

*Angelo Brega, Sandro Carpineta, Eleonora Cossu, Paolo Di Benedetto,  
Emanuele Frugoni, Massimo Galiazzo, Fiorella Lanfranchi,  
Paolo Piergentili, Donatella Silvia Rizzi e Roberta Sabbion*

# Montagnaterapia



La montagnaterapia è un'attività riabilitativa nata in modo spontaneo e indipendente in varie regioni d'Italia sulla scorta di esperienze pionieristiche avviate con successo in altri Paesi. L'idea che vi sta alla base è che il beneficio della frequentazione della montagna, evidente a chiunque pratici l'escursionismo, l'alpinismo o altre attività all'aperto, abbia un'importante valenza terapeutica, in particolare per i pazienti psichiatrici. Ecologia della mente — secondo l'espressione di Bateson — ed ecologismo, in questo senso, si incontrano.

Le finalità del movimento della montagnaterapia sono infatti duplici. Da un lato, la montagnaterapia mira, in continuità ideale con il movimento di riforma della psichiatria italiana che ha avuto in Franco Basaglia la sua figura più rappresentativa, a portare la cura della salute mentale non solo al di fuori dell'istituzione, ma al di là dei confini stessi della polis, allargando il «terreno di gioco» riabilitativo all'ambiente naturale. Dall'altro — e non potrebbe essere altrimenti —, si batte per la tutela del territorio, che oggi più che mai deve essere preservato dal degrado e da atteggiamenti predatori.

*Con contributi di:* Silvia Berti, Stefano Bertoldi, Francesco Saverio Borriani, Marco Bruci, Monica Cendron, Roberto Chesta, Monica Chimento, Claudio Colpo, Sara Foradori, Giovanni Frassine, Giliola Galvagni, Gianni Ganda, Fabiano Gorla, Lorenzo Grimaldi, Federico Magnaguagno, Francesca Marino, Chiara Massalin, Renato Osele, Antonio Pinton, Gianluca Riccardi, Giulia Rigo, Chiara Scialanca, Alice Tacchetto, Enrico Tozzi, Giorgio Tuscolano, Cristiana Venturi, Marco Zaccaria e Isabella Zuliani.

€ 25,00



9 1788859110287341

www.erickson.it

# Indice

Introduzione ( <i>Roberta Sabbion</i> )	7
PRIMA PARTE – MONTAGNATERAPIA (a cura di <i>Angelo Brega</i> )	
<i>Capitolo primo</i>	11
Origini del movimento: il graduale passaggio alla ricerca di un approccio condiviso ( <i>Paolo Piergentili e Sandro Carpineta</i> )	
<i>Capitolo secondo</i>	23
Presupposti teorici della montagnaterapia ( <i>Paolo Di Benedetto</i> )	
SECONDA PARTE – MONTAGNATERAPIA E SALUTE MENTALE (a cura di <i>Fiorella Lanfranchi ed Eleonora Cossu</i> )	
<i>Capitolo terzo</i>	33
La montagnaterapia come nuovo paradigma per la salute mentale ( <i>Angelo Brega</i> )	
<i>Capitolo quarto</i>	45
Salute mentale e montagnaterapia ( <i>Fiorella Lanfranchi ed Eleonora Cossu</i> )	
TERZA PARTE – MONTAGNATERAPIA E DIPENDENZE (a cura di <i>Massimo Galiazzo</i> )	
<i>Capitolo quinto</i>	103
Inquadramento: DUS e dipendenze comportamentali	

<i>Capitolo sesto</i>	111
Dipendenze patologiche e montagnaterapia	
<i>Capitolo settimo</i>	133
Antologia delle esperienze di montagnaterapia e dipendenze (clinica della formazione)	
 QUARTA PARTE – MONTAGNATERAPIA E MINORI <i>(a cura di Emanuele Frugoni e Massimo Galiazzo)</i>	
<i>Capitolo ottavo</i>	167
Inquadramento: montagnaterapia con i minori	
<i>Capitolo nono</i>	191
Apprendere dall'esperienza e montagnaterapia	
<i>Capitolo decimo</i>	221
Antologia delle esperienze di montagnaterapia e minori (clinica della formazione)	
 QUINTA PARTE – MONTAGNATERAPIA E DISABILITÀ INTELLETTIVA <i>(a cura di Donatella Silvia Rizzi)</i>	
<i>Capitolo undicesimo</i>	253
Affrontare le disabilità intellettive con la montagnaterapia <i>(Silvia Berti, Francesco Saverio Borrini, Gianluca Riccardi e Donatella Silvia Rizzi)</i>	
 SESTA PARTE – QUALITÀ DEI PROGETTI E APPENDICE <i>(a cura di Paolo Piergentili)</i>	
<i>Capitolo dodicesimo</i>	273
La qualità dei progetti di montagnaterapia <i>(Paolo Piergentili e Roberta Sabbion)</i>	
<i>Appendice</i>	279
Il mantello di San Martino – L'ultimo viaggio di Luisa raccontato a più voci <i>(Renato Osele, Giliola Galvagni, Claudio Colpo,     Stefano Bertoldi, Sara Foradori ed Enrico Tozzi)</i>	
<i>Bibliografia</i>	287

# Introduzione

*Roberta Sabbion*

Anima, cuore, passione... Vita vissuta e non transitata... Vedere e non solo guardare... Ascoltare il non detto e andare in profondità delle cose.

Queste parole e questi pensieri sono usciti attraverso un mio brainstorming solitario, pensando alla mia attività di montagnaterapia, a tutto il percorso fatto prima di cominciare a praticarla e, successivamente, fino ad oggi, per arrivare alla costituzione di una Società scientifica, SIMonT, con la voglia di mettere nero su bianco in un libro le esperienze fatte da molti operatori e tecnici di montagna come segno forte della partenza della Società stessa.

Se, come credo fermamente, è vero che il caso non esiste, ma che quanto ci accade nella vita è parte di un meraviglioso mondo che va come ce lo siamo costruiti, scrivere un libro è sicuramente molto di più che riportare esperienze, significa tracciare un percorso, marcare un territorio con significati, obiettivi, verifiche e azioni coerenti.

Nella vita accadono cose al momento giusto e nel posto giusto.

- È il 2006. Lavoro nel Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Sanitaria di Chioggia e a casa di un collega e amico, Max, leggo sulla rivista del CAI, in un articolo piccolo piccolo alla fine di una pagina centrale, che ci sarebbe stato al Passo Pordoi un convegno di montagnaterapia. Decidiamo in un istante di iscriverci e partecipare... Mi si è aperto un mondo che si affacciava verso i miei veri interessi, anche terapeutici: permettere

il recupero di abilità perse e soprattutto identificare parti sane da coltivare attraverso lo strumento montagna. Da allora ho condiviso con altri professionisti l'idea di poter lavorare con soggetti dipendenti da sostanze o da altro fuori dalle quattro mura per fare riabilitazione in ambiente, e questo evento ha rappresentato l'inizio di un mio percorso in tal senso. «L'occasione giusta al momento giusto».

- È il 2021. Sto facendo un giro in bici con mio marito e buco la gomma posteriore. La cambiamo, avendo tutto il materiale al seguito. Nel frattempo passa un ragazzo con la bici da corsa e si ferma chiedendoci se abbiamo bisogno di un aiuto. Rimane al nostro fianco con la gentilezza e la cortesia che avrebbe potuto avere una persona conosciuta da tempo, un amico. Ci presta la sua pompa e ci dà una camera d'aria nuova, visto che quella che abbiamo di ricambio è a sua volta bucata. Questo gesto ci permette di riprendere il giro e fare un percorso piacevolissimo. «La persona giusta al momento giusto».

Si tratta di due semplici esempi che mostrano i pensieri che da sempre guidano la mia vita: tutto torna, ogni gesto fatto corrisponde a un gesto ricevuto. Lavorare con le persone fragili in maniera non stereotipata ma ugualmente professionale, farlo unendo passione e cuore alle competenze tecniche, ci permette di essere la «persona giusta al momento giusto» che potrebbe permettere all'altro di cogliere l'«occasione giusta al momento giusto».

Se questo libro lascerà anche solo un piccolo segno in tal senso, avremo raggiunto l'obiettivo.

## *Capitolo primo*

# **Origini del movimento: il graduale passaggio alla ricerca di un approccio condiviso**

*Paolo Piergentili e Sandro Carpineta*

### **I precursori in ambito internazionale**

L'idea di usare l'attività in ambiente naturale per trattare persone con disagio mentale è figlia della rivoluzione che nel corso dei secoli ha cambiato la concezione di malattia mentale e di conseguenza le metodologie, spesso barbare e crudeli, con cui queste persone venivano trattate (non si può certo usare il termine «curate»).

È solo alla fine del Diciottesimo secolo che, a Parigi, Philippe Pinel trasformò il malato mentale da persona da contenere ed escludere a persona da trattare, e cambiò profondamente l'ambiente fisico in cui queste persone venivano curate, creando strutture, se non proprio accoglienti, almeno pulite. Il gesto che ha segnato in modo profondo e alla fine irreversibile questo cambiamento è stata la liberazione dei malati della Salpêtrière dalle catene.<sup>1</sup> È vero che l'approccio di Pinel generò poi la nascita del manicomio, e per questo è stato criticato (Dell'Acqua, 2010, p. 275), ma, se ci caliamo nel contesto storico in cui egli ha operato, la profondità della sua innovazione è innegabile. È stato certamente il primo a postulare l'importanza per il benessere del malato dell'ambiente fisico in cui si trova.

---

<sup>1</sup> Philippe Pinel, <http://www.nilalienum.it/Glossario/Autori/Pinel.html> (sito consultato il 16 novembre 2021).

Il Friends Hospital a Philadelphia, il primo ospedale psichiatrico privato degli USA, introduce nel Diciannovesimo secolo l'idea che l'ambiente naturale sia benefico per i malati mentali, per esempio inventando la *pet therapy*,<sup>2</sup> in modo però non formalizzato scientificamente.

È solo nel 1906 che compare un articolo sull'«*American Journal of Insanity*» (ora «*American Journal of Psychiatry*») in cui si parla di *Tent Therapy* sia per pazienti con tubercolosi, sia per pazienti psichiatrici, riportando (ancora però solo in modo aneddotico) risultati eccellenti (Haviland e Carlisle, 1905-1906). Parimenti un notevole beneficio fu osservato in pazienti che forzatamente si trovavano in tenda dopo il gran terremoto di San Francisco del 1906. Siamo ancora in ambito osservazionale, senza alcun tentativo di razionalizzazione e comprensione di questi «successi», che peraltro morirono poco dopo senza dar seguito a terapie formalizzate.

Negli anni Venti del secolo scorso, sempre negli Stati Uniti, si svilupparono altre esperienze, mirate specialmente all'influsso positivo di pratiche in ambiente naturale sullo sviluppo della personalità e nel recupero di adolescenti problematici (Dimock e Hendric, 1939; Backus, 1947). Nasce il «*camping movement*», che identificava il campeggiare come ambiente terapeutico, con i primi tentativi formalizzati di integrare esperienze in ambiente naturale con programmi terapeutici. Il primo camping di questo genere fu l'Ahmek Camp, dove fra gli obiettivi primari figurava la socializzazione fra i campeggiatori. Una ulteriore esperienza nacque nel 1946, da parte del Salesmanship Club di Dallas (Harper, 2017).

In Europa il tedesco Kurt Hahn, negli anni Trenta, elaborò una filosofia educativa innovativa (per quei tempi) che utilizzava spedizioni in ambiente naturale per scopi educativi. Non terapia, quindi, né giovani problematici, ma una vera e propria scuola per giovani benestanti (Hanford, 2015). Queste scuole esistono tuttora.

Per vedere esperienze più strutturate e professionali bisogna attendere gli anni Ottanta, quando in Europa si sviluppa una ampia rete internazionale cui afferiscono esperienze di varie nazioni, chiamata *Adventure Therapy Europe*.<sup>3</sup> Il termine *Adventure Therapy* è però poco definito e non pare includere programmi sanitari, ma piuttosto educativi, relazionali o di

---

<sup>2</sup> <https://friendshospital.com/about-us/> (sito consultato il 16 novembre 2021).

<sup>3</sup> <http://adventuretherapy.eu/> (sito consultato il 16 novembre 2021).



formazione manageriale.<sup>4</sup> Nello stesso periodo nel Nord Europa nascono i primi progetti che utilizzano come ambiente naturale non la montagna, ma la barca a vela, esperienze che poi troveranno un ampio sviluppo anche in Italia (Di Loreto, 2013; Carta et al., 2014).

In anni più recenti negli USA è possibile reperire una copiosa letteratura in cui la Wilderness Therapy o l'Outdoor Behavioral Healthcare via via assurgono a vere e proprie discipline sanitarie o educative per una varietà di popolazioni, come dipendenti da sostanze, persone con disabilità o malattia psichiatrica e giovani problematici (Davis-Berman e Berman, 1994).

Un approccio così innovativo e poco convenzionale ha incontrato anche negli USA difficoltà e problemi causati da una metodologia non sufficientemente definita e da incursioni di personale poco qualificato. Molta letteratura è dedicata alla definizione dei suoi fondamenti teorici (Smithson, 2009) e a quella delle competenze e delle esperienze del personale che la propone (Davis-Berman e Berman, 1993). Particolarmente rilevante inoltre risulta lo sforzo di elaborare modalità oggettive per valutare gli esiti dei percorsi in ambiente naturale (Russell, 2000). Questa ricerca ha prodotto risultati interessanti, ed è ora disponibile un vero e proprio percorso di accreditamento con standard di qualità di notevole spessore.<sup>5</sup>

## **Breve storia della nascita del movimento in Italia**

Della maggior parte degli eventi umani, delle «creazioni» dell'uomo o delle evoluzioni del sapere si riesce il più delle volte a individuare un momento sufficientemente preciso che può essere riconosciuto come «atto di nascita». Per la montagnaterapia in Italia, però, questo non è avvenuto per svariati motivi: nessuno ne rivendica fortemente la paternità, non vi è una data precisa da far passare alla storia, non ci sono eventi di significativa importanza da ricordare. Fin dall'inizio la nascita della montagnaterapia è stata caratterizzata dal confronto, dalla pluralità delle idee, dalle variegata e autonome esperienze. Due eventi per così dire «precursori»

---

<sup>4</sup> <http://adventuretherapy.eu/organizations/> (sito consultato il 16 novembre 2021).

<sup>5</sup> Outdoor Behavioral Healthcare Council, *Best Practices*, <https://obhcouncil.com/about/best-practices/> (sito consultato il 16 novembre 2021).

meritano tuttavia di essere menzionati. Il primo, nel 1987, è rappresentato da un'esperienza nata in Lombardia (peraltro con l'interessamento e supporto del Club Alpino Italiano – CAI), e in particolare nel Comasco, dove venne organizzato dalla Comunità ARCA un corso di introduzione alla montagna e all'arrampicata nell'ambito di un programma di attività riabilitative di un centro di recupero per tossicodipendenti. Il secondo evento è avvenuto nel 1999, durante il convegno «Montagna e Solidarietà: esperienze a confronto», tenutosi in Trentino, a Pinzolo; in quell'occasione il dottor Giulio Scoppola, relazionando sull'esperienza maturata in alcune ASL della Regione Lazio in quegli anni, per la prima volta parlò esplicitamente di montagnaterapia (episodio, questo, che venne ripreso poi dalla stampa nazionale).

La prima, un'esperienza più formale, e la seconda, con la coniazione di un nuovo e significativo termine, rappresentano sicuramente due momenti nodali, quasi istitutivi. Ma la storia della montagnaterapia in Italia risulta di certo molto più complessa e articolata, fatta di intuizioni e sogni, di concretizzazione di progetti e a volte di inevitabili errori; questo insieme di esperienze, per essere letto con metodo e chiarezza, necessita di un trattamento più articolato, che consenta l'analisi evolutiva, diacronica. Prendendo a prestito un'altra scienza, solo in apparenza lontana, quale è la biologia, possiamo dire che la nascita e la crescita delle mille esperienze di montagnaterapia in Italia hanno avuto una loro individuale «ontogenesi» (ricordo che in embriologia questo termine individua l'insieme dei processi che portano allo sviluppo biologico di uno specifico organismo), ognuna delle quali può essere in qualche modo oggi ritrovata «filogeneticamente» nell'attuale movimento che da quelle isolate esperienze ha preso vita. Intendo dire che, se in biologia la filogenesi è l'evoluzione propria della specie a cui appartiene il singolo organismo, oggi la montagnaterapia è internamente composta e organizzata e ha una sua specifica struttura determinata e dipendente da tutte le esperienze che in oltre trent'anni l'hanno via via costruita.

Ma vediamo questa storia, questa evoluzione. A mio giudizio, possono essere individuate, dagli anni Novanta a oggi, sostanzialmente quattro fasi, ognuna specifica e con le sue peculiarità.

La prima fase, dalla fine degli anni Ottanta sino ai primissimi anni Duemila, è sicuramente quella «pionieristica». Esperienze sono nate in più

punti d'Italia, in totale autonomia e basate sull'intuizione di qualche operatore, ovviamente appassionato di montagna; operatori di strutture pubbliche e/o del privato sociale, in massima parte attivi nel mondo della riabilitazione psichiatrica o meno di frequente in altri ambiti (ad esempio servizi o strutture per la cura delle dipendenze) hanno sviluppato programmi di intervento riabilitativo, quasi sempre caratterizzati da una dimensione locale, autonomi se non addirittura isolati e con scarsi interscambi con altre realtà. Questo «spontaneismo delle idee» rende ragione della nascita di gruppi attivi in varie regioni della penisola, per altro non necessariamente montane; citiamo tra le altre a Bergamo la «Fondazione Bosis», a Como la «Comunità Arca» per tossicodipendenti e nel Lazio le molteplici proposte nate a Roma e a Rieti, importanti da ricordare per la loro lunga storia. La nascita di queste esperienze in ambito primariamente psichiatrico sarebbe riconducibile soprattutto allo specifico momento storico, con la Legge 13 maggio 1978, n. 180 ancora «giovane» e operatori altamente motivati, ma anche alla facilità con cui questo nuovo e originale strumento poteva essere adottato e introdotto nella prassi riabilitativa. Ciò non toglie che altre aree di intervento venivano esplorate, sia in campo sanitario (riabilitazione diabetologica e cardiologica, in ortopedia ecc.) sia in quello sociale (rivolte in particolare a adolescenti problematici o immigrati, sempre con finalità integrative).

Nei primi anni Duemila è invece iniziata una vera e propria stagione del confronto, della ricerca da parte dei vari gruppi di contatti con l'esterno, dello scambio delle esperienze. In maniera sicuramente autoironica alcuni, prendendo a prestito una definizione in voga negli anni immediatamente precedenti, parlarono divertiti di un «Nuovo Mattino» della riabilitazione psichiatrica! Anche in questo caso è difficile definire un momento preciso di questa evoluzione; certo è che internet era ormai nato e consentiva di cercare, contattare, avvicinare realtà di cui non si aveva sino ad allora la minima conoscenza. Tra il 2003 e il 2007 numerose iniziative di incontro vennero proposte da più parti, in Piemonte, Lombardia, Lazio e Trentino; in particolare i corsi tenuti nel 2004, 2005 e 2007 al rifugio Nino Pernici (proposti e organizzati dal gruppo «Sopraimille» della Sezione SAT-CAI di Riva del Garda) hanno rappresentato una prima sperimentazione di quella che sarebbe divenuta negli anni successivi una costante prassi. I determinanti fondamentali e le aree tematiche emerse da tutte le esperienze sviluppate in quegli anni sono stati poi approfonditi e arricchiti nel tempo, e li ritroviamo

ancora oggi come assi portanti di una struttura sempre più concreta e solida. Tra i tanti, alcuni in particolare meritano di essere citati: il confronto sulle modalità operative e sulle tecniche adottate, i rapporti tra Servizi Sanitari, Privato Sociale e CAI, la formazione degli operatori, la valutazione della qualità degli interventi e dei risultati ottenuti. Tutti temi tesi al miglioramento delle prassi e alla progressiva teorizzazione metodologica che stava prendendo forma... magari discussi per ore attorno al fuoco di un rifugio!

Se questi che abbiamo ora rapidamente esaminato rappresentavano i «primordi», i primi passi di una nuova realtà non priva di tratti «romantici» e senza dubbio fortemente partecipata, gli anni immediatamente successivi hanno avuto una specifica caratterizzazione. E questa volta abbiamo un luogo e una data. Nel settembre 2006 più di 80 operatori provenienti da tutt'Italia si incontrano al Passo Pordoi, nel Centro di Formazione del CAI «Bruno Crepaz». La sede, l'ambiente e l'elevato numero dei partecipanti sono solo alcuni degli aspetti che hanno contraddistinto questo evento che ha dato forma a tre cose fondamentali. Innanzitutto, l'incontro è stato anche fortemente voluto dal CAI, e in particolare dall'allora presidente Annibale Salsa; questa situazione consentiva di dare una veste per qualche verso istituzionale a qualcosa che nella pratica già accadeva, cioè la collaborazione delle strutture sanitarie e sociali. In seguito tali sinergie non sono state sempre semplici e spesso le collaborazioni hanno preso strade diverse, ma i rapporti ancora esistenti oggi, nel 2021, tra montagnaterapia e CAI trovano in quell'incontro le proprie radici, in particolare quelle formali. Il secondo fatto è rappresentato poi dall'adozione di due termini. Tutti coloro, sanitari, operatori del sociale, soci CAI, che agivano nel variegato mondo di questa nuova prassi di intervento hanno in quella sede deciso di adottare due termini che, va sottolineato, erano da tempo già in uso nella pratica comune. Dal Pordoi in poi si è definitivamente parlato di un «movimento di montagnaterapia», due termini ormai da tutti riconosciuti e che sottolineano le molteplici sfaccettature di un'esperienza nata «dal basso», autonoma, che si arricchisce dei più svariati apporti. Negli anni successivi sono state avanzate critiche e proposte di revisione di entrambi i termini, ma a volte le parole sono più veloci e addirittura migliori degli uomini, per cui oggi (dal 2006 in poi) questi sono diventati termini assodati e riconosciuti.

L'ultimo fatto importante accaduto nei «tre giorni del Pordoi» riguarda il piano organizzativo: in quella sede è stata presa la decisione di suddividere

funzionalmente il paese in macrozone e contestualmente di individuare in ognuna un referente con compiti di coordinamento interno e di collegamento all'esterno con le altre macrozone. In pratica, in quella occasione sono state gettate le basi per una struttura organizzativa a livello nazionale per coordinare le varie esigenze e progetti, in particolare sui grandi temi: formazione, aggiornamento, scambio esperienziale, ecc. Primo risultato di questa nuova visione, più ampia che in passato, è stata la decisione di favorire ogni evento divulgativo, formativo o di interscambio a livello locale; ancor più importante, però, è stata l'individuazione di appuntamenti fissi a livello nazionale. Il testimone è stato raccolto da Riva del Garda, ove è stato organizzato nel novembre del 2008 il primo di questi convegni nazionali, caratterizzato per altro dalla presenza di delegazioni provenienti da Svizzera, Francia e Spagna. In successione i convegni sono stati organizzati a Bergamo nell'ottobre 2010, a Rieti nel novembre 2012, a Cuneo nell'ottobre 2014, a Pordenone nel novembre 2016. Una menzione a parte meritano poi il convegno tenuto nel 2018 in Sardegna, per la prima volta organizzato in una veste itinerante, e il convegno programmato a Parma per il 2020 che purtroppo, a causa delle vicende sanitarie, ha subito uno slittamento all'anno successivo, «costringendo» gli organizzatori a adottare la formula del meeting telematico, la quale alla prova dei fatti si è rivelata assolutamente originale e innovativa.

E infine veniamo all'ultima fase, quella degli ultimi anni, quella dell'oggi. Un passaggio ulteriore caratterizzato dal consolidarsi delle esperienze sul territorio, da sempre maggior attenzione e impegno nella comunicazione e, non certo in ultimo, dall'evoluzione della dimensione scientifica e di ricerca. Nel tempo sicuramente molti gruppi hanno presentato difficoltà e battute di arresto o addirittura hanno dovuto interrompere le attività; ma, a fronte di questi aspetti negativi, va detto che molti gruppi sono nati e che i campi di azione si sono differenziati. Un monitoraggio sempre più preciso si è avuto a partire dal 2006, quando, con la nascita delle macrozone, è stato affidato a queste il censimento delle attività nel proprio territorio; se all'inizio i dati non erano molto precisi, oggi si riesce ad avere un quadro soddisfacente di quanto accade in Italia, sia dal punto di vista quantitativo, sia da quello qualitativo. Quantitativamente il trend è in quasi continua ascesa, ma quello che forse appare più utile e interessante sottolineare è la differenziazione dei campi di azione in cui la metodologia della montagnaterapia viene utilizzata

(adolescenza, persone con problemi giudiziari, varie patologie organiche e della mobilità); se da una parte questo fatto risulta vivificante e ricco di stimoli, uno dei terreni di impegno per il prossimo futuro sarà proprio la verifica costante dell'adesione dei vari progetti a un modello teorico che è ormai chiaro, documentato, coerente e condiviso, allo scopo di evitare con accurata determinazione l'avvio di attività che rispondano solo a una isolata progettualità (deve essere ormai definitivamente chiuso il tempo del vecchio sistema secondo il quale «le cose sono fatte bene per il solo fatto che le faccio!»).

Un aiuto a questa definizione progettuale/metodologica è venuto sicuramente dalla crescente adozione di prassi divulgative e di informazione sul lavoro fatta in questi anni. E le strade seguite sono state molteplici. Sicuramente la stampa di settore, prima fra tutte quella del CAI (con «lo Scarpone», «la Rivista» e oggi «Montagne 360°»), ha permesso di portare all'attenzione di una vastissima platea la voce della montagnaterapia e l'ha fatta conoscere; così come i contributi presentati ai numerosissimi convegni, incontri e dibattiti, che sono stati divulgati nelle forme più varie allo scopo di attuare un'opera di informazione e sensibilizzazione indispensabile per un settore nascente, assolutamente nuovo e misconosciuto.

A questa operazione divulgativa va affiancata quella scientifica perseguita in questi anni. Da una parte c'è la pubblicazione di articoli su riviste scientifiche accreditate, mirate sia a un approfondimento della teoria sottesa a queste nuove esperienze, sia all'analisi qualitativa dei risultati ottenuti con le prime sperimentazioni eseguite con criteri scientifici (questa dimensione scientifica verrà ampiamente presentata in altre parti del testo). Dall'altra c'è lo sviluppo di rapporti con il mondo accademico, che ha portato, in diversi atenei italiani, all'accettazione di progetti di ricerca sul tema della montagnaterapia, che in diversi casi sono esitati in tesi di laurea (in particolare nei corsi di laurea in Psicologia, in Tecnica della riabilitazione psichiatrica e di quelli per Educatore professionale). E poi, certo non ultima se non cronologicamente, c'è la nascita alla fine del 2019 della Società Italiana di Montagna Terapia (SIMonT)!

Di questa Società si parlerà estesamente in altre parti del testo, ma qui sembra giusto ricordare, alla fine di questo brevissimo excursus storico, che con questo passo la montagnaterapia si è definitivamente accreditata, ed è ormai maggiorenne. Da tempo il desiderio di attuare questo salto di

qualità era presente nel movimento, ma alla fine del 2019 è arrivata la formalizzazione della Società, con la definizione dei suoi scopi e l'impianto di un assetto organizzativo completo.

Per concludere torniamo sul tema della comunicazione, allo scopo di fornire alcune coordinate che permettano di attingere informazioni sui vari aspetti proposti in queste brevi note. Purtroppo stilare una completa bibliografia sul tema della nascita della montagnaterapia in Italia, con rimandi alla letteratura collegati punto per punto a quanto detto, è di fatto poco realizzabile; le tracce lasciate dei primi anni di questa nostra «avventura» sono oltremodo scarse (ahimè!) e più facilmente rintracciabili nel web che non nella loro iniziale forma cartacea. Propongo quindi solo due passaggi: alcuni documenti che hanno in qualche modo lasciato il segno in questo lungo sentiero (e mi scuseranno gli esclusi, che troveranno comunque in altre parti del testo riferimenti a loro dedicati), e i rimandi a siti web che permetteranno all'interessato di accedere a moltissime informazioni e dati (anche alcune di quelli, come detto, persi nella loro forma cartacea).

Innanzitutto alcuni documenti, premettendo che la selezione di quali indicare non è stata facile; accettato il rischio di fare qualche torto, vediamo alcune proposte. Iniziando dall'articolo di Matteo Serafin, *Quando la Montagna diventa un aiuto alla vita* (Serafin, 1999), probabilmente il primo scritto ad ampia diffusione in cui si menziona la montagnaterapia. Se rivolgiamo poi l'attenzione al CAI, negli atti del Convegno Nazionale «Montagna, fonte di solidarietà», tenutosi a Trento il 16 ottobre 2004,<sup>6</sup> si parla tra l'altro delle fasi iniziali della montagnaterapia, anche della sopra menzionata esperienza tenuta dalla Comunità Arca. Un passo in avanti importante è poi rappresentato dagli incontri tra operatori sanitari, soci CAI e volontari che progressivamente si sono andati strutturando nei convegni sopra ricordati. Una delle prime esperienze è riportata a cura della Provincia Autonoma di Trento in un volume della sua collana «Documenti per la salute», «Montagnaterapia e Psichiatria – Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”», che raccoglie gli atti dell'incontro dell'incontro tenutosi al Rifugio Pernici dal 9 al 11 settembre del 2005.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Atti dell'Incontro «Montagna, fonte di solidarietà», Stampa a cura del CAI, Trento 2004.

<sup>7</sup> Atti del Convegno «Montagnaterapia e Psichiatria — Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”», in Documenti per la salute n° 25, Provincia Autonoma di Trento,

In seguito hanno preso il via gli appuntamenti a livello nazionale, tra cui il convegno con pubblicazione degli atti «Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia», tenutosi a Pomezia nell'ottobre del 2009<sup>8</sup> e, tra le altre cose, espressione del fermento e del grande lavoro fatto nell'Italia centrale.

E infine arriviamo agli incontri nazionali della rete di montagnaterapia che, come detto, ha cadenza biennale e dal 2008 organizza convegni di sicuro interesse e di grande partecipazione; qui citiamo, per l'importante mole di contributi presentati, gli atti del Convegno Nazionale tenutosi a Bergamo il 12-13 novembre 2010 sul tema «Sentieri di salute: la montagna che cura»,<sup>9</sup> e quelli del V Convegno Nazionale di Montagnaterapia «Lo sguardo oltre. Sentieri di salute», che ha visto riunirsi a Pordenone dal 16 al 19 novembre 2016<sup>10</sup> un gran numero di partecipanti.

Per quanto riguarda i contributi sulla cosiddetta carta stampata, un ultimo accenno va fatto alle riviste del settore; in questi anni «Lo Scarpone» e la «Rivista del CAI» prima e «Montagne 360°» oggi, oltre ai numerosissimi periodici e pubblicazioni sezionali del CAI, hanno ospitato una gran quantità di articoli, da ricordare soprattutto per l'aspetto «densamente» esperienziale e partecipato di questi scritti, molti dei quali rintracciabili nei molti siti presenti nel web.

E, visto che parliamo della rete, chiudiamo con un riferimento ai tanti siti che trattano, esclusivamente o anche solo in parte, di montagnaterapia. Il materiale è veramente corposo e va dai resoconti esperienziali a relazioni e atti di convegni, ai già ricordati riferimenti a riviste del settore o alla letteratura scientifica e, non ultime, alle sempre più numerose tesi di laurea che molti atenei hanno accolto nelle loro sessioni. Si tratta solo di navigare, con un poco di pazienza e curiosità, e si riuscirà ad aprire lo sguardo su un mondo assolutamente stimolante! Anche in questo caso propongo solo alcuni indirizzi, base di partenza per un approfondimento attraverso i tanti collegamenti e link. Per motivi, diciamo così, storici o cronologici iniziamo

---

2005

<sup>8</sup> Atti del Convegno «Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia», ITOP Palestrina 2009.

<sup>9</sup> Atti del Convegno Nazionale «Sentieri di Salute. La montagna che cura», Stampa a cura del CAI, Bergamo, 2011.

<sup>10</sup> <https://www.sollevamenti.org/biblioteca/> (sito consultato il 16 novembre 2021).



dai due siti [www.montagnaterapia.it](http://www.montagnaterapia.it) (con il suo interessante e innovativo «dizionario di montagnaterapia») e da quello [www.satrivadelgarda.it](http://www.satrivadelgarda.it) (in questo caso alla voce gruppi cliccare su Sopraimille); questi due sono stati tra i primi a comparire, rapidamente ed efficacemente seguiti da altri, quali [www.sollevamenti.org](http://www.sollevamenti.org), [www.lamontagnacheaiuta.it](http://www.lamontagnacheaiuta.it) e [www.andalasangamistade.altervista.org](http://www.andalasangamistade.altervista.org).<sup>11</sup> Anche in questo caso nessun giudizio di merito, priorità storica o qualità: solo delle proposte per stimolare una ricerca che, per essere efficace e sicuramente ricca di scoperte, deve essere personalizzata.

---

<sup>11</sup> Tutti i siti citati sono stati consultati il 16 novembre 2021.

## **Inquadramento: montagnaterapia con i minori**

### **Ragazzi Difficili e montagnaterapia**

Dal 2008, anno del primo convegno nazionale della montagnaterapia, i gruppi montagnaterapia che si occupano di minori e che si sono affacciati ai convegni hanno qualcosa in comune: le loro esperienze si rivolgono principalmente agli adolescenti con un disagio.

Questo esclude tutta una serie di esperienze educative *nature-based* dedicate ai minori, dall'asilo in bosco, all'educazione ambientale di supporto alla scuola primaria o secondaria di primo e secondo grado come integrazione alla didattica, oppure alle *adventure experiences* con un intento più ricreativo e formativo, come i campi avventura, gli acropark, lo scautismo e l'alpinismo giovanile del CAI.

In questo capitolo non si parlerà, quindi, di Outdoor Education o Outdoor Learning come espressione pedagogica a integrazione e ampliamento dell'offerta scolastica alla luce dei nuovi stimoli di scuola esperienziale, libertaria, attivista, secondo la pedagogia del gioco e psicomotoria, attenta al corpo e agli spazi esterni all'edificio scolastico, che

risponde al diritto del bambino ad abitare gli spazi esterni, a fare esperienza a contatto con la natura, a vivere con la natura, a vivere la dimensione del gioco e del movimento, della socialità e dell'avventura in contesti dove correre il rischio significa imparare a valutarlo, assecondare o superare

certe paure, mettersi alla prova, vivere ed esprimere emozioni [...] perché l'iperprotezione è antipedagogica poiché espropria i bambini delle esperienze necessarie (Farnè, 2018).

Casomai, sempre sotto gli stimoli degli stessi autori, i gruppi montagnaterapia potrebbero avvicinarsi a quello che Alessandro Bortolotti definisce OAE, Outdoor Adventure Education, come «offerta extrascolastica non formale» (Bortolotti, 2018), che in ambito internazionale si è sviluppata a seguito degli Outward Bound e il pedagogista tedesco Kurt Hahn. Questo capitolo internazionale richiederebbe una trattazione a sé, che esula dalla rete di montagnaterapia italiana; rimandiamo a un sito internazionale per la vasta letteratura a tema.<sup>1</sup> Oppure, in ambito psicologico, la montagnaterapia può dirsi affine a quella che, sempre a livello internazionale, viene definita *Adventure Therapy* oppure *Wilderness Therapy* (Agostini e Minelli, 2018).

Tuttavia, per disambiguare sempre più la selva di termini che si sono assiepati attorno alle pratiche educative e riabilitative con gli adolescenti in natura, dovremo affidarci ad Alessandra Gigli:

In direzione di terminologie ampie e connesse con il contesto di appartenenza, [...] si sceglie di utilizzare come termine-ombrello la locuzione «nature-based» e si tenta [...] di fare ordine nella giungla terminologica italiana proponendo una categorizzazione il più possibile trasparente e univoca, ma caratterizzata da confini particolarmente permeabili e potenzialmente in evoluzione (Gigli, Melotti e Borelli, 2020, p. 82).

In Italia in questo ambito extrascolastico «i confini tra i vari settori educativo/formativo/terapeutico/ricreativo sono labili; molte realtà possono esser riconducibili contemporaneamente a uno o più dei suddetti settori» (Gigli, Melotti e Borelli, 2020).

Nella giungla terminologica in cui è invischiata anche la montagnaterapia, specie nell'ambito della terapia con i minori, in cui sono fiorite da più parti proposte educative e riabilitative *nature-based*, disambiguare e inquadrare l'ambito risulta complesso.

Abbiamo, quindi, adottato alcune macro-categorie per distinguere le pratiche nature based prese in esame nella rilevazione, in particolare:

- educazione avventura

---

<sup>1</sup> [www.kurthahn.org](http://www.kurthahn.org) (consultato il 29 novembre 2021)

- attività terapeutiche e/o riabilitative in natura
- attività sportive e ricreative all'aperto
- formazione esperienziale e outdoor (Gigli, Melotti e Borelli, 2020).

Le prime due voci sono quelle che si avvicinano di più ai gruppi montagnaterapia con i minori.

1. EA, Educazione Avventura. L'Educazione avventura è sia un dispositivo metodologico, sia uno strumento operativo che caratterizza tutte le attività che prevedono la fruizione dell'ambiente naturale selvaggio per dare luogo ad esperienze di crescita, sviluppo e apprendimento individuale di gruppo e di comunità [...].

In sintesi, le finalità dell'EA possono essere riassunte in questo modo: incidere sullo stato esistenziale dei soggetti provocando integrazione intersoggettiva, apprendimento delle competenze sociali, dinamiche di gruppo, atteggiamento equilibrato nei confronti del rischio, educazione alla salute e a stili di vita positivi; sono attività intenzionalmente educative che si realizzano per dare luogo ad esperienze di crescita, sviluppo, apprendimento, prevenzione rivolte ad individui, gruppi, o comunità». «I professionisti coinvolti in tali progettualità educative dovrebbero avere sia competenze tecniche in ambito pedagogico (progettazione, predisposizione del setting educativo, conduzione della relazione, lavoro in équipe) e psicologico (gestione delle dinamiche di gruppo, capacità di osservazione e rielaborazione dei vissuti), sia solidi riferimenti teorico/valoriali e deontologici, sia capacità critiche e di analisi utili per sostenere una visione sistemica [...].

2. Attività terapeutiche e/o riabilitative in natura. Secondo una delle definizioni più utilizzate nella rete degli operatori di montagnaterapia nel nostro paese (e anche la prima definizione ufficiale), la terapia in natura sarebbe un «approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità. In generale, queste proposte con prevalenti finalità terapeutiche o riabilitative sono realizzate in contesti socio-sanitari, in particolare aziende ospedaliere, ASL, Centri di Salute Mentale, Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), o Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD), comunità terapeutiche, servizi socio-sanitari, centri diurni, ecc.

Le professionalità coinvolte, oltre al personale sanitario (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione e occupazionali), sono educatori professionali, assistenti sociali e tecnici (guide, istruttori, accompagnatori)». Il percorso terapeutico centrato sulla patologia segue un preciso protocollo fatto di varie fasi (l'individuazione del problema, la diagnosi, il

piano terapeutico) e la valutazione dell'efficacia avviene, tendenzialmente, misurando lo stato di guarigione o regressione del problema specifico preso in carico (focus sul problema).

Nel percorso di guarigione, solo raramente sono prese in considerazione altre variabili (ambientali, psicologiche, culturali, relazionali, sociali) che esulino dall'ambito squisitamente clinico: c'è una sorta di dicotomia tra il «paziente» e la sua «patologia», il soggetto nella sua interezza rimane sullo sfondo (Gigli, Melotti e Borelli, 2020).

Volontariamente ho riportato per intero la definizione della dott.ssa Gigli perché illustra la contraddizione, interna anche alla montagnaterapia, di tentare un'uscita dal modello biomedico, che nell'ambito di montagnaterapia e minori diventa urgente e necessario. Una contraddizione tra Educazione Avventura e riabilitazione a carattere terapeutico e/o socio-educativo che rimane aperta e che si sposta in modo permeabile nei suoi interventi da una sfera all'altra, mantenendo il suo ambito prevalente tra la terapia-riabilitazione e la prevenzione primaria e secondaria.

Esulano invece dalla montagnaterapia «attività sportive e ricreative all'aperto: con questo termine si intendono “tutte quelle attività ricreative o discipline sportive che hanno come terreno comune di azione la natura” e che sfruttano l'effetto benefico della fruizione degli ambienti naturali per migliorare la salute, per la socializzazione, il divertimento, il piacere, il gioco. Le professionalità tipicamente coinvolte sono: istruttori, guide, accompagnatori, operatori turistici» (Seneci, 2013, p. 7). Escludendo, perciò, campi avventura, centri estivi di carattere naturale, ecc.

Rimane estranea alla montagnaterapia anche la formazione outdoor, una metodologia formativa che consente di lavorare con maggiore efficacia sui comportamenti, sulle competenze interpersonali e sull'apprendimento per esperienza. La formazione outdoor «viene solitamente proposta in contesti di formazione aziendale, gruppi di lavoro, gruppi in formazione o in aggiornamento, formazione universitaria, percorsi di formazione individuali» (Gigli, Melotti e Borelli, 2020).

I minori che entrano nei circuiti dei gruppi di montagnaterapia sono accompagnati da etichette come:

- drop out scolastico e/o NEET, *Neither in Employment or in Education or Training*, o *Not (engaged) in Education*, ma anche fobia scolare;

- disturbo oppositivo provocatorio del comportamento oppure disturbo della condotta;
- disturbo narcisistico, borderline, antisociale della personalità;
- esordi psichiatrici con un bagaglio di vari eventi abusanti;
- disturbi dello spettro autistico e SA (Sindrome di Asperger);
- MAP (Messe alla Prova) o misure cautelari a seguito di reati penali presi in carico dai Tribunali per i minori;
- allontanamenti comunitari o affiancamenti in sostegno educativo domiciliare con affievolimento delle potestà genitoriale, perché il contesto familiare è considerato inadeguato o deficitario;
- ritiro sociale o sindrome di hikikomori;
- difficoltà di separazione dal nucleo familiare e individuazione (scomparsa del rito di iniziazione/di passaggio);
- disturbi della condotta alimentare;
- varie forme di dipendenza patologica o da sostanze (DUS), in particolare marijuana, hashish, binge drinking, oppure comportamentale, ad esempio dipendenza da gaming, da social device, da pornografia e altro;
- percorsi scolastici facilitati o per scuola differenziata (il cui obiettivo è solo il conseguimento dell'attestato di frequenza) o semplificata (BES, Bisogni Educativi Speciali, il cui percorso prevede elementi compensativi e dispensativi alla didattica ordinaria);
- disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), cioè un disturbo evolutivo dell'autocontrollo.

Si tratta di diagnosi che generano disabilità temporanee che possono dissolversi, con la crescita o con interventi educativi e riabilitativi, ma che possono anche essere o divenire permanenti nella vita adulta. Questo perché inserite in una fase della vita, quella adolescenziale, in cui la diagnostica psichiatrica è difficile, se non impossibile, per l'estrema mutabilità della crescita e per il fatto che molti comportamenti adolescenziali in altre fasi della vita sarebbero diagnosticati come disturbo.

La stessa imputabilità dei reati con i minori, attivabile dai 14 anni, ha un iter e un sistema giudiziario particolare (il Tribunale per i minori, appunto) in cui viene molto curato l'aspetto educativo ed evolutivo anche della pena (in chiave fortemente riparativa): la letteratura sul tema ci dice che, anche se l'età in cui vengono commessi questi reati si è abbassata

(specie nell'ambito della violenza intrafamiliare rivolta contro le figure genitoriali), le richieste dell'abbassamento dell'età imputabile, mosse da alcune figure politiche in Italia come all'estero, aprono enormi perplessità tra gli specialisti dell'adolescenza. Infatti, se «appare sempre più sostenuto e rapido lo sviluppo della maturità intellettuale (capacità di conoscere, di sapere, di intendere)», per questa generazione «non corrisponde in egual modo lo sviluppo di una maturità affettiva (competenze emotive, capacità di autocontrollo, regolazione delle pulsioni) che procederebbe in modo decisamente più lento, o addirittura, rispetto al passato, apparirebbe persino deficitaria». Quindi è in seria difficoltà anche la definizione della capacità di intendere e volere che definisce l'imputabilità di un reato. «Più capaci di intendere, meno capaci di volere» (Barone, 2015).

La proposta di Piero Bertolini è ancora attuale: «Scegliere un'unica categoria per classificare questi ragazzi, parlare come di ragazzi difficili significa adottare un diverso sistema di rilevanza e focalizzare come pertinente ciò che precede l'individuazione delle differenze sul piano del comportamento: la percezione di una difficoltà» (Bertolini e Caronia, 2015). Una difficoltà nel transito all'adulthood, compito precipuo dell'adolescenza, ma che non si situa necessariamente nella definizione di un sintomo comportamentale. Una difficoltà estendibile a tutta l'adolescenza, ma in talune storie più ardua. Storie «difficili» in più sensi: perché si percepisce «un problema, una dissonanza rispetto all'immagine-norma dell'adolescente e della sua vita (a cui aggiungerei anche dell'immagine-norma dell'adulto)». Ma anche perché «l'esistenza di questi ragazzi è costellata da ostacoli, da difficoltà che sono tali per loro» e, quindi, «di riflesso fanno sì che essi siano considerati difficili dagli altri».

«Il valore pragmatico di questa categoria sta nell'indicare soggetti possibili [...] che in circostanze date e in riferimento a modelli storicamente e culturalmente variabili, vengono percepiti come difficili» (Bertolini e Caronia, 2015).

Quindi Ragazzi Difficili vuole rompere anche lo sguardo oggettivante e di accordo intersoggettivo che legge nel sintomo la sicurezza esplicativa del perché sono difficili.

La loro è anche una difficoltà a diventare «soggetti», al di là delle suddette etichette oltre a quelle di «ragazzi a rischio», ossia «con carenze di ordine materiale o relazionale», «disadattati» con «atteggiamenti tendenzialmente

lesivi di sé o del contesto in cui vivono», oppure «delinquenti», «che hanno infranto le norme del codice penale».

Una volta che il soggetto sia stato «sottratto ad una pratica di definizione che estende a tutta la persona l'etichetta di ciò che è solo un comportamento sistematico o occasionale», si frantuma tra le mani la diagnosi. Permangono «l'immanente e strutturale *insecuritas* dell'azione educativa [...] e un continuo controllo delle immagini latenti che la sostengono» (Bertolini e Caronia, 2015) .

«Dietro ogni fatto c'è un diario, dietro ogni azione una biografia, dietro ogni comportamento una visione del mondo. È in queste narrazioni spesso silenziose e ancor più spesso inascoltate che vanno individuati gli indizi di un progetto educativo che partendo da queste storie di vita riesca ad andare oltre esse» (Bertolini e Caronia, 2015). In molti progetti di montagnaterapia si riscontra una varietà di interventi tale da rendere difficile classificare, confrontare e addirittura personalizzare l'intervento. Progetti di montagnaterapia fatti *ad personam*.

Questo approccio rende inservibile o poco efficace anche la ricerca di cause esplicative dei sintomi: dalle cause organiche alle cause psico-dinamiche familiari, sociali e sociologiche, fino a quelle individuate dagli approcci costruttivisti. Non che siano inutili, ma dovrebbero essere di puro orientamento e per nulla esaustive per le storie dei ragazzi difficili. L'approccio interazionista proposto dalla pedagogia di Bertolini (che ci sembra ancora attuale per classificare e fare incontrare le proposte di montagnaterapia) per i ragazzi difficili descrive «il comportamento deviante non più come l'effetto determinato di una individuabile e permanente configurazione di cause ma come frutto di un insieme di interazioni simboliche e pratiche intersoggettive situazionate — in cui è importante anche — il contributo soggettivo nella costruzione della devianza» (Bertolini e Caronia, 2015). Quindi anche il contributo soggettivo alla sua soluzione.

Pertanto, l'approccio proposto sui ragazzi difficili sottolinea due aspetti.

1. Mettendo al centro il soggetto in età evolutiva lo ritiene anche attivo fautore nella costruzione dei comportamenti devianti, e dunque legge i sintomi e i comportamenti devianti non come dati di fatto di cui ricercare le cause, quanto come testi che richiedono letture interpretative ed



ermeneutiche. Che senso ha nella sua visione del mondo quel comportamento? Solo in un calarsi in questo approccio entropatico il sintomo diviene una comunicazione particolare, un «agire comunicativo la cui comprensione necessita un approccio non eziologico ma eminentemente interpretativo» (Bertolini e Caronia, 2015).

2. Oltre alla causa eziologica esiste una causa finalistica: come si inquadra quel comportamento in un progetto di vita, quale senso finalistico ha. In questa chiave anche i progetti di montagnaterapia spesso fanno proposte finalistiche di senso alternative a concezioni del mondo già strutturate nei minori incontrati. Questa indicazione è orientativa anche su come valutare i progetti di montagnaterapia non tanto rispetto all'efficienza/efficacia nel risolvere i sintomi sulla base delle cause che li scatenano, quanto rispetto ai fini per i quali vengono proposte determinate esperienze di montagnaterapia. Ovviamente questo richiede varie distinzioni (in particolare per le proposte per l'ADHD).

Per una pedagogia dei minori, a cui appartengono anche i «ragazzi difficili», la prassi educativa, con i suoi luoghi (il corpo, la relazione, i modelli di intenzionalità, ma anche spazi e tempi), accompagna verso esperienze che vogliono essere riabilitative proprio perché differenti rispetto alle ordinarie concezioni del mondo che si sono iscritte e ormai consolidate nelle storie dei ragazzi. L'accompagnare altrove rappresenta proprio il lato riabilitativo di queste educazioni.

## **Pedagogia fenomenologica e educazione all'avventura**

Secondo Piero Bertolini e la sua pedagogia fenomenologica, educazione e avventura sono in fondo sinonimi: l'avventura va incontro allo sconosciuto per aprire spazi di senso nuovi, densi di sorpresa e di bellezza. E lo stesso vale per l'educazione: «È necessario centrare la rieducazione sulla dilatazione del campo di esperienze [...], moltiplicare le esperienze per far sì che il ragazzo sperimenti la figurabilità del reale, ossia la sua disponibilità ad essere variamente significato» (Bertolini e Caronia, 2015). Il fine è incontrare l'inedito per aprire nuove possibilità di senso in cui l'accompagnatore