priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, per prevenire la cronicizzazione e l'emarginazione, consentendo al malato mentale di mantenere o recuperare l'autonomia e il diritto di cittadinanza.

2.2 LA RIABILITAZIONE

All'inizio dell'800, con la nascita di quello che veniva chiamato il “trattamento morale” ad opera di Pinel, si ha proprio nell'esperienza manicomiale, nonostante le mille contraddizioni e l'assenza di uno spazio per la reintegrazione, un approccio precorritore della riabilitazione. Esso puntava l'accento sul valore della occupazione, della educazione e del rapporto con l'ambiente. Mirava sì al ripristino delle funzionalità del paziente, ma prescindeva comunque da una motivazione di quest'ultimo al cambiamento. Era più una forma di intrattenimento, adatta a migliorare le condizioni di vita all'interno del manicomio, il termine intrattenimento infatti “allude sia ad un'azione piacevole per far passare il tempo sia al senso primario del tenere dentro”, il manicomio realizzava entrambe le condizioni “oscillando tra la forma forte del tenere dentro e la forma debole del far passare il tempo” (Saraceno, 1995).

Per Basaglia il folle è innanzitutto un soggetto sociale costretto a una progressiva perdita di contrattualità non solo affettiva ma sociale, economica, civile. Ciò di cui ha bisogno è quindi la ricostruzione dei nessi sociali, della contrattualità, dell'accesso alle merci e allo scambio.

Si afferma sempre più il bisogno di strategie di azione che siano in più reale rapporto con le variabili che sembrano implicate maggiormente nell'evoluzione delle psicosi. "...lo studio di Ciompi e coll.dimostra come le variabili diagnostiche o psicopatologiche siano secondarie per l'esito del processo riabilitativo, mentre variabili sociali e situazionali che giocano un peso incomparabilmente più importante." (Ardigò e De Girolamo, 1987).

Per riabilitazione si intende costruire (ricostruire) accesso reale ai diritti di cittadinanza, siano essi politici giuridici o sociali; dare la possibilità di vederli riconosciuti e di agirli.

La riabilitazione deve portare da un lato la disponibilità effettiva di risorse da ottenere (case, lavoro, denaro, luoghi di effettiva formazione, rapporti sociali possibili, ecc.), dall'altro il diritto riconosciuto ad accedervi. Tali azioni, essenziali ai processi riabilitativi, devono far parte integrante dell'agire e sono oggetto pieno della professionalità dei servizi e degli operatori (Rotelli, 1993).

Nella concretezza del quotidiano delle pratiche sarà azione (ri)abilitativa:

- ❖ La fruizione di beni e servizi normalmente non fruiti
- ❖ L'apprezzamento di un'attività utile qualsivoglia svolta dall'individuo previo il rendergliela possibile
- ❖ L'identificazione di ciò di cui uno è capace, qualunque cosa sia e lo sguardo su di lui a ciò orientato
- ❖ L'acquisizione di un'abilità prima non posseduta (e lo sviluppo della stessa)
- ❖ L'elevazione dell'habitat di vita
- ❖ L'avere, il possedere, la privata proprietà
- ❖ Il senso di appartenenza a qualcosa, il rendergliela possibile
- ❖ La partecipazione a microcollettivi paritari finalizzati

- ❖ Le azioni in collettivo per la soddisfazione di un bisogno riconosciuto comune
- ❖ Nell'ambito di un'attività formativa e lavorativa, la qualità di prodotti, dell'ambito, delle relazioni, dell'immagine, del luogo, e dei modi nella formazione e/o produzione
- ❖ L'aiuto fornito per far sì che una persona senta rispettabile la propria diversità
- ❖ Il riconoscimento e la pratica di un'identità sessuale e di un affetto.

La Bachrach menziona fra le caratteristiche di un buon servizio la 'flessibilità' e la 'diversificazione' (Bachrach, 1991) proprio a partire da una critica al servizio come produttore di una risposta chiusa a cui il paziente deve adattarsi, pena l'espulsione.

2.3. LE TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE

Le principali tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale si suddividono su tre livelli:

- A. Il livello delle funzioni motorie, sensoriali e vegetative (Approccio Riabilitativo).
Fisiokinesiterapia e Terapia Occupazionale;
- B. Il livello delle funzioni neuropsicologiche o simboliche: Logopedia e Psicomotricità;
- C. Il livello delle funzioni mentali e psichiche, relative agli aspetti cognitivi, affettivi, emotivi e istintuali: Arteterapia, Musicoterapia, Danzaterapia, Psicodramma, Animazione, Psicoanimazione, Ippoterapia, Psicoriabilitazione sociale, Pet Therapy, Interventi strutturati come IPT(Terapia Psicologica Integrata) e CLT (Casa, Lavoro e Tempo libero).

Ad ogni livello corrispondono professioni specifiche formate sulla specificità delle tecniche: al primo livello il Fisioterapista ed il Terapista occupazionale; al secondo il Logopedista ed il Psicomotricista; all'ultimo livello i professionisti specializzati nelle diverse Artiterapie, l'Educatore

professionale ed il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. Queste ultime figure, collaborando in un'équipe multidisciplinare, elaborano progetti terapeutici individualizzati, svolgendo interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.

In particolare i laureati in riabilitazione psichiatrica collaborano alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizzando bisogni e istanze evolutive e rivelando le risorse del contesto familiare e socioambientale. Attuano interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa. Al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete e per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio di patologie manifeste, i laureati in riabilitazione psichiatrica operano anche nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti. Collaborando infine alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.

Sostanziale è l'impegno necessario da parte di tutte le figure professionali, dell'area della riabilitazione, a collaborare e cooperare unendo i diversi bagagli di sapere preparazione, nonché esperienza. La vera ricchezza ed efficacia di un intervento riabilitativo dipende in primis dalla coesione, condivisione e collaborazione del gruppo di lavoro.

3. LA MONTAGNA IN RIABILITAZIONE

3.1 PERCHE' L'UTILIZZO DELLA MONTAGNA

Se riabilitazione significa operare fuori dai luoghi istituzionali, anche le attività di tipo sportivo, quasi agonistico, a “cielo aperto”, possono entrare a far parte di questo fare.

Riabilitazione può significare operare fuori dai luoghi istituzionali, in tutti quei contesti che rappresentano la quotidianità del cittadino: il posto di lavoro, la scuola, gli uffici pubblici, la piazza, la chiesa, il condominio. Non si possono dimenticare fra questi, i luoghi dello svago, del gioco, dello sport, dell'agonismo. Perché normale diritto di un uomo è anche prendersi cura dei propri desideri, del proprio corpo, della propria voglia di scoprire nuove cose.

Dagli inizi degli anni '90 ci sono state vari esperienze, sia in Italia che all'estero, di utilizzo della montagna come scenario riabilitativo per piccoli gruppi di pazienti affetti da disagio psichico.

La montagna in quanto ambiente naturale poco modificato dall'uomo e ricco di stimoli diversi rappresenta un'opportunità per rendere dinamica la mente e il corpo; camminare, dormire in rifugio, condividere con gli altri le difficoltà e la fatica ma anche la soddisfazione per le mete raggiunte riattiva la capacità di stare in gruppo, favorisce la nascita di esperienze e relazioni significative, rafforza l'autostima.

In montagna i pazienti si rendono conto di essere una parte importante della realtà che scorre, che le proprie azioni possono aiutare se stessi e gli altri; ogni persona diventa un anello importante

all'interno del gruppo, il paziente impara ad affidarsi agli altri ma anche ad essere lui in prima persona responsabile della sicurezza degli altri membri del gruppo, siano accompagnatori o pazienti.

Andando in montagna le differenze si annullano e ci si sente uguali a tutti gli altri; camminare in mezzo alla natura, affrontare piccoli inconvenienti come una discesa ripida, la pioggia improvvisa, l'affaticamento muscolare, può far sentire ogni persona capace e in grado di superare gli ostacoli.

In un'esperienza di questo tipo non va inoltre dimenticato il corpo, spesso sottovalutato in psichiatria e a volte dimenticato dal paziente stesso, che può invece essere valorizzato, diventare oggetto di sviluppo e cure, recuperare valenze comunicative.

3.2. GLI EFFETTI DELLA MONTAGNA SU CORPO E PSICHE

Secondo una ricerca dell'università San Raffaele di Milano, insieme all'Università di Padova e di Trento, la montagna, con le giuste precauzioni, giova agli occhi, all'udito, all'olfatto, alla respirazione e anche all'umore.

Il senso della vista, in montagna nella stagione estiva, è soggetto ad un vero e proprio fenomeno di cromoterapia: il verde dei pascoli o del manto dei boschi, infatti, diffonde in chi osserva il paesaggio (soprattutto durante una nitida giornata di sole) un senso di rilassatezza, serenità e di relax. Il professor Francesco Focosi (primario del Servizio di Chirurgia Vitreo-Retina al Policlinico Gemelli di Roma) sostiene che “ la migliore ossigenazione della montagna, rispetto alla città, favorisce tutti i tessuti del nostro corpo e dunque anche i tessuti della retina. Da questa condizione ottimale, legata anche all'aria più pulita, traggono particolare beneficio anche i soggetti miopi, che solitamente non hanno una vascolarizzazione molto efficiente”.

L'aria di montagna è un autentico toccasana per le vie respiratorie, grazie alle molteplici essenze naturali di cui è veicolo e al progressivo diminuire della percentuale di anidride carbonica. In questo

contesto di aria “secca”, un ruolo dominante per il nostro udito è dato dal potere riposante del silenzio.

