

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale con AO S.Croce

Direttore: dr. Francesco RISSO

SC Psichiatria Area Nord

Direttore: dr. Carlo MILORDINI

Via Ospedali n. 14 – 12038 Savigliano

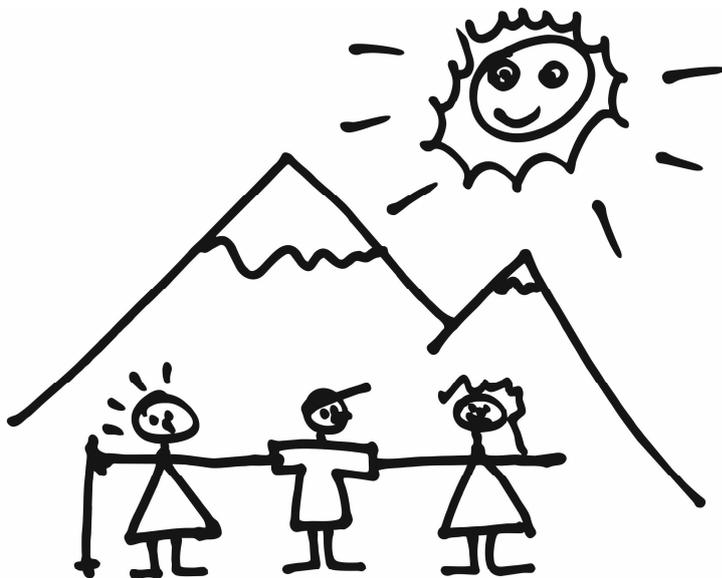
Telefono: 0172/719430 - Fax 0172/719453

e-mail: psichiatria.savigliano@aslcn1.it

Prot. n.

Savigliano, 22 giugno 2021

PROGETTO MONTAGNATERAPIA ASLCN1 AREA NORD



**LA MONTAGNA E' UN MODO DI VIVERE LA VITA.
UN PASSO DAVANTI ALL'ALTRO,
SILENZIO, TEMPO, MISURA.**

(P.Cognetti)

1

¹ Logo realizzato dai partecipanti alla Montagnaterapia

SOMMARIO

PROGETTO MONTAGNATERAPIA ASLCN1 AREA NORD	0
PREMESSA.....	2
ANALISI DI CONTESTO	7
TEORIE E MODELLI TEORICI DI PROGETTAZIONE E DI CAMBIAMENTO DEL COMPORAMENTO.....	10
OBIETTIVO GENERALE A (Comportamentale).....	12
OBIETTIVO GENERALE B (Comportamentale).....	13
OBIETTIVO GENERALE C (Ambientale)	14
OPERATORI.....	15
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'/INTERVENTO	18
GOVERNANCE	23
COLLABORAZIONI E ALLEANZE	24
VALUTAZIONE DI PROCESSO E IMPATTO	25
COSTI.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	30
EQUIPE CHE HA REDATTO IL PROGETTO.....	33
Allegati	34
Allegato 1 - Tabella delle presenze.....	35
Allegato 2 - Scheda tecnica relativa all'uscita.....	36
Allegato 3 - Scheda di osservazione e valutazione	37
Allegato 4 - Diario di bordo del momento di restituzione/confronto con i partecipanti al termine di ogni uscita.....	39
Allegato 5 - Questionario di gradimento e autovalutazione del partecipante	40
Allegato 6 - Profilo individuale del paziente partecipante all'attività di montagnaterapia	42
Allegato 7 - Gestione dell'attività in situazioni di emergenza	44
Allegato 8 - Scheda di rilevazione individuale.....	45
Allegato 9 - Informativa e consenso per le riprese video e foto	46
ai sensi del DGPR 679/2016	46

PREMESSA

BENESSERE E ATTIVITA' FISICA

Svolgere attività fisica permette di avere uno stile di vita sano con benefici sulla salute generale della persona. Le evidenze scientifiche parlano chiaro: secondo i dati dell'OMS² l'inattività fisica è il quarto più importante fattore di rischio di mortalità nel mondo.

Risulta ormai chiaramente associato il nesso che lega l'attività fisica alla prevenzione di numerose rilevanti malattie non trasmissibili (tra cui patologie cardiovascolari, diabete, tumore della mammella e del colon) ed all'aspettativa di vita (Lee et al., 2012). Conseguentemente, numerosi documenti di indirizzo delle principali istituzioni internazionali hanno recentemente sottolineato l'importanza dell'attività motoria in tutte le fasce d'età, estesa al più ampio e diversificato numero di contesti tra cui scuola, ambienti lavorativi e società sportive³.

Un quadro complessivo dei molteplici livelli a cui si esplicano i benefici dell'attività fisica è riportato in figura.

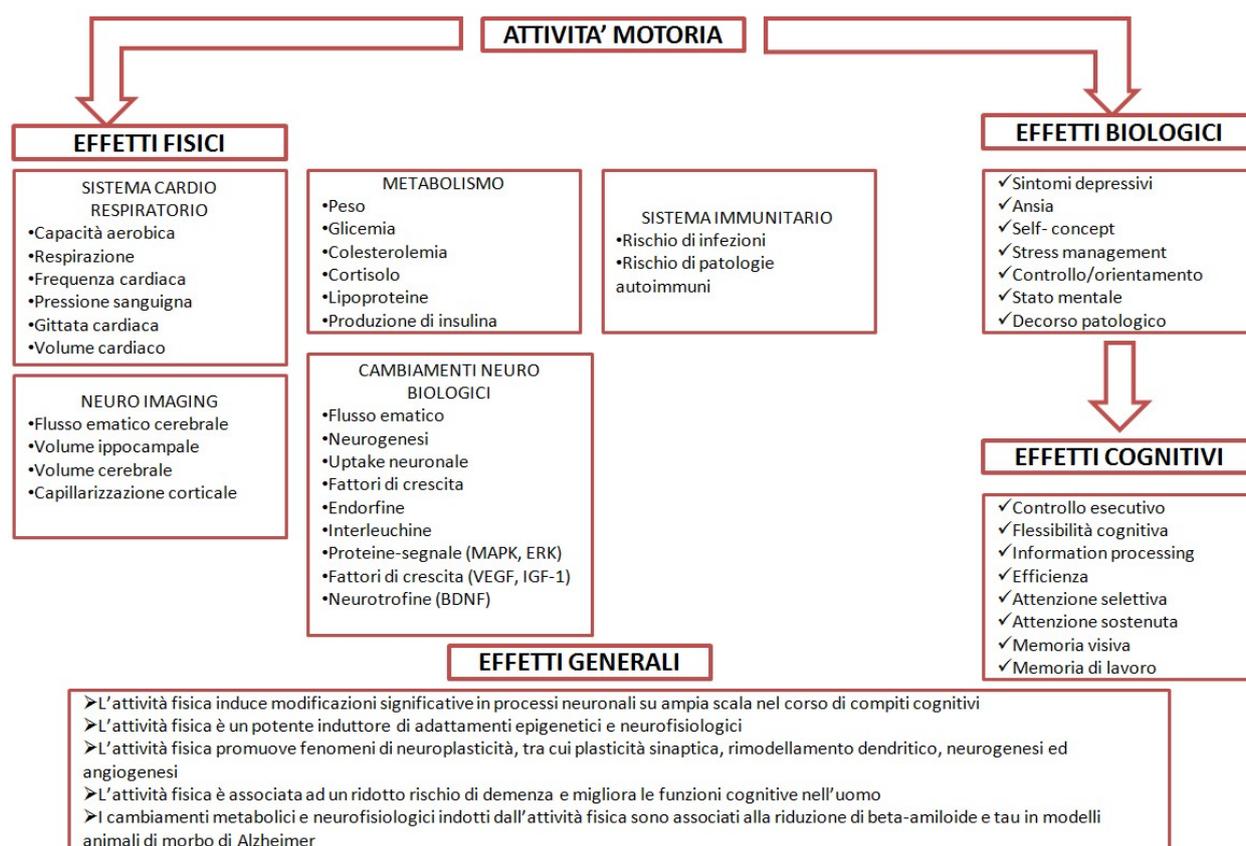


FIGURA 14

² Informativa n. 384 Febbraio 2014

³ Si vedano a titolo di esempio Il Rapporto Eurydice elaborato dalla Commissione Europea (2013), la Carta di Toronto per l'Attività Fisica elaborata dal *Global Advocacy Council for Physical Activity* (2010), gli orientamenti del gruppo di lavoro dell'Unione Europea Sport e Salute (2008) o i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia (World Health Organization, 2010; 2016).

⁴ Effetti dell'attività motoria (tradotto e modificato da Knochel et al., 2012)

ALTRETTANTO SIGNIFICATIVA RISULTA LA POSSIBILITÀ DI RIPRENDERE CONTATTO CON UN AMBIENTE NATURALE, RELATIVAMENTE INCONTAMINATO, PORTATORE IN SÉ DI VALENZE POSITIVE.

In particolare:

- trascorrere tempo all'aperto è associato a una maggiore aspettativa di vita⁵
- Camminare nella natura può migliorare la memoria a breve termine⁶ e la capacità di concentrazione⁷
- Strare all'aperto ha effetti antistress che riguardano la riduzione del livello di cortisolo e la frequenza cardiaca⁸ e l'affaticamento mentale⁹
- Trascorrere del tempo nella natura può essere un modo di tenere sotto controllo gli stati infiammatori associate a una vasta gamma di patologie, come malattie autoimmuni, infiammazioni dell'apparato digerente, cancro.¹⁰
- Stare all'aria aperta può aiutare a combattere depressione e ansia¹¹
- Il tempo trascorso all'aperto, che normalmente implica il camminare, abbassa la pressione del sangue¹².

PERCHE' LA MONTAGNA COME STRUMENTO DI CURA E RIABILITAZIONE?
EVIDENZE, RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA

La montagnaterapia è un originale approccio a carattere terapeutico, riabilitativo e/o socio-educativo, rivolto a pazienti con differenti problematiche, soprattutto quelle caratterizzate da un importante isolamento sociale, basato sulla terapia di gruppo e l'attività fisica, che si svolge nell'ambiente naturale della montagna (Scoppola et al., 2007). Questo tipo di intervento si propone di favorire il rapporto con se stessi e con gli altri, combattendo l'isolamento sociale che caratterizza questi disturbi e promuovendo la lotta allo stigma, oltre a stimolare la ri-acquisizione di competenze e autonomia in diversi ambiti.

Chi è stato il primo ad iniziare questo percorso? Le prime esperienze documentate si riferiscono a Pascal Petitqueux, un infermiere del centro ospedaliero "Bel Air" di Charleville-Mézières nelle Ardenne¹³, il quale, nel 1984, ha pensato di usare la montagna per riportare gli psicotici a quella normalità che avevano perduto. Chiunque sia stato in montagna sa che l'ambiente è impervio e necessita attenzione, concentrazione e capacità di adattamento costanti. Pascal Petitqueux ha verificato nei suoi pazienti che "la loro umanità riaffiorava di fronte al pericolo e all'imprevisto" di quell'ambiente, e li ha portati sempre più in alto. Con la difficoltà, con il doversi sostenere a vicenda, con il rischio che si corre insieme, ecco che "riemerge l'essere umano che l'istituto psichiatrico aveva come annullato". Questo è il primo caso emblematico di Montagnaterapia che, già di per sé, spiega quale sia il fondamentale contributo della montagna.

⁵ Jolanda Maas, Robert A Verheij [...], and Peter Spreeuwenberg, Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?

⁶ Interacting with Natur Improves Cognition and Affect for Individuals with Depression Marc G. Berman, Ethan Kross, Katherine M. Krpan, Mary K. Askren, Aleah Burson, Patricia J. Deldin, Stephen Kaplan, Lindsey Sherdell, Ian H. Gotlib, and John Jonides

⁷ Terry Hartig, Marlis mang, Gary W. Evans, Restorative effect of natural environment experiences

⁸ Qing Li, Effect of forest bathing trips on human immune function; Yoshifumi Miyazaki, Juyoung Lee, Bum- Jin Park, Yuko tsunestung, Keiko Matsunaga, Preventive medical effects of nature therapy

⁹ Stephen Kaplan, The restorative benefits of nature: toward an integrative framework

¹⁰ Gen Xiang Mao et al. Biomed Environ Sci., Effects of short-term forest bathing on human health in a broad-leaved evergreen forest in Zhejiang Province, China

¹¹ Jo Barton et al. Sci Technol, 2010 What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis

¹² Bun Jin Park, Yuko Tsunetsugu, [...] and Yoshifumi Miyazaki, The physiological effects of Shinrin-yoku: evidence from field experiment in 24 forests across Japan

¹³ Munzio U., *Malati di mente alpinisti per guarire*, in "Il Corriere della Sera", 26.11.1992.

L'esperienza francese è resa nota in Italia soltanto 8 anni dopo, nel 1992, con l'articolo: "Malati di mente alpinisti per guarire" pubblicato da Ulderico Munzi sul Corriere della Sera e a partire dal 1993, nascono le prime esperienze italiane.

Presso il centro diurno psichiatrico dell'ASL RM 3 San Godenzo a Roma viene proposto un progetto a carattere terapeutico-riabilitativo denominato "Corpo, Ambiente, Mente" che si sviluppa in uno scenario montano. Il termine Montagnaterapia è ancora inesistente. Il lavoro svolto viene videoregistrato e portato a conoscenza dei servizi di Salute Mentale della Regione Lazio, rendendo così possibile la nascita di altri gruppi di lavoro. Negli anni successivi nascono e si consolidano progetti in diverse parti d'Italia. Nel 1999 si svolge a Pinzolo, in Trentino Alto Adige, un convegno intitolato "Montagna e solidarietà: esperienze a confronto". Questo incontro rappresenta una tappa fondamentale nel processo di consolidazione e diffusione di questa nuova forma di riabilitazione e cura.

