



VALSAVARENCHÉ

3-4 luglio 2012

Atti del Convegno

MONTAGNA: "Ambiente di benessere e cura"

Esperienze a confronto

Con il patrocinio dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della
Regione Valle d'Aosta e della Società Italiana Medicina di Montagna

Sommario

<u>PRESENTAZIONE</u>	<u>3</u>
<u>SALUTO DELLE AUTORITA'</u>	<u>4</u>
<u>FONDAMENTI STORICI DELLA MONTAGNATERAPIA</u>	<u>5</u>
<u>SGUARDI SUL NORD OVEST: PASSATO PRESENTE E FUTURO DELLA MONTAGNATERAPIA TRA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA</u>	<u>14</u>
<u>LA MONTAGNA COME METAFORA DI SALUTE</u>	<u>18</u>
<u>MONTAGNA E PSICHIATRIA: IL PAESAGGIO DI UN VIAGGIO</u>	<u>22</u>
<u>LE TRASFORMAZIONI DEL VIAGGIO</u>	<u>23</u>
<u>MONTAGNA SCUOLA PER NATURA</u>	<u>24</u>
<u>LA MONTAGNA PER TUTTI</u>	<u>26</u>
<u>I BENEFICI DEL NORDIC WALKING</u>	<u>28</u>
<u>IL CARDIOPATICO IN MONTAGNA</u>	<u>30</u>
<u>PROGRAMMA DEL CONVEGNO</u>	<u>34</u>

PRESENTAZIONE

L'interesse per la Montagnaterapia si sta ormai diffondendo, da anni, in tutta Italia e sono sempre più numerosi gli enti legati alla salute mentale che stanno utilizzando questa tecnica innovativa all'interno dei percorsi riabilitativi dei propri pazienti.

La scelta di organizzare un convegno su questo tema è scaturita principalmente da due motivi: la Valle d'Aosta è una regione ricca di risorse ambientali e in particolare lo è il luogo in cui abito dalla nascita. La Valsavarenche è una valle situata al centro del Parco Nazionale Gran Paradiso, un ambiente ancora poco modificato dall'uomo, meta di un turismo naturalistico, di amanti della tranquillità, di persone che vi soggiornano per "rigenerarsi".

L'altro motivo richiama quello che da sempre la montagna offre a coloro che la frequentano: un ambiente naturale ricco di stimoli diversi che offre la possibilità di condividere esperienze emozionanti.

In montagna tutti si riscoprono "ospiti" di un ambiente che non li rispecchia mai perfettamente (proprio perché non modificabile nei suoi "ritmi" naturali); andare in alto è una metafora dell'abbandonare simbolicamente ciò che ci tiene ancorati al suolo.

Incontrarsi su un terreno "neutro" abbatte i pregiudizi; persone "sane" e persone "malate" si trovano a condividere lo stesso percorso, lo stesso ambiente e forse le stesse emozioni. Salute e malattia sono ancora una volta due parti di un tutto, separate non da un limite fisso ma da un labile confine.

Un ringraziamento è dovuto a tutti coloro, in particolare ai relatori, che hanno colto l'invito e hanno permesso a Valsavarenche di essere per due giorni al centro dell'universo della "Montagnaterapia". Un doveroso grazie anche all'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Valle d'Aosta e alla Società Italiana Medicina di Montagna per aver patrocinato questa iniziativa; all'Associazione AMI e al Dr. Giulio Scoppola, anima e cuore di questo approccio.

D.ssa Daniela Dégioz

Gruppo di lavoro "Montagne aux livres"

SALUTO DELLE AUTORITA'

Sen. Antonio Fosson

E' nel giusto pensare di ogni cittadino che la montagna sia un luogo che giova alla salute, che rinforza l'animo e lo spirito.

L'ambiente naturale poco inquinato e l'aria pura sono fattori che influiscono sul nostro benessere in modo positivo. Le montagne con le loro altezze spingono l'uomo ad elevarsi, a guardare in alto. La difficoltà a raggiungere le cime stimola l'uomo ad impegnarsi, a liberarsi da alcuni condizionamenti e limiti. Questi paesaggi e le tradizioni di chi abita questi luoghi spingono a pensare come si debba aiutare l'altro e stare insieme tra noi, a come sia necessario essere solidali.

Il nascere di un'associazione come "Montagna terapia" riconosce tutte queste opportunità e organizza un percorso fruibile a molti. L'organizzazione porta a rendere più chiaro a tutti come la montagna influenzi positivamente la nostra salute e le dia la dignità di una vera terapia.

Aderendo completamente al programma dell'associazione "Montagna terapia" prometto di lavorare perché la montagna scopra in modo reale questa sua "mission" e lavori per realizzare questa opportunità.

Si, perché dare e offrire salute a chi non abita in montagna invitandoli a venire su da noi è anche un'occasione di lavoro, di occupazione per i popoli che vivono in alto dove i "malati" arriveranno. E la montagna potrà offrire questa sua terapia che non potrà non essere accompagnata dall'ospitalità e dell'attenzione di noi "montanari".

Io credo che questo percorso "terapeutico" gioverà sicuramente a chi lo vorrà intraprendere e si affermerà negli anni che verranno.

FONDAMENTI STORICI DELLA MONTAGNATERAPIA (nel Centro Italia)

Giulio Scoppola*

Ho l'importante compito di iniziare le relazioni di oggi parlando dei fondamenti storici della Montagnaterapia.

Ringrazio gli organizzatori del Convegno e chi mi hanno voluto chiedere questa relazione introduttiva; essa, spero, potrà darvi il senso di un lavoro originale e di un impegno appassionato che ha coinvolto un numero sempre crescente di operatori ed assistiti.

La MT fonda le sue origini dai primissimi anni Ottanta. Ma ne parliamo (usando questo termine) per la prima volta in Italia solo nel 1999, insieme al giornalista Matteo Serafin, in un convegno a Pinzolo in Trentino (cfr. *Famiglia Cristiana*, n° 40/1999 di Matteo Serafin).

Si era nel contesto della solidarietà alpina (premio: "Targa d'Argento") e nei termini di "quando la montagna aiuta a vivere" le persone con differenti problemi sociali e psicologici. Fu un confronto a diverse voci ed in diversi settori e competenze che per la prima volta fece emergere quel termine.

E il termine Montagnaterapia, e la pratica e la teoria che lo avevano coniato, hanno origine nella unione dell'esperienza della montagna (che andavo personalmente maturando come alpinista ed Istruttore di Alpinismo del CAI) con l'esperienza di lavoro di Psicologo nel Servizio Sanitario Pubblico.

In particolar modo nell'inserimento nella psichiatria di quegli anni, riattivata dalla legge 180 del 1978, e prima ancora nella esperienza fatta come educatore in differenti gruppi giovanili scout e nella formazione degli educatori alla relazione con l'ambiente naturale.

A fondamento dell'approccio clinico e teorico, che avremmo subito sintetizzato con la parola "Montagnaterapia" vi erano tuttavia moltissime osservazioni sul modo di reagire dell'individuo sano o malato a contatto con un ambiente naturale non modificato dall'uomo (la cosiddetta *Wilderness*).

Il mandato lavorativo che la Provincia di Roma aveva deciso di definire per le decine di nuovi psicologi laureandi o appena laureati (molti dei quali tirocinanti *pre-lauream*), nel 1979/80 nel Lazio, era quello di far nascere (con una richiesta esplicita di creatività) il ruolo dell'"Animatore Psichiatrico". E così di costruire,

all'interno dei cosiddetti "*Clubs* Risocializzanti", delle relazioni assistenziali e di intrattenimento con i malati psichiatrici tenuti in cura nei Centri di Igiene Mentale (CIM).

Questa era stata la intuizione e la scommessa degli Amministratori di allora per fronteggiare la chiusura dei manicomi promossa da Franco Basaglia in Italia già dagli anni Settanta.