In montagna è possibile riscoprire uno dei sensi più trascurati, il tatto. L’epidermide trae infatti giovamento toccando l’acqua delle fonti, sfiorando le rocce, le cortecce degli alberi o il muschio.

Alla sola vista dei paesaggi naturali montani la nostra mente si libera e si rilassa. Svolgere attività fisica in montagna, come passeggiate nei boschi o trekking sulle rocce, senza fretta né competizione, è uno dei modi migliori per tagliare i ponti con lo stress della urban-life. Ma non basta: il benessere psichico (oltre che fisico) che ci dà l’atmosfera di montagna, non si esaurisce durante il giorno. Il professor Sergio De Risio (direttore dell’istituto di Psichiatria dell’Università Cattolica di Roma) dichiara che “il sonno e la qualità del sonno in zone montane sono agevolati perchè vengono meno gli aspetti biologici connessi allo stress. Infatti, uno dei campanelli d’allarme legato allo stress urbano è proprio lo sconvolgimento del ritmo sonno-veglia. In montagna, invece, è come se l’orologio biologico del nostro corpo si ristabilisse: frutto di questa situazione anti-stress è l’induzione agevolata del sonno e il conseguente suo mantenimento. La temperatura dei monti e la luminosità che c’è in estate in questi ambienti favoriscono un rapporto equilibrato tra umore, emozione e pensiero: il beneficio della natura di montagna diventa, attraverso la fruizione percepita con tutti e cinque i nostri sensi, un vero e proprio toccasana per lo spirito”.

3.3. LA MONTAGNATERAPIA

In un convegno del 1999 a Pinzolo (“Montagna e solidarietà: esperienze a confronto) Giulio Scoppola, psicoterapeuta, psicologo e istruttore di alpinismo del Club Alpino Italiano disse, “Credo che quella che abbiamo denominato come montagna-terapia, possa trovare posto accanto ad altre metodiche cliniche che popolano l’affollatissima galassia delle terapie nel campo psicologico psichiatrico. Come la musicoterapia e l’hyppoterapia, solo per fare due esempi”.

La montagnaterapia si svolge portando a camminare in montagna piccoli gruppi di pazienti affetti da problematiche psicotiche, autistiche, da schizofrenia e da problemi cognitivi. Scoppola sostiene che “in montagna, la mente ed il corpo si confrontano con l’ambiente, abitare spazi non modificati dall’uomo rappresenta una preziosa opportunità ”. In questo ambiente, gli operatori possono utilizzare coppie di elementi opposti fra loro: vasto e limitato, caldo e freddo, linee continue e linee spezzate, respiro affannato e regolare.

Questa esperienza va oltre il campo proprio della psichiatria ed ha come soggetto la montagna vissuta in un ambito introspettivo, lontano dai disturbi e dalle dissonanze della città. L’alpinismo come gioco e avventura dunque, dove è possibile sperimentare serenamente il rapporto con le difficoltà, il senso del limite, il non lasciarsi andare alle proprie paure, l’attività in montagna consente infatti al paziente psicotico di uscire dalla sua ansia, di vivere il tempo come entità che scorre, e di riaccedere a una parte del proprio mondo interiore. È forse per questo che raramente abbiamo notato, durante tali attività, quelle espressioni di vuoto e di assenza che spesso caratterizzano i pazienti psicotici.

La relazione con l’ambiente diventa addestramento importante per attivare rapporti e relazioni, passando dalla paura del mondo esterno ed interno alla auto-stima per aver raggiunto obiettivi condivisi. E’ necessario per fare ciò, da parte dell’operatore psichiatrico, essere “padroni del campo” e disponibili ad affrontare “avventure” nuove nella pratica, ma già affrontate e superate dentro di sé, per mantenere vivo il particolare canale di comunicazione che si è venuto a creare con il paziente.

L’ambiente montano, quale elemento naturale non contraffatto, offre quindi una preziosa opportunità per sperimentare, in modo nuovo, la qualità delle relazioni: il paziente psicotico ha la possibilità di contattare alcuni vissuti sopiti dalla malattia quali la paura di perdersi e una diversa

percezione del se e dei suoi confini. Anche il tempo atmosferico in montagna, così reale rispetto al clima artificiale della città, può avere un effetto significativo per il rapporto terapeutico.

“In montagna, allo stress cronico interno – il nucleo traumatico o la parte mancante o fratturata della mente spesso non più consapevole- viene sovrapposta la presenza di potenziali fonti di stress sensoriali e psicologici, come la paura di scivolare, del maltempo, della verticalità che però possono essere memorizzate e ricategorizzate e avere così un valore positivo”. “Se osserviamo la città e l’ambiente dove viviamo e lavoriamo, con la continua sovraesposizione a rumori, luci e relazioni, possiamo capire che la montagna-terapia nasce e si appoggia alla naturale necessità dell’uomo, sano prima ancora che malato, di ritrovarsi, rispecchiandosi in luoghi naturali che da sempre gli sono stati propri. Dove la complessità degli stimoli cittadini cede il campo alla limitatezza di alcuni elementi: la vetta, il rifugio, l’alpeggio, il pascolo, dotati di grande intensità evocativa e soprattutto di uno spazio sgombro da relazioni temute, da riempire con nuove memorie e nuovi affetti” (tratto dall’intervento di Dino Ermini educatore della Comunità Terapeutica Montesanto di Roma).

3.4. CAMMINARE

Le Breton definisce il camminare un'attività antropologica per eccellenza. "L'esperienza della marcia decentra da sé e ripristina il mondo, inscrivendo l'uomo nei limiti che lo richiamano alla sua fragilità ed alla sua forza. Stimola continuamente nell'uomo il desiderio di comprendere, di individuare il suo posto nella trama del mondo, di interrogarsi su ciò che stabilisce il legame con gli altri" (Le Breton, 2001).

Forse è proprio perché camminare è un'attività così innata ed antica che possiede tutta una gamma di connotazioni metaforiche tra le quali scegliere per costruire attorno ad esse percorsi formativi ad hoc:

- la camminata come obiettivo/meta da raggiungere (il futuro, ciò a cui si va incontro)

- la camminata come allontanamento dal passato (ciò che si lascia)
- la camminata come processo con l'attenzione al qui ed ora
- la camminata come viaggio dentro se stessi
- la camminata come blocco emotivo da superare, abbattimento di limiti e pensieri negativi (es. la camminata notturna)
- la camminata come ritrovamento di valori (ciò che è veramente importante, ciò che è prioritario).

Camminando si arriva, ma si arriva attraverso una storia, un processo, un durante indubbiamente più complesso e ricco che può rappresentare un oggetto di attenzione maggiore rispetto alla meta da raggiungere. L'esperienza formativa può essere quindi più o meno focalizzata sul processo e sul qui ed ora del camminare ma anche sul compito/risultato finale, se lo si ritiene funzionale per il conseguimento degli obiettivi formativi (occorrerà allora inserire alcuni elementi nella vestizione dell'esperienza che facciano emergere metaforicamente e non variabili come la meta finale, il risultato raggiunto, il tempo impiegato, ecc...).

L'atto di camminare riporta l'uomo alla coscienza del proprio esistere, dell'esserci e rappresenta quindi un modo per riprendere contatto con se stessi, con il proprio corpo, la propria mente, con il proprio ruolo nel mondo.

Camminando effettuiamo un viaggio metaforico dentro noi stessi che ricorda molto ciò che consiglia Thoreau "Volgi il tuo occhio all'interno e scoprirai migliaia di regioni, nel tuo cuore, vergini ancora. Viaggiate tutte e fatti esperto di cosmografia interiore" (Thoreau, 1989).

Durante questo tipo di esperienza non camminano solo gambe ed occhi ma anche la mente. Camminare può essere un momento ideale per esercitare il pensiero.

Camminare aiuta a comprendere il proprio atteggiamento di fronte al cambiamento ed a sviluppare la capacità di adattamento (flessibilità). Ciascuno di noi è abituato a vivere in un ambiente urbano ricchissimo di segnali, di punti di riferimento, di messaggi di ogni tipo che ci raggiungono continuamente. Camminare per almeno una giornata significa cambiare il proprio ambiente familiare, le proprie abitudini, il cibo, la propria casa, il letto (se il percorso prevede più giorni), abituare il corpo e la mente al cambiamento ed alla scoperta.

Camminare ci permette di vivere, attraverso il contatto con la natura, tutta una serie di disagi a cui comunemente non siamo più abituati. Il bosco, il fiume, la montagna, sperimentati in ogni condizione atmosferica, con pioggia, neve, vento, freddo, sole, oppure di notte offrono sensazioni e percezioni particolari, uniche ed irripetibili permettendoci di confrontarci con il nostro modo di vivere il disagio e di fronteggiarlo. Come dice Pierre Sansot "Ho deciso di camminare: accetto dunque di espormi alla pioggia, al vento, al sole, a spettacoli e impressioni imprevisti che possono turbarmi, turbare il mio comfort intellettuale" (Sansot, 2001).

La necessità di affrontare disagi di tipo climatico ma anche di tipo più interno (la fatica) ci permette innanzitutto di sperimentarli, di analizzare il proprio modo di affrontarli e quello impiegato dagli altri, di cogliere come in realtà sia la propria percezione soggettiva della situazione a renderla piacevole o spiacevole.

Camminate di una certa lunghezza fanno emergere un nuovo modo di vivere il tempo. Chi cammina si colloca piuttosto che nello spazio nel tempo scandito da tutta una serie di eventi di cui ci si riappropria (i pasti, il riposo, il sonno, le funzioni fisiologiche, il silenzio, ecc...).

Una camminata ci permette di riscoprire la bellezza e la funzione del silenzio, la nostra capacità di coglierlo e viverci dentro senza avvertire quell'irrefrenabile desiderio di riempire il vuoto che crea. Il silenzio diventa un'eccellente cartina tornasole per riflettere sul proprio autocontrollo ed equilibrio emotivo nonché per far emergere elementi del proprio sentire/agire rimasti sepolti: "la

parola è una chiave ma il silenzio è un grimaldello" (Gesualdo Bufalino, poeta). Thoreau afferma "Il mio cuore trasale al rumore del vento tra gli alberi. Io, che conducevo fino a ieri una vita così disordinata, attraverso questi suoni scopro tutt'a un tratto le mie forze e la mia spiritualità".

3.5. LE COMPETENZE SVILUPPABILI ATTRAVERSO LA CAMMINATA

Il modello delle competenze qui utilizzato fa in parte riferimento al lavoro effettuato da Franco Civelli e Daniele Manara (1997) i quali hanno integrato gli studi di L.M. Spencer (1989) e Richard Boyatzis (1981) con le loro ricerche sul campo. Sono state prese in considerazione quelle competenze maggiormente sviluppabili attraverso l'attività del camminare intesa in senso stretto (non tenendo conto dell'inserimento di eventuali attività precedenti come quella di pianificare il percorso e prendere decisioni in gruppo, né delle singole tipologie di camminata proposte successivamente).

Le competenze prevedono una descrizione generale e la successiva declinazione in indicatori comportamentali osservabili.

Si è scelto di far riferimento a questi studi per proporre una "griglia" di osservazione e valutazione che potrà sicuramente essere utilizzata in questo particolare campo delle riabilitazione in futuro.

– ORIENTAMENTO AL RISULTATO (OR)

E' la capacità di lavorare bene e di misurarsi con standard di eccellenza. Lo standard può essere rappresentato dalla propria performance passata o dallo sforzo di superare obiettivi fissati autonomamente (impegno a migliorare), una misura oggettiva (tensione al risultato), la performance degli altri (competitività) o anche il tentativo di fare qualcosa di nuovo rispetto agli altri (innovazione).

Si manifesta quando la persona:

- ❖ S'impegna per far bene: cerca di capire e fare correttamente il compito assegnato. Sa individuare sprechi o inefficienze e li fa presenti perché altri individuino specifici miglioramenti

- ❖ Opera rispettando standard definiti
- ❖ Stabilisce propri parametri di eccellenza: usa propri metodi per misurare i risultati rispetto a standard non imposti da altri. Si focalizza su nuovi modi per raggiungere gli obiettivi definiti
- ❖ Migliora la performance: cambia i metodi di lavoro per migliorare la performance nel suo insieme (far meglio, più velocemente, a costi inferiori, con migliore qualità, migliorando il morale) anche in assenza di obiettivi definiti.

– TENACIA (T)

E' la capacità di agire con tenacia e perseveranza mantenendo costanti i livelli di prestazione.

Si manifesta quando la persona:

- ❖ Persevera nel raggiungimento degli obiettivi
- ❖ Dimostra fermezza di propositi ed agisce con risolutezza
- ❖ Opera con continuità mantenendo un buon ritmo di lavoro
- ❖ Regge impegni prolungati nel tempo

– TEAMWORKING (TW)

E' il desiderio di lavorare in collaborazione con gli altri, di essere parte di un gruppo piuttosto che di lavorare da soli o in competizione.

Si manifesta quando la persona:

- ❖ Partecipa alle attività del gruppo e fa bene la propria parte di lavoro
- ❖ Sollecita idee e opinioni utili per assumere decisioni o preparare piani
- ❖ Ha un atteggiamento positivo verso gli altri, parla bene dei membri, delle loro capacità, del loro contributo
- ❖ Mantiene gli altri informati ed aggiornati sui processi del gruppo e condivide le informazioni rilevanti ed utili
- ❖ Incoraggia e responsabilizza gli altri facendoli sentire capaci ed importanti
- ❖ Promuove un clima favorevole e costruisce spirito del gruppo mantenendo alto il morale.

– TEAMLEADERSHIP (TL)

E' l'abilità di stimolare i membri del gruppo a lavorare insieme in maniera efficace assumendo il ruolo di guida e trascinando gli altri.

Si manifesta quando la persona:

- ❖ Genera simboli dell'identità del gruppo ed orgoglio di appartenenza
- ❖ Guida verso gli obiettivi ed i risultati attesi creando tensione ed impegno
- ❖ Fornisce principi e modelli di comportamento
- ❖ Coinvolge e stimola la partecipazione.

– DECISIONALITA' (D)

E' la capacità di decidere con prontezza sulla base di giudizi accurati rispetto alle diverse alternative di una situazione, di soppesare le situazioni ed agire con azioni appropriate.

Si manifesta quando la persona:

- ❖ Decide in situazioni con un certo margine di incertezza, indeterminazione o rischio
- ❖ Decide in tempi stretti riuscendo a conciliare analisi e rapidità pervenendo a soluzioni di buon livello
- ❖ Chiarisce la decisione individuando le criticità e fissando tempi/momenti/metodi
- ❖ Si fa carico della decisione accettando i rischi ed assumendosene la responsabilità
- ❖ Gestisce gli esiti della decisione cogliendone le conseguenze e riconoscendo gli eventuali insuccessi.

– FLESSIBILITA' (F)

E' la capacità di adattarsi e di operare efficacemente in un'ampia gamma di situazioni o con persone/gruppi diversi, di comprendere ed apprezzare i punti di vista differenti dai propri, di tollerare incertezza ed ambiguità.

Si manifesta quando la persona:

- ❖ Si mostra attenta e capace di cogliere i segnali per un cambiamento necessario
- ❖ E' disponibile a rivedere le proprie posizioni ed a cambiare i piani/azioni
- ❖ Riconosce il "nuovo" come opportunità
- ❖ Considera ed accetta l'imprevisto
- ❖ Si mostra disponibile a sperimentare
- ❖ Valorizza gli elementi positivi del cambiamento
- ❖ Applica in modo flessibile le regole o le procedure assegnate o definite inizialmente.

– AUTOCONTROLLO (A)

E' la capacità di mantenere sotto controllo la propria emotività gestendo le situazioni di ansia e di fatica psicofisica dimostrandosi consapevoli delle proprie possibilità.

Si manifesta quando la persona:

- ❖ Rimane calma anche in situazioni di stress senza reagire impulsivamente ma in modo costruttivo
- ❖ Rinnova le energie in tempi brevi
- ❖ Sostiene i carichi di lavoro
- ❖ Riconosce i propri limiti ed è consapevole delle proprie possibilità
- ❖ Riconosce i propri bisogni/aspettative

– FIDUCIA IN SE' (FS)

E' la capacità di manifestare la convinzione di poter assolvere un compito, di assumere decisioni o di convincere gli altri in qualunque situazione, anche critica, o di reagire costruttivamente agli insuccessi.

Si manifesta quando la persona:

- ❖ Si dimostra fiduciosa nelle proprie capacità di giudizio o abilità mostrandosi sicura, energica e senza esitazioni
- ❖ Espone chiaramente e fermamente il proprio parere anche se è in contrasto con quello degli altri
- ❖ Si assume la responsabilità di errori, insuccessi
- ❖ Impara dagli errori ed analizza la propria performance per capire le ragioni degli errori al fine di migliorarla.

4. ESPERIENZE IN ITALIA

4.1. ORIGINI DELLA MONTAGNATERAPIA

Le prime esperienze in questo campo risalgono agli inizi degli anni '90, quando l'associazione francese Moi-je di Mezières iniziò il suo lungo viaggio in montagna con i propri pazienti grazie all'idea e all'entusiasmo di un infermiere. In Italia è stata la Fondazione Emilia Bosis di Bergamo

ad aprire la via, inserendo tra le attività di riabilitazione la scoperta e la frequentazione della montagna. Per poi allargare il campo al progetto Montagna Solidale che, dal 1997, ha portato operatori e pazienti tra le montagne del Nepal, sulla vetta del Monte Rosa, a un passo dalla vetta del Monte Bianco ed alla base del Cerro Torre in Patagonia. A Roma, di montagna-terapia si discute da alcuni anni, grazie all'esperienza della Asl Rm E e della Comunità Terapeutica Montesanto, che nel 1997 ha dato vita al suo piccolo club alpino interno composto da pazienti ed operatori.

4.1.1. LA FONDAZIONE EMILIA BOSIS

La Fondazione Emilia Bosis è un organismo istituzionale no profit che, raccogliendo l'eredità storica e culturale della Comunità Logos dell'ex Ospedale Neuro-psichiatrico di Bergamo, è delegata ad occuparsi direttamente delle persone che soffrono a causa di disturbi mentali, intervenendo sulle manifestazioni psicopatologiche e sociali del paziente attraverso mirate metodologie di intervento terapeutico e socio-riabilitativo. Particolare attenzione è dedicata alla formazione e divulgazione di una nuova cultura sociale in campo psichiatrico socio-assistenziale e riabilitativo.

La fondazione Bosis in collaborazione con il comitato Ev-K2_CNR ha organizzato il progetto KILIMANGIARO 2003 – MONTAGNA SOLIDALE che prevedeva un trekking naturalistico fino ai 5895 metri di Uhuru Peak (la vetta del Kilimangiaro), con una delegazione formata da pazienti psichiatrici e operatori.

Il Progetto intendeva sensibilizzare la collettività sul problema della malattia mentale e proporre nuove metodologie di intervento: la montagna come terapia, luogo privilegiato dove dare significato all'esperienza e valorizzare le differenze.

4.1.2. L'ASSOCIAZIONE SPORTABILI

Dino De Gaudenz (Associazione SportABILI): “la filosofia che accompagna il progetto di spotABILI è la pratica sportiva in montagna come modo di riappropriarsi della fiducia in se stessi, cioè di quella molla che ci permette di stare fra gli altri e di essere parte attiva della comunità, più o meno sensibile, di cui tutti noi siamo una componente.

Creare le opportunità affinché il disabile possa realizzare il desiderio di praticare sport fa parte del nostro lavoro. A questo scopo abbiamo creato a Predazzo (Tn) un centro con strutture idonee e istruttori preparati che funziona tutto l'anno. Tale centro, che è il primo in Italia nel suo genere, sorge non a caso in una località alpina di valle ed è gestito grazie anche all'apporto di volontari che garantiscono tutta una serie di servizi sia all'aperto che in sede.”

4.1.3. SPAZIARE LIBERI

Spaziare liberi è un progetto di riabilitazione psicosociale rivolto a giovani utenti del centro di salute mentale dell'azienda USL di Parma (2000)

Il progetto si pone l'obiettivo di migliorare la qualità di vita e promuovere il reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici seguiti dal CSM, attraverso la valorizzazione delle loro “abilità”, al fine di favorire le relazioni interpersonali e creare nuove opportunità di socializzazione con persone al di fuori del “circuito psichiatrico”.

Il CSM dell'Azienda USL di Parma, affiancando alle linee terapeutiche e riabilitative previste dal Piano Sanitario Regionale nuove attività attuate in collaborazione continuativa con il volontariato cittadino e con organizzazioni sportive e non, esterne all'Azienda sanitaria hanno garantito le attività già avviate, intraprendendo nuove iniziative, senza dover destinare ulteriori risorse di personale da parte dell'Azienda USL. Sono stati scelti, quali ambiti privilegiati di incontro e

scambio, quelli che risultavano più interessanti e coinvolgenti per i pazienti: il calcio, ma anche lo sci di fondo, il trekking e l'attività espressiva (teatro, musica e danza).

Questo ha permesso di ottenere una migliore reintegrazione sociale del paziente, che non può avvenire quando le attività riabilitative sono praticate in gruppi di soli malati psichici, che, al contrario spesso, tendono a mantenere il livello di emarginazione e di consolidamento della malattia.

4.1.4. L'ARRAMPICATA A PORTOGRUARO

L'idea di formare un gruppo di arrampicata coinvolgendo ragazzi del CSM è nata ad un giovane Educatore del servizio, Giorgio Achino, il quale si è chiesto: perché non sfruttare una propria passione come risorsa e fonte di nuove possibilità anche per gli utenti del servizio?

Si è così formato nella primavera del 2004 un gruppo composto da 12 ragazzi frequentanti il CSM di Portogruaro, che guidati da un arrampicatore esperto e supportati dall'Educatore, sono stati iniziati alla pratica dell'arrampicata, sperimentando la verticalità con le sue difficoltà ed i suoi piaceri.

4.1.5. COMUNITA' TERAPEUTICA "MONTESANTO" – ASL RME - ROMA

Nell'ambito delle attività terapeutico riabilitative della comunità già nel 1997 gli operatori hanno iniziato un progetto di progressivo avvicinamento alla montagna degli ospiti. Il progetto si è sviluppato nel tempo con approcci che andavano dal semplice escursionismo a varie esperienze sulla neve fino a uscite in parete per arrampicata; in tutte le varie fasi gli operatori sono stati affiancati da istruttori del Club Alpino.

Questa esperienza, prima nel Lazio, è servita da volano per la nascita di esperienze simili tanto che attualmente i numerosi gruppi di lavoro del Lazio si sono congiunti in un vero e proprio Coordinamento Laziale per la Montagnaterapia.

4.1.6. CENTRO SALUTE MENTALE - ASL di Rieti

Da circa tre anni il CSM di Rieti porta avanti un'interessante esperienza di montagnaterapia, soprattutto per quel che riguarda la regolarità con cui la stessa viene proposta.

Infatti ogni lunedì, in genere per l'intera giornata, viene effettuata con gli utenti del CSM una uscita, il più delle volte di tipo escursionistico, oppure sulla neve, con gli sci ecc. Anche in questo caso tutta l'esperienza si basa su una collaborazione tra operatori psichiatrici ed istruttori del Club Alpino.

5. SOPRAIMILLE

5.1 NASCITA DEL PROGETTO

Il progetto nasce nell'autunno 2003, da un formale accordo tra il Centro Salute Mentale del Distretto Alto Garda e Ledro della A.P.S.S. della Provincia di Trento e la Sezione di Riva del Garda della Società degli Alpinisti Tridentini (S.A.T. – C.A.I.), con la collaborazione delle Guide Alpine di Arco.

Il progetto è stato ideato, formulato ed attuato da un gruppo congiunto di operatori sanitari del CSM e di soci della SAT di Riva. Le rispettive competenze, in ambito sanitario ed in quello legato alla frequentazione della montagna, sono così venute a confrontarsi e fondersi, in un lavoro sinergico.

1) nella fase di progettazione e preparatoria

- gli operatori del CSM hanno messo a disposizione la “cornice riabilitativa” all'interno della quale l'esperienza si è sviluppata, facilitando l'individuazione degli obiettivi da raggiungere e fornendo elementi teorico-pratici per facilitare la gestione del gruppo e dei singoli.

- i soci della SAT di Riva hanno messo a disposizione la loro competenza e le specifiche conoscenze, guidando l'individuazione di strumenti, tecniche e proposte possibili e realizzabili "sul campo".

2) nella fase di attuazione

- gli operatori del CSM, che hanno partecipato attivamente a tutta l'esperienza, hanno avuto la funzione di monitorare i risultati, intervenire e risolvere eventuali problemi, e più genericamente svolgere una funzione di tutoraggio e di presenza attiva.

- i soci della SAT di Riva hanno presentato e gestito gli aspetti tecnici dell'iniziativa, guidato il gruppo su un percorso esperienziale, individuato le migliori proposte in relazione alle capacità dei singoli e del gruppo.

Quali sono stati gli scopi generali del progetto? Ecco i principali:

- favorire l'aggregazione e la socializzazione;
- favorire il contatto con realtà "esterne", creando opportunità di socializzazione con persone al di fuori del circuito psichiatrico, in un'ottica di superamento dello stigma;
- stimolare la ripresa del contatto col proprio corpo;
- acquisire competenze, anche sul piano tecnico, nel campo della manualità, dell'uso appropriato dell'attrezzatura, di dimensioni specifiche (quali ad es. l'orientamento e la meteorologia);
- accrescere, attraverso il confronto con gli altri e con l'ambiente, la conoscenza di sé e l'autostima ;

5.2. I PARTECIPANTI

In questa prima fase (che può essere considerata sperimentale) hanno partecipato al progetto dieci giovani utenti del Centro di Salute Mentale, individuati ed indirizzati a questa esperienza dallo psichiatra curante sulla base di una riconosciuta motivazione e nel quadro di un programma di riabilitazione più ampio. Uno dei dieci partecipanti si è di fatto subito ritirato.

Non si è particolarmente tenuto conto della composizione del gruppo, allo scopo di rendere questo il più composito ma al contempo omogeneo possibile; allo stesso modo non sono state individuate a priori problematiche o patologie che potessero controindicare o favorire la partecipazione all'esperienza. Dei nove partecipanti effettivi quattro presentano disturbi psicotici, quattro disturbi di personalità ed uno soffre di autismo.

Durante lo svolgimento dell'esperienza gli operatori del CSM hanno rivestito una funzione di "tutor" per gli utenti ed hanno esercitato un costante monitoraggio sull'andamento dell'esperienza, sia in termini generali che personali.

5.3. ATTUAZIONE DEL PROGETTO

Nella fase di attuazione del progetto sono state previste per tutto il gruppo occasioni di incontri presso il CSM o la sede della SAT (di cui tutti i partecipanti sono diventati soci); questo ha permesso di favorire una opportuna conoscenza reciproca, di fornire alcune essenziali informazioni e di iniziare la spiegazione di alcune tecniche anche di tipo teorico. A questa fase sono seguite le uscite in montagna, tutte precedute da un incontro di "presentazione/progettazione" e seguite da uno di riflessione sull'esperienza vissuta, sui rapporti intrattenuti, sulle reazioni avute.

- prima uscita: uscita in rifugio, conoscenza reciproca dei partecipanti;
- seconda uscita: passeggiata naturalistica, a forti contenuti didattici;
- terza uscita: uscita sulla neve con racchette. Ambiente particolare, molto "remunerativo" sul piano della bellezza;

- quarta uscita: arrampicata in palestra; primo impatto con la verticalità e la tecnica base;
- quinta uscita: arrampicata in palestra; aumento delle difficoltà, manovre corde ecc;
- sesta uscita: giornata in rifugio, conclusione della prima fase;

5.4. LA VALUTAZIONE D'ESITO

La prima fase sperimentale del progetto si è conclusa con una verifica che ha considerato l'insieme del progetto, l'andamento dello stesso, i livelli di gradimento raggiunti da operatori ed utenti, oltre che il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La valutazione d'esito ha una connotazione particolare in riabilitazione perchè essa si integra nel percorso riabilitativo stesso: monitorare il percorso riabilitativo significa verificare l'andamento in modo sistematico e costante sino alla sua conclusione, utilizzando metodologie agili e spesso "informali".

Ogni uscita è stata monitorata con l'uso di una scheda personale di valutazione allo scopo di verificare l'andamento individuale nel tempo (miglioramento nel corso del progetto) ed il raggiungimento di specifici obiettivi precedentemente fissati per ogni uscita (vedi Allegato 1).

Ad ogni uscita è stata attribuita, individualmente ad ogni partecipante, una valutazione sui seguenti tre parametri:

- A. Capacità di "rimanere nel gruppo" e di "tenere" relazioni valide congrue ed efficaci .
- B. Capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica.
- C. Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita.

La valutazione è stata attribuita su una scala di cinque valori, da -2 a +2 (Allegato 2); dei dati si è poi fatta la media per ogni uscita.

I valori così ottenuti sono stati riportati graficamente, con l'intento di evidenziare l'andamento e l'eventuale miglioramento delle capacità misurate (vedi Grafico 1). A quella di questi tre parametri è stata associata nel grafico anche la curva relativa ai risultati ottenuti rispetto agli obiettivi specifici di ogni uscita, obiettivi qui di seguito riportati:

I uscita	Capacità di stabilire prime, semplici relazioni all'interno del gruppo
II uscita	Riuscire a seguire con interesse e partecipazione gli aspetti informativo/didattici proposti
III uscita	Affrontare le difficoltà dell'ambiente (freddo, fatica ecc) in maniera congrua
IV uscita	Confrontarsi con l'elemento "verticalità" ed arrivare a gestire il rischio e la paura positivamente
V uscita	Miglioramento del rapporto con la verticalità e sviluppo di un rapporto di fiducia con l'altro
VI uscita	Affrontare la fatica (per un'escursione con discreto dislivello) in maniera congrua

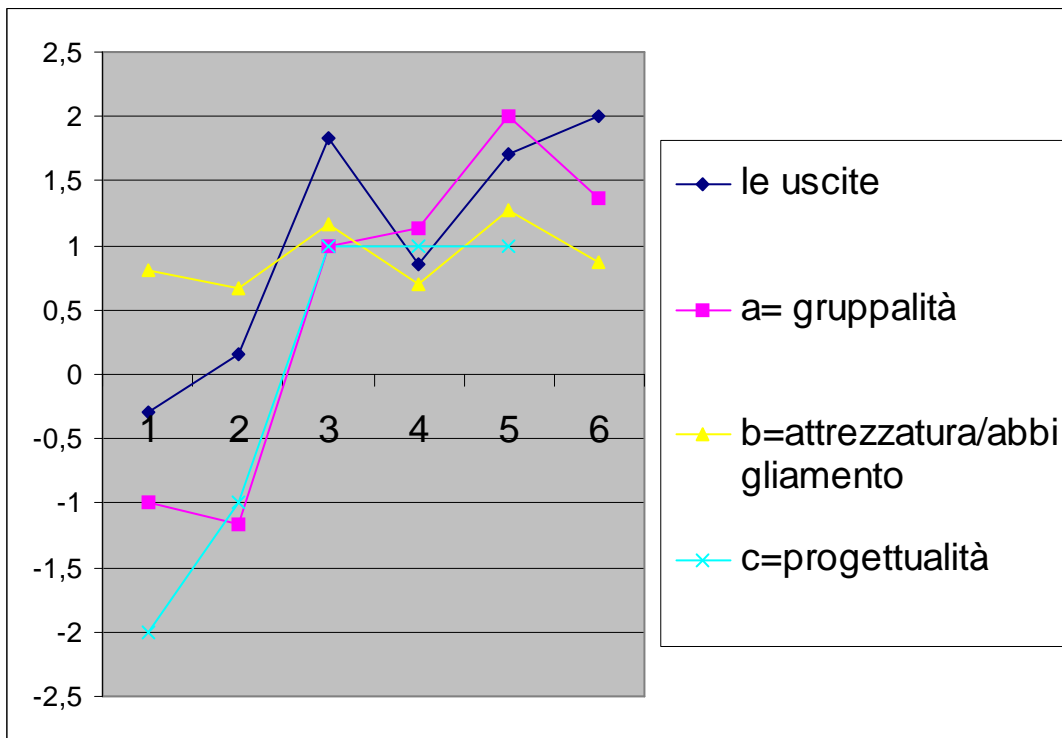


Grafico I

Dai risultati emerge chiaramente un tendenziale raggiungimento di tutti gli obiettivi con un buon miglioramento nelle ultime uscite rispetto alla prima. Si ha un calo evidente nella quarta uscita, corrispondente alla prima esperienza di arrampicata e quindi al primo contatto diretto con la verticalità. Ma già nell'esperienza successiva i ragazzi erano riusciti ad adattarsi alla diversità di sentire e provare che l'arrampicare induce, vivendo con meno disagio e più piacere la situazione.

Il saper progettare l'uscita successiva e partecipare alla gruppaltà sono stati per questi ragazzi gli obiettivi più difficoltosi da raggiungere, soprattutto a causa dell'influenza della loro patologia psichiatrica. Ma fin dalla seconda uscita è emersa una minor difficoltà a stare in relazione, dovuta molto al clima di affiatamento che si stava formando e che consentiva loro di sentirsi anche più partecipi e più registi dello svolgimento del progetto.

Gli elementi fondanti il progetto sono stati la sua originalità, la ricerca di una impostazione coerente sin dalle prime fasi progettuali, l'idea di creare sinergie molto forti con elementi esterni che

permettessero il passaggio da una fase di “intesa e collaborazione tra istituzioni” all’attivazione di percorsi di impegno e conoscenza esterni all’ambito di cura.

Da una parte i risultati ottenuti sui singoli soggetti e sul gruppo nel suo insieme sono, anche se solo iniziali, molto confortanti. Dall’altra l’esperienza attuata ha permesso di ricercare nuovi linguaggi di applicazione della teoria della riabilitazione psichiatrica, attraverso l’uso di uno strumento atipico ed i cui contorni sono ancora in buona misura da delineare.

Su un piano più strettamente metodologico è da rilevare che l’analisi dei risultati ottenuti (pur considerando il basso numero di partecipanti, le limitate occasioni di uscita e lo strumento di rilevazione molto semplice) appaiono assolutamente soddisfacenti. Questi infatti indicano un marcato aumento della coesione del gruppo e un netta maturazione nella capacità progettuale e di “auto-verifica”; nonostante le oggettive difficoltà la risposta alle proposte diversificate che venivano fatte ad ogni uscita è poi stata altamente positiva, con un progressivo e sensibilissimo miglioramento individuale e gruppal.

5.5. VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE

La positività dei risultati ottenuti giustifica quindi la prosecuzione dell’esperienza e, parallelamente, un lavoro di ricerca ed individuazione di basi teoriche che portino alla creazione di tecniche più precise ed utilizzabili in un ambito così specifico.

Alla conclusione della prima fase sperimentale del progetto è stato inoltre somministrato un Questionario di gradimento (Allegato 3), costruito ad Hoc per il progetto “sopraimille”, prendendo spunto dal VSSS, il Verona Service Satisfaction Scale, un questionario validato per la valutazione della soddisfazione nei confronti dei Servizi di Salute Mentale (Ruggeri, Dall’Agnola, 2000).

La soddisfazione degli utenti è uno dei parametri per la valutazione dell’esito e della qualità degli interventi di riabilitazione che ha suscitato maggiore interesse negli ultimi anni, nonostante il

concetto di soddisfazione sia di complessa definizione teorica e ponga innegabili problemi di misurazione.

È comunque esperienza quotidiana degli operatori constatare che “utenti soddisfatti” ed “utenti insoddisfatti” assumono comportamenti diversi nei confronti delle pratiche riabilitative e che il grado di soddisfazione degli utenti influenza considerevolmente l’esito dei progetti.

Per questo è stato scelto come riferimento per la costruzione del Questionario di gradimento la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS), uno strumento sviluppato e validato a Verona nel corso di un ampio progetto di ricerca che prevedeva la misurazione delle aspettative e della soddisfazione dei pazienti, dei familiari e degli operatori (Ruggeri e Dell’Agnola, 1993). Di questo strumento sono stati considerati gli Item riguardanti la soddisfazione dei pazienti, ed a questi sono state apportate le modifiche e le aggiunte necessarie per renderli inerenti al progetto “Sopraimille”.

Il Questionario è composto da 18 Item e due domande a risposta aperta.

Gli Item dal 1 al 18 sono valutati sulla seguente scala Likert a 5 punti:

1 = pessima

2 = per lo più insoddisfacente

3 = misto

4 = per lo più soddisfacente

5 = ottima

I 18 item del questionario sono raggruppati nelle varie sottoscale:

Soddisfazione generale (item 7 e 13); Comportamento e maniere degli operatori (item 1, 2, 8, 9, 14); Informazione (item 3, 10, 15); Accesso (item 4 e 16); Efficacia (item 5, 6, 11, 12, 17, 18).

Dal profilo delle medie degli item sono emerse delle considerazioni interessanti rispetto alla soddisfazione dei ragazzi ed a come possa migliorare il progetto (Allegato 4).

E' stato molto apprezzata la presenza dei soci SAT, con il loro apporto di conoscenza ed esperienza, essi hanno anche contribuito a creare un "caldo" clima di gruppo. Buona è emersa anche la collaborazione fra gli operatori e il sostegno da essi ricevuto. Ma sono fonte di riflessione soprattutto gli aspetti che sono risultati meno soddisfacenti: gli effetti dell'esperienza sui sintomi e sull'autostima, l'informazione rispetto al progetto e l'elaborazione delle esperienze. Il gruppo di lavoro si dovrà confrontare rispetto alla possibilità di sviluppare questi aspetti, puntando ad un miglioramento della qualità dell'esperienza.