Enrico Camanni, nella prefazione di "In su e in sé. Alpinismo e psicologia" di Giuseppe Saglio e Cinzia Zola, chiarisce che "andare in montagna è desiderio della scoperta e della conoscenza sul terreno, ma anche dentro di sé e non solo attraverso l'ambiente, ma anche attraverso l'andare con qualcuno, collaborando nella buona e nella cattiva sorte"¹⁴.

Lo psicologo Giulio Scoppola del dipartimento di Salute mentale Roma 1, afferma che "la montagna ricrea le emozioni, favorisce i ricordi, provoca angosce aiutando poi a risolverle, contribuendo così a superare quei blocchi che sono all'origine della psicosi"¹⁵ occorre un nuovo tipo di relazionalità, giocata sull'immediatezza del sentire empatico, più che del ragionare astratto. È questo il punto di partenza del discorso fenomenologico sulla "Montagna-terapia", che ha come punto di arrivo il recupero terapeutico del paziente psichiatrico. L'esperienza della montagna deve essere prima di tutto sul sentire [...].

La montagna permette di sperimentare la libertà di essere se stessi e la liberazione dalle differenze e dagli stigmi di qualsiasi genere.

L'efficacia dell'esercizio fisico nei pazienti con disturbi psichiatrici è stata più volte dimostrata, sia sul piano fisico che psicologico (Kno"chel et al., 2012), ma gli interventi di montagnaterapia sono stati purtroppo poco studiati.

In generale le outdoor therapy non prevedono ancora una prescrizione specifica da parte del medico di base per i pazienti con problemi di salute mentale. "Ci sono aspetti sia sociali che tecnici: il principale ostacolo sociale è che le terapie all'aperto non sono ancora percepite come la medicina tradizionale. Ci vogliono tempo, cambiamenti istituzionali e informazioni tecniche perché diventino routine. Due leve sono particolarmente efficaci: la prima è la giustificazione sociale, a consentire alle persone di divertirsi spendendo tempo e denaro per la propria attività all'aperto, senza critiche da parte della famiglia o amici; la seconda è il sostegno reciproco tra pari, per prevenire le ricadute che possono verificarsi sotto pressione."¹⁶

Non sono a tutt'oggi state stilate delle linee guida, che definiscano in modo esclusivo la montagnaterapia: questo anche per salvaguardare la ricchezza e la "biodiversità" dei diversi gruppi che costituiscono il movimento: tuttavia vi sono alcune prassi largamente condivise, che possono rappresentare la differenza fra un'attività riabilitativa, qual è la montagnaterapia, e una semplice escursione in montagna¹⁷:

¹⁴ Camanni E., Prefazione a Saglio G., Zola C., *In su e in sé. Alpinismo e psicologia*, Scarmagno (TO), Priuli&Verlucchi, 2007, p. 7.

¹⁵ Da un articolo di Serafin M., *Quando la montagna diventa un aiuto alla vita*, 1999, p. 143.

¹⁶ Ralf C. Buckley, Paula Brough and Diane Westaway, *Bringing Outdoor Therapies Into Mainstream Mental Health*, 2018

¹⁷ La montagna terapia di Angelo Brega (medico psichiatra DSM Treviso), gennaio 2017 <https://gognablog.sherpa-gate.com/la-montagnaterapia/>

- I gruppi sono costituiti da un numero variabile di utenti (da 4-5 a oltre 15)
- I gruppi sono accompagnati da operatori di diverse professionalità (medici, psicologi, educatori, infermieri, OSS ecc.), con la collaborazione di esperti della montagna (accompagnatori CAI, guide alpine, guide escursionistiche).
- Le uscite sono solitamente precedute da un incontro preparatorio, e seguite da una restituzione di gruppo.

I benefici attesi dall'attività di montagnaterapia sono diversi. Innanzitutto, sono ormai consolidate le evidenze scientifiche a sostegno dei benefici generali legati all'attività motoria, per quanto riguarda il sistema cardio-circolatorio, la capacità respiratoria, il peso corporeo, il controllo glicemico, il tono muscolare. A ciò si aggiungono crescenti evidenze scientifiche sugli effetti positivi dell'attività fisica sulla salute mentale, e in particolare il suo effetto antidepressivo. Obiettivi co-essenziali includono la promozione di uno stile di vita sano, la limitazione di abitudini nocive come tabagismo ed abuso di alcol e il miglioramento nella cura di sé. Per riprendere l'espressione di Leslie Stephen (1871), la montagna costituisce inoltre un terreno di gioco che consente di confrontarsi con i propri limiti, affrontando la fatica, le variazioni climatiche, il timore dell'esposizione, con importanti ricadute in termini di autostima e autoefficacia (Albert Bandura, 2000), particolarmente rilevanti in presenza di sintomi depressivi (Bahaeloo-Horeh, & Assari, 2008) o di disabilità (Mazzoni, Purves, Southward, Rhodes, & Temple, 2009).

Una seconda serie di effetti terapeutici è legata al fatto che l'esperienza di gruppo nel contesto della montagna permette inoltre un'esperienza relazionale diversa e molto significativa: da un lato nel gruppo degli utenti, con la possibilità di sperimentare ed elaborare dinamiche collaborative e competitive, e dall'altro nel rapporto con gli operatori, stimolando questi ultimi ad interpretare il proprio ruolo in modo più flessibile e meno stereotipato. Il contesto della montagna offre, quindi, un *setting* in grado di avviare una ristrutturazione dei ruoli, sia nel gruppo degli utenti sia nella relazione con gli operatori sanitari o con le figure educative (Brega, 2014).

Con le terapie all'aperto, la figura e lo sfondo assumono un nuovo significato. "partnership terapeutica tripartita" è formato tra il cliente, la natura e il terapeuta, in modo che ciascuno possa essere influenzato dagli altri. "Camminare e parlare significa sfruttare un'interazione tra fisico, movimento e conversazione terapeutica all'aria aperta che si traduce in un'integrazione dello spazio, luogo e esperienza incarnata" (H. Schwenk, 2019)

Non è da sottovalutare il fatto che molti operatori che promuovono la montagnaterapia sono a loro volta appassionati di montagna: la possibilità di "contaminare" l'attività lavorativa con una propria passione, condividendola con utenti e colleghi, è uno stimolo per la motivazione, che rappresenta un elemento fondamentale nel lavoro di cura, e costituisce un fattore protettivo contro il burn-out.

Sono stati realizzati, a partire dal 2008, cinque convegni nazionali, a cadenza biennale, organizzati nell'ordine dalle macrozone: Trentino, Lombardia, Centro Italia, Piemonte, Veneto-Friuli Venezia Giulia. Già negli anni precedenti al 2008 tuttavia vi erano state diverse iniziative di formazione e divulgazione sul tema.

Merita una citazione l'importante evento *Sentieri di libertà*: un convegno itinerante, che si è tenuto in Sardegna (Ogliastra) nel 2014 e nel 2016, con la partecipazione di centinaia di utenti, operatori e volontari. L'esperienza dei gruppi sardi ha dato vita a un libro (Non ci scusiamo per il disturbo) e a un film (Semus fortes) che sono stati presentati in varie città in Italia e all'estero. Gli stessi autori del film Semus fortes, Mirko Giorgi e Alessandro Dardani, hanno anche realizzato il documentario Vincersi, che racconta la storia di un gruppo di atleti non vedenti che praticano l'arrampicata sportiva.

Nel 2019 è stata approvata con delibera dalla Giunta regionale della Regione Piemonte la “Carta etica della montagna”¹⁸. La Carta intende promuovere una cultura che valorizzi l’economia locale legandola ad una frequentazione turistica sostenibile e socialmente inclusiva, nell’ottica di accogliere anche le fasce più fragili della popolazione. Un risultato raggiungibile solo con il coinvolgimento diretto di enti pubblici e associazioni: ecco perché chi intende sottoscriverla deve riconoscerne integralmente il contenuto. Lancia un messaggio contro lo stigma legato a problematiche della salute e, al contempo, sostenere la montagna e le realtà locali che gravitano intorno ad essa.

In particolare l’articolo 3 - Montagna e salute - individua la montagna come luogo e strumento privilegiato di inclusione e di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione rivolti a individui, gruppi e comunità locali. I servizi socio- educativi e sanitari mettono a disposizione le loro competenze ed esperienze consolidate per favorire gli effetti benefici legati alla montagna terapia.

RAGIONI DELLA NASCITA E STORIA DEL NOSTRO PROGETTO

Nel corso degli anni si è dedicato notevole tempo ed energie per accompagnare gruppi di pazienti a camminare in montagna, già quando non si sentiva ancora parlare di Montagna-terapia. Dal 1996 nella zona territoriale di Savigliano, all’epoca ASL 17, con l’introduzione della figura dell’educatore professionale al CSM si sono attuati i primi progetti individualizzati territoriali, in base al bisogno dell’utenza. Le prime uscite di gruppo in montagna andavano a rispondere a un’esigenza di socializzazione e di gestione del tempo libero in spazi che offerissero nuovi stimoli. A partire dagli anni 2000 l’attività si è strutturata e ampliata ai territori di Fossano e Saluzzo ampliando gli obiettivi al benessere psico-fisico, all’autonomia di base e più in generale di salute. Dal 2011 al 2013 l’attività ha subito un notevole ri-dimensionamento per scelte dirigenziali e di sicurezza; a seguito del convegno del 2014 a Cuneo ¹⁹, l’attività è ripartita anche grazie a un cambiamento culturale.

Si è cercato di rimanere in linea con i riferimenti emersi durante i convegni nazionali di Mt che si svolgono ogni due anni.

Punto fondamentale è stato avviare la collaborazione dei CAI zonali nei nostri progetti: Fossano dal 2010, Saluzzo e Savigliano in tempi più recenti (2019), con l’obiettivo di elevare il livello tecnico, di conoscenza e di sicurezza e soprattutto integrare i nostri servizi, i nostri pazienti con i territori.

Il percorso ha visto muoversi all’interno del dipartimento piccoli gruppi per poi integrarsi con altri dei vari servizi all’interno dell’area. Ci si è mossi in un’ottica di collaborazione con il coordinamento di Mt sia a livello regionale che dipartimentale mettendo insieme l’esperienza delle due aree nell’ambito della psichiatria.

Nell’ambito della salute mentale creare un gruppo stabile che aderisse al progetto di montagna terapia, ha richiesto competenze, costanza e pazienza poiché il gruppo ha dovuto costituirsi, attrezzarsi (abbigliamento idoneo, preparazione dello zaino...). Ad oggi sono attivi nella Struttura Complessa Psichiatria Area Nord, tre gruppi di montagna terapia (Centro Diurno di Cussanio, Centro Diurno di Saluzzo e CSM di Savigliano) e due gruppi di fitwalking (Centro Diurno di Saluzzo, Centro Diurno di Cussanio). A partire dal 2017 si è avviata una collaborazione tra le tre esperienze.

Nell’anno 2018, dopo l’esperienza con Officina Monviso di salita al Rifugio Quintino Sella, sono stati raccolte le testimonianze di pazienti provenienti da diversi servizi, operatori, volontari, amministratori delle istituzioni, famigliari, richiedenti asilo, esperti di montagna in un opuscolo dal titolo “Un quintino

¹⁸ <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/ambiente-territorio/montagna/azioni-per-montagna/carta-etica-della-montagna>

¹⁹ 09-11 ottobre 2014 IV Convegno Nazionale di Montagna terapia - Fare e pensare in montagna terapia - sentieri di salute.

di salute” che è stato presentato al Salone del Libro di Torino, con il patrocinio della Regione Piemonte.²⁰

Nell’attività un elemento centrale è rappresentato dal corpo, quel corpo spesso abbandonato o negato nella patologia psichiatrica qui viene riscoperto, riappropriato; questo accade nel movimento, attraverso la fatica, nel misurarsi con gli elementi atmosferici nel confronto con la salita, nel raggiungimento di una meta. Il tutto in un ambiente naturale, poco modificato dall’uomo e ricco di stimoli diversi ed essenziali.

Punto di forza di queste esperienze è il gruppo, che diventa uno spazio dove è possibile sperimentare la solidarietà, la cooperazione, la relazione anche come aiuto; dove sono condivisibili le emozioni e sostenibili le paure, dove assieme e senza competizione è possibile indagare il “fino dove posso arrivare” ed essere sostenuti nell’accettare l’idea che più di questo non posso fare, per lo meno oggi.

Corpo, ambiente, gruppo. Tutto viene integrato dall’emozione, che permette un costante rimando alla dimensione del sé, alla propria percezione di “esserci”, alle parti dell’io che possono ricomporsi tra loro, con l’esterno e con gli altri. Questa diventa la vera azione terapeutica, la modalità attraverso cui riscoprire abilità sopite o perse, il raggiungimento di un nuovo “senso compiuto di sé” (S. Carpineta).

L’abitudine al cammino, quasi sempre in pianura, durante le stagioni meno calde permette di poter affrontare con un buon allenamento le uscite in montagna durante l’estate, in autonomia o con gruppi di montagna terapia del dipartimento.

ANALISI DI CONTESTO

L’ASL CN1 nasce nel 2008 dall’unificazione delle tre precedenti ASL 15 (Cuneo), ASL 16 (Mondovì-Ceva) e ASL 17 (Fossano-Savigliano-Saluzzo). L’azienda si posiziona nella zona sud ovest del Piemonte con una superficie territoriale di 5790 chilometri quadrati.

Il territorio di riferimento comprende 175 comuni e 6 comunità montane. Il numero di abitanti residenti al 31 dicembre 2017 è 418.532, (di cui 100.543 over 65) con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte.

L’Azienda rappresenta dal punto di vista dell’estensione 1/5 del territorio regionale, il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57.14%; superficie collinare 18.73%, superficie in pianura 24.13%). Vista la ricchezza del territorio rispetto alla dimensione naturale, esistono molte associazioni, organizzazioni e opportunità che valorizzano e promuovono la conoscenza e la fruizione del patrimonio: CAI, Officina Monviso...

Il Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell’Azienda Sanitaria CN1 costituisce l’assetto organizzativo dell’insieme delle strutture e delle attività proprie dell’assistenza psichiatrica dell’Azienda ASL CN 1 e del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell’A.S.O. S.Croce e Carle.

I Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) operano nei tre ambiti di “prevenzione, cura e riabilitazione” dei disturbi mentali gravi da cui possono derivare disabilità tale da compromettere l’autonomia e l’esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione ed emarginazione sociale.

²⁰ Esperienze di MT sulle pendici del Monviso- Un quintino di salute- SALONE del LIBRO TORINO

10-14 maggio 2018 presentato al salone del libro: il 29-30 agosto 2017 in 100 si sono trovati attorno al Monviso (disabilità, salute mentale, minori, stranieri, istituzioni e umanità insieme sul trekking)

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- servizi residenziali: strutture residenziali psichiatriche (SRP)
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

I Centri di Salute Mentale sono la sede organizzativa del DSM, dell'équipe e del coordinamento degli interventi e svolgono le proprie attività in un preciso territorio di competenza²¹.

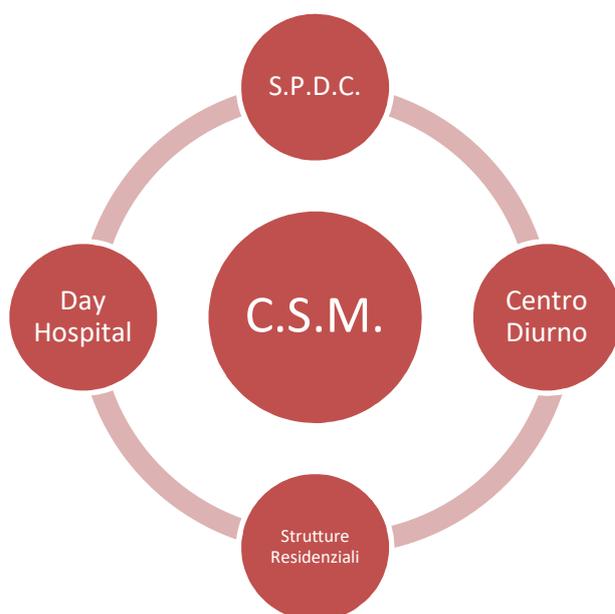


FIGURA 2

Qui di seguito vengono indicati i dati relativi ai pazienti in carico e alle prestazioni erogate dai CSM sulla popolazione generale dell'area di riferimento suddivisi per genere e per territorio.

Nel 2019 sono stati presi in carico 2749 pazienti con varie tipologie di prestazioni ed interventi che possono comprendere il colloquio con il medico psichiatra, il colloquio psicologico, l'intervento infermieristico e l'intervento educativo individualizzato o di gruppo.

²¹ Progetto Obiettivo Tutela salute mentale 1994-1996

Nr. pazienti seguiti sulla popolazione generale Area Nord nel 2019

2019	
FOSSANO	
F	M
355	260

2019	
TOTALE	
F	M
1.587	1.162

2019	
SAVIGLIANO	
F	M
642	459

2019	
SALUZZO	
F	M
625	475

Nr. Prestazioni erogate dai CSM dell'ASLCN1 Area Nord nel 2019

2019	
FOSSANO	
F	M
1.561	1.073

2019	
TOTALE	
F	M
6.709	4.966

2019	
SAVIGLIANO	
F	M
2.611	1.913

2019	
SALUZZO	
F	M
2.537	1.980

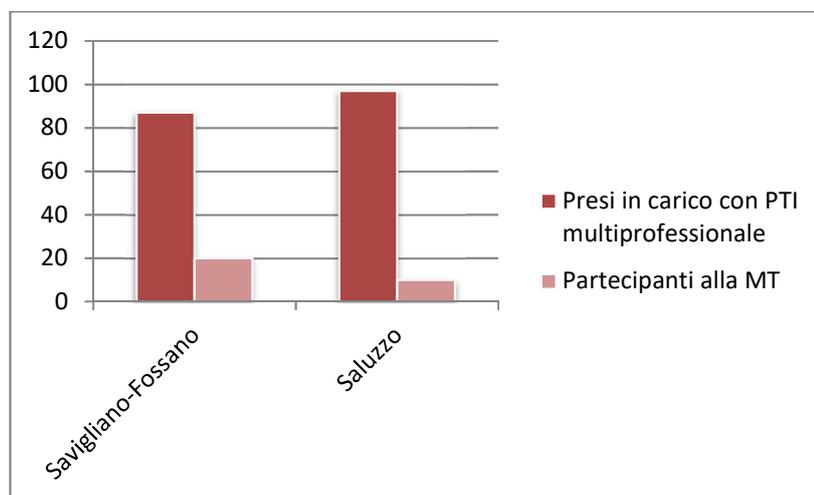
Ciascun paziente è inserito all'interno di un piano terapeutico individualizzato, ossia il complesso delle prestazioni medico-psicologiche, infermieristiche e di educazione/rieducazione orientate a contrastare gli esiti di deficit, a sostenere il raggiungimento dei livelli massimi di autosufficienza e autonomia ed a promuovere il benessere psichico e la più ampia espressione della vita relazionale e affettiva.

Nel 2020 vengono presi in carico con progetto terapeutico individualizzato multiprofessionale 184 pazienti.

2020	
SAVIGLIANO- FOSSANO	
87 persone	
F	M
36	51

2020	
SALUZZO	
97 persone	
F	M
57	40

Le proposte risultano essere variegata e individualizzate ed il progetto di Montagnaterapia è una di queste, che copre il 16,84% delle persone prese in carico con progetto terapeutico multidisciplinare.



Il progetto è nato in modo spontaneo da una popolazione professionale appassionata e competente attorno ad un'idea innovativa: che le attività che coinvolgono la montagna come protagonista possano avere un valore sanitario, sia esso terapeutico, riabilitativo o preventivo.

In seguito la passione si è coniugata con rigore professionale e metodologico, per non perdere di vista l'esito e le finalità del progetto stesso e che alla vista di non conoscitori potrebbe apparire un'attività ludica, di svago e non sanitaria.

TEORIE E MODELLI TEORICI DI PROGETTAZIONE E DI CAMBIAMENTO DEL COMPORTAMENTO

Per la stesura di questo progetto si è utilizzato il modello per progettare, sviluppare e valutare programmi di promozione della salute *Precede/Proceed*, ideato da Lawrence W. Green²². La metodologia suddivide il processo in due percorsi tra loro complementari: *Precede* e *Proceed*.

PRECEDE è il percorso che ripercorre, nelle sue fasi, la storia naturale del problema di salute ed è finalizzato alla raccolta di informazioni attraverso cinque fasi di valutazione (assessment)

ANALISI DEI DETERMINANTI

Il progetto si propone di lavorare sui seguenti fattori:

FATTORI PREDISPONENTI: le conoscenze, le attitudini, le credenze e i valori individuali che sostengono o ostacolano la motivazione al cambiamento.

Gli ostacoli al cambiamento sono:

- Stile di vita sedentario
- Cattive abitudini alimentari
- Mancanza di conoscenze ed esperienze legate al movimento come occasione di benessere

²² La sua prima versione risale al 1974 per opera di Lawrence W. Green (www.lgreen.net) che, allora, aveva ideato un percorso di valutazione (prototipo dell'attuale *Proceed*). Nel 1980, sempre Green, si dedica allo sviluppo delle fasi di progettazione - quelle che nelle ultime versioni fanno parte del percorso *Precede* -. Nel 1991, Green insieme a Marshall W. Kreuter, oggi considerati gli autori di riferimento del modello, hanno sviluppato la versione che integra i due percorsi.

- Paura della fatica
- Bassa autostima
- Solitudine
- Paura del giudizio degli altri nel far parte del gruppo legato al Dipartimento di Salute Mentale
- Difficoltà a tollerare la frustrazione
- Difficoltà nell'autonomia organizzativa

Le leve che favoriscono il cambiamento:

- Aumento delle conoscenze relative ai determinanti di salute (movimento, sana alimentazione, buone relazioni sociali...)
- Aumento di fiducia nelle proprie capacità
- Sperimentare e interiorizzare attraverso le attività degli stili di vita sani

FATTORI ABILITANTI: capacità, risorse o barriere che aiutano o ostacolano il desiderio di modificare comportamenti o situazioni ambientali.

- Disponibilità di volontari CAI che sostengono i gruppi di montagnaterapia nell'organizzazione e nell'accompagnamento durante le uscite
- Economicità dei servizi: l'accesso all'attività di montagna terapia è gratuito e i pazienti vengono assicurati gratuitamente dall'RC aziendale e dalle sezioni CAI di riferimento;
- Accessibilità: per la partecipazione alle uscite è previsto un servizio di trasporto gratuito con i mezzi aziendali e la fornitura di equipaggiamento tecnico necessario per l'attività di Montagnaterapia (bastoncini, maglie tecniche, zaini, termos, contenitori per gli alimenti...)
- Integrazione: attraverso l'organizzazione di iniziative ad hoc per il superamento dello stigma e l'inclusione con il territorio

Questi elementi permetteranno a tutti gli utenti di sviluppare competenze abilitanti necessarie al controllo dei fattori di rischio.

Gli effetti indesiderati degli psicofarmaci (aumento ponderale, astenia, sindromi extrapiramidali, difficoltà di coordinazione, sedazione...) assunti costantemente e da lungo periodo risultano essere un fattore, spesso, ostacolante nello svolgimento dell'attività fisica e nella motivazione a praticare la stessa.

FATTORI RINFORZANTI: tutte le risposte che i soggetti ricevono dagli altri in seguito all'adozione di un nuovo comportamento che li incoraggia o meno al mantenimento del nuovo comportamento.

- L'integrazione tra servizi diversi offre maggiori stimoli motivazionali, di confronto e di relazione sia per i pazienti che per gli operatori stessi
- Il gruppo è occasione di sostegno reciproco, spinta a continuare nella partecipazione e al superamento dell'isolamento. La realizzazione di logo rappresentativo dell'attività, che identifichi il gruppo, favorisce il senso di appartenenza allo stesso.
- I benefici fisici ottenuti da un'attività costante, offrono benessere psicofisico e rinforzano il mantenimento dell'attività

Gli strumenti con cui sono stati analizzati i determinanti sono stati:

- Questionari di autovalutazione e di gradimento al termine dell'attività
- Schede di osservazione e valutazione delle uscite di Montagnaterapia

- Visita medica sportiva agonistica annuale per ogni utente partecipante all'attività di Montagnaterapia
- Verbali che attestano la collaborazione con i CAI dal territorio, l'Università di Torino e il centro di documentazione Dors Regione Piemonte
- Partecipazione al coordinamento zonale, regionale e nazionale di Montagnaterapia
- Condivisione dei principi della Carta etica della Montagna piemontese

PROCEED

Proceed è il percorso composto da quattro fasi dedicate alla valutazione degli interventi e del progetto nel suo complesso. Il modello usato nel nostro progetto mira alla verifica dei risultati dell'intervento, ma anche alla valutazione del processo, dell'impatto dell'intervento sui determinanti comportamentali e ambientali e dei risultati in termini di salute e di qualità della vita degli utenti coinvolti. Per migliorare le modalità di valutazione nell'anno 2019 sono state create alleanze con l'Università di Torino interfacoltà in educazione professionale e con il Centro di Documentazione Regionale Dors Regione Piemonte.

OBIETTIVO GENERALE A (COMPORTAMENTALE)

Favorire il miglioramento delle condizioni psico-fisiche e la promozione di uno stile di vita salutare delle persone coinvolte nel progetto afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le attività di Montagnaterapia, in un arco di tempo compatibile con le proprie condizioni di salute.

OBIETTIVI SPECIFICI (P A R)

1. Dimensione corporea

- miglioramento delle condizioni fisiche generali;
- miglioramento dell'equilibrio e della coordinazione;
- aumento della consapevolezza della propria percezione corporea (percezione della fatica, caldo, freddo, respirazione ...);

2. Dimensione cognitivo

- incrementare le capacità di concentrazione e attenzione;
- accrescere la capacità di orientamento e la memorizzazione del percorso;
- rieducare ad un tempo diverso, sperimentare ritmi diversi da quelli della vita quotidiana;
- miglioramento delle funzioni cognitive: la relativa estraneità e varietà dell'ambiente montano stimola le capacità di problem solving, offrendo una varietà di situazioni che richiedono un adattamento;

3. Dimensione delle autonomie

- aumento della capacità di gestione dell'ansia anticipatoria dello sforzo, della fatica e della paura di fronte alle difficoltà;
- aumento della capacità di organizzazione rispetto alla preparazione del vestiario adeguato all'attività, dell'attrezzatura necessaria e del pasto;
- aumento delle capacità critica di valutazione e giudizio relative all'attività per l'orientamento e la progettazione della stessa.

Obiettivo Generale A	Indicatore	Standard	Strumento di rilevamento	Chi usa lo strumento
Favorire il miglioramento delle condizioni psico-fisiche e la promozione di uno stile di vita salutare delle persone coinvolte nel progetto afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le attività di Montagnaterapia, in un arco di tempo compatibile con le proprie condizioni di salute.	Miglioramento del paziente su una dimensione specifica Aumento della capacità critica di valutazione e giudizio relative all'attività	N° di pazienti che hanno migliorato il loro obiettivo specifico all'interno del piano individuale, sul totale dei pazienti coinvolti N° proposte dei pazienti che vengono accolte relative alla progettazione dell'attività sul totale delle proposte	Scheda di osservazione e valutazione del paziente (Allegato 3). Profilo individuale del paziente partecipante all'attività (Allegato 6) Diario di bordo (Allegato 4) Questionario di gradimento e autovalutazione del partecipante (Allegato 5)	Equipe educatori e infermieri Pazienti coinvolti nell'attività

OBIETTIVO GENERALE B (COMPORAMENTALE)

Favorire il benessere e la promozione di buone relazioni sociali, tra i componenti del gruppo e con le persone che incontrano durante le attività di Montagnaterapia (operatori sanitari, volontari, altri operatori...), afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, proporzionalmente con le proprie condizioni di salute.

OBIETTIVI SPECIFICI (P A R)

Dimensione relazionale-emoiva

- favorire la comunicazione e la relazione tra i pazienti per prevenire l'isolamento;
- miglioramento dell'autostima e del rispetto verso se stessi e gli altri;
- promozione della capacità di chiedere e prestare aiuto;
- elaborazione di una propria memoria personale e collettiva che faciliti la strutturazione dell'identità personale e dia un senso di continuità all'esperienza;
- miglioramento delle capacità di gestirsi in un gruppo in particolari condizioni rispetto alla cooperazione, alla solidarietà e alla socializzazione;
- incrementare le occasioni di incontro tra i pazienti dei diversi servizi della S.C. Psichiatria Area Nord affinché organizzino momenti di ritrovo in autonomia o in collaborazione con altri enti del territorio (CAI, gruppi di cammino...);

Obiettivo Generale B	Indicatore	Standard	Strumento di rilevamento	Chi usa lo strumento
Favorire il benessere e la promozione di buone relazioni sociali, tra i componenti del gruppo e con le persone che incontrano durante le attività di Montagnaterapia (operatori sanitari, volontari, altri operatori...), afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, proporzionalmente con le proprie condizioni di salute.	Miglioramento del paziente su una dimensione specifica	N° di pazienti che hanno migliorato il loro obiettivo specifico all'interno del piano individuale, sul totale dei pazienti coinvolti	scheda di osservazione e valutazione del paziente (Allegato 3). Profilo individuale del paziente partecipante all'attività (Allegato 6)	Equipe educatori e infermieri

OBIETTIVO GENERALE C (AMBIENTALE)

Favorire lo sviluppo di una rete tra i servizi, il territorio e il coordinamento di montagna terapia regionale e nazionale per rendere il contesto sociale più solidale e meno stigmatizzante e il contesto montano più accessibile nei confronti dei pazienti.

OBIETTIVI SPECIFICI (P A R)

1. Integrazione con i territori tramite la collaborazione con i CAI durante la programmazione e l'accompagnamento nell'attività ed eventualmente, in modo autonomo al di fuori di essa, favorendo il senso di appartenenza a questa associazione.
2. Favorire l'integrazione tra servizi della S.C. Psichiatria al fine di progettare, creare azioni e strumenti di valutazione comuni;
3. Favorire l'integrazione tra servizi della S.C. Psichiatria con gli altri servizi del Distretto che si occupano di gruppi di cammino e di promozione della salute;
4. Partecipare al coordinamento di Montagnaterapia del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASLCN1 e partecipazione al convegno Nazionale di Montagnaterapia;
5. Favorire momenti di integrazione con altri gruppi di MT nell'ambito della salute mentale e/o con utenze diverse;

Obiettivo Generale C	Indicatore	Standard	Strumento di rilevamento	Chi usa lo strumento
Favorire lo sviluppo di una rete tra i servizi, il territorio e il coordinamento di montagna terapia regionale e nazionale per rendere il contesto sociale più solidale e meno stigmatizzante e il contesto montano più accessibile nei confronti dei pazienti.	Mantenimento dello standard dell'anno precedente	N° di enti/servizi nuovi o già partner inseriti nella rete ogni anno (standard 2 enti/servizi all'anno) N° eventi per l'utenza organizzati ogni anno (standard 2 eventi all'anno) N° eventi a cui si partecipa in collaborazione con altri gruppi di MT (standard 1 eventi all'anno) N° di presenze agli incontri di coordinamento di mantagnaterapia su quanti organizzati (circa 3 l'anno)	Scheda tecnica relativa all'uscita (allegato 2) Verbali degli incontri di coordinamento	Equipe educatori e infermieri

DESTINATARI

Sono previsti circa 30 pazienti²³ (10 per ogni servizio: CSM Savigliano, CD Cussanio, CD Saluzzo) di varie età dai 18 anni ai 60 anni con patologie psichiatriche gravi (psicosi, disturbi severi dell'umore e della personalità...), in carico ai Centri di Salute Mentale inseriti in un Progetto Terapeutico Individualizzato che coinvolge anche altre aree riabilitative.

²³ Dati destinatari anno 2020

Femmine	Maschi
10= 33%	20=67%

MEDIA ETA'	45,3 anni
-------------------	-----------

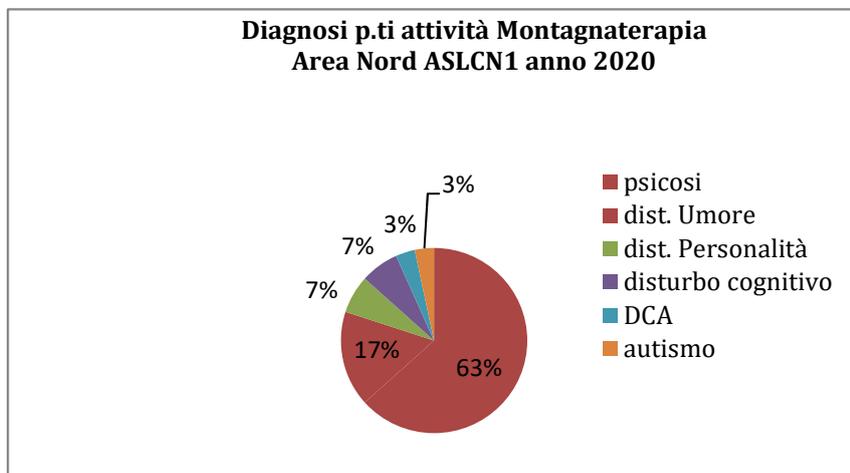


FIGURA 3

Tali pazienti non presentano particolari controindicazioni da un punto di vista fisico (ipertensione non compensata, cardiopatie, problemi ortopedici...), se si esclude una media del BMI leggermente elevata e una tendenza importante al tabagismo; poco significativa invece la presenza di malattie metaboliche come da tabella seguente:

MEDIA BMI	27,44 (indice- 25-29,99 sovrappeso)
FUMATORI	63%
DIABETE	3%

Inoltre annualmente sono sottoposti a visita medica agonistica, adatto per atleti disabili (DIRa)²⁴ effettuata gratuitamente presso il Servizio di Medicina Sportiva dell'ASLCN1.

OPERATORI

Il progetto è realizzato dagli operatori (educatori, infermieri e psichiatri) della S.C. Psichiatria Area Nord dell'ASLCN1, in collaborazione con i volontari delle diverse sezioni CAI, accompagnatori naturalistici e/o guardia parco e con la supervisione dei responsabili delle Strutture Semplici.

Durante le uscite i gruppi vengono accompagnati dagli educatori professionali, in numero proporzionale alle presenze, (1 operatore ogni 3 pazienti) ed è garantita la presenza di un infermiere sul totale.

²⁴ Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 4 marzo 1993- "Determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate" (Pubblicato nella G.U. 18 marzo 1993, n. 64)

Indichiamo qui di seguito il ruolo degli operatori coinvolti nel progetto:

PSICHIATRA

- Funzione di valutazione (dal punto di vista del funzionamento psichico) dei requisiti in relazione ai criteri di ammissione/esclusione degli utenti all'attività.
- Funzione di monitoraggio del processo della Montagnaterapia nel suo complesso e in relazione ai percorsi individuali (nell'équipe multiprofessionale).
- Funzione di progettazione e revisione del progetto (con équipe multiprofessionale).
- Funzione di restituzione all'équipe curante (Centro di Salute Mentale) degli aggiornamenti dei singoli utenti nell'ambito dell'attività di Montagnaterapia.

EDUCATORE PROFESSIONALE²⁵

L'Educatore professionale operatore sociale e sanitario è una figura che, in possesso del titolo attua specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti ad uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo-relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.

Le competenze di base di questo ruolo sono indicate nel D.M. 520/1998 e comprendono attività ed azioni specifiche:

1. Pianificazione dell'intervento educativo rivolto a comunità-gruppi;
2. Pianificazione dell'intervento educativo rivolto alla persona;
3. Educazione e riabilitazione;
4. Organizzazione, coordinamento e gestione di risorse;
5. Formazione;
6. Ricerca.

Vi sono inoltre delle competenze trasversali mirate a:

1. Diagnosticare la situazione: prestare attenzione, percepire, interpretare, decifrare...;
2. Affrontare la situazione: progettare, pianificare, prendere iniziative, decidere, agire, assumere responsabilità e valutare le conseguenze;
3. Relazionare nella situazione: riconoscere sé e l'altro, cooperare, negoziare, ascoltare e comunicare...;

INFERMIERE²⁶

- Evidenzia, in micro équipe, i problemi assistenziali prioritari in base ai dati della stima iniziale valutati dal servizio.

²⁵ Profilo di competenza Educatore Professionale Dipartimento di Salute Mentale ASL CN1

²⁶ Profilo di competenza Infermiere Area Centro Salute Mentale ASL CN1

- Attua gli interventi identificati nel piano di assistenza (sostitutivi, di compenso, di guida, di educazione, di sostegno) garantendo sicurezza, efficacia, economicità, gradimento delle prestazioni. Nello specifico programma, in équipe e con la persona assistita, interventi ricreativi/ risocializzanti (gite, soggiorni, montagnaterapia ecc.).
- Valuta i progressi dell'utente nel raggiungimento degli obiettivi: concorda con l'équipe curante criteri oggettivi per identificare i progressi/regressi e coinvolge, per quanto possibile, la persona assistita e il care-giver in questa valutazione.
- Valuta sistematicamente gli interventi infermieristici e gli esiti raggiunti, nel rispetto di criteri definiti di qualità.
- Rivede periodicamente il piano di assistenza.
- Riconosce le situazioni critiche e attiva le procedure conseguenti, anche affrontando l'emergenza in particolare: esegue le manovre di BLS e riconosce i segni e sintomi e adotta le procedure stabilite (in caso di quali alterazione dello stato di coscienza, dolore, infezioni ferite, delirium tremens, ritenzione urinaria, cadute accidentali).

VOLONTARI CAI

- La Sezione viene contattata dall'ASL, per ottenere un accompagnamento in ragionevole sicurezza in ambiente montano di un gruppo di persone giudicate idonee a tale attività.
- Il Presidente di Sezione si accerta che tutti i partecipanti vengano assicurati per gli infortuni e la responsabilità civile durante le uscite in presenza di un accompagnatore CAI.
- Le Sezioni CAI, in base alle problematiche dei partecipanti, stabiliscono l'appropriato rapporto numerico fra tecnici della montagna, operatori dei servizi e persone da accompagnare.
- Spetta alle Sezioni CAI la scelta delle mete, che devono corrispondere alle buone regole dell'accompagnamento CAI ed a requisiti di dislivello, difficoltà, durata, stagione, esposizione, etc adatti alle possibilità di tutti i partecipanti. Sempre agli accompagnatori spetta anche di valutare mediante sopralluogo lo stato del percorso.
- In occasione della pianificazione e della conduzione gli accompagnatori verificano che l'equipaggiamento sia adeguato alle attività programmate, sia per quanto riguarda l'abbigliamento che per quanto riguarda l'attrezzatura.

GUIDE TURISTICHE E NATURALISTICHE

- Le guide naturalistiche vengono contattate dagli operatori dell'ASL per pianificare specifiche uscite con obiettivi diversificati.
- Narrazione della storia e cultura locale attraverso percorsi e itinerari a tema
- Escursioni guidate nelle valli per sperimentare vari sport montani (racchette da neve, sci di fondo...)
- Osservazione e conoscenza della flora e della fauna alpina

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'/INTERVENTO

Il progetto si articola nell'arco di 3 anni secondo il modello progettuale PRECEDE-PROCEDE. Il progetto è basato sulle seguenti azioni ricorsive:

- A. Assessment e valutazione di processo e impatto
- B. Formazione
- C. Coordinamento e integrazione
- D. Azione con i destinatari
- E. Azione di comunicazione e diffusione dei risultati

Qui di seguito viene descritto lo sviluppo delle suddette azioni.

A. ASSESSMENT E VALUTAZIONE DI PROCESSO E IMPATTO

Il progetto di Montagnaterapia è attivo ormai da parecchi anni. Con questo progetto si è voluto costruire uno strumento per poter valutare e misurare l'efficacia dell'attività di Montagnaterapia. Durante l'anno 2019 gli educatori professionali hanno predisposto una scheda di osservazione, basandosi su alcune ricerche pregresse e tesi di laurea di operatori sanitari.

Tale strumento ha permesso di effettuare un primo assessment di raccolta dati e di osservazione dei cambiamenti dei pazienti durante l'anno. L'utilizzo della scheda, per buona parte dell'anno 2019, ha permesso di poterne evidenziare limiti e potenzialità ed essere di stimolo per ricercare un supporto maggiormente scientifico per la revisione dello strumento.

Dall'anno 2020, con la collaborazione dell'Università degli studi di Torino e il Centro di Documentazione Regionale Dors Regione Piemonte, si è costruita una nuova progettualità che ha previsto una valutazione di processo e impatto di maggiore efficacia (vedere sezione Valutazione di processo e impatto).

Per la metodologia di verifica vedere sezione *Valutazione di processo e impatto*.

B. FORMAZIONE

La formazione prevista è rivolta agli operatori e ai destinatari di progetto.

- **FORMAZIONE RIVOLTA ALL'EQUIPE TECNICA:** annualmente gli operatori effettuano momenti formativi legati alle tematiche della prevenzione, benessere e attività fisica, in particolare corsi di fitwalking, in collaborazione con i servizi dell'ASL (SC Medicina del Lavoro) o di altri enti del territorio.
Con l'avvio di questo progetto sono stati calendarizzati momenti formativi sul tema della valutazione e ricerca, in collaborazione con l'Università degli studi di Torino e il centro di documentazione Regionale Dors Regione Piemonte.
- **FORMAZIONE RIVOLTA AI DESTINATARI DEL PROGETTO:** annualmente vengono proposti uno o due momenti formativi di tipo teorico/pratico con la collaborazione degli enti del territorio e dei servizi interni dell'ASL (role playing su vita e cultura in montagna; lezioni teorico/pratiche su: storia e tradizioni delle valli, tecniche di cammino, abbigliamento e alimentazione...)

C. COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE TRA SERVIZI E CON IL TERRITORIO

Gli attori coinvolti nel progetto interagiscono tra loro attraverso momenti di incontro calendarizzati che permettono il coordinamento e l'integrazione delle varie azioni e il coinvolgimento degli attori del territorio. (vedere sezione Governance)

D. AZIONE CON I DESTINATARI

Si alterneranno uscite proposte dagli operatori della Struttura Semplice ad altre organizzate con i volontari del CAI, dell'Officina Monviso, accompagnatori naturalistici e/o guardia parco.

L'attività si svolge tutto l'anno, compatibilmente con le condizioni meteo e prevede dal momento della preparazione dello zaino, il momento del pranzo comune (pranzo al sacco o in strutture recettive) e il momento della restituzione conclusiva. In particolare, si lavora sul tema del benessere attraverso lo stimolo ad un'alimentazione corretta che viene favorita anche grazie alla fornitura gratuita di contenitori termici per l'inverno e contenitori ermetici per i cibi freddi. Inoltre, viene stimolato l'utilizzo di un abbigliamento adeguato al tipo di attività e alla stagione per agevolare il benessere e la performance individuale, valorizzare l'attività e favorire il senso di identità di gruppo, superare lo stigma affinché emerga la persona sportiva piuttosto che il paziente psichiatrico. Viene, quindi, fornito l'equipaggiamento di base (canottiere e t-shirt traspiranti, maglie tecniche) che è stato marchiato da un logo studiato dai pazienti, in un'ottica di valorizzazione degli stessi.

I percorsi vengono scelti prevalentemente con lievi dislivelli nelle stagioni più fredde e livelli più elevati (montagna) nell'estate sul territorio della provincia di Cuneo, Torino o in Liguria. Si prevede di lasciare un oggetto simbolico ecologico, realizzato a mano dai pazienti, che rappresenti il gruppo di montagnaterapia, e lasci un messaggio ai agli altri camminatori, alle mete raggiunte durante le varie uscite.

Dopo ogni camminata viene compilato un diario di bordo con i partecipanti e ciò che emerge viene utilizzato per migliorare le uscite successive. Annualmente, nell'ambito della compilazione del questionario di gradimento e autovalutazione del partecipante, vengono presi in considerazione i suggerimenti ritenuti più adeguati e utili alla riprogettazione dell'attività, in un'ottica di co-progettazione.

Qui di seguito riportiamo le fasi salienti di una attività di Montagnaterapia:

FASE	DESCRIZIONE
Fase preparatoria all'attività	Gli operatori supportano i pazienti durante l'acquisto del materiale necessario per l'attività e nella preparazione del materiale (tecnico sportivo di base e pasto) da portare durante le uscite.
Preparazione dello zaino e abbigliamento adeguato	I pazienti in autonomia preparano lo zaino per l'uscita e si abbigliano in base alla stagione e al tipo di escursione. In base alla meta precedentemente comunicata.
Incontro e partenza	Ritrovo presso il proprio servizio di riferimento o, recupero dei pazienti non autonomi negli spostamenti, al loro domicilio
Incontro con gli altri gruppi e momento socializzante	Ritrovo tra i gruppi di pazienti e operatori provenienti dai servizi del DSM di Fossano, Savigliano e Saluzzo presso un punto di ristoro per un momento socializzante nell'attesa di riunire i gruppi
Raggiungimento del luogo di partenza e condivisione di informazioni sul percorso	Condivisione di informazioni: percorso, livello di difficoltà, foto, cartine geografiche...
Camminata	Gli operatori sono distribuiti all'interno del gruppo, aprendo e chiudendo il gruppo. Durante la camminata sono previste delle pause.
Pranzo	Il momento del pranzo, associato al movimento, è un'opportunità per offrire informazioni e occasioni di sperimentazione di sana alimentazione. Il pranzo viene preparato in autonomia dai pazienti prima della partenza.
Momento libero di relax	I pazienti, dopo il pasto, possono riposare nelle modalità a loro più consone (riposino, ascoltare musica, dialogare, visitare i dintorni...).
Camminata di ritorno	Con le stesse modalità dell'andata
Momento di confronto e	Momento di condivisione comune e raccolta delle emozioni e dei vissuti

programmazione	riguardanti la giornata; compilazione del diario di bordo di gruppo in cui vengono messi in evidenza aspetti positivi, migliorativi e proposte per le uscite successive.
Ritorno	Ritorno presso il proprio servizio di riferimento o al proprio domicilio

La tipologia di uscite durante il corso dell'anno sarà la seguente:

	TEMPI	METODOLOGIA ORGANIZZATIVA
Uscite gruppi Strutture Semplici	n. 3 volte al mese (il martedì) dalle 8:30 alle 16:30 circa	Condivisione di informazioni: percorso, livello di difficoltà, foto, cartine geografiche; Le uscite vengono differenziate a seconda della stagione e delle condizioni climatiche
Uscite CAI	N.1 volta al mese circa (il martedì) dalle 8:30 alle 16:30 circa	Delega alle guide CAI di aprire e chiudere il gruppo durante l'escursione e di condividere le informazioni: percorso, livello di difficoltà, foto, cartine geografiche;
Uscite con guide naturalistiche	N. 1 o 2 uscite diurne all'anno	Percorsi guidati a tema sul ambiente e sulla cultura montana
Uscite "Officina Monviso"²⁷	N. 1 o 2 uscite diurne all'anno	Il progetto prevede alcuni appuntamenti estivi, con percorsi accessibili e ispirati dall'idea che la bellezza della montagna è una risorsa disponibile per tutti e fonte di benessere. Ogni anno viene richiesto ad uno o più servizi tra i partecipanti di pensare e organizzare un'uscita nel proprio territorio, perché è stimolante condividere le opportunità e risulta più facile attivare le risorse locali ed eventuali collaborazioni (con la rete del volontariato, le sezioni CAI, le associazioni...) contribuendo così a "mescolarci con il mondo". I pazienti avranno un ruolo di facilitatori nei confronti dei partecipanti con disabilità fisica.
Soggiorni (in autogestione o in struttura recettiva)	- 1 all'anno nel periodo estivo di 2 giorni	-Condivisione di informazioni: percorso, livello di difficoltà, foto, cartine geografiche
	- 1 all'anno nel periodo autunnale di 3 giorni	-Condivisione di informazioni: percorso, livello di difficoltà, foto, cartine geografiche -Pernottamento con mezza pensione

Ogni 6 mesi vengono rilevati altezza e peso per il calcolo del BMI e compilata la scheda di rilevazione individuale. Allegato 8

In riferimento a momenti contingenti eccezionali vedasi allegato "Gestione dell'attività in situazioni emergenza"

²⁷ Officina Monviso è un'iniziativa di Montagnaterapia che coinvolge Centri diurni, Comunità e realtà del territorio nell'ambito della disabilità, della psichiatria, dei servizi ai minori, proponendo annualmente un programma di escursioni nelle vallate del Cuneese e del Torinese.

Sede legale ASL CN1

Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)

P.IVA 01128930045

T. 0171.450111 - F. 0171.1865270

protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

MODALITA' DI ACCESSO

I pazienti in carico al CSM, centri diurni e comunità per i quali il progetto riabilitativo prevede questo tipo di intervento vengono inseriti nell'attività su proposta dell'equipe curante (medico psichiatra, educatore professionale, infermiere, assistente sociale, psicologo).

Per accedere all'attività vengono valutati i seguenti parametri:

- buone condizioni fisiche
- possibile motivazione del paziente
- potenzialità di recupero o attivazione di abilità/capacità e del "senso compiuto di sé"²⁸
- bisogno e/o richiesta di socializzazione

L'attività di Montagnaterapia è accessibile a tutti pazienti e, in presenza di difficoltà economiche, il servizio mette a disposizione attrezzature sportive di base (zaino, scarponcini...), per la riduzione delle disuguaglianze.

L'accesso prevede una gradualità: un periodo di osservazione e assessment durante le uscite di fit-walking (di intensità minore) e successivamente vengono proposte uscite escursioni in montagna con impegno tecnico crescente.

Quando il paziente viene inserito nell'attività di Montagnaterapia viene assicurato dal servizio curante (senza costi per il paziente), vi è inoltre un'assicurazione individuale ogni qualvolta partecipi alle uscite gestite dal CAI (a carico del CAI di riferimento).

E. AZIONE DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI

Durante tutto il progetto verranno pubblicati articoli informativi su giornali locali, quotidiani on line, giornali e social aziendali.

In collaborazione con l'Università di Torino, interfacoltà di educatore professionale, verrà redatta una tesi di ricerca relativa a una parte di questo progetto.

I risultati preliminari di tale ricerca e la metodologia utilizzata verranno presentati nel prossimo convegno nazionale di Parma, previsto per ottobre 2020²⁹.

²⁸ Corpo, ambiente, gruppo. Tutto viene integrato dall'emozione, che permette un costante rimando alla dimensione del sé, alla propria percezione di "esserci", alle parti dell'io che possono ricomporsi tra loro, con l'esterno e con gli altri. Questa diventa la vera azione terapeutica, la modalità attraverso cui riscoprire abilità sopite o perse, il raggiungimento di un nuovo "senso compiuto di sé" (S. Carpineta).

²⁹ Rinviato a ottobre 2021 a causa della pandemia da Covid 19

GOVERNANCE

Il progetto coinvolge la Struttura Complessa Psichiatria Area Nord ed è gestito secondo l'organizzazione riportata in figura.

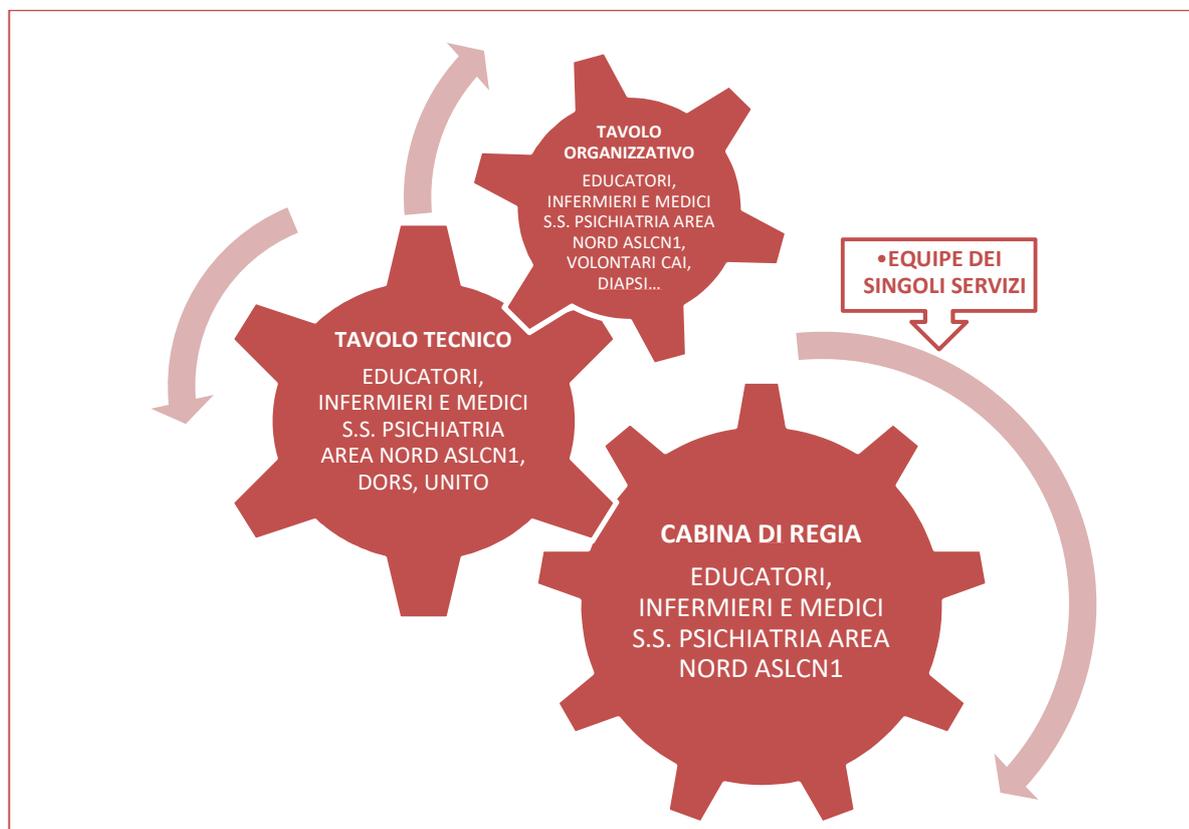


FIGURA 4

EQUIPE DEI SINGOLI SERVIZI: composta dagli operatori dei singoli territori (Fossano, Savigliano, Saluzzo) che si occupano della gestione del proprio gruppo di pazienti.

CABINA DI REGIA MONTAGNATERAPIA ASL CN1 AREA NORD: è composta da educatori, infermieri e medici S.s. psichiatria area nord ASL CN1 e ha il ruolo di organizzare e coordinare il progetto e le uscite di MT.

TAVOLO TECNICO composto da educatori, infermieri e medici S.s. psichiatria area nord aslcn1, Dors, Unito. Si occupa della messa a punto di uno strumento di valutazione di processo e impatto.