Ma (come osservavamo e scrivevamo in quegli anni) "l'assistere" e la "assistenza" venivano considerati aspetti afferenti ad un'area che potremmo definire "ortopedica" (cfr. Giulio Scoppola e Coll., 1992); che si occupava cioè di sostegno o sostituzione momentanea di parti e strutture mancanti nella persona (o nella organizzazione). Ma tale funzione ortopedica era anche la pre-condizione sulla quale costruire relazioni trasformative, capaci di travalicarla senza negarla ("stare con" e modificare lo stare con a partire dall'osservazione sulle relazioni).

La connotazione un po' onnipotente derivante dalla energia, dalla passione, da una certa creatività ed intuito e dalla volontà, spinse alcuni di noi a dirigerci direttamente sulla strada della ricerca di nuovi percorsi di cura (e riabilitazione). Oggi potremmo dire di prevenzione secondaria e terziaria.

Credevamo possibile influire positivamente sugli aspetti strutturali della mente, sulle emozioni, sulle competenze motorie, sulle relazioni, sull'autostima e sulle paure di quelle persone in carne ed ossa (e che avevano a volte la nostra stessa età). Esse erano diagnosticate alternativamente come "schizofreniche", "psicotiche", "*minus*", "catatoniche", "*border-line*...".

Ricordo lo stupore di uno psichiatra curante del Centro di Igiene Mentale quando vide, senza quasi riconoscerlo, l'espressione di un suo assistito in una foto al ritorno da un "soggiorno estivo" (che allora durava la bellezza di 15 giorni). Ci disse: "ma non è lui...!".

Con la prospettiva di oggi posso dire che la storia degli ultimi Anni Settanta e dei primi Anni Ottanta (almeno nella realtà del Centro Italia e per quella che posso conoscere), non poteva non portare alla definizione e sviluppo di nuove culture, pratiche e metodi di lavoro nel campo della neonata "Salute Mentale".

Questo ci metteva tutti in una condizione sperimentale ancora non "contaminata" dal prevalere di logiche pseudo aziendalistiche, che

successivamente avrebbero attaccato l'organizzazione, lasciando sempre più scoperti gli Operatori ed i loro Assistiti.

La definizione di "Salute Mentale" (che dalla Riforma sanitaria del 1980 sostituì la così detta "Igiene Mentale"), evocava un approccio che in anni più recenti si sarebbe detto di "Psicologia della Salute" (con l'attivazione delle Scuole di Specializzazione Universitarie).

Alle origini dell'approccio di Montagnaterapia la persona umana veniva vista e pensata a partire dalla individuazione delle "parti sane" e non più diagnosticata come un tutto malato.

L'operatore veniva personalmente sollecitato ad uscire dalla stanza di terapia e ad utilizzare un Sé maggiormente esteso. Compresa la sua corporeità in movimento immersa nell'ambiente naturale. Si marcava una differenza rispetto al tradizionale ruolo dell'operatore della tradizione psichiatrica.

Dovevamo quindi accettare un nuovo confronto fuori dalle mura dei Centri di Igiene Mentale.

Quel profilo di operatore, nella nuova Salute Mentale, richiedeva di misurarsi con una interezza della persona, a disposizione per la relazione, contrapposta ad una definizione difensiva e ad un ruolo meramente tecnico. In molti casi il paziente si sarebbe scoperto assai più capace e competente di noi sul piano psicomotorio, con indubbie ricadute positive.

La Montagnaterapia si costruiva a poco a poco dall'osservazione dei risultati clinici in termini di soddisfazione dell'utente, di attivazione personale, di autostima, di capacità relazionali, di sviluppo di competenze. Ma l'uso di questo termine voleva dire all'inizio proporsi con una parola poco comprensibile ai più. Ma che a noi permetteva sinteticamente di condividere alcune pratiche (efficacissime) di trattamento nell'ambiente naturale; verificando le prime riflessioni teoriche metodologiche e cliniche tra pochissimi "addetti ai lavori che operavano" in Italia.

Chi volesse conoscere meglio lo sviluppo di questo percorso ha oggi a disposizione, oltre ad alcuni lavori pubblicati a cura degli autori ed organizzatori dei convegni ed il materiale teorico che è stato pubblicato nei siti, la definizione di "montagna terapia" (*G.Scoppola e Coll. 2007*, pubblicata nei Siti: www.sopraimille.it e www.montagnaterapia.it), il "Dizionario di Montagnaterapia"

ed il racconto scritto od orale degli operatori che fin dagli Anni Novanta hanno utilizzato questa metodologia.

Il mio personale impegno nella Montagnaterapia deriva, come ho accennato, anche dalla formazione che ho svolto fin dagli Anni Settanta ed Ottanta nel campo della conduzione di gruppi Scout. E che si è integrata con l'insegnamento della montagna, come Istruttore di Alpinismo del CAI, confrontandosi contemporaneamente con la formazione che derivava dai *trainings* psicoanalitici individuali e di gruppo e con i Convegni e Seminari di quegli anni.

Ho comunque avuto sempre la intima convinzione di aver proposto, insieme ai Colleghi, qualcosa di profondamente utile per un recupero progressivo della salute nella sua accezione globale.

Sono debitore a Franco Basaglia, ed ai nostri numerosi pazienti, per la spinta appassionata ed appassionante ricevuta alla fine degli anni Settanta a sperimentarsi in relazioni psicologiche "fuori delle mura"; distanti dalle pratiche psichiatriche e farmacologiche (o biologiche) fino ad allora fortemente diffuse, o guardati con sufficienza e distacco da una gran parte degli psichiatri e psicologi dell'epoca.

Nel 1992 (il 26/11/92) apparve un articolo sul "Corriere della Sera" (a firma di Ulderico Munzi) dal titolo: "Malati di mente alpinisti per guarire". In esso veniva fatta conoscere al grande pubblico l'esperienza del Centro Ospedaliero di "Bel Air" a Charleville-Mézières, località delle Ardenne in Francia, dove: "a un semplice e coraggioso infermiere nel 1984 venne l'idea di strappare i suoi malati, tra i quali c'erano alcuni schizofrenici, da quei padiglioni di ospedale dove vegetavano da anni annichiliti dai tranquillanti e dal rito manicomiale, portandoli a 2500 metri di quota ed oltre, dove l'umanità riaffiorava davanti al pericolo ed all'imprevisto". Ecco trovato un valido e significativo appiglio per ciò che andavamo facendo. Ci furono degli scambi di corrispondenza che mi incoraggiavano a proseguire. Ci sentivamo perfettamente in linea con i Colleghi d' oltr'Alpe. Successivamente sperimentammo progetti che prevedevano trattamenti in piscina, palestra, montagna (cfr. Progetto "*Corpo-Mente-Ambiente*", e video VHS, c/o ASL RME Roma) che mostravano la riattivazione, nel gruppo, delle capacità "sane" presenti nei pazienti affetti da schizofrenia o da disturbi dell'arco psicotico.

Sono debitore anche al Dott. Davide Manghi di Milano per la sua monografia apparsa in quegli anni (cfr. *“Rivista Sperimentale di Freniatria”*, 1989) che introduceva magistralmente le tecniche audio-video utilizzate nella clinica dei disturbi mentali, e da me ampiamente utilizzate (cfr. D.Manghi, *“La Videoconfrontazione”*).

Potremmo però sicuramente ricercare, e ritrovare, tracce ancora precedenti di attività e progetti in cui i luoghi naturali non modificati dall'uomo: la montagna, le attività di montagna, le persone della montagna, hanno rappresentato dei veri e propri presidi terapeutici e riabilitativi. E non solo per i disturbi psichici ma anche per problemi psicologici derivanti direttamente o indirettamente da molte differenti patologie organiche, motorie, respiratorie. Sono convinto che alcuni medici volenterosi ed “illuminati”, anche in epoca “pre-Basagliana” (per limitarci alla psichiatria) operavano con passione ed impegno proponendo attività, per lo più sportive o risocializzanti, per i pazienti del “Manicomio Provinciale di Roma”, uno dei più grossi d'Europa, facendo gite fuori del manicomio (come ben rappresentato nel film del 1975 di Milos Forman: *“Qualcuno volò sul nido del Cuculo”*).

Tornando alle radici della Montagnaterapia posso dire che mi sono teoricamente appoggiato da subito al grande filosofo J.P.Sartre, che nel 1968 diceva: "il criterio di distinzione tra illusione e realtà è un dubbio da cui può essere percorso solo un io decorporeizzato, che non abita il mondo; infatti posso interrogarmi sulla differenza che separa il reale dall'immaginario solo perché abitando il mondo già mi sono fatta una esperienza di queste due dimensioni". Ecco il punto: cosa poteva essere, o tornare ad essere, esperito inizialmente come "mondo" vivibile dall'individuo malato nella mente? Cosa poteva tornare ad essere, da un punto di vista terapeutico riabilitativo o rieducativo, il suo originario e primario punto di appoggio sul mondo, venuto a mancare; e cosa poteva contribuire al recupero della cosiddetta “pressione positiva” della sua salute esistenziale?

Gli ampi studi psicologici psicoanalitici degli ultimi decenni (cfr.: Bion, Winnicott, Gaddini) ci confermavano il ruolo centrale giocato dalla “funzione mentale primitiva”, che all'inizio della vita di ognuno di noi è volta ad organizzare le numerosissime e marasmatiche sensazioni e percezioni esterne ed interne che nel corpo e dal corpo si raccolgono ed emergono. Gli stessi studi mostravano le

possibili cause del fallimento evolutivo nei termini di una cattiva integrazione delle relazioni affettive con le figure di accadimento, o nei termini di esperienze traumatiche non elaborabili che aprono le porte alla patologia del sé e delle relazioni.

La Montagnaterapia, da quando è nata, ha voluto proporre un metodo che rappresentasse una sorta di *by-pass* per accedere e fruire di una più funzionale esperienza mentale e relazionale. Ma, e questa è la sua originalità, non dal versante “psi”, bensì dall’esperienza della relazione interpersonale con altre persone fisiche inserite nell’ambiente naturale della montagna. Un trattamento che utilizza inoltre alcuni principi dell’Omeopatia (“*Similia similibus curantur*”, S.Hahnemann). Esposizione a “dosi” infinitesimali di esperienza di gruppo, di paura, di fatica, di espressione di sé, di esperienze corporee.

Proprio quegli aspetti del Sé e della relazione dai quali i nostri pazienti di allora si tenevano rigidamente e difensivamente lontani. Con l’obiettivo terapeutico di una ricategorizzazione sensoriale e percettiva, quindi mentale ed in definitiva di modificazione dell’esperienza del sé e dell’essere sé (cfr.: “*L’esperienza di “essere sé”*”, Luigi Scoppola, 2005).

Nella Montagnaterapia, come abbiamo accennato in precedenza, potremmo molto sinteticamente dire che uno degli elementi potenzialmente più efficaci possa essere identificato proprio nella riproposizione controllata di una esperienza contenente alcuni potenziali *stressors* sensoriali psicologici ed emozionali, facilmente riconoscibili, e che evocherebbero, anche in una persona non malata, paura o conflitto (pensiamo ad esempio al rischio di scivolare su un sentiero difficile o di cadere o perdersi); ma con cui, in modo protetto e mediato dagli operatori e dagli esperti, poter venire in contatto avviando (o riavviando) un processo di integrazione nel sé di quegli elementi scissi evocati. Questo con l’obiettivo di una risposta che riattivi meccanismi integrativi (e quindi evolutivi) rimasti da lungo tempo, o da sempre, paralizzati o inattivi.

Nella Montagnaterapia, come in altre metodiche a mediazione somatica e ambientale, concetti come corporeità gruppo e “gruppalità primitiva”, che fanno riferimento alle ricerche sugli stati primitivi del sé (quando: “il funzionamento mentale si caratterizza per la presenza di modalità che sono di tipo grupitale e prevalentemente simmetriche (...) in cui la parte equivale al tutto e non esiste

distinzione tra dentro e fuori e tra prima e dopo" (cfr. W. Bion, 1971; L. Scoppola, 1992), appaiono fondamentali per interpretare i fenomeni clinici e le dinamiche del gruppo.

Questo in tutte quelle patologie in cui si osserva, ai differenti livelli, una interruzione ed una incoerenza del pensiero, del ricordo, della parola, del comportamento, del movimento. Cioè in quelle aree primitive del sé dove mente e corpo iniziano il loro percorso come organismo vivente: l'una come funzione ed espressione "parallela" dell'altro (cfr. Eugenio Gaddini, 1989)

Risollecitavamo quindi il corpo a svolgere funzioni semplici; motivando l'individuo verso obiettivi concreti, gratificanti, visibili e raggiungibili, a volte "agonistici". Inserendo le attività di gruppo in un ambiente dotato di potenzialità evocative e caratterizzato da geometrie e aspetti sensoriali "altri"; che lo caratterizzassero come accogliente e stimolante in un giusto *mix*; ma mai paralizzanti o traumatizzante, pena il fallimento della cura.

Più semplicemente nella Montagnaterapia l'individuo portatore di differenti patologie organiche o problematiche evolutive di tipo psicosociale, veniva esposto (valenza simbolica e concreta) ad un mondo fisico naturale, in cui tutti eravamo messi, dal contesto e dalle regole, in condizioni di relativa uguaglianza.

Nel centro di Salute Mentale o nel Reparto di Riabilitazione Cardiologica l'operatore (medico, psicologo o infermiere) potrebbe dire: "io sono l'esperto del luogo, io ho le competenze, io sono il padrone di casa". Ma non così in montagna. Dove tutti si riscoprono "ospiti" di un ambiente che non li rispecchia mai perfettamente (perché appunto non modificato dall'uomo e non modificabile nelle suoi "ritmi" naturali). Un ambiente in contatto con la categoria dell'"Oltre".

Tutti, per definizione, sono inesperti salvo gli Esperti (Guide Alpine, Accompagnatori, Istruttori...), dovendo apprendere le regole per essere competenti nella frequentazione funzionale di quell'ambiente. Tutti devono confrontarsi e trovare una soluzione agli evidenti problemi posti dalla montagna in inverno o in estate (la protezione dal freddo, dalla pioggia o dalla neve, l'orientamento, il bisogno di cibo e acqua, il buio...).

Come dice ancora Sartre: "frequentando il mondo, il corpo non è mai percorso dal dubbio che la sua percezione possa essere una illusione rispetto a qualche

presunta verità in sé, il mondo non è ciò che penso ma ciò che vivo, che abito" (J.P.Sartre, 1968).

Ma come abitare o ri-abitare il mondo? E quale mondo? Unicamente il mondo virtuale o psicologico? O si può lavorare per una riabilitazione(o rieducazione od educazione) che permetta di ri-abitare un mondo più esteso sia in senso psicologico che somatico? E' non è forse il corpo la prima parte del mondo fisico da abitare o ri-abitare per tante categorie di pazienti anche chirurgici, ortopedici, oncologici o per ragazzi e giovani adulti con problematiche psico-sociali?

Abbiamo detto che all'inizio questo approccio era legato unicamente alla dimensione della salute mentale (e psicomotoria); ma successivamente (dal 2004 nella nostra esperienza della ASL RM E, nell'Ospedale S.Spirito in Saxia a Roma) è stato esteso a comprendere problematiche internistiche (cardiologia e riabilitazione dei cardiopatici), ai campi della riabilitazione e promozione secondaria della salute, al campo del sociale e delle dipendenze. Ma di questo e dei problemi dell'Età Evolutiva parleremo anche domani.

In conclusione allora la Montagnaterapia nasce sì all'inizio per contrastare efficacemente le esperienze, così ben descritte da tempo nella letteratura psichiatrica, di "discordanza, incoerenza ideo-verbale, ambivalenza autismo, idee deliranti, profondi disturbi affettivi nel senso del distacco e della stranezza dei sentimenti" (cfr. Ey-Bernard-Brisset, 1987), che caratterizzano l'esperienza psicotica, ma da lì verrà applicata mantenendo i suoi caratteri metodologici "fondamentali" ad altri campi psico-socio-sanitari.

Un individuo-corpo-organismo (una persona, un Sé) da ri-abitare, con cui poter abitare o ri-abitare il mondo. Soprattutto dopo le offese traumatiche della psichiatria, della chirurgia, della ortopedia, della oncologica, della cardiologica o delle malattie dismetaboliche; o dopo le interruzioni dei processi evolutivi e di socializzazione o le esperienze traumatiche dell'infanzia o della adolescenza.

Dopo il seminario "*Il Monte Analogico, la montagna come sfondo terapeutico e rieducativo*" che si è svolto nel 1999 nella sede della "Comunità Montesanto", nella ASL RM E di Roma (che va citata come uno dei luoghi in cui si è fatta più sperimentazione), e in occasione del seminario di studio "*Curare a Cielo Aperto*", ospiti del C.A.I. di Roma, **l'11 Giugno 2001** abbiamo perciò costituito un **"Gruppo di Lavoro per la Montagnaterapia del Lazio"**, formato

inizialmente dal CAI di Roma, da alcuni Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Locali del Lazio e dall'Area di Psicologia Ospedaliera della ASL RM E.

Esso a distanza di 11 anni sta ancora lavorando con continuità, inserito nella Macroarea dell'Italia Centrale, occupandosi della promozione di nuovi gruppi terapeutici e riabilitativi, mantenendo un confronto scientifico nella Rete Italiana del Movimento e curando di far conoscere questo approccio al grande pubblico tramite articoli; sulle principali riviste; nelle interviste televisive ed ultimamente favorendo la nascita della Associazione per la Montagnaterapia Italiana AMI-ONLUS (vedi Sito).

Rimando al materiale pubblicato nei siti italiani di Montagnaterapia l'approfondimento della materia.

Grazie per la vostra attenzione!

***Dr.Giulio Scoppola Psicologo Psicoterapeuta, ideatore della Montagnaterapia in Italia, responsabile della UOS di Psicologia Clinica-Ospedaliera dell'Ospedale S.Spirito in Saxia di Roma (ASL RM E), indirizzo per corrispondenza: giulio.scoppola@asl-rme.it**

SGUARDI SUL NORD OVEST: PASSATO PRESENTE E FUTURO DELLA MONTAGNATERAPIA TRA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Dr.ssa Mara MILAN

Vorremmo approfittare della giornata di oggi per ripercorrere il cammino fatto sino ad oggi dal gruppo "Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta" cercando di valorizzare le esperienze e il percorso di condivisione messo in atto che ci ha portato a crescere e a porci, in qualità di gruppo di lavoro, delle sempre più ricche e articolate domande.

Tutto inizia nel 2006, al rifugio Pordoi, quando per la prima volta si decide di organizzare, in maniera strutturata e condivisa a livello nazionale, una sorta di "rete della montagnaterapia". Nascono così le "macrozone", cioè dei raggruppamenti zionali che dovrebbero permettere alla persone più "vicine" di incontrarsi e confrontarsi. Così il Nord Ovest diventa macrozona 1 e Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta sono invitate a interfacciarsi insieme su questo nascente setting di lavoro che è la montagnaterapia. Questo non vuol dire che prima la montagnaterapia nelle nostre regioni non ci fosse ma non c'era uno sguardo d'insieme dei vari progetti locali, né lo sforzo di supportarsi e condividere, anche allargando ad altri, un metodo. Le realtà presenti ai primi incontri torinesi sono prevalentemente quelle dell'azienda USL, delle cooperative sociali, del CAI e delle associazioni di volontariato; a loro volta rappresentate da diverse figure professionali come: operatori sociali, educatori professionali, psicologi, infermieri, medici, guide alpine, accompagnatori CAI. Il lavoro che abbiamo svolto, e che cerchiamo di portare avanti ancora oggi dopo 6 anni dal nostro primo incontro, riguarda prevalentemente: incontri di coordinamento, progettazione locale, progettazione condivisa, eventi e convegni, pubblicazioni e "manutenzione" del gruppo.

Dopo il primo anno di lavoro abbiamo la possibilità di partecipare ad un altro evento nazionale e ci ritroviamo al rifugio Nino Pernici dove abbiamo la possibilità di conoscerci meglio e avvalorare il lavoro svolto anche con un confronto con le altre regioni. Sempre nel 2007 partecipiamo come gruppo di lavoro alla manifestazione ALPI 365, a Torino, proponendo un intervento dal titolo "Cambiamo aria? Pratiche di montagnaterapia a confronto." Da quella

esperienza prendiamo spunto per scrivere, e pubblicare, grazie al contributo di Idea Solidale, una nostra brochure ricca di foto, esperienze e anche delle parole dei nostri “alpinisti”. Tra i vari progetti presentati nella raccolta “Percorsi Piemontesi” ricordiamo: “A passo d’uomo” del Centro Diurno di Racconigi, “Cammina che ti passa” del DSM di Cuneo, “Arrampicare all’insù” della cooperativa santa Cristina di Torino, “SciAbile” della scuola di sci Sauze d’Oulx Project, “Montagne in città” dell’associazione L’Ancora di Torino e diverse esperienze presso comunità terapeutiche.

Arriviamo così al convegno di Riva del Garda, 2008, noi restiamo un po’ nello sfondo ma in realtà stiamo lavorando a dei progetti condivisi con tutti i gruppi che partecipano al coordinamento e siamo molto presi dall’organizzazione.

Difatti nel 2009 riusciamo infine a realizzare una ciaspolata alla quale invitiamo tutti gli enti che fanno parte della “rete” della macrozona 1. Andiamo al Monbracco, in provincia di Cuneo, e siamo ben in 53, non tutti arrivano in cima ma tutti ci provano e soprattutto tutti si siedono a mangiare insieme al rifugio! Proviamo così a ripetere l’esperienza di partire insieme anche in settembre e ci lanciamo con un’escursione di due giorni con pernottamento in rifugio, il rifugio della Gardetta in Valle Maira. I partecipanti sono meno ma sicuramente le due esperienze sono state molto positive sia per i partecipanti che per dare energia a noi organizzatori.

Arriviamo così al 2010 e al convegno nazionale “Sentieri di Salute” a Bergamo. Questa volta abbiamo tante esperienze e anche delle ipotesi più teoriche da condividere con gli amici delle altre regioni; il confronto è ricco e ci sono diverse persone che arrivano al convegno incuriosite e entrano nelle maglie della rete aumentando il numero di interessati; citiamo tra gli altri il SerT. Dell’azienda USL di Cuneo.

Dopo questo confronto così ricco il 2011 è invece un anno più di riflessioni interne e “cura” del gruppo. Siamo andati avanti e ci poniamo delle domande sul senso del nostro lavoro e su come continuare a interfacciarci, se è necessario cambiare qualcosa e darci una forma più strutturata... Per riflettere sulla nostra storia e sul nostro futuro organizziamo un evento formativo rivolto ad “addetti ai lavori”, si chiama “Istinto o GPS? Pratiche di orientamento e formazione in montagnaterapia” dove con l’aiuto di un formatore mediatore

cerchiamo di trovare i punti saldi del nostro cammino e del nostro essere un gruppo. Le due giornate sono molto proficue e ci danno una grande energia e voglia di costruire sempre più in concreto.

A inizio 2012 è il gruppo di Cuneo che, gruppo storico della nostra area, propone un evento da condividere con i vari gruppi dando un senso ancora più profondo al setting di montagna, non si accontentano infatti di portarci a camminare ma propongono una “ciaspolata letteraria”: “una giornata particolare tra natura, neve, sole e colore assaporando frammenti di letture tratte da pagine di Mauro Corona, Mario Rigoni Stern, Erri De Luca...” il tutto da concludersi con una polentata. La ciaspolata, che poi diventa una camminata visto lo scarso innevamento, si svolge a Begemolo (Cuneo) e vede coinvolte circa 70 persone provenienti da centri diurni e comunità terapeutiche delle province di Cuneo e Torino.

Ma come se non bastasse il nostro gruppo del DSM di Cuneo non si ferma! E organizza per maggio 2012 un trekking sull’Etna approvato dall’azienda USL. E così i nostri eroi e compagni partono per un trekking di 6 giorni accompagnati dai due infermieri che da sempre curano il “gruppo montagna” aiutati da due accompagnatori escursionistici del CAI di Torino. Credo che la cosa più importante da segnalare in questa esperienza sia il fatto che i nostri amici non si sono limitati a essere “turisti” e “visitatori” di un luogo ma hanno approfittato della trasferta per intessere una maglia in più nella rete prendendo contatti con il CAI di Linguaglossa e avviando un gemellaggio con il centro diurno di Gravina (Catania).

Arriviamo così ad oggi, luglio 2012, Valsavarenche. E devo dire che sono molto felice di essere qui oggi, in Valle d’Aosta. Come avrete notato nel corso del mio racconto le vicende narrate si svolgono prevalentemente in Piemonte. La Liguria è stata ceduta con un trattato... insomma ci siamo resi conto che i liguri non venivano più a nord e allora hanno cercato di organizzarsi tra di loro, ci sono diversi progetti che hanno portato avanti, prevalentemente nello spezzino. Ma se i Liguri sono scusati non possiamo dire lo stesso della Valle d’Aosta che con il suo territorio non può non presentarsi come luogo ideale per praticare la montagnaterapia; culla dell’alpinismo diverrà anche capace di guardare a nuovi orizzonti? Noi lo speriamo, ed io, piemontese adottata dalla Valle da circa

quattro anni, non posso che dire che se i requisiti ci sono non resta che mettere insieme le persone e permettere che anche questa regione, montagnosa per eccellenza, entri a far parte della rete e offra le enormi potenzialità che ha per avviare nuovi progetti di montagnaterapia.

Noi intanto vi presenteremo nel pomeriggio il percorso avviato con l'associazione Girotondo di Aosta che sta preparando proprio per questa estate il suo secondo soggiorno in montagna a Saint Barthélémy, vi racconteranno loro nel dettaglio chi sono e cosa stanno organizzando.



LA MONTAGNA COME METAFORA DI SALUTE

***Dr. Annibale SALSA**

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 intercettava la visione rassicurante di ambiente generatore di benessere e cura. Tale rappresentazione 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 dato alla farmacopea. Ma i saperi farmacologici e le arti curative erano ancora saldamente ancorati ai paradigmi della magia naturale. La cultura filosofica del Rinascimento ne esalta i poteri terapeutici anticipando la graduale transizione verso la scienza moderna della natura. L'interesse crescente per la raccolta delle erbe spontanee selvatiche avvicina gli studiosi ai territori alpini e montani in generale. La montagna, perciò, incomincia ad essere pensata in una prospettiva inedita dai ceti colti borghesi delle città. Le terre alte, lentamente, vengono a suscitare arcane curiosità come contenitori di materie prime offerte gratuitamente dalla Natura in alternativa alla produzione agricola indotta dall'uomo. Possiamo scorgere, in questo dualismo, un'anticipazione del contrasto fra natura selvaggia e domesticità. Un contrasto che occuperà il dibattito intellettuale tra la fine del Settecento e la prima metà dell'Ottocento. Talune zone prealpine, situate lungo corridoi ecologici in aree di contatto e di cerniera fra regioni geobotaniche opposte (boreali e mediterranee), diventeranno i nuovi santuari naturali della salute e della cura. Si pensi, a titolo esemplificativo, alla crescente notorietà del Monte Baldo (Prealpi del Garda) che gli studiosi mitteleuropei, fra cui il già menzionato Paracelso, definiranno con i nomi di *Hortus Europae* / *Hortus Italiae*. Ci troviamo, infatti, in un periodo storico che segna una delicata fase di passaggio fra l'età di mezzo e l'età moderna. Dalla magia alla scienza il salto di paradigma è stato traumatico, ma non sempre netto. Esso 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. Le donne dedite alla raccolta delle erbe a scopi curativi, spesso allucinanti, subiranno la riprovazione morale delle rispettive comunità controllate dalle autorità ecclesiastiche, subendo lo stigma infamante della strega. Lo scontro fra Medioevo e Modernità assumerà, sempre più, i tratti forti dell'ostracismo e del controllo sociale che il potere esercita da sempre sulla salute pubblica. Si dovrà attendere l'Età dei Lumi 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 filtrare surrettiziamente un non mai rimosso mondo magico. Oltre alle erbe medicinali, anche alle rocce venivano riconosciuti poteri terapeutici. Il contatto fisico con queste "cratofanie" era ritenuto propiziatorio per la salute ed apotropaico nei confronti dei pericoli di malattie e catastrofi. L'intreccio fra religione e magia, in montagna, è sempre stato forte e difficilmente separabile (magia simpatica o di contatto / magia omeopatica o sostitutiva). Processioni votive come quella di San Besso fra Cogne e Campiglia di Soana, includevano anche il contatto con la roccia della rupe poiché ritenuta emanatrice di potenze curative. Dalla descrizione di tale rito, da parte del sociologo francese Robert Hertz, nascerà l'interesse antropologico verso i "fatti sociali totali" del mondo alpino (R. HERTZ, *Saint Besse. Etude d'un culte alpestre*, 1912-1913). Se si esclude la descrizione malthusiana ottocentesca di alcune aree delle Alpi svizzere (Leysin – Cantone di Vaud) indicate come luoghi di salubrità e antidoti sicuri contro il diffondersi di pandemie distruttive nella popolazione europea, l'idea di una montagna terapeutica nell'accezione attuale è ancora lontana. Non vi è dubbio che lo studio del demografo inglese Malthus (R. MALTHUS, *Saggio sulla popolazione*, 1803) abbia contribuito a far nascere e ad alimentare la concezione moderna della montagna risanatrice. La prima specialità medica a trarne giovamento è stata la pneumologia. Dalla sua diffusione si è originata la grande corsa alla costruzione dei sanatori sulle Alpi che contribuirà a rafforzare i nuovi miti ed i

nuovi riti dell'«elvetismo», icona efficace di una Svizzera dall'accoglienza terapeutica e palingenetica. Viene, così, elaborata la metafora della montagna pura, rigeneratrice del corpo e della mente. Si tratta di un simbolo educativo finalizzato a correggere gli stili di vita della società corrotta moderna, troppo lontana dalla natura salvifica (Cfr. J.J. ROUSSEAU, *Julie ou la Nouvelle Héloïse*, 1761 e T. MANN, *La montagna incantata*, 1924). Dapprima se ne appropria l'immaginario aristocratico e borghese e, successivamente, anche quello popolare. Agli aspetti terapeutici, collegati alla dimensione fisico-organica del corpo, si aggiungono quelli psicologici, di sanità mentale. La nascita della psicoanalisi a Vienna ed il diffondersi delle scienze psicologiche oltralpe (Zurigo, Ginevra) favoriranno il formarsi graduale di un'inedita percezione della montagna. Le villeggiature estive di Sigmund Freud nelle località trentino-tirolesi di Lavarone e di Ritten/Renon, pur non facendo diretto riferimento ad una presunta "montagna-terapia", veicolano con forza la convinzione che la montagna abbia un peso importante nell'assecondare il benessere psico-fisico delle persone. La terapia contro le nevrosi moderne, figlie delle società urbane ed industriali, farà sempre più riferimento alle montagne che vengono rappresentate nel significato di spazi per una catarsi possibile. Nel passare dallo stretto ambito delle nevrosi ad uno allargato ai mondi delle psicosi, si possono individuare le premesse per la nascita della montagna-terapia, così come oggi viene proposta. I tempi sono maturi per ripensare la montagna oltre lo stereotipo moderno del "terreno di gioco" e ricollocarne il ruolo strategico all'interno di una cultura dell'accoglienza turistica de-stagionalizzata, che abbia come scopo il ristabilimento dell'equilibrio fra mente e corpo. Ciò vale, soprattutto, per i portatori di patologie psichiatriche. Essi, attraverso l'esperienza della montagna reale, possono confrontarsi con un nuovo senso del limite, destinato a spostarsi ed a riposizionarsi. Nell'arco di due secoli, l'immagine della montagna viene pertanto capovolta. Se leggiamo i resoconti dei viaggiatori colti delle Alpi, ad esempio Horace-Bénédict de Saussure (H.B. DE SAUSSURE, *Voyages dans les Alpes*, 1779-1796), la montagna viene esplorata con intenti di ricerca scientifica, ma non si coglie il nesso fra ambiente e benessere psico-fisico. Anzi, nei resoconti, emergono descrizioni che lasciano pensare ad un ambiente montano tendenzialmente eziopatogenetico. La consanguineità, favorita da consolidate pratiche di endogamia, avrebbe favorito