Alcuni ragazzi, inoltre, hanno apportato nelle domande aperte dei suggerimenti interessanti: la possibilità di dormire in rifugio, rendere le uscite più frequenti, itinerari semplici più diversificati tra loro. Il dormire in rifugio, sarebbe in particolare un'esperienza di grande valore, per la novità di affrontare la notte in un luogo molto diverso e lontano dalla quotidianità urbana e per la condivisione e l'affiatamento che creerebbe nel gruppo. Questo è un punto molto importante che comprende anche il piacere di raccontare, del ricordare, del trovarsi poi la sera a narrare quello che si è fatto: rievocare i momenti di paura, di timore, i momenti di valutazione, il piacere di arrivare al rifugio e di trovare finalmente un ambiente protettivo, vedere come ognuno ha reagito, ed "osservare tutta la dimensione della liberazione dell'esperienza che risponde, in fondo, alla domanda: fino a che punto mi sono spinto?" (Correale A., 2001).

Anche rendere le uscite più regolari e continue nel tempo consentirebbe di monitorare più efficacemente gli effetti di questa pratica sulla vita degli utenti, i possibili effetti di ricaduta sul loro modo di gestire le emozioni, le crisi, le relazioni.

Raccogliendo gli Item in sottoscale e valutando la media è stato creato un grafico sull'andamento più in generale del progetto che consente una visione più riassuntiva della valutazione di questo (Allegato 5).

Emerge ancor più chiaramente una soddisfazione globale sull'esperienza ma un minor compiacimento rispetto all'efficacia. Si può considerare che l'efficacia di un'attività riabilitativa si vede sul lungo tempo e soprattutto non è facilmente percepibile dalla persona stessa che spesso ha difficoltà nella percezione di sé e del suo contesto. Per agevolare questa presa di coscienza rispetto a sé, al gruppo, alle proprie capacità e non, si è pensato di utilizzare nelle prossime uscite una videocamera. Prendendo spunto da altre iniziative italiane, utilizzeremo la tecnica della "videoconfrontazione" (Lombardi R., 1997), che consiste nel videoriprendere il corpo dell'individuo in azione ed il soggetto, posto successivamente di fronte al materiale registrato, è stimolato a mettere in relazione la personale descrizione delle sensazioni provate, con il ricordo delle emozioni corrispondenti originatesi in un preciso momento (ad esempio il passaggio su un temuto sentiero alpinistico o il raggiungimento di una vetta). Questo stimolerebbe quel processo di progressiva acquisizione psicologica di una identità psicofisica attraverso l'uso delle immagini video. Sarebbe infatti utile durante gli incontri di rielaborazione dell'esperienza, previsti fra un'uscita e l'altra, permettere ai ragazzi di rivedersi in "azione", e poter considerare effettivamente le proprie capacità e le proprie conquiste, potendo usare un altro "punto di vista". Nel complesso i punteggi di soddisfazione risultano comunque alti e questo è di ulteriore stimolo rispetto ad una ulteriore fase di prosecuzione del progetto, vista la volontà da parte di tutti i soggetti di rinnovare la disponibilità e l'impegno.

6. CONCLUSIONE

Dopo gli anni della sperimentazione, oggi per la montagnaterapia è giunto il momento della codificazione e della definizione di programmi terapeutici veri e propri con indicazioni e controindicazioni. Infatti esiste il rischio che esperienze di grande bellezza ed intensità possano portare ad un crollo, se non accuratamente gestite, una volta che il paziente torna alla sua vita di tutti i giorni. Importante sarebbe fondare un'associazione di operatori, fra volontari del Club Alpino Italiano, operatori dei dipartimenti di salute mentale e dell'area interdisciplinare di psicosomatica, in grado di fornire un vero e proprio servizio terapeutico collaudato agli utenti. Che potrebbe anche avere uno sbocco lavorativo per gli stessi malati. Per esempio, tra i progetti di Scoppola e soci c'è quello di ottenere a livello sperimentale la gestione di un rifugio sulle montagne dell'Appennino, da far restaurare e gestire ai pazienti, che potrebbero anche occuparsi del trasporto dei carichi, dell'ospitalità, della segnalazione e manutenzione dei sentieri. "quello che stiamo facendo vuole essere tutto il contrario del business immobile che ruota attorno attorno ai malati di mente" dichiara Scoppola: "l'obiettivo è quello del lavoro vero. Che viene subito dopo la grande scoperta di sè in montagna". I ruoli che il riabilitatore psichiatrico deve svolgere non sono definiti entro i limiti specifici della propria qualifica professionale. E' fondamentale saper adattare il sapere alla specificità delle situazioni e ricondurre a sintesi ed unità la molteplicità degli interventi. Per la buona riuscita di un progetto è auspicabile un lavoro di sinergia, condivisione delle proprie capacità, l'importante è essere motivati, e capire il senso ed il significato del nostro agire. La figura del riabilitatore psichiatrico in un'attività di "montagnaterapia" può, attraverso le sue conoscenze assumersi determinati incarichi, come: partecipare all'attività di progettazione, attuazione e verifica del progetto terapeutico; valutare le interazioni significative che avvengono fra gli utenti e le altre figure partecipanti al progetto; valutare come l'utente reagisce a contatto con l'ambiente e la modalità di risposta alle difficoltà; concorrere alla formazione di un contesto significativo che

stimoli la nascita di relazioni positive fra i partecipanti; individuare criticità nello sviluppo del progetto e saper ipotizzare possibili soluzioni.

7. BIBLIOGRAFIA

Ardigò W., De Girolamo G., “Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria”, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 1987, pp. 33-46.

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

Ba G., Carta I. (1991), “*I confini della mente: normalità e follia*”, *Schizofrenia*, 3, 9, pp. 187-191.

Bachrach L., High quality services for mentally ill individuals: social and political implications, III Congress of The World Association for Psychosocial Rehabilitation, Montreal, 1991.

Civelli F., Manara D. (1997), *Lavorare con le competenze*, Guerini e Associati, Milano.

Correale A. (2001), “L’infinita della montagna come infinita sostenibile”. Atti del convegno: Curare a cielo aperto, la montagna come risorsa psicosociale trasformativa (in via di pubblicazione), Roma

Le Breton D. (2001), *Il mondo a piedi*, Feltrinelli, Milano.

Lombardi R.(1997), “Libertà del corpo e libertà dal corpo”, *Montag*, n.3, Fahrenheit 451, Roma.

Ruggeri Mirella, Dall’Agnola RosaBruna (2000), *Come valutare l’esito nei dipartimenti di Salute Mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma

Ruggeri M., Dall'Agnola R. (1993), *The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals*, *Psychological Medicine*, 23: 511-23.

Rotelli F. (1993), www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/14riabilita.htm

Sansot Pierre (2001), *Passeggiate*, Il Saggiatore, Milano.

SITI CONSIGLIATI

www.boscaglia.it

www.fisd.it

www.fondazionebasis.it

www.montagna.org/kilimangiaro2003/index.asp

www.montagne.org/presentation/presentation.htm

www.mountainproject.it

www.myosotis.coop

www.pol-it.org/ital/20030123.htm

web.tiscali.it/asiea/testi/montagnaterapia.html

ALLEGATO 1

		I Rifugio S.Pietro 15.11.03				II Sentiero della Maestra 6.12.03				III Viotte del Bondone 31.1.04				IV Muro dell'Asino 27.03.04				V Placche di Monte Baone 8.5.04				VI Rifugio S. Barbara 22.5.04			
		I				II				III				IV				V				VI			
		a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c			
		Ade																							
1	Giovanni	S																							
2	Nicola	S																							
3	Franco	S																							
4	Luigino	S																							
5	Andrea	S																							
6	Carla	S																							
7	Alberto	N																							
8	Elisa	S																							
9	Laura	S																							
10	Maura	S																							

Per l'adesione segnare SI o NO

Per le altre voci usare i codici : ++ molto buono + buono 0 indifferente - negativo - - molto negativo

LEGENDA

Adesione	Effettiva adesione alla proposta di partecipare al Gruppo fatta dal curante	
a.	Capacità di rimanere nel gruppo e di “tenere” relazioni valide congrue ed efficaci	
b.	Capacità di usare in maniera appropriata l’abbigliamento e l’attrezzatura tecnica	
c.	Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita	
I	1°uscita	Capacità di stabilire prime, semplici relazioni all’interno del gruppo
II	Didattica	Riuscire a seguire con interesse e partecipazione gli aspetti informativo/didattici proposti
III	Ambiente	Affrontare le difficoltà dell’ambiente (freddo, fatica ecc) in maniera congrua
IV	Verticalità/rischi	Confrontarsi con l’elemento “verticalità” ed arrivare a gestire il rischio e la paura positivamente
V	Fiducia	Miglioramento del rapporto con la verticalità e sviluppo di un rapporto di fiducia con l’altro
VI	Fatica	Affrontare la fatica (per un’escursione con discreto dislivello) in maniera congrua

		<i>I</i> Rifugio S.Pietro 15.11.03				<i>II</i> Sentiero della Maestra 6.12.03				<i>III</i> Viotte del Bondone 31.1.04				<i>IV</i> Muro dell' Asino 27.03.04				<i>V</i> Placche di Monte Baone 8.5.04				<i>VI</i> Rifugio S. Barbara 22.5.04			
		I	a	b	c	II	a	b	c	III	a	b	c	IV	a	b	c	V	a	b	c	VI	a	b	c
1	Giovanni	S																							
2	Nicola	S																							
3	Franco	S																							
4	Luigino	S																							
5	Andrea	S																							
6	Carla	S																							
7	Alberto	N																							
8	Elisa	S																							
9	Laura	S																							