TAVOLO ORGANIZZATIVO di collegamento con CAI locali, altri volontari (Diapsi...) e guide naturalistiche; è composta da educatori, infermieri e medici S.s. Psichiatria area Nord ASL CN1, che si coordinano con gli altri attori del progetto.

Un secondo ambito del progetto prevede un lavoro di rete e coordinamento al livello dipartimentale, locale e nazionale ed è così articolato:

INCONTRI DIPARTIMENTALI MONTAGNATERAPIA ASL CN1: partecipano i rappresentanti di attività di MT dell'area Nord e Sud e ha il compito di condividere informazioni, progetti e formazioni ECM all'interno dello stesso dipartimento.

COLLEGAMENTO CON SIMONT³⁰ E LIVELLO NAZIONALE gli operatori sono in collegamento con le realtà nazionali di Montagnaterapia ed in particolare attraverso la partecipazione ai convegni nazionali biennali

COLLABORAZIONI E ALLEANZE

All'interno dell'ASLCN1 sono state attivate le seguenti collaborazioni:

- servizi del DSM: CSM Savigliano, CD Saluzzo, CD Cussanio e CD Mondovì
- Medicina dello sport
- Medicina del lavoro
- Igiene e Sanità Pubblica
- Promozione della salute e Piano regionale locale di prevenzione

Sul territorio sono state attivate le seguenti collaborazioni

1. a livello locale:

- CAI Saluzzo, Savigliano, Fossano
- Consorzio Monviso solidale- progetto Officina Monviso
- Parco del Monviso progetto con Legambiente
- è stata attivata una rete di collaborazioni con strutture turistiche e rifugi del territorio montano che diventeranno *Punti Amici* di riferimento per appoggi logistici e collaborazioni di altro tipo Club Alpino Italiano (sezione di Fossano, Savigliano e Saluzzo);
- Associazioni Locali Di.A.PSI.31 (Saluzzo, Savigliano, Fossano)

2. a livello regionale e nazionale:

- Università di Torino Interfacoltà di Educazione Professionale
- Dors - Centro documentazione Regionale per la promozione della salute
- SimONT – Società Italiana di Montagnaterapia

³⁰ SIMonT è la Società italiana di Montagnaterapia fondata il 26 ottobre 2019, società scientifica multispecialistica e multiprofessionale aperta anche a volontari e pazienti che si riconoscano nelle sue finalità

³¹ Di.A.Psi. è un'Associazione di Volontariato, nata nel 1988, per sostenere i malati psichici e le loro famiglie

VALUTAZIONE DI PROCESSO E IMPATTO

“L’impresa più difficile è vedere quel che ti sta proprio davanti agli occhi” (Goethe)

Il piano di valutazione è stato costruito e adattato all’interno del tavolo tecnico ed è suddivisa nelle seguenti azioni:

VALUTAZIONE DI PROCESSO:

La valutazione di processo è un’attività di ricerca valutativa che accompagna in itinere l’attuazione del progetto per rilevarne l’andamento degli aspetti procedurali, d’implementazione e del modo in cui si sta procedendo.

Gli strumenti di valutazione sono stati costruiti in una prima fase (annualità 2018-2019) dagli operatori prendendo in esame l’esperienza degli anni precedenti, le aree di intervento educativo e dal confronto con tesi di laurea sulla tematica della montagna terapia³².

Nell’annualità 2019-2020 si è costituita la collaborazione con l’Università di Torino Dipartimento di Filosofia e scienze dell’educazione, ed in particolare il docente in pedagogia sperimentale e metodologia della ricerca prof. Alberto Parola. Grazie alla sua competenza è stato possibile fare un’analisi degli indicatori delle schede di valutazione, con successiva revisione. Inoltre, è stata avviata la sperimentazione di un ulteriore strumento di osservazione, quale l’utilizza della videoregistrazione, che va ad integrare le osservazioni dirette degli operatori.

Qui di seguito elenchiamo gli strumenti di valutazione costruiti per il progetto:

- compilazione tabella delle presenze dopo ogni uscita;
- compilazione della scheda tecnica relativa all’uscita;
- compilazione delle schede di osservazione e valutazione MT da parte degli operatori dopo ogni uscita;
- diario di bordo del momento di restituzione/confronto con i partecipanti al termine di ogni uscita;
- compilazione questionario di gradimento e autovalutazione del partecipante
- utilizzo dei video come strumento di osservazione

VALUTAZIONE DI IMPATTO:

Valutare l’impatto significa definire se l’azione ha generato i cambiamenti attesi, nel breve e nel medio-lungo periodo, se i cambiamenti hanno raggiunto il target previsto, se hanno generato l’impatto per cui il progetto era stato ideato.

- Rielaborazione e analisi delle schede di osservazione
- Elaborazione dello strumento video

Il metodo di lavoro consiste in cicli ricorsivi di elaborazione degli strumenti di valutazione:

- Formulare e perfezionare le domande della ricerca
- Creare descrizioni etnografiche delle interazioni dei partecipanti e dei comportamenti individuali

³² Gentili (Op. Cit.) Cossu (Op. Cit.), Suppo (Op. Cit.)

- Creare e perfezionare schemi di codifica (schede di osservazione e valutazione) da applicare a una molteplicità di casi

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi specifici individuali dei singoli pazienti e degli obiettivi generali A e B del progetto è prevista la seguente metodologia operativa.

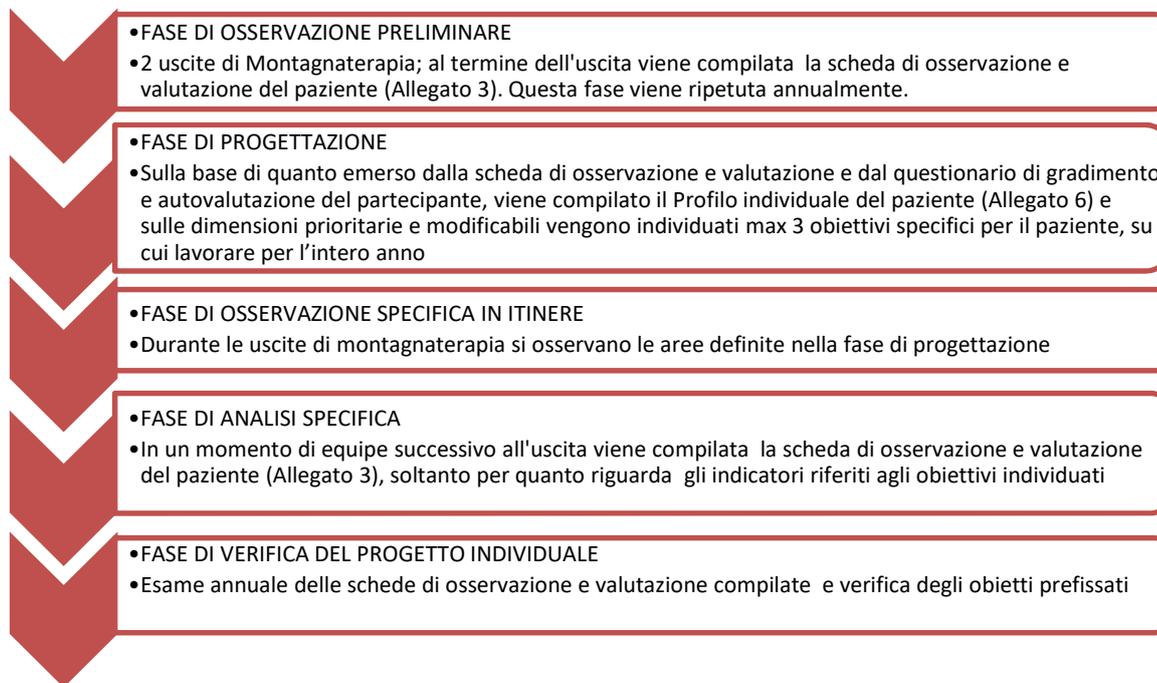


FIGURA 5

MACRO-AREA METODOLOGICA RELATIVA AGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE:

Macro-area metodologica relativa agli strumenti cartacei

STRUMENTO	CHI COMPILA	TEMPI	AREE DI OSSERVAZIONE
Tabella delle presenze (Allegato 1)	Operatori	Dopo ogni uscita	Numero presenti in relazione ai pazienti previsti per l'uscita Numero assenti e eventuale giustificazione (assenza non giustificata, assenza giustificata e motivata)
Scheda tecnica relativa all'uscita (Allegato 2)	Operatori	Dopo ogni uscita	Meta Tipo di attività Durata Meteo Impegno tecnico Servizi coinvolti Numero e tipologia di operatori Volontari coinvolti
Profilo individuale del paziente partecipante all'attività di Montagnaterapia (Allegato 6)	Operatori	Dopo una prima fase di osservazione del paziente viene fatta una prima stesura, che tiene conto delle osservazioni degli operatori e del questionario di gradimento e autovalutazione del partecipante.	Dimensione corporea Dimensione delle autonomie Dimensione cognitiva Dimensione relazionale emotiva

		Questo viene poi aggiornato ogni anno in fase di verifica e ri-progettazione. Il profilo individuale e gli obiettivi vengono condivisi con il paziente per renderlo attivo nel suo processo di cambiamento.	
Scheda di osservazione e valutazione (Allegato 3)	Operatori	Dopo ogni uscita verranno compilate le schede di osservazione per ciascun paziente, come da Figura 5	Dimensione corporea Dimensione delle autonomie Dimensione cognitiva Dimensione relazionale emotiva
Diario di bordo (Allegato 4)	Operatori	Dopo ogni uscita, compilato nel momento di restituzione/confronto con i partecipanti al termine di ogni uscita	Aspetti positivi e negativi dell'uscita Valutazione del clima del gruppo Proposte per le uscite successive
Questionario di gradimento e autovalutazione del partecipante (Allegato 5)	Partecipante	1 volta l'anno	Autovalutazione relativa alle dimensioni corporea, delle autonomie, cognitiva, relazionale emotiva Gradimento e proposte per il miglioramento dell'attività

Macro-area metodologiche relative agli strumenti digitali

Durante ogni uscita gli operatori raccoglieranno materiale audiovisivo che verrà poi utilizzato per effettuare un'analisi dell'andamento della giornata e per rilevare i cambiamenti attraverso la scheda di osservazione e valutazione. La video analisi permette l'accesso agli aspetti verbali e a quelli non verbali.

Il video non è in grado di presentare interamente la realtà così com'è, ma ci si può avvicinare. L'obiettivo è, quindi, quello di realizzare una rappresentazione video che si avvicini il più possibile alla complessità della realtà, non preoccupandoci troppo del fatto che non riusciremo mai a presentarla in modo completo.

Le registrazioni video forniscono alla ricerca educativa dei dati per realizzare analisi attente ed elaborare conclusioni accurate. La forza di queste registrazioni risiede in ciò che mettono in discussione e sconvolgono negli assunti iniziali di un'analisi. Il video consente una visione ripetuta e al rallentatore, che possono svelare la complessità dei partecipanti e della realtà. La realtà è complessa e complesse sono anche le persone che guardano il video. Questa complessità deve essere un motivo per operare con precisione e rigore, con molteplici modalità. Con le registrazioni video, sono state ampliate le domande e gli obiettivi della ricerca. L'analisi richiede molto tempo, ma consente di cogliere aspetti non visibili in veste di semplici osservatori partecipanti.

I video non devono essere considerati come dati, ma come fonti di dati. Sono fonti di informazioni da cui è possibile, poi, costruire dei dati.

Questo progetto quindi offre una doppia sfida:

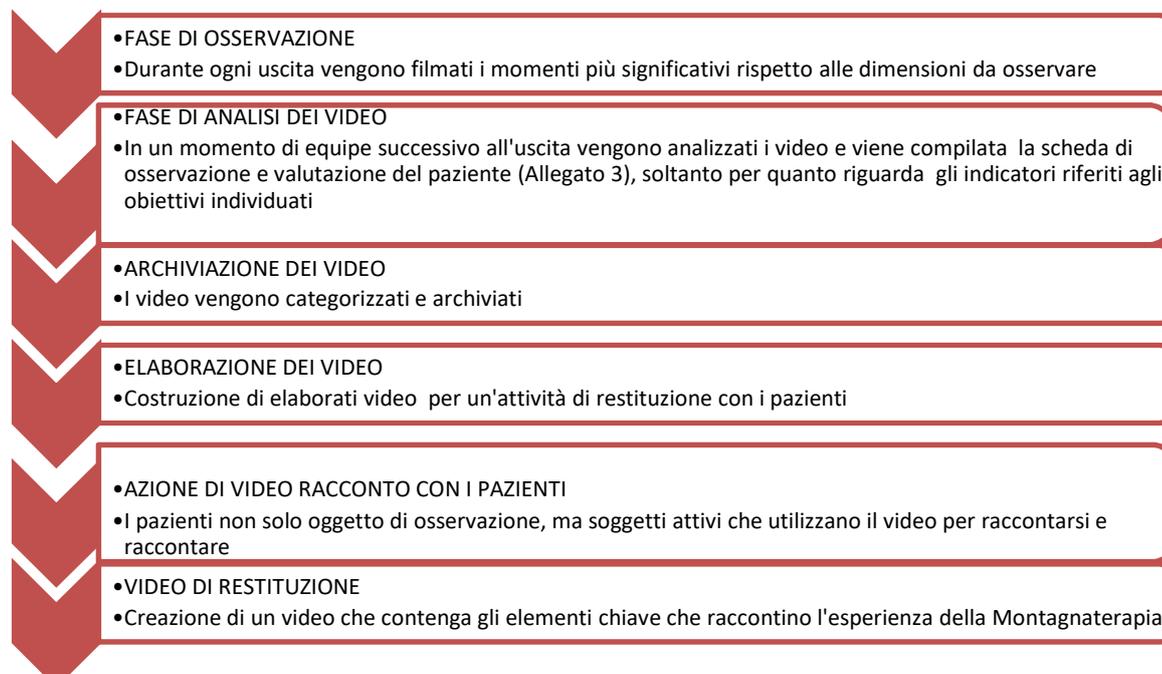
- Sfida di realizzare riprese adeguate
- Sfida di analizzare queste riprese

A questa finalità durante il primo periodo si cercherà di definire uno standard di ripresa e di analisi che possano aiutare a risolvere alcuni problemi fondamentali:

- Le riprese vengono effettuate senza vincoli di tempo o spazio. Dal momento che è stato dimostrato che scegliendo anticipatamente la direzione verso cui puntare la telecamera, cosa includere nell'inquadratura e quando iniziare e interrompere le riprese, queste decisioni portano a fonti di dati che sono già condizionati da una decisione teorica: quasi sempre, alla

telecamera sfuggono alcune informazioni, non immediatamente evidenti, che avrebbe potuto cogliere solo un osservatore attento, poiché rispetto a questo, la telecamera ha un campo d'azione più circoscritto. L'utilizzo di almeno 2 strumenti di registrazione permetterà di cogliere sia l'aspetto più generalista (video panoramici su tutto il gruppo) che l'aspetto più incentrato sui dialoghi e sui comportamenti dei singoli (video sui particolari).

- La presenza della telecamera: un problema classico è "l'effetto/osservatore", la maggior parte dei ricercatori ritiene che col tempo i partecipanti allo studio si dimenticano della telecamera, ma è comunque un aspetto rilevante da tenere in considerazione perché gli effetti potrebbero comunque essere presenti.
- Consenso informato: è stata predisposta la modulistica in cui si chiede ai partecipanti della ricerca di indicare il proprio consenso per le riprese video e foto secondo il DGPR 679/2016 (Allegato9), fondamentale è stata la relazione già da anni costruita che ha aiutato i pazienti a comprendere meglio il lavoro che viene messo in campo.
- Presentazione dei risultati: le videoregistrazioni verranno accompagnate da precise analisi scritte attraverso l'utilizzo delle schede di osservazione e valutazione. Inoltre, esse verranno montate e utilizzate come metodo di descrizione narrativa che va a completare gli altri strumenti di osservazione.



COSTI

- Attrezzature sportive necessarie alle varie tipologie di uscite (ciastre, bastoncini);
- Attrezzature sportive di base (scarponcini, zaini...) da utilizzare per pazienti con particolari difficoltà economiche (riduzione delle disuguaglianze);
- Attrezzature audiovisive (smartphone e relativo contratto, schede SD...);
- Costo per il trasporto (pulmini)
- Costi per i soggiorni (vitto, alloggio, trasporti);
- pasti consumati occasionalmente presso rifugi/agriturismi come completamento di un intervento mirato al benessere fisico in cui una corretta alimentazione è un elemento importante in uno stile di vita sano;
- Materiale di cancelleria

- Assicurazioni

BIBLIOGRAFIA

Per la stesura del progetto si è preso visione dei seguenti riferimenti bibliografici e dei seguenti documenti:

Riferimenti bibliografici:

- G. Bonaiuti, Didattica attiva con i video digitali, Erikson, 2010
- L. Di Mele, A. Rosa, G. Cappello, Video Education, Guida teorico-pratica per la produzione di video in ambito educativo. Con DVD, Erikson, 2008
- A. Parola, Regia educativa, L'insegnante osservatore tra percorsi «in ricerca», linguaggi e strategie, Aracne, 2012
- R. Trincherò, Manuale di ricerca educativa, Franco Angeli, 2015
- C. Leoni, L. Pavan, A. Brega, Potenziamiento cognitivo e montagnaterapia, Rivista Formazione e insegnamento XIV-3-2016 ISSN 1973-4778 print - 2279-7505 on line supplemento
- F. Romana Lugerì, A. Cardillo, B. Aldighieri, Conoscere il territorio per vivere meglio: le nostre frontiere delle outdoor terapie, intervento al 4° Congresso Geologia e Turismo, Bologna, 2010
- Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti. "Sopraimille 2005": I° Corso sulla Montagnaterapia per operatori della Salute Mentale, Rif: Pernici, Trentino-Alto Adige Giulio Scoppola (pubblicato nel 2006 dalla APSS della Provincia di Trento)
- Camanni E., Prefazione a Saglio G., Zola C., In su e in sé. Alpinismo e psicologia, Scarmagno (TO), Priuli&Verluccha, 2007, p. 7.
- Serafin M., Quando la montagna diventa un aiuto alla vita, p. 143.
- Ralf C. Buckley, Paula Brough and Diane Westaway, Bringing Outdoor Therapies Into Mainstream Mental Health, 2018
- La montagna terapia di Angelo Brega, gennaio 2017 <https://gognablog.sherpa-gate.com/la-montagnaterapia/>
- Esperienze di MT sulle pendici del Monviso- Un quintino di salute- SALONE del LIBRO TORINO
- 10-14 maggio 2018 presentato al salone del libro: il 29-30 agosto 2017 in 100 si sono trovati attorno al Monviso (disabilità, salute mentale, minori, stranieri, istituzioni e umanità insieme sul trekking)
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996". (GU Serie Generale n.93 del 22-04-1994)
- Jolanda Maas, Robert A Verheij [...], and Peter Spreeuwenberg, Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?
- Interacting with Natur Improves Cognition and Affect for Individuals with Depression Marc G. Berman, Ethan Kross, Katherine M. Krpan, Mary K. Askren, Aleah Burson, Patricia J. Deldin, Stephen Kaplan, Lindsey Sherdell, Ian H. Gotlib, and John Jonides
- Terry Hartig, Marlis mang, Gary W. Evans, Restorative effect of natural environment experiences
- Quing Li, Effect of forest bathing trips on human immune function; Yoshifumi Miyazaki, Juyoung Lee, Bum- Jin Park, Yuko tsunestung, Keiko Matsunaga, Preventive medical effects of nature therapy
- Stephen Kaplan, The restorative benefits of nature: toward an integrative framework
- Gen Xiang Mao et al. Biomed Environ Sci., Effects of short-term forest bathing on human health in a broad-leaved evergreen forest in Zhejiang Province, China
- Jo Barton et al. Sci Technol, 2010 What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis
- Bun Jin Park, Yuko Tsunetsugu, [...] and Yoshifumi Miyazaki, The physiological effects of Shinrin-yoku: evidence from field experiment in 24 forests across Japan

- Munzio U., Malati di mente alpinisti per guarire, in “Il Corriere della Sera”, 26.11.1992.
- Il Rapporto Eurydice elaborato dalla Commissione Europea (2013)
- Carta di Toronto per l’Attività Fisica elaborata dal Global Advocacy Council for Physical Activity (2010)
- Orientamenti del gruppo di lavoro dell’Unione Europea Sport e Salute (2008)

Tesi di Laurea:

- “Sentieri di Salute: una ricerca sulla montagna e il suo potenziale riabilitativo” Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (coordinatore: prof. Gabriella Ba) Università degli studi di Milano Facoltà Di Medicina E Chirurgia, Irene Gentili
- La “montagnaterapia” come strumento nella riabilitazione psicosociale nei pazienti con disturbi psicotici: uno studio caso controllo Università degli studi di Cagliari Facoltà di Medicina e Chirurgia, Eleonora Cossu
- La montagna e la sua capacità riabilitativa nel disagio psichico. Definizione di uno strumento per la progettazione e il monitoraggio dei risultati delle cure. Università degli studi di Torino - Corso di laurea in infermieristica, Mattia Suppo

Prove di efficacia ed esempi di buona pratica:

- Atti del II Convegno Nazionale di Montagna terapia - Sentieri di salute: la montagna che cura 12-13 novembre 2010 Atti a cura di Fiorella lanfranchi, Antonella Frecchiani, Irene Gentili
- Atti del III Convegno Nazionale di Montagna terapia - Sentieri di salute: linee guida per la Montagnaterapia 22-24 novembre 2012 -Atti a cura di Nicola G. De Toma
- Atti del IV Convegno Nazionale di Montagna terapia - Fare e pensare in montagna terapia – sentieri di salute. 09-11 ottobre 2014
- Atti del V Convegno Nazionale di Montagna terapia – Lo sguardo oltre 16-19 novembre 2016 Pordenone
- Atti del VI Convegno Nazionale di Montagna terapia – sentieri di salute e di libertà – 15-16 novembre 2018 S. Gavino Monreale (CA)
- Carta etica della Montagnaterapia piemontese
- Progetto buona pratica: La salute è movimento-Gruppi di cammino e attività fisica adattata-Azienda Sanitaria Locale di Asti
- Profilo di competenza Educatore professionale Area Centro Salute Mentale ASLCN1
- Profilo di competenza Infermiere Area Centro Salute Mentale ASLCN1

Sede legale ASL CN1

Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)

P.IVA 01128930045

T. 0171.450111 - F. 0171.1865270

protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

EQUIPE CHE HA REDATTO IL PROGETTO

EDUCATORI PROFESSIONALI

- **Airaldi Chiara**
chiara.airaldi@aslcn1.it
- **Becchio Alessandra**
alessandra.becchio@aslcn1.it
- **Borge Guido**
guido.borge@aslcn1.it
- **Peirotti Monica**
monica.peirotti@aslcn1.it
- **Salvagno Silvia**
silvia.salvagno@aslcn1.it
- **Sordella Marco**
marco.sordella@aslcn1.it

INFERMIERI

- **Boriano Marco**
marco.boriano@aslcn1.it
- **Manolito Wachtel**
manolito.wachtel@aslcn1.it

MEDICI

- **Dott. Gianni Roagna**
Responsabile CSM Savigliano
giovanni.roagna@aslcn1.it
- **Dott. Silvio Costamagna**
Responsabile CSM Saluzzo
silvio.costamagna@aslcn1.it

ALLEGATI

- Allegato 1 Tabella delle presenze
- Allegato 2 Scheda tecnica relativa all'uscita
- Allegato 3 Scheda di osservazione e valutazione
- Allegato 4 Diario di bordo del momento di restituzione/confronto con i partecipanti al termine di ogni uscita
- Allegato 5 Questionario di gradimento e autovalutazione del partecipante
- Allegato 6 Profilo individuale del paziente partecipante all'attività di Montagnaterapia
- Allegato 7 Gestione dell'attività in situazioni di emergenza

ALLEGATO 1 - TABELLA DELLE PRESENZE

UTENTI COINVOLTI	DATA	DATA	DATA	DATA
Nome: Cognome:				

LIBRO CODICE:

X = presenza

AG= assenza giustificata (es. per motivi di salute, per altro impegno inderogabile...)

ANG = assenza non giustificata (il paziente è assente e non avvisa)

ALLEGATO 2 - SCHEDA TECNICA RELATIVA ALL'USCITA

	DATA	DATA	DATA	DATA
Meta				
Tipo di ATTIVITA' (escursione/ fit-walking /ciaspole/evento)				
RAGGIUNGIMENTO META (Si/No)				
DURATA PERCORSO				
DURATA EFFETTIVA				
METEO				
IMPEGNO TECNICO				
SERVIZI COINVOLTI				
N. E TIPOLOGIA VOLONTARI				
NUMERO E TIPOLOGIA OPERATORI				

ALLEGATO 3 - SCHEDA DI OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE

SCHEDA OSSERVAZIONE VALUTAZIONE MT COGNOME NOME MESE ANNO

		1.a settimana				Nota	
		NON ADEG	POCO ADEG	AB.ZA ADEG	ADEG.		
DIMENSIONE CORPOREA	Risposta fisica generale (ha il respiro affaticato, eccessiva sudorazione, viso paonazzo, si ferma sovente, chiede di fermarsi/tornare indietro)						
	Equilibrio e coordinazione						
	Percezione corporea del paziente (fatica, caldo e freddo, respirazione)						
	Risposta ai bisogni fisiologici (sa gestire i bisogni di minzione/evacuazione in modo adeguato e nel contesto idoneo?)						
DIMENSIONE DELLE AUTONOMIE	Abbigliamento (è adeguato alla stagione e al tipo di attività? si sveste/veste in modo autonomo in base alla temperatura e allo sforzo fisico?)						
	Cura del proprio corpo (igiene personale/l'abbigliamento è pulito?)						
	Equipaggiamento (zaino, acqua ecc)						
	Pasto (porta con sé il pasto? Rispetta i tempi del pasto? mangia voracemente? Ha un pasto sufficientemente adeguato? Porta con sé spuntini energetici per la salita?)						
	Gestione farmaci	Preparazione (1-preparata dall'operatore 4-autopreparata)					
		Assunzione (1-somministrazione 4- auto assunzione)					
		Farmaco al bisogno					
	Capacità gestione ansia anticipatoria						
	Capacità gestione della paura di fronte alla difficoltà						
	Gestione del denaro (sa utilizzare e quantificare il denaro necessario per l'uscita? Sa pianificare le spese?)						
Rapporto con il tabacco (riesce a rispettare le regole relative all'utilizzo del fumo, sa rispettare gli spazi e i luoghi idonei a fumare? Utilizza modalità adeguate di smaltimento dei mozziconi, sigari, tabacco? Sa pianificare la gestione delle sigarette durante l'attività?)							

		1.a settimana				Nota
		NON ADEG	POCO ADEG	AB.ZA ADEG	ADEG.	
DIMENSIONE COGNITIVA	Capacità di concentrazione e attenzione (presta attenzione agli ostacoli del percorso? sa riconoscere e rispettare i termini di avvertimento di eventuali pericoli, la segnaletica stradale e le regole della strada? Rimane concentrato durante il momenti di illustrazione del percorso o spiegazioni di esperti?)					
	Capacità di rievocazione (è consapevole della meta raggiunta e del percorso svolto?)					
	Rispetto delle regole del gruppo e dell'ambiente?	Pulmino				
		Preparazione alla partenza				
Sentiero						
	Struttura/Rifugio					
DIMENSIONE RELAZIONALE EMOTIVA	Capacità di chiedere aiuto					
	Capacità di prestare aiuto					
	Dimensione relazionale (cammina vicino agli altri? Sta nel gruppo? si isola? c'è contatto visivo con gli operatori e gli altri utenti? E' fisso, espressivo o stereotipato? Prende iniziativa per iniziare una conversazione? Se stimolato si coinvolge nella conversazione, risponde ma non prosegue, rifiuta? ricerca la relazione esclusiva con l'operatore?)					
	Presenza di aspetti comportamentali patologici che influenzano la comunicazione/relazione con gli altri (Presenta bizzarrie, stereotipie eloquio solitario comportamenti ritualizzati o non finalizzati? interferiscono con la comunicazione/relazione con gli altri?)					
	Dimensione emotiva (sa riconoscere e nominare le emozioni? Comunica in modo verbale i propri vissuti come rabbia, ansia, tristezza,...?)					
	Propone/aderisce a occasioni di socializzazione al di fuori dell'attività?					
		Indicare il comportamento attesi e inattesi del paziente				
	Comunicazione non verbale	Gestualità (viso, braccia)				
		Controllo corporeo				
		Uso dello spazio (prossemica)				
Linguaggio (espressioni verbali)						
Episodi aneddotici						

Libro codice

0 = mancanza della caratteristica (non fuma, non deve assumere farmaci)

99= assenza di informazione

ALLEGATO 4 - DIARIO DI BORDO DEL MOMENTO DI RESTITUZIONE/CONFRONTO CON I
PARTECIPANTI AL TERMINE DI OGNI USCITA

Data	
Meta	
Compilatore	
Quali sono gli aspetti positivi dell'uscita di oggi	
Quali sono gli aspetti negativi dell'uscita di oggi	
Proposte per il futuro	
Note	

ALLEGATO 5 - QUESTIONARIO DI GRADIMENTO E AUTOVALUTAZIONE DEL PARTECIPANTE

L'obiettivo di questo questionario è quello di avere uno strumento per la valutazione dei benefici dell'attività di Montagnaterapia.

La tua partecipazione è fondamentale!

Ti chiediamo di rispondere in forma anonima al seguente questionario e ti garantiamo la completa riservatezza.

Grazie

Sesso M F

Da quanto tempo partecipa alle uscite? 1-3 mesi 7-12 mesi più di 1 anno

	MAI	QUASI MAI	SPESSO	SEMPRE
1. Nei giorni precedenti all'uscita ti senti ansioso?				
2. Ti presenti puntuale all'uscita?				
3. Ti presenti con tutto ciò che ti serve per l'uscita (abbigliamento, acqua, cibo, farmaci, ...)?				
4. Le uscite per te sono un momento di piacere e divertimento?				
5. Durante la prima ora di attività ti senti affaticato?				
6. Ritieni che l'ambiente montano ti faccia stare bene?				
7. Ti senti più sicuro e fiducioso di te dopo queste uscite in montagna?				
8. Ci sono stati momenti in cui hai creduto di non farcela?				
9. Hai notato dei miglioramenti nel tuo allenamento ad affrontare i percorsi?				
10. Ti senti integrato nel gruppo?				
11. Ti senti inserito quando si fanno attività con altri gruppi?				
12. Ti è capitato di aiutare un membro del gruppo in difficoltà?				
13. Queste uscite ti hanno permesso di fare amicizia con altre persone?				
14. Hai avuto occasione di organizzare dei momenti di svago con altri membri del gruppo indipendentemente dall'attività?				
15. Al rientro ti è capitato di raccontare a qualcuno l'esperienza e la meta raggiunta?				
16. Ti senti soddisfatto del rapporto con gli operatori?				

Cosa ti piace di più di questa esperienza?

Hai qualche consiglio per migliorare l'attività?

Ritieni che questa attività debba essere portata avanti e perché?

ALLEGATO 6 – PROFILO INDIVIDUALE DEL PAZIENTE PARTECIPANTE ALL’ATTIVITÀ DI MONTAGNATERAPIA

Nome:		Cognome:		Data di compilazione:	
				Operatore:	
Valutazione media 1=non adeguato; 2= poco adeguato; 3=abbastanza adeguato; 4= adeguato					
DIMENSIONE CORPOREA	Prendere in considerazione il rapporto del paziente con il proprio corpo, gli aspetti di equilibrio, coordinazione, percezione corporea, risposta ai bisogni fisiologici, ritmo sonno-veglia				
	Risposta fisica generale				
	Equilibrio e coordinazione				
	Percezione corporea				
DIMENSIONE DELLE AUTONOMIE	Prendere in considerazione igiene personale, abbigliamento, alimentazione, gestione del denaro, della casa e rapporto con il tabacco e/o altre sostanze, gestione dell’ansia anticipatoria o della paura di fronte alle difficoltà				
	Abbigliamento				
	Equilibrio				
	Pasto				
	Gestione farmaci				
	<ul style="list-style-type: none"> • Preparazione • Assunzione • Farmaco al bisogno 				
	Capacità di gestione dell’ansia anticipatoria				
	Capacità gestione della paura di fronte alla difficoltà				
Rapporto con il tabacco					
Gestione del denaro					
DIMENSIONE COGNITIVA	Prendere in considerazione la capacità di concentrazione e attenzione, capacità di rievocazione e memorizzazione, rispetto delle regole				
	Capacità di concentrazione e attenzione				
	Capacità di rievocazione				
	Rispetto delle regole del gruppo e dell’ambiente				
	<ul style="list-style-type: none"> • Pulmino • Preparazione alla partenza • Sentiero • Struttura/rifugio 				

DIMENSIONE RELAZIONALE EMOTIVA	<p>Prendere in considerazione la dimensione relazionale (relazioni familiari/amicali, contatto visivo, sa stare nel gruppo, si isola, partecipa a occasioni di socializzazione...), comunicativa (prende iniziativa per iniziare una conversazione? se stimolato si coinvolge nella conversazione, risponde ma non prosegue, rifiuta? ricerca la relazione esclusiva con l'operatore?) ed emotiva (sa riconoscere e nominare le emozioni? Comunica in modo verbale i propri vissuti?), capacità di prestare/chiedere aiuto, presenza di aspetti comportamentali patologici che influenzano la comunicazione/relazione con gli altri (bizzarrie, stereotipie eloquio solitario comportamenti ritualizzati o non finalizzati? interferiscono con la comunicazione/relazione con gli altri?), gestualità e prossemica</p> <p>Capacità di chiedere aiuto</p> <p>Capacità di prestare aiuto</p> <p>Dimensione relazionale</p> <p>Presenza di aspetti comportamentali patologici che influenzano la comunicazione/relazione con gli altri</p> <p>Dimensione emotiva</p> <p>Propone/aderisce a occasioni di socializzazione al di fuori dell'attività</p>
--------------------------------	--

ALLEGATO 7 - GESTIONE DELL'ATTIVITÀ IN SITUAZIONI DI EMERGENZA

A seguito dell'emergenza COVID 19 l'attività di Montagnaterapia e fit-walking è stata interrotta a partire da marzo 2020.

Per la ripresa dell'attività si prevede un avvio graduale, in ottemperanza ai DPCM e alle disposizioni interne all'ASLCN1.

A partire dal 18 maggio 2020 sono previste brevi passeggiate sul territorio in rapporto 1 operatore 1 paziente.

A partire dal 25 maggio 2020 sono previste brevi camminate sul territorio in rapporto 1 operatore 2 pazienti.

A data da definirsi, durante l'estate 2020, l'attività verrà ripresa in piccolo gruppo con cadenza settimana facendo ruotare i pazienti per una giornata di Montagnaterapia e almeno una volta a settimana il fit-walking sul territorio.

Qui di seguito elenchiamo i fattori di rischio e le misure protettive da adottare:

	FATTORI DI RISCHIO e LIMITAZIONI	MISURE PROTETTIVE
FASE ACCOGLIENZA	Rischio di contagio	DPI per operatori
		Triage in ospedale
		Verifica della presenza dei dispositivi da parte dei pazienti
FASE TRASPORTO	Rischio contagio in ambiente chiuso (macchina/pulmino)	In una prima fase limitazione degli spostamenti sul territorio e predilezione di mete raggiungibili a piedi con partenza dal servizio di riferimento. Limitazione nel trasporto dei pazienti (non più di 4 persone sul pulmino e 2 operatori con finestrini aperti) e distanziamento sul mezzo
		Sanificare il mezzo con disinfettante prima e dopo l'attività
		Uso di DPI per pazienti e operatori
FASE ATTIVITA'	Rischio di contagio durante l'attività	Mantenimento del distanziamento di 1 metro con un gruppo non superiore alle 10 persone.
		Uso di DPI per pazienti e operatori

**ALLEGATO 9 – INFORMATIVA E CONSENSO PER LE RIPRESE VIDEO E FOTO
AI SENSI DEL DGPR 679/2016**

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13
REGOLAMENTO EUROPEO PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI 2016/679 DEL 27/04/2016 DI
SEGUITO GDPR**

Il titolare del trattamento è l'ASL CN1, con sede in via C. Boggio 12, 12100 Cuneo; protocollo@aslcn1.legalmail.it - tel. 0171450255;

Il Data Protection officer (D.P.O.) è: Dott.ssa Carena Pinuccia reperibile al seguente numero di tel. 3342197364 ed indirizzo e-mail dpo@aslcn1.it.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del GDPR, L'ASL CN1, con sede in CUNEO, via C. Boggio n. 12, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali, fornisce le seguenti informazioni:

a. Finalità del Trattamento

Le fotografie personali e le riprese video fornite contestualmente alla firma del consenso in allegato verranno raccolti e trattati nell'ambito delle funzioni istituzionali dell'ASL CN1 nell'ambito del progetto **Fitwalking e Montagnaterapia 2020**

per le seguenti finalità

- valutare la qualità dei servizi resi e dei risultati conseguiti;
- per interesse pubblico di sanità pubblica;
- per garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e per tutelare la salute Sua e di terzi;
- per ricerca scientifica sanitaria inerente i temi della salute mentale;
- per mostre, opuscoli, convegni e articoli sulla stampa locale e aziendale inerenti il tema della salute mentale per la promozione e l'informazione dell'attività organizzata dal DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE ASL CN1.

b. Modalità e Durata del Trattamento

La gestione e la conservazione delle immagini personali e riprese video avviene presso il server aziendale. Le immagini personali e riprese video sono trattati da e sotto la responsabilità di professionisti soggetti al segreto professionale e al segreto d'ufficio; i soggetti che trattano le immagini personali e riprese video sono specificatamente incaricati a trattarli in qualità di autorizzati al trattamento.

Le immagini personali e riprese video sono conservati per non più di 10 anni dopodichè saranno cancellati/distrutti, e comunque qualsiasi dato sarà utilizzato non oltre il raggiungimento delle finalità sopra indicate.

Le immagini personali e riprese video da Lei rilasciati all'Azienda potranno essere utilizzati sia in modo manuale che informatizzato e saranno conservati in luogo idoneo ed in modo appropriato, tutelandone la riservatezza.

c. Natura del Conferimento Dei Dati

Le immagini personali e riprese video verranno acquisite durante il progetto sopra indicato.

d. Diritti dell'interessato

In qualsiasi momento, in forza dei diritti previsti dagli articoli 15 – 21 del GDPR, l'interessato può richiedere al Direttore Dipartimento Salute Mentale Dr. Francesco Riso (*via C. Boggio n. 12 - 12100 CUNEO*) l'accesso, la rettifica, la cancellazione, ad eccezione del caso in cui il trattamento sia necessario per il titolare, per l'esercizio dei diritti alla libertà di espressione e di informazione, per l'adempimento di un obbligo legale o per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse, a fini di archiviazione, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; diritto di limitazione del trattamento, diritto di opposizione, diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei Dati personali.

e. Consenso al trattamento

L'Azienda necessita di uno specifico consenso per poter usare immagini personali e riprese video nel corso del progetto **Fitwalking e Montagnaterapia 2020**

Il rilascio del suddetto consenso è facoltativo ed è necessario per consentire all'Azienda di trattare le immagini personali e riprese video. Il mancato consenso comporta l'esclusione dalle riprese e dalle fotografie.



**LIBERATORIA/AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE
DI FOTO/RIPRESE VIDEO**

**ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali
2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR e della Legge sul Diritto d'Autore**

Il/La sottoscritto/a nato/a a il
..... presa visione dell'informativa fornita e consapevole dei diritti che può
esercitare in base alla normativa, incluso quello di revocare il presente consenso,

AUTORIZZA

L'ASL CN1 a titolo gratuito, ai sensi dell'art. 6, comma 1 lett. a) del GDPR nonché ai sensi degli artt. 10 e 320 c.c. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione delle foto/dei video e prende atto che le finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale per uso istituzionale dell'ASL CN1. La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail csm.saviigliano@aslcn1.it
Vi informiamo che il presente consenso autorizza all'utilizzo di immagini personali e riprese video effettuate durante le seguenti attività gestite/organizzate dal Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL CN1.

Progetto ~~Fit-walking e Montagnaterapia~~ **Fit-walking e Montagnaterapia 2020**

Luogo e data _____

(FIRMA - leggibile – dell'interessato)

**Firma (leggibile) del rappresentante con
indicazione della qualità dallo stesso
rivestita (**)**

(**) Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità d'agire (minorenne) o per incapacità di intendere o di volere (interdetto), il consenso è manifestato da chi esercita la rappresentanza legale

Data _____

Operatore che ha ricevuto il consenso
(firma leggibile)

() DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Io sottoscritto/a

Nato/a a

Residente a

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del
D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia responsabilità**

DICHIARO

Di essere

- titolare della responsabilità genitoriale
- tutore
- amministratore di sostegno appositamente a ciò delegato
- _____

dell'interessato (indicare nome cognome luogo e data di nascita)

Letto, confermato e sottoscritto
(luogo e data)) _____

(il/la dichiarante) _____

(*) Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

(*) Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

Data, timbro e firma del dipendente addetto