diffuse patologie quali il *cretinismo* ed il gozzo, quest'ultimo presente in prevalenza nella popolazione femminile. Saussure riporta fenomeni osservati, soprattutto, in Valle d'Aosta. Tuttavia, anche le valli del Cuneese evidenziavano tali patologie. Con la nascita del turismo invernale nella seconda metà dell'Ottocento, ancora in Svizzera nella località engadinese di Saint Moritz, anche la montagna innevata contribuirà a rafforzare l'idea etico-estetico-salutistica. Pure in questo caso, si è trattato di un capovolgimento prospettico. La montagna invernale, infatti, era ritenuta dai turisti alla stregua di un mondo inavvicinabile e suscitatore di immagini inquietanti associate ad una natura inospitale. Sarà la lungimiranza imprenditoriale degli albergatori, i fratelli Badrutt (1864), a far cambiare percezione ai turisti inglesi ed a consolidare l'idea di una montagna che cura, anche in inverno, per la purezza della sua aria tersa. Il destino sarà ormai segnato e verrà rafforzato con l'avvento del turismo di massa fra le due guerre mondiali. Le premesse culturali ci sono tutte, quindi, per approdare ad una concezione di montagna-terapia in senso riabilitativo ed a favore di una nuova ampia fascia di pazienti psichiatrici.

***Dr. Annibale Salsa docente di Antropologia Culturale e membro accademico del Gruppo Scrittori di Montagna. Ha ricoperto la carica di Presidente del Club Alpino Italiano per diversi anni.**

MONTAGNA E PSICHIATRIA: IL PAESAGGIO DI UN VIAGGIO

****Dr. Paolo di Benedetto***

«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)

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.

La pratica riabilitativa in montagna si pone come obiettivo lo sviluppo di una dialettica tra i frammenti sparsi del mondo della psicosi e in generale della sofferenza psichica.

Ma per garantire che questo lavoro di fusione risulti efficace, occorre che i frammenti che concernono il corpo vissuto e il suo ambiente di prossimità, siano scelti e calibrati. L'esperienza clinica ci insegna che molti nostri pazienti non sono da nessuna parte, posseduti da un'erranza dove il deragliamento in corso mostra come sia dominante lo spazio sconfinato.

Se nella nevrosi si impatta con la temporalizzazione, nel senso che il nevrotico manca gli appuntamenti della vita ma non con la storia della sua vita, nella psicosi l'accesso a questa dimensione strutturale è inconsistente: i desideri di un paziente psicotico non sono abordabili esplicitamente ma solo attraverso dei fantasmi, immagini dinamiche che hanno come oggetto dei pezzi di corpo.

Queste immagini dinamiche sono lo strumento che permette di tentare la riparazione della dissociazione dell'immagine corporea.

Questo è il compito che si propone l'esperienza di montagnaterapia strutturata nel setting e nelle persone.

***Dr. Paolo Di Benedetto-Psichiatra Centro diurno di Rieti- Dipartimento Salute Mentale - Azienda USL Rieti – email: psy1953@gmail.com**

LE TRASFORMAZIONI DEL VIAGGIO

Per una metodologia della montagnaterapia. Un modo diverso per percorrere la montagna

***Dr. Nicola G. De Toma**

Il presente lavoro parla di un *viaggio* attraverso alcuni paradigmi dell'andare in montagna in maniera particolare: la MONTAGNATERAPIA. Abbiamo imparato ormai da tempo, che la montagna ha in sé un grande **potere trasformativo**, che si sviluppa attraverso una serie di DIMENSIONI TRASFORMATIVE: il confronto con spazi diversi; il silenzio e la solitudine; la dimensione esplorativa; la necessità di sapersi muovere ed orientare; la necessità di fare gruppo; l'aver una guida; il cambio della propria prospettiva di vista; il progetto, il tempo e il ricordo del viaggio; la globalità dell'esperienza. La Montagna, così, diventa uno spazio vitale, un laboratorio per un nuovo *modo di stare al mondo*. La meta del nostro viaggio non è più, così, la meta in sé e per sé: è il viaggio stesso che diventa una meta. Il fatto di avere un altro a cui accompagnarci ci fa scoprire che la MT è un'esperienza di gruppo, che diventa, camminando, il nostro gruppo e che può essere, in caso di necessità, il nostro rifugio. Un altro passaggio importante è lo scoprire che la montagna si accompagna a *riti* ben definiti e riconoscibili, come il farsi lo zaino, che a volte ci permettono di sopravvivere in caso di necessità. Altro *passaggio* importante è la *restituzione*, vista come il montare il puzzle del viaggio. Infine la montagna diventa una palestra di *resilienza*, in cui impariamo la capacità di saperci difendere, di resistere, di affrontare e di superare le avversità della vita. Il luogo della cura, diventa così una soglia, una finestra che si affaccia verso luoghi del mondo dove le persone altrimenti non spingerebbero mai il loro passo.

***Nicola G. De Toma-Psichiatra Dipartimento Salute Mentale Azienda USL Roma B**

MONTAGNA, SCUOLA PER NATURA

La Montagnaterapia come approccio di intervento al disagio giovanile e non solo

Dr. Federico Magnaguagno

Di questi tempi nostri, certo difficili, la Scuola ha sempre meno risorse integrative per affrontare l'impegno educativo e rieducativo con alunni in difficoltà. Se ancora non siamo ad una penalizzazione drammatica per chi vive una condizione reale di disabilità, perlomeno in un'osservazione generica complessiva, le iniziative integrative per chi disabile non è ma va veramente tanto male a scuola, sono ormai soffocate quasi dappertutto. Ed è proprio un gran peccato, perché i mancati interventi nella scuola dell'obbligo non solo compromettono il successo formativo, ma fanno sì che di fatto si prevengono meno anche le sofferenze in età giovane adulta connesse con una varietà di condizioni che vanno dalla devianza alla malattia psichica.

L'intervento proposto vuole essere una testimonianza dell'efficacia di alcuni strumenti con adolescenti a partire dalle modalità con cui gli stessi vengono proposti.

Infatti, parlando di curricoli speciali, di proposte di intervento, di attività che possono avere una valenza educativa, si potrebbe correre il rischio di considerarle al pari di un "ricettario", come nella medicina allopatrica potremmo considerare una "pasticca": la si prende, si attende il suo effetto in modo passivo, sperando al massimo di non inciampare nei numerosi effetti non desiderati.

All'opposto, potremmo affermare che ogni esperienza è potenzialmente educativa e formativa, ma l'osservazione attenta della realtà rivela che non il discorso non è così semplice e che non tutti quelli che "fanno esperienza" apprendono allo stesso modo. È allora fondamentale approfondire quali fattori incrementano le possibilità che le esperienze proposte possano avere la valenza educativa e formativa auspicata.

Parlando di apprendimento e di bisogni educativi speciali, affrontare il tema della relazione significa affermare la base su cui si costruiscono i modelli di intervento proposti. Parlando di Montagnaterapia non si può prescindere dal considerare il valore insostituibile della relazione che si stabilisce tra le parti che costituiscono il sistema educativo, considerando quindi la fondamentale centralità che ha la sinergia che si stabilisce volontariamente, e non passivamente, tra stimolo (attività proposta), destinatari (gruppo di ragazzi) ed educatore, al quale è affidato l'importante compito di mediare ciascuno stimolo affinché possa esprimere appieno le potenzialità dello stimolo stesso, ma soprattutto, dei ragazzi interessati dall'attività.

Il "come" rappresenta il parametro qualitativo con cui i diversi elementi vengono messi in relazione, nella convinzione che nel raggiungere gli scopi prefissati, siano altrettanto importanti gli strumenti e le modalità con cui gli stessi vengono utilizzati.

È come dire che per realizzare un buon dolce non è sufficiente prendere tutti gli ingredienti e metterli insieme, ma occorre rispettare una sequenza di lavorazione che è stata elaborata a partire dalle compatibilità di ciascun ingrediente con gli altri, a seguito di una adeguata preparazione.

Allo stesso modo, traducendo l'analogia, non è sufficiente che i ragazzi facciano sport "perché lo sport fa bene" o per sviluppare le loro potenzialità inesprese, anche se l'attività che stanno svolgendo ha delle enormi valenze educative. È necessario che nel sistema educativo vi sia un "trasformatore", ovvero un mediatore capace di cogliere e far cogliere il potenziale trasformativo di ciascuna attività, rivelando così il reale valore che ogni stimolo può avere per quella determinata persona.

La natura, dunque, diventa un "naturale" modo di rispondere ai loro bisogni educativi speciali, offrendo un modello di umanità reale e non virtuale.

LA MONTAGNA PER TUTTI

Dr.ssa Giada Di Mauro

L'associazione "Girotondo" nasce prima come gruppo di auto mutuo aiuto formato da genitori di persone disabili, poi rinnova il suo statuto nel 2012 perché alcune persone con disabilità esprimono il desiderio di essere soggetti attivi, responsabili e/o responsabilizzabili attraverso la guida, l'aiuto e l'affiancamento di persone non disabili che scelgono di condividere con loro percorsi di crescita e di maturazione globale.

L'obiettivo è quindi la considerazione della persona nella sua interezza, al di là delle diverse capacità fisiche / mentali che si posseggono.

Fermarsi all'handicap, all'etichetta è un grave errore che molte persone coinvolte per diversi motivi, commettono ma questo fa perdere molto dell'altro, non lo si conosce in modo approfondito, lo si sottovaluta, lo si assiste, ma non si cresce insieme.

Girotondo propone occasioni di incontro che occupino il tempo libero di chi da solo fatica a organizzarlo, cercando di creare momenti di aggregazione che facilitino l'instaurarsi di relazioni positive, all'esterno dell'ambito familiare e che, soprattutto, offrano l'opportunità di svago che una persona senza disabilità nella vita ha (concerto, aperitivo, uscite, soggiorni di gruppo).

I ragazzi seguiti da un gruppo di operatori e di volontari partecipano anche a un progetto sulle abilità sociali per apprendere le regole del vivere comune. Inoltre si prevedono percorsi di vita autonoma guidata per chi è interessato a sperimentarla.

Tutte le associazioni dovrebbero aiutare i ragazzi e le famiglie a sperare.

Sperare di uscire dall'isolamento, sperare di avere un futuro, sperare tanto.
SPERARE SEMPRE E COMUNQUE.

Per sperare bisogna essere insieme, prendersi per mano e condividere.

Considerando la montagna come uno spazio privilegiato che può accogliere ed offrire esperienze sportive a tutti i livelli, l'associazione ha organizzato oltre a

uscite giornaliere, una residenza estiva di cinque giorni in una località di montagna, con i seguenti obiettivi:

- promuovere momenti esperienziali di vita comune e lo “spirito di gruppo”;

- permettere a persone adulte con disabilità di consolidare i loro percorsi individuali di sviluppo relazionale;

- sperimentare, a livello personalizzato, alcuni sport di montagna:

approccio alla camminata su sentieri, arrampicata su palestre artificiali e naturali, itinerari di escursionismo alpino di livello adeguato alle singole competenze in merito e alle reali possibilità fisico-tecniche di ogni partecipante.

I BENEFICI DEL NORDIC WALKING

Dr. Silverio Valerio

Le nostre abitudini sbagliate di vita quotidiana, la nostra vita sempre più frenetica e il rischio di ammalarci di comuni patologie associate ad essa, richiedono stili di vita più salutari e diversi, dove la persona riesca a ritrovare se stessa nell'ambiente il più salutare possibile, all'aria aperta, dove le persone possano socializzare tra loro e condividere, dove le persone riescano a riscoprire i vantaggi di una vita più moderata e meno frenetica, che valga la pena di assaporare, riuscendo nel contempo a praticare una attività fisica adatta a se, praticabile da tutti, praticabile in qualsiasi stagione, praticabile dovunque e praticabile a costi estremamente contenuti.

Quale attività fisica meglio del Nordic Walking può ottemperare simultaneamente tutte queste richieste? Una tuta, un paio di scarpe adatte e due bastoncini, permettono a chi lo pratica di librarsi nella natura alla riscoperta di se stesso e praticare sana attività fisica.

Nel passo della Camminata Nordica è racchiusa la quintessenza dell'attività fisica per eccellenza del genere umano: camminare. E' la prima cosa che facciamo quando smettiamo di gattonare e l'ultima della nostra vita, ed in questo gesto, così appartenente alla natura umana che solo a parlarne sembra di cadere nella banalità, è racchiusa una attività fisica completa. Il 90% della nostra muscolatura viene attivata nel camminare, attività che possiamo modulare con gradi differenti di partecipazione: benessere, fitness, e attività sportiva vera e propria. E proprio per questa grande quantità di muscolatura reclutata nel movimento è una disciplina che permette un gran consumo energetico, è una disciplina adatta ai soggetti in sovrappeso. La sua pratica permette un alleggerimento dell'apparato motorio per il lavoro di scarico delle articolazione ottenuto mediante l'uso dei bastoncini. Il grande movimento espletato con la porzione toracica e le braccia permette una migliore ossigenazione per l'utilizzo della muscolatura ausiliaria della respirazione. Economizza il lavoro del cuore che lavora in piena aerobiosi e permette un miglioramento nella funzionalità dell'apparato cardiocircolatorio. Permette e

produce l'esercizio di 4 delle 5 forme principali di sollecitazione motoria: resistenza, forza, mobilità e coordinamento. Ma se questi sono alcuni dei benefici per il corpo indotti dalla pratica del nordic walking, non da meno sono i benefici per lo spirito e la mente. Il costante e continuo contatto con la natura permette di elaborare ed eliminare lo stress della vita quotidiana, la camminata nordica con la liberazione di endorfine migliora l'umore delle persone depresse, contribuisce a migliorare l'autostima, a socializzare e a formare nuove amicizie.

Questi ed altri aspetti possono aiutare a prevenire e a curare patologie comuni della nostra società civilizzata, come la malattia metabolica, e numerose altre. In definitiva, la pratica del Nordic Walking, la vicinanza con la natura, ci permettono soprattutto di migliorare la nostra qualità della vita, di prevenire numerose patologie e risulta essere un valido ausilio nella terapia di numerose altre.



IL CARDIOPATICO IN MONTAGNA

**Dr. Andrea Ponchia*

L'ambiente montano presenta alcune caratteristiche fisiche (carenza di ossigeno, bassa temperatura) che richiedono al nostro organismo alcuni aggiustamenti per far fronte alle modificate condizioni ambientali. Salendo in quota la pressione atmosferica diminuisce e con essa l'ossigeno a disposizione del nostro organismo (a 3000 m la pressione parziale di ossigeno si riduce di quasi un terzo). Questo fatto determina, man mano che si sale, dei meccanismi di compenso nel nostro organismo quali un aumento della *frequenza ed ampiezza degli atti respiratori (ventilazione polmonare)* e della quantità di sangue pompata dal cuore grazie all'aumento della frequenza dei suoi battiti. Questo secondo meccanismo comporta, ovviamente, un aumento del lavoro del cuore e quindi delle sue stesse richieste di ossigeno, con il rischio che queste non siano completamente soddisfatte in presenza di gravi ostruzioni coronariche. Per questo motivo è importante che, anche in presenza di una malattia coronarica, questa non sia così grave da compromettere l'apporto di sangue al cuore anche in condizioni di aumentato carico di lavoro come durante sforzo.

Sulla base dell'esperienza personale e di quanto riportato in letteratura, si può affermare che i pazienti coronaropatici (inclusi quelli con pregresso infarto o sottoposti a procedure di rivascolarizzazione coronarica), senza terapia o in terapia, che a livello del mare non presentino sintomi, dimostrino una buona capacità lavorativa, con normale comportamento di frequenza cardiaca e pressione arteriosa durante la prova da sforzo eseguita in pianura e portata a termine in assenza di angina, di alterazioni elettrocardiografiche e/o di importanti aritmie, possono soggiornare in montagna e praticare, nella stagione estiva, l'escursionismo fino a quote anche di 3000 m. Essi devono però evitare passaggi particolarmente esposti e vie attrezzate che richiedono un elevato impegno muscolare di tipo isometrico, per l'eccessivo *aumento della pressione arteriosa* indotto da questo genere di sforzo. Nella stagione invernale possono altresì praticare sia lo sci di fondo che di discesa fino a quote di 3000 m. I rischi appaiono infatti legati a fattori indipendenti dall'altitudine, quali l'esposizione al

freddo eccessivo od un intenso stimolo emotivo, come un'improvvisa situazione di pericolo, condizioni che pertanto andranno evitate.

Anche se il rischio di male acuto di montagna non sembra aumentato nei pazienti coronaropatici, altitudini più elevate andranno evitate in tutti i casi potenzialmente a rischio e comunque valutate per il singolo paziente.

Più complessa è la problematica relativa alle altre cardiopatie congenite ed acquisite. Da un punto di vista generale, vizi valvolari lievi e piccoli shunt sinistro-destri, in buon compenso emodinamico, non controindicano la permanenza e l'attività fisica in quota, come d'altra parte neppure l'attività sportiva. Un approccio individuale per ogni paziente dovrà pertanto essere adottato nel caso di un maggiore grado di severità della cardiopatia o di cardiopatie a rischio di sincope o morte improvvisa, come stenosi aortica, miocardiopatia ipertrofica e miocardiopatia aritmogena.

Il giudizio circa la possibilità di soggiorno ed attività fisica in montagna dovrà infatti tener conto sia della situazione clinica del paziente cardiopatico sia delle caratteristiche dell'ambiente montano. Inoltre l'isolamento e la non immediata possibilità di accesso a strutture ospedaliere attrezzate possono rappresentare situazioni potenzialmente pericolose in caso di sincopi, lipotimie o capogiri anche in assenza di vere e proprie difficoltà alpinistiche e a prescindere dalle semplici conseguenze dell'ipossia d'alta quota, come pure i pazienti in trattamento con terapia anticoagulante, nell'affrontare delle attività escursionistiche, dovranno tenere presente, nel caso di traumi, la possibilità dell'aumentato rischio emorragico dovuto all'impiego dei farmaci anticoagulanti.

L'esposizione alla quota ha un effetto variabile sui valori della pressione arteriosa sia nei soggetti normali, sia nei pazienti ipertesi. I pazienti ipertesi presentano una tendenza a valori sistolici più elevati già dopo poche ore a media quota, tendenza che si estende anche ai valori diastolici dopo 24 ore. Successivamente la pressione arteriosa aumenta durante la prima settimana di permanenza in quota, sia nel normoteso che nell'iperteso, come dimostrato anche mediante monitoraggio ambulatoriale non invasivo per 24 ore.

Il paziente iperteso può soggiornare in montagna anche fino a quote di 3000 m, purché in buon controllo terapeutico, e praticarvi una moderata attività fisica come l'escursionismo o, nella stagione invernale, lo sci di fondo o di discesa, tenendo presente che il freddo è un ulteriore fattore aggravante l'ipertensione.

Egli, però, dovrà controllare frequentemente i valori pressori, specie durante la prima settimana di soggiorno in quota, con eventuali aggiustamenti posologici della terapia e porre la consueta attenzione alle norme igienico-dietetiche.

Controindicazioni cardiovascolari assolute al soggiorno alle medie quote (1800-3000 m)

- Infarto miocardico recente (< 4 settimane)
- Angina instabile
- Scompenso cardiaco congestizio
- Forme gravi di valvulopatia od ostruzione all'efflusso ventricolare
- Aritmie ventricolari di grado elevato (> 4a di Lown)
- Cardiopatie congenite cianogene o con ipertensione polmonare
- Arteriopatia periferica sintomatica
- Ipertensione arteriosa grave o mal controllata

Consigli generali per i pazienti cardiopatici

Affinché l'attività fisica durante un soggiorno in montagna non sia pericolosa, ma benefica, occorre inoltre tenere sempre presenti alcune norme generali.

- Prima di salire in quota eseguire un'accurata valutazione clinico-funzionale, per stabilire il grado di severità della malattia, il livello di compromissione funzionale, il rischio di possibili complicanze e l'adeguatezza della terapia.
- Durante i primi di giorni di soggiorno in quota, finché si svolgono le prime fasi del processo di acclimatazione, limitare l'attività fisica.
- Evitare passaggi particolarmente esposti e vie attrezzate che richiedono un elevato impegno muscolare di tipo isometrico e rappresentano un intenso stimolo emotivo.

- Cominciare lo sforzo lentamente e aumentarlo gradualmente; non interrompere mai bruscamente.
- Non fare sforzi importanti subito dopo mangiato. Attendere almeno due ore anche dopo un pasto leggero.
- Ridurre l'entità dello sforzo ed eventualmente evitare l'attività fisica in condizioni climatiche sfavorevoli (giornate molto fredde e ventose o molto calde e umide).
- Prestare attenzione agli eventuali disturbi che insorgono durante lo sforzo o subito dopo (dolori al torace, dispnea, vertigini, affaticamento eccessivo) ed eventualmente contattare il medico.
- Fare attività fisica solo quando si è in buone condizioni generali.

****Andrea Ponchia - U.O.S. Riabilitazione Cardiologica ULSS 16 Padova***

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

Martedì 3 luglio

Mattino

ore **8.30** Accredito partecipanti

ore **9.00** Apertura lavori e saluto di benvenuto

Moderatore *Dr. Paolo Di Benedetto*

Fondamenti storici della Montagnaterapia nel Centro Italia

Dr. Giulio Scoppola

“Sguardi sul nord ovest: passato presente e futuro della Montagnaterapia tra Piemonte e Valle d’Aosta”

Dr.ssa Mara Milan

“La montagna come metafora di salute”

Dr. Annibale Salsa

Moderatore *Annibale Salsa*

Montagna e psichiatria:

“Il paesaggio di un viaggio”

Dr. Paolo Di Benedetto

“Le trasformazioni del viaggio”

Dr. Nicola G. De Toma

Montagna, Scuola per Natura:

“La Montagnaterapia come approccio di intervento al disagio giovanile e non solo”

Dr. Magnaguagno

Pomeriggio

Moderatore *Pierfrancesco Pontecorvo*

“Montagne pour tous”: Ambiti e interventi in Valle d’Aosta e Francia

Andrea Borney - Antenne Handicap Onlus

Marc Gostoli - Antenne Handicap di La Plaigne (Francia)

Valérie Tauvron - EPPM di Passy (Francia)

“La montagna per tutti”

Associazione Girotondo di Aosta

Esperienze dirette

“I benefici del Nordic Walking”
Master Trainer *Flavio Dalle* e *Silverio Valerio*

Mercoledì 4 luglio

Mattino

ore **9.00** riapertura lavori

Moderatore *Giulio Scoppola*

**Intervento dell'Assessorato Sanità, Salute
e Politiche sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta**

Dr. Gianni Nuti

Società Italiana Medicina di Montagna

“Il cardiopatico in montagna”

Dr. Andrea Ponchia

**“Non solo emergenza in montagna:
dalla prevenzione alla terapia”**

Dr. Guido Giardini

Introduzione al pomeriggio esperienziale

Prof. Maurizio Gasseau

Conclusione lavori

Pomeriggio

ore **14.30**

Pomeriggio esperienziale:

**“La montagna che cura attraverso rappresentazioni
sociopsicodrammatiche”**

Conduce *Prof. Maurizio Gasseau*