10	Maura	S																							
11																									
12																									

Per l'adesione segnare SI o NO

Per le altre voci usare i codici : ++ molto buono + buono 0 indifferente - negativo - - molto negativo

LEGENDA

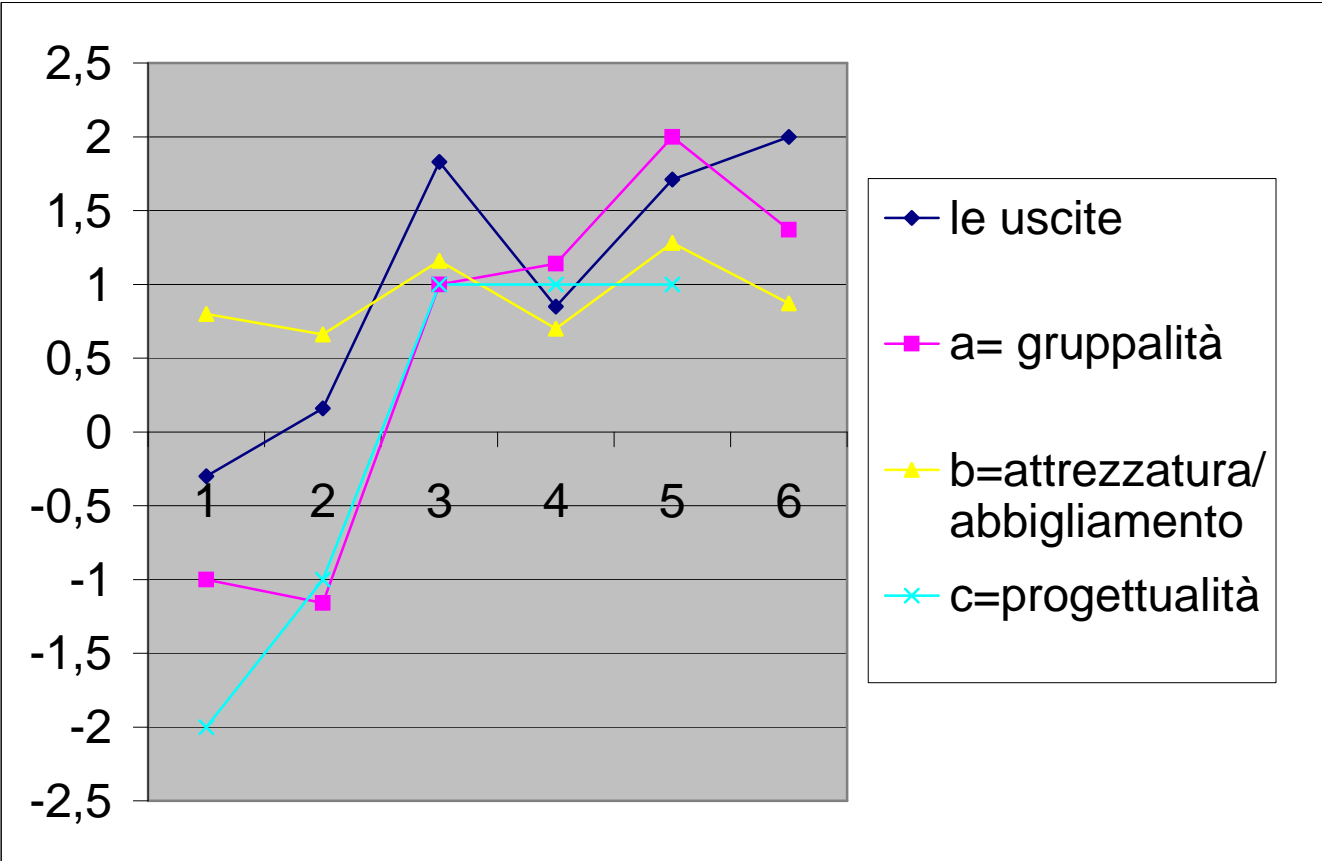
<u>Adesione</u>	Effettiva adesione alla proposta di partecipare al Gruppo fatta dal curante
I <i>I° incontro</i>	<u>Capacità di stabilire prime, semplici relazioni all'interno del gruppo</u>
a	Capacità di rimanere nel gruppo e di "tenere" relazioni valide congrue ed efficaci
b	Capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica
c	Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita
II Didattica	<u>Riuscire a seguire con interesse e partecipazione gli aspetti informativo/didattici proposti</u>
a	Capacità di rimanere nel gruppo e di "tenere" relazioni valide congrue ed efficaci
b	Capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica
c	Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita
III Ambiente	<u>Affrontare le difficoltà dell'ambiente (freddo, fatica ecc) in maniera congrua</u>
a	Capacità di rimanere nel gruppo e di "tenere" relazioni valide congrue ed efficaci

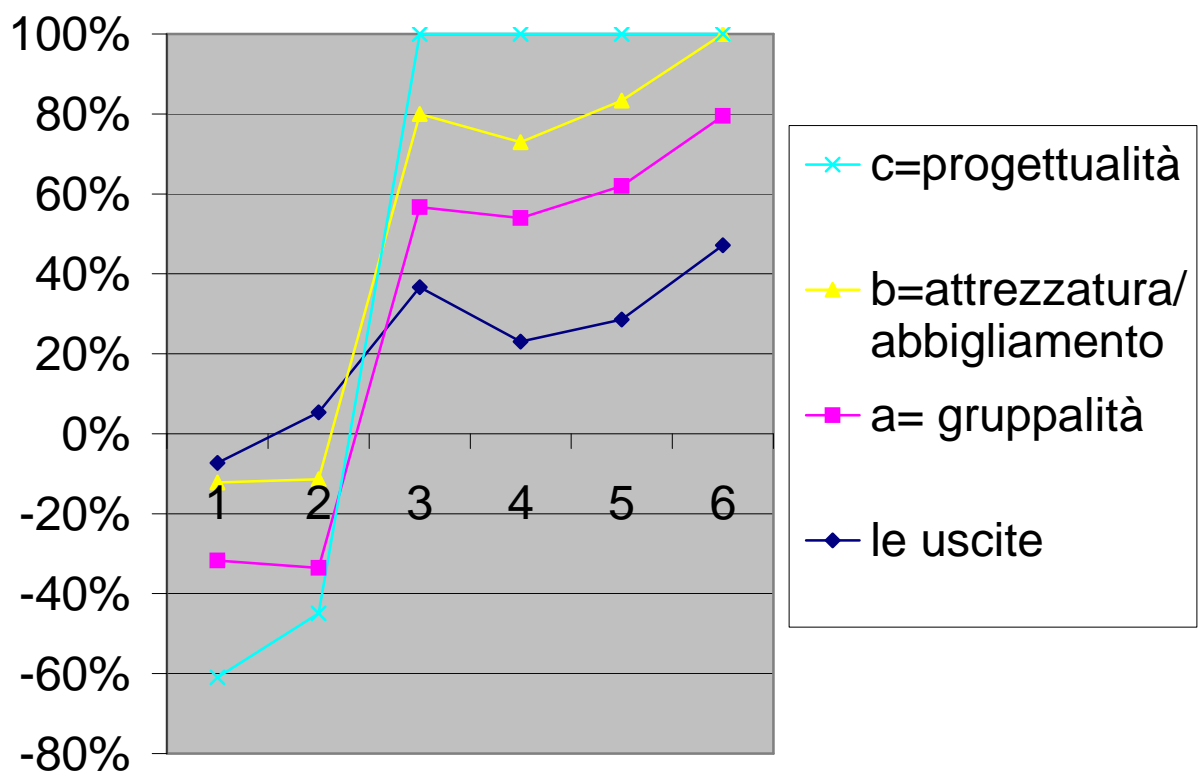
	b	Capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica
	c	Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita
IV	Verticalità/rischio	<u>Confrontarsi con l'elemento "verticalità" ed arrivare a gestire il rischio e la paura positivamente</u>
	a	Capacità di rimanere nel gruppo e di "tenere" relazioni valide congrue ed efficaci
	b	Capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica
	c	Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita
V	Fiducia	Miglioramento del rapporto con la verticalità e sviluppo di un rapporto di fiducia con l'altro
	a	Capacità di rimanere nel gruppo e di "tenere" relazioni valide congrue ed efficaci
	b	Capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica
	c	Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita
VI	Fatica	Affrontare la fatica (per un'escursione con discreto dislivello) in maniera congrua
	a	Capacità di rimanere nel gruppo e di "tenere" relazioni valide congrue ed efficaci
	b	Capacità di usare in maniera appropriata l'abbigliamento e l'attrezzatura tecnica

c	<i>Capacità di partecipare alla progettazione della successiva gita</i>
----------	---

		<i>I</i> Rifugio S.Pietro 15.11.03				<i>II</i> Sentiero della Maestra 6.12.03				<i>III</i> Viotte del Bondone 31.1.04				<i>IV</i> Muro dell'Asino 27.03.04				<i>V</i> Placche di Monte Baone 8.5.04				<i>VI</i> Rifugio S. Barbara 22.5.04				
		I				II				III				IV				V				VI				
		I	a	b	c	II	a	b	c	III	a	b	c	IV	a	b	c	V	a	b	c	VI	a	b	c	
Adesione																										
1	Giovanni	S	--	--	+	--	+	-	+	-	++	+	++	+	-	0	0	+	+	++	++	+	++	++	-	0
2	Nicola	S	-	-	+	--	+	-	+	-	++	+	-	+	-	0	0	+	+	++	+	+	++	+	+	0
3	Franco	S	--	-	0	--	0	-	+	-	++	+	+	+	++	+	+	+	++	++	+	+	++	+	+	0
4	Luigino	S	+	-	+	--	--	--	-	-	++	+	++	+					++	++	++	+	++	+	+	0
5	Andrea	S	+	0	+	--	0	-	+	-	+	+	+	+									++	+	0	0

6	Carla	S	+	-	+	--	+	-	+	-	++	+	++	+	++	++	+	+	++	++	+	+	++	++	+	0
7	Alberto	N																								
8	Elisa	S												++	++	+	+	++	++	+	+	++	+	+	0	
9	Laura	S												0	++	+	+									
10	Maura	S												++	+	+	+	++	++	+	+	++	++	+	0	
11																										
12																										





ALLEGATO 3

QUESTIONARIO SUL GRADIMENTO

Leggi ciascuna frase ed indica con una x la risposta che meglio descrive la tua esperienza con il progetto “sopraimille”. Le risposte possibili saranno:

- 1.Pessima
- 2.Per lo più soddisfacente
- 3.Mista
- 4.Per lo più soddisfacente
- 5.Ottima

QUAL'E' LA TUA IMPRESSIONE COMPLESSIVA SU....

1. Il comportamento e le maniere degli operatori del centro di salute mentale

1.Pessima 2.Per lo più 3.Mista 4.Per lo più 5.Ottima
Insoddisfacente soddisfacente

2. Capacità degli operatori di collaborare fra di loro

5.Ottima 4.Per lo più 3.Mista 2.Per lo più 1.Pessima
Soddisfacente Insoddisfacente

3. La spiegazione sui metodi e tecniche utilizzate

1.Pessima 2.Per lo più 3.Mista 4.Per lo più 5.Ottima
Insoddisfacente soddisfacente

4. Facilità ad accedere a questo progetto

5.Ottima 4.Per lo più 3.Mista 2.Per lo più 1.Pessima
Soddisfacente Insoddisfacente

5. L'utilità di questo progetto nel migliorare i tuoi sintomi

1.Pessima 2.Per lo più 3.Mista 4.Per lo più 5.Ottima
Insoddisfacente soddisfacente

6. L'utilità di questo progetto nel migliorare il tuo rapporto con l'ambiente

5.Ottima 4.Per lo più 3.Mista 2.Per lo più 1.Pessima

- | | | | | |
|--|-----------------|---------|-----------------|-----------|
| | Soddisfacente | | Insoddisfacente | |
| 7. Il progetto al quale hai partecipato, in generale | | | | |
| 1.Pessima | 2.Per lo più | 3.Mista | 4.Per lo più | 5.Ottima |
| | Insoddisfacente | | soddisfacente | |
| 8. Il comportamento e le maniere del personale SAT | | | | |
| 5.Ottima | 4.Per lo più | 3.Mista | 2.Per lo più | 1.Pessima |
| | Soddisfacente | | Insoddisfacente | |
| 9. L'efficacia degli operatori ad ascoltare e comprendere le tue difficoltà | | | | |
| 1.Pessima | 2.Per lo più | 3.Mista | 4.Per lo più | 5.Ottima |
| | Insoddisfacente | | soddisfacente | |
| 10. La chiarezza e la concretezza delle indicazioni rispetto a come dovevi prepararti per le uscite successive | | | | |
| 5.Ottima | 4.Per lo più | 3.Mista | 2.Per lo più | 1.Pessima |
| | Soddisfacente | | Insoddisfacente | |
| 11. L'utilità di questo progetto nell'aumentare la tua autostima | | | | |
| 1.Pessima | 2.Per lo più | 3.Mista | 4.Per lo più | 5.Ottima |
| | Insoddisfacente | | soddisfacente | |
| 12. L'utilità di questo progetto nel migliorare le tue capacità strumentali | | | | |
| 5.Ottima | 4.Per lo più | 3.Mista | 2.Per lo più | 1.Pessima |
| | Soddisfacente | | Insoddisfacente | |
| 13. La quantità di sostegno che hai ricevuto nel corso delle uscite | | | | |
| 1.Pessima | 2.Per lo più | 3.Mista | 4.Per lo più | 5.Ottima |
| | Insoddisfacente | | soddisfacente | |
| 14. Il rispetto degli appuntamenti fissati ed il tempo di attesa quando ti presentavi alle uscite | | | | |
| 5.Ottima | 4.Per lo più | 3.Mista | 2.Per lo più | 1.Pessima |
| | Soddisfacente | | Insoddisfacente | |
| 15. Le informazioni ricevute riguardo il progetto | | | | |
| 1.Pessima | 2.Per lo più | 3.Mista | 4.Per lo più | 5.Ottima |
| | Insoddisfacente | | soddisfacente | |
| 16. L'aspetto , la disposizione e la funzionalità della strumentazione messa a tua disposizione | | | | |
| 5.Ottima | 4.Per lo più | 3.Mista | 2.Per lo più | 1.Pessima |

Soddisfacente

Insoddisfacente

17. L'utilità di questo progetto nel migliorare i tuoi rapporti con le persone al di fuori del tuo ambiente

1.Pessima

2.Per lo più

3.Mista

4.Per lo più

5.Ottima

Insoddisfacente

soddisfacente

18. Il tempo e gli spazi dedicati all'elaborazione delle esperienze che hai vissuto

5.Ottima

4.Per lo più

3.Mista

2.Per lo più

1.Pessima

Soddisfacente

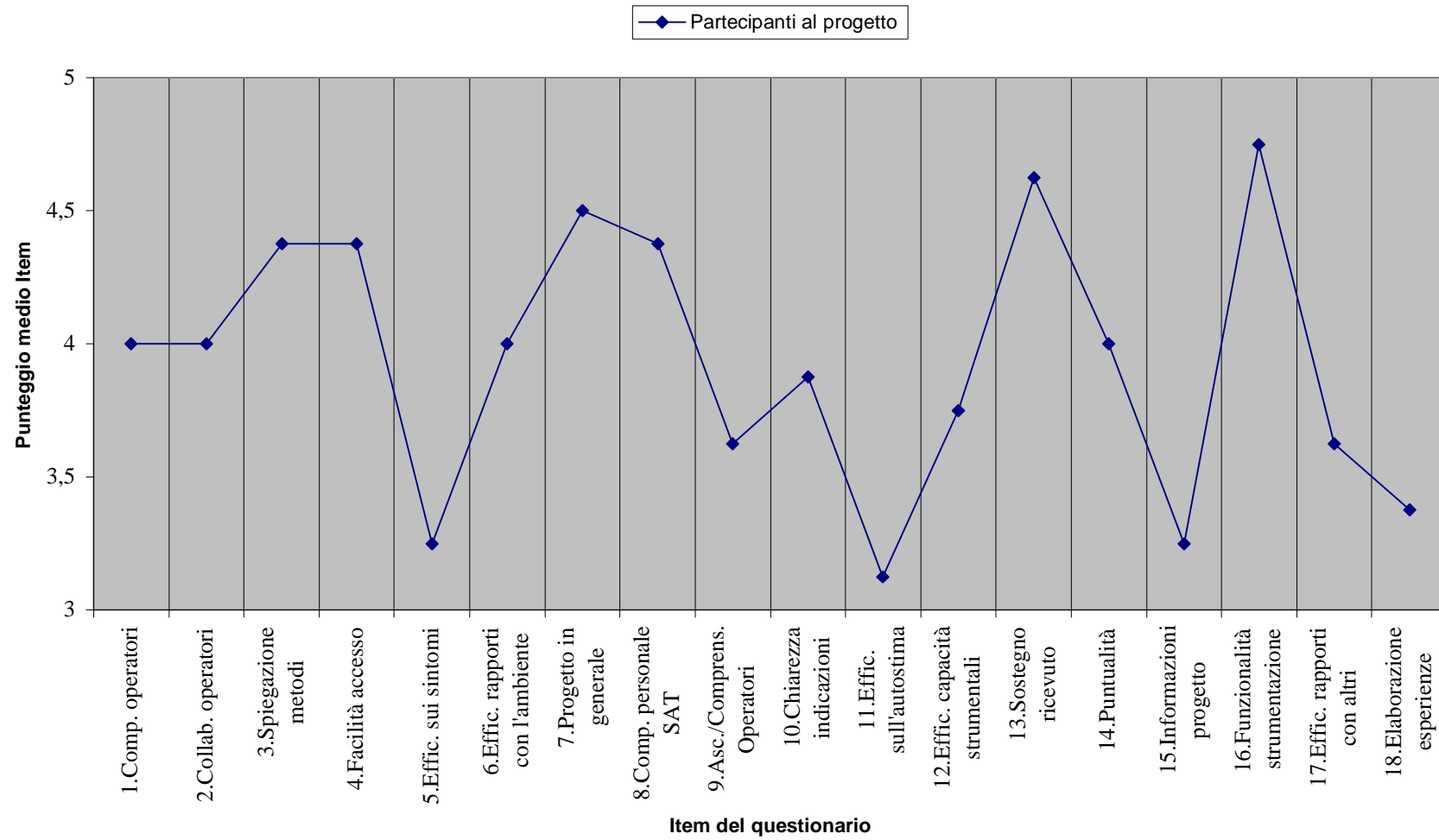
Insoddisfacente

19. Quali critiche avresti da fare riguardo al progetto "sopraimille"

20. Quali suggerimenti avresti per migliorare questo progetto

Grazie per la tua disponibilità!

ALLEGATO 4



ALLEGATO 5

