



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**IL VERDE CHE CURA:
VALENZE EDUCATIVE E RIABILITATIVE
DELLA PRATICA ORTICOLTURALE**

Relatore:
Prof.ssa Saltari Daniela

Tesi di laurea di:
Paolini Roberto

Anno Accademico
2019/2020

*Alla mia cara nonna
che mi ha insegnato
il lavoro umile e paziente della terra*

Indice

- INTRODUZIONE	pag. 4
1. CHE COS'È L'ORTOTERAPIA	
1.1 ARCHETIPO DI GIARDINO NELLE CULTURE ANTICHE FINO AI GIORNI NOSTRI	pag. 5
1.2 IL BENESSERE NEL RAPPORTO UOMO-NATURA	pag. 14
1.3 ORTOTERAPIA: STORIA, DEFINIZIONE E OBIETTIVI TERAPEUTICI	pag. 18
2. L'ORTOTERAPIA NEI CONTESTI DI CURA	
2.1 VALENZE EDUCATIVO-RIABILITATIVE	pag. 25
2.2 LA PROGETTAZIONE IN ORTOTERAPIA	pag. 29
3. IL PROGETTO DI TERAPIA ORTICOLTURALE	
3.1 LA RIABILITAZIONE IN AMBITO PSICHIATRICO	pag. 35
3.2 LA SPERIMENTAZIONE DI UN PROGETTO IN ORTOTERAPIA	pag. 40
3.3 VALUTAZIONE E RIFLESSIONI	pag. 47
- CONCLUSIONI	pag. 49
- BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag. 50
- ALLEGATO 1 – PROGETTO DI ORTOTERAPIA	pag. 51

Introduzione

Questo lavoro di tesi nasce dalla mia personale esperienza di vita che sin dall'infanzia si è intessuta a contatto con la terra, nella campagna dove sono cresciuto respirando e sperimentando la ricchezza che la natura è in grado di fornirci in ogni tempo senza meriti e con totale gratuità.

Rammento le lunghe giornate estive trascorse nell'orto e in campo con la cara nonna paterna che da sempre mi ha insegnato l'arte del prendersi cura, un'arte che non si fa uguale per tutte le specie ma si adatta ad ognuna secondo le specifiche necessità, imparando che solo il tempo avrebbe trasformato quel piccolo germoglio in una pianta fruttifera o quel fiore colorato in un ortaggio lucente.

Tanti gli ingredienti necessari: acqua, luce, calore, nutrimento, e poi cure, cure e ancora cure, perché cresca, si sviluppi e porti frutto realizzando quel sogno atteso sin dalla primavera.

Ho imparato che in questo processo non puoi creare legami troppo forti perché molto spesso quello che oggi ti è caro, l'indomani è una realtà nuova che il tempo ti restituisce con forme e colori diversi, e che l'epoca del raccolto ti toglierà per una gioia maggiore.

Questa metafora del prendersi cura è la stessa con la quale mi sono approcciato al paziente nella pratica educativa, ed è all'interno della stessa che sogno di portare un approccio terapeutico fondato sul prendersi cura del verde.

Il percorso che intendo sviluppare parte dal contenuto più arcaico dell'idea di giardino che, passando per le numerose culture, è giunto fino ai giorni nostri conservando il suo fascino naturale e spirituale da cui sgorga un ingenito potere terapeutico.

A partire da questo significato affronto quella che oggi viene definita terapia orticolturale con le sue valenze educative e riabilitative nei molteplici contesti di cura per poi portare il mio personale contributo fondato sull'esperienza diretta sperimentata durante il tirocinio professionalizzante.

Elemento cardine della pratica orticolturale è la definizione progettuale, sia dal punto di vista degli spazi adibiti alle attività che del progetto individualizzato con il paziente, facendo riferimento alle teorie sviluppate dall'AHTA (American Horticultural Therapy Association) e attingendo dalle buone prassi messe in atto nei contesti riabilitativi.

Credo fortemente nella valenza terapeutica dell'ortoterapia, ed è proprio da quel rapporto con la natura mantenuto vivo fino ad oggi che il progetto prende forma, nella consapevolezza che prendersi cura di un elemento vitale è sinonimo di prendersi cura di sé per riscoprirsi, valorizzarsi e sperimentare nuove emozioni.

Oggi per me il giardino rappresenta uno spazio ed un luogo per riprendere contatto con me stesso, per ristabilire le mie frequenze e riappropriarmi delle mie radici fortemente legate alla terra; d'altronde la radice ebraica di adam (uomo) è adamah, ovvero *terra*.

1. CHE COS'È L'ORTOTERAPIA

1.1 L'ARCHETIPO DI GIARDINO NELLE CULTURE ANTICHE FINO AD OGGI

Sin dall'antichità è l'Eden che presiede all'idea di "giardino" come quel luogo utopico e sereno, luogo di pace e prosperità che nell'ambito delle varie correnti religiose e spirituali rappresenta da un lato la dimensione del Paradiso terrestre in cui l'uomo si rifugia per ritrovare la pace e la dimensione più intima, e dall'altro il luogo di destinazione finale a cui tendere oltre la realtà terrena, ovvero un giardino di delizie non soggetto al trascorrere del tempo, un luogo di serenità e di pace infinite.

Nel testo biblico della Genesi ne troviamo una prima descrizione:

“Poi il Signore Dio piantò un giardino in Eden, a oriente, e vi collocò l'uomo che aveva plasmato.

Il Signore Dio fece germogliare dal suolo ogni sorta di alberi graditi alla vista e buoni da mangiare, tra cui l'albero della vita in mezzo al giardino e l'albero della conoscenza del bene e del male. Un fiume usciva da Eden per irrigare il giardino, poi di lì si divideva e formava quattro corsi.”



Nella tradizione cristiana il giardino diviene il luogo simbolo della vita: lo stesso Adam viene plasmato dal suolo, “adamah”

che insieme significa terra e rosso, proprio perché era stato tratto da quella terra argillosa; l'albero della vita simbolo d'immortalità e i corsi d'acqua che irrigano e donano vita.

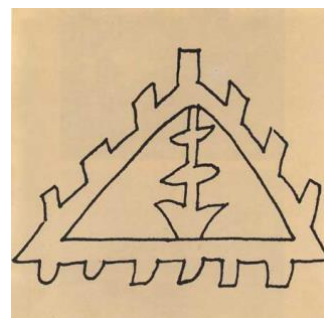
Il giardino è per il cristiano anche il luogo simbolo della salvezza, in quel giardino di Eden da cui l'uomo era stato cacciato a motivo della disobbedienza al comando divino si realizza infatti il più alto dono: Gesù dal legno di un albero mostrerà all'uomo il senso ultimo della Conoscenza, che solo attraverso la morte poteva portarlo di nuovo alla Vita.

È a partire da quella prima concezione che il giardino entra a far parte della cultura dell'uomo; le prime attestazioni storiche si hanno a partire dalla civiltà sumera, in Mesopotamia attorno al 3000 a.C.: lo riportano i miti incisi in caratteri cuneiformi sulle tavolette d'argilla secondo i quali la dea Inanna, dea della terra e della fecondità, prese dalle sponde del fiume Eufrate l'albero di Huluppo per piantarlo nel suo giardino Sacro:

“Io porterò quest'albero ad Uruk.

Io planterò quest'albero nel mio giardino sacro”.

Il grafogramma sumero lo rappresenta come uno spazio chiuso e protetto da un muro merlato con al centro l'albero della vita: il profondo simbolismo rimanda al grembo materno, alla fecondità femminile, ad uno spazio sacro che travalica l'ordinario per divenire mistero della vