

Deriva etica della cura: la rete di Montagnaterapia

*Massimo Galiazzo**

Montagnaterapia. Le attività di Montagnaterapia rappresentano un originale approccio metodologico terapeutico-riabilitativo e socio-educativo, finalizzato alla promozione alla salute e alla cura e riabilitazione di persone con differenti problematiche, patologie o disabilità. Il termine Montagnaterapia fu utilizzato per la prima volta in un articolo a commento del Convegno nazionale del CAI “Montagna e solidarietà: esperienze a confronto”, nel settembre 1999 a Pinzolo. Ne è nato un movimento nazionale di ricerca e di attività clinico assistenziale, che il CAI ha fatto suo. Dapprima in psichiatria, ma poi anche nelle dipendenze e nella disabilità, il progetto esplora come esperienze con la montagna e la verticalità possono essere cura e prevenzione. Le attività di Montagnaterapia vengono progettate ed attuate nell’ambito del SSN, nel privato sociale o in contesti socio-sanitari accreditati, con la fondamentale collaborazione del CAI, delle Guide Alpine e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore come tecnici delle uscite.

Il progetto opera per Macrozone: Piemonte - Liguria - Val d’Aosta; Sardegna; Lazio (www.montagnaterapia.it); Emilia Romagna - Toscana; Lombardia; Trentino (www.satrivadelgarda.it) e Veneto - Friuli Venezia Giulia (www.sollevamenti.org, fb: Montagnaterapia in rete). Ogni due anni si svolge un Convegno nazionale di Montagnaterapia: è un convegno ufficiale organizzato da realtà del SSN e dal CAI. Dopo la prima esperienza al Passo Pordoi (2006), sono seguite Riva del Garda, Bergamo, Rieti e Cuneo. Nel 2016 la Macrozona Veneto-Friuli Venezia Giulia ospiterà il convegno a Pordenone dal 16 al 19 Novembre.**

Questo recita il retro del volantino del prossimo convegno nazionale e mi sembra una buona sintesi di cosa intendere per Rete di Montagnaterapia. La parola stessa, anche per i soggetti coinvolti, è dibattuta sul fatto che si debba per forza usare il suffisso terapia oppure no. Rimane che convenzionalmente ormai molti soggetti si ritrovano con posizioni diverse sotto lo stesso tetto. Il movimento è spontaneo e nonostante si sia dato organizzazioni informali e visibilità mediatiche più o meno evidenti, non ha una personalità giuridica né si è costituito ad istituzione. Inoltre ha una forma magmatica anche nel suo censimento interno vedendo sempre nuovi attori aderirvi od apparire perché

* Attuale (2014 -) referente di montagnaterapia della Macrozona Veneto Friuli Venezia Giulia. www.sollevamenti.org, xam_giano@yahoo.it

** Volantino di annuncio del convegno nazionale di montagnaterapia di Pordenone 16-19 novembre 2016

mai visti.

In questa sede è interessante leggerla come fenomeno sociale, più che sotto l'aspetto di scientificità o meno delle sue modalità di intervento. In particolare su quello che io definirei "deriva etica della cura".

L'etica (termine derivante dal greco antico ἦθος, èthos, "carattere", "comportamento", "costume", "consuetudine") in filosofia indica una branca che studia i fondamenti razionali che permettono di assegnare ai comportamenti umani uno status deontologico, ovvero distinguerli in buoni, giusti, leciti, rispetto ai comportamenti ritenuti ingiusti, illeciti, sconvenienti o cattivi secondo un ideale modello comportamentale (ad esempio una data morale).

La misura della bontà e salute dei comportamenti può essere data dall'adeguatezza-efficacia nell'abitare un ambiente sia esso sociale che naturale. Il titolo di Bateson "verso un ecologia della mente" (1977) è un processo che si è fisicamente avviato nella cura della mente nell'ambiente sia sociale che naturale.

Nell'ambito specifico della montagnaterapia si assiste ad una deriva del problema della cura e della terapia e quindi del male psichico, fisico in quello etico: infatti la rete si trova sempre più coinvolta con figure non istituzionalmente deputate alla cura e soggetti coinvolti fuori dalla rete professionale. Coinvolge comunità e modifica assetti economici uscendo dalle specializzazioni di campo. Il male, così come il bene, sembra tornato nella sua origine tra male fisico corporeo e male morale senza lasciare la possibilità di distinguersi completamente, né nettamente emancipare l'uno dall'altro.

Tutto, almeno nella rete di Montagnaterapia nasce a seguito della legge Basaglia (legge 180/1978) e della sua indicazione legislativa della territorializzazione della cura. La sua presa di distanza dalle istituzioni totali e dalle carriere devianti indotte da sottoculture ma anche dalle istituzioni di cura (*label theory*, Berzano e Prina, 2001, p. 112) indicava un rimescolamento tra sani e malati, la fine della ghettizzazione di questi ultimi in definizioni psichiatriche e, di qui, in dispositivi materiali-pedagogici e terapeutici di contenimento e rinormalizzazione. Nella sua lettura superficiale si è tradotto in disinvestimento economico statale e spesso in una superficiale adesione ad essa, per poi ripresentarsi sotto smentite spoglie dentro la tutela delle categorie professionali di cura e delle loro gerarchie. Uscire fuori dalle istituzioni di cura, dalle loro definizioni e dai loro saperi significava anche farlo fisicamente. Ecco che solo il gesto di spostare setting in ambiente significava dare reale concretezza al cambiamento e non alla ridefinizione della clinica con un nuovo mascheramento. Scivola via la inattaccabile verità della propria scienza e vacilla l'affidabilità del medico curante: il sapere complesso, e al contempo fragile, della post-modernità si insinua nei telai stessi degli edifici della cura e delle sue politiche. Uscire fuori e pensare che fuori può essere più sano che dentro è una rivoluzione, non è un cambiamento solo di luogo, ma è radicale dal punto di vista epistemologico. Se si pensa che il fuori per la cura e i suoi scienziati significa che il setting non è più controllabile, e quindi

non si può più isolare la variabile indipendente del male dai disturbi di altri indicatori (che sono la vita reale). Il setting non si può più disporre ma accade come in ambiente reale (perchè si è dentro) e quindi non è più setting (to set = disporre). Non ci si può più collocare di fuori e osservare, ma si è dentro e non si ha più la cabina di regia della salute: si può al massimo facilitare pragmaticamente buone prassi. In questo flusso di esperienze condivise non vi è il professionista che dirige, conduce e capisce, ma un'esperienza in cui tutti partecipano in un rimescolamento di ruoli. Tra sano e malato, ma anche tra medico, infermiere, educatore, terapeuta e alpinista, guida alpina, ippoterapeuta, in un artigianato della cura in cui si cerca di co-costruire un processo virtuoso di guarigione. Lo smarrimento delle definizioni di ruoli per alcuni è deprofessionalizzante, ma in questa ottica è l'unica condizione per generare processi di cura (fine reale del potere di definizione del male e dei saperi del bene e della salute). La domanda che può sorgere è: chi cura chi? il professionista della cura, il tecnico della montagna, i pazienti stessi in processi di autoguarigione e rispecchiamenti reciproci, il gruppo, il rimescolamento dei ruoli, l'ambiente naturale soggetto più che contesto delle azioni umane? Il rimescolamento dei ruoli è in sintonia con il processo post-moderno dell'indebolimento dei saperi e quindi degli autori della guarigione: la desacralizzazione del medico, l'educazione negoziata e a partecipazione più che verticistica e unilaterale, la desacralizzazione dell'insegnante. Dall'altra il paziente passa da colui che subisce (patior = appunto subire) alla terapia centrata sul cliente (Rogers 1994), alla progettazione negoziata con il paziente della cura fino a vederlo coautore del suo ben stare. In montagnaterapia sono apparse parole come "guarienti" e non più pazienti, per indicarli come motori non solo della propria guarigione ma conduttori delle esperienze in ambiente di cura e promotori di percorsi di cura comunitaria anche per i "sani".

Nel dubbio irrisolto (chi cura chi?) si assistono ad interessanti cambiamenti ma anche a superficiali scampagnate in montagna, a tentativi di standardizzare i processi e valutarne l'efficacia, a fughe autonome e creative per uscire da ogni tentativo di definirsi e quindi anche di confronti di falsificazione. Al di là di tentativi di ricerca per creare un supporto *evidence based* a questi interventi, spesso ci si è trovati nei convegni nazionali a confronti di prassi in cui autodefinirsi è consegnare alla comunità la possibilità di essere falsificati nell'efficacia. In tal senso anche le superficiali fughe non riflessive, e sprovviste di progettazione di cura e/o educativa, sono da considerarsi una banalizzazione della fragilità del sapere. Sarebbe da osservare come fenomeno sociale anche questa comunità di rete, il suo modo di riunirsi, il suo dare attendibilità a certi progetti, o meno, a seconda del potere sociale di influenza di chi li pronuncia più che dei contenuti. Sarebbe da imputare la tanto sentita fatica di riconoscimento nei contesti di cura non solo ad una miopia delle istituzioni, ma anche alla necessaria assunzione di un sapere debole e perciò probabilistico, attendibile più che certo. Questo ha comportato anche la fatica ad essere riconosciuti finanziariamente come servizi di cura che

richiedono un impegno di spesa della sanità. Vero che come si assiste ad aree geografiche in cui c'è un disinteresse completo dei servizi territoriali per la salute mentale (CSM), per le dipendenze (Serd) e per la disabilità psichica e fisica, per i servizi sociali per adulti e minori, con Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) spesso influenzati dalla volontà dei dirigenti sanitari; nello stesso tempo si assiste a pratiche virtuose sfociate in convenzioni e non, ma in cui la montagnaterapia è annoverata tra i servizi di cura della istituzione stessa. Cito solo gli esempi dei CSM di Parma, Cuneo, Cittadella, vari del territorio di Roma, Rieti, Arco, per non parlare del CSM di Sanluri (Sardegna) che oramai ha contagiato tutta la Sardegna. Lo stesso dicasi per il SERD di Pordenone e Monza, per il UEPE di Massa Carrara e Mestre. Spesso la rete usa queste testimonianze come modelli per zone sorde a questo tipo di interventi. Questo ha anche fatto sì che i promotori degli interventi di montagnaterapia spesso non sono le istituzioni, ma cooperative sociali e associazioni, tra l'altro non necessariamente nate nell'alveo delle cure: si nota anche che cooperative di guide naturalistiche si specializzano in questo settore. Fino alla nascita di associazioni con la *mission* esclusiva della montagnaterapia (Andalas de Amistade a Nuoro e Equilibero a Padova). Questa ultima osservazione permette di leggere altri due aspetti della rete:

- 1 . Partita nella psichiatria questa cura che nasce dall'uscire fuori dalla istituzione si è estesa a tutte le istituzioni: esistono progetti di montagnaterapia per i minori e la devianza giovanile, per le dipendenze patologiche, per i carcerati e per la disabilità. Mutando di pari passo tutte le perentorietà delle definizioni del male: la psichiatria vede nelle esperienze di montagnaterapia l'uscita dall'isolamento e nella strutturazione di esperienze dagli stimoli forti ma semplici (naturali) la possibilità di ristrutturare un nuovo adattamento creativo all'ambiente sociale e naturale. La disabilità legge la montagnaterapia come l'occasione di sperimentare l'inabilità motoria o sensoriale in nuove modalità "più abili". Il carcere vede nella montagnaterapia la possibilità di giocare un nuovo patto sociale di fronte ad una esperienza-prova di una piccola comunità. Il disagio giovanile e le dipendenze leggono nella montagnaterapia un buon terreno selvaggio per giochi iniziatici alla responsabilità e alla autonomia adulta. Queste sono solo limitanti definizioni.
- 2 . La fine di una sanità socio-assistenziale che eroga cure che sono solo costi dovuti senza l'attivazione del paziente stesso. Nell'ottica della montagnaterapia la fine del *welfare* socio-assistenziale è una rivisitazione profonda di tutto il sistema e non solo una visione nuova della politica del *welfare*.

Secondo step etico della deriva della cura nella rete di montagnaterapia è quella di attivare anche percorsi di terapia di comunità, come l'ha definita Alessandro Coni uno psichiatra sardo nell'iniziativa da lui avviata che si chiama "Sentieri di libertà" (2013-2014-2016).

Sentieri di Libertà 2016. “La malattia mentale è la polis nella quale s’incontrano il bisogno di cittadinanza dei pazienti con la necessità di “altruità” della società. L’appagamento di questi desideri è un bene comune intangibile prodotto dalla indefettibile coincidenza di entrambi.”¹ Sentieri di Libertà rappresenta la metafora viva di un modello di psichiatria che vede la comunità locale come il luogo di cura ideale per affrontare e risolvere la grave malattia. In questa prospettiva l’attenzione è rivolta prevalentemente alla persona che compie un percorso di ripresa all’interno della comunità di appartenenza, piuttosto che al solo aspetto clinico della malattia. Questa visione permette di guardare la malattia mentale con la prospettiva di offrire alle persone con un disturbo psichiatrico la speranza di una ripresa e la partecipazione attiva alla vita della comunità.

Questa è la presentazione all’invito a partecipare a Sentieri di Libertà 2016: “la malattia è polis” e nell’esperienza comunitaria della montagna-terapia si riesce a ridare cittadinanza a chi la malattia ha messo fuori, e nel contempo si dà occasione alla società fossilizzata nelle sue organizzazioni di ripensarsi. In questo che sembra un rito collettivo dedicato all’ambiente ma anche al gruppo-comunità si celebra non solo la normalizzazione dei valori fondanti ma anche la creativa possibilità di ripensare le origini. Questo perché, come vogliono alcuni antropologi (Van Gennep 1981; Turner 1986), il rito ha una fase liminale carnevalesca di caotico magmatico rimescolamento di ruoli e organizzazioni: ritorna il rimescolamento tra pazienti e curanti. Basti pensare, ripescando dalla nostra tradizione folklorica al fenomeno del tarantismo salentino (Ernesto De Martino, 1959), come fosse un rito che svolgeva una funzione di cura per “il morso d’amore” e per un equilibrio comunitario.

Sentieri di libertà, dopo una prima edizione (2013) dedicata solo a operatori vede, nelle successive edizioni, un popolo eterogeneo di malati e curanti (o come si autodefiniscono di “guarienti”) tutti attorno a una esperienza che cerca insieme una misura per l’armonia con l’ambiente naturale e gruppale. Sanando non solo il disagio di alcuni individui ma anche di comunità stesse. Coinvolti nell’organizzazioni sono anche i comuni stessi, in un rimescolamento continuo di figure diverse. Ecco che nella versione proposta per il 12-18 settembre 2016 si mantiene il carattere itinerante del trekking nel rimescolamento dei ruoli di guida, e la forte presenza dei comuni dell’Ogliastra nell’accoglienza, nell’animazione con danze e canti serali ma anche di laboratori di “a manu pigada”:

Il Programma. Quest’anno Sentieri di Libertà coinvolge le Comunità di Perdasdefogu, Tertenia, Jerzu, Gairo, Osini, Ulassai e Cardedu. Dal 12 al 14 si svolgono, in diverse Comunità, i Laboratori di Solidarietà, caratterizzati da pratiche di comunità (la tessitura, la panificazione, il ballo ecc). Dal 15 al 18 si svolge il Convegno Itinerante che, come nella precedente edizione, prevede trekking, dibattiti sui temi della salute mentale, cene comunitarie, feste. Ogni sera le

¹ Volantino di invito a Sentieri di Libertà 2016 : 12-18 settembre.

riflessioni giornaliere dei gruppi in cammino sono condivise con gli ospiti del mondo del volontariato, degli sport della montagna e con tutti i cittadini, in un clima di festa, con musica dal vivo, balli e convivialità.²

Un terzo step di deriva etica di questo anomalo modo di fare cura è economico: del resto come poteva non rimanere intaccata l'economia, oikos (casa) e nomos (regole), le regole della gestione della casa. Quando la cura esce dalla istituzione si fa comunità, contagia politica ed economia.

Vero anche che la rete in modo artigianale sviluppa dal basso una produttività economica e un sostegno alla domanda turistica particolare. Ecco il senso del nostro intervento in un "Welfare sbilanciato"³ e un taglio alla lettura della montagnaterapia in chiave economico-organizzativa. Cito solo alcuni esempi generici:

- Alcuni gruppi adottano sentieri facendone una manutenzione ordinaria che enti statali preposti non riescono più a fare, in certe casi queste sono fonti di impiego per misure alternative al carcere o ergoterapia per tossicodipendenze e/o disabilità e salute mentale (Massa Carrara, Colli Euganei, Colli Vicentini ma anche Austria)
- Alcuni gruppi si sono creati una cartografia e una sentieristica ad hoc per situazioni sociali con una nuova iconografia che attende solo nuova editoria (Macrozona Veneto Friuli Venezia Giulia)
- Alcuni gruppi utilizzano la *pet therapy* sostenendo la domanda di servizio di animali in passato allevati e oggi a rischio di estinzione (per esempi gli asini e l'onoterapia)
- Alcuni gruppi si interessano di rifugi sociali con inserimenti lavorativi protetti (Rifugio Carrara sulle Apuane, Rifugio Mariotti al Lago Santo, Rifugio Enterle sui Lagorai)
- Molti gruppi sostengono la domanda turistica di mete montane non battute dalla grande domanda turistica: oggi sappiamo che la fonte di crisi del capitale post-moderno spesso è la domanda
- Molti gruppi usano la narrazione dell'esperienza come dispositivo di cura per sé: è pur vero che può diventare prodotto turistico. Perché un luogo diventa appetibile turisticamente se una storia lo valorizza e quindi le storie sono vendibili (collaborazione cooperativa Biosphaera Vicenza e associazione Equilibero Padova). Anche i luoghi, come le persone, hanno bisogno di narrazione.

Penso che questo articolo metta in luce - anche se in modo deficitario rispetto alle realtà non menzionate - quanto la rete di Montagnaterapia con il suo artigianato di cura sia già ben al di là di un *welfare* socio-assistenziale. Forse che la revisione del bene e dei suoi confini per una volta spetti al male?

² Volantino di invito a Sentieri di Libertà 2016: 12-18 settembre.

³ Convegno "Ricche di natura, povere di servizi Il welfare sbilanciato delle aree rurali fragili europee" Rovigo, 18-19 marzo 2016.

Bibliografia

- Bateson, Gregory (1977). *Verso un'ecologia della mente*, Ed. Adelphi, Milano.
- Berzano, Luigi e Prina, Franco (2001). *Sociologia della Devianza*, Ed. Carocci, Roma.
- De Martino Ernesto (1959). *Sud e Magia*, Ed. Feltrinelli, Milano.
- Rogers Carl (1994). *La terapia centrata sul cliente*, Ed. Martinelli, Firenze.
- Turner Victor (1986). *Dal rito al teatro*, Ed. Il Mulino, Bologna.
- Van Gennep Arnold (1981). *I riti di passaggio*, Ed. Bollati Boringhieri, Torino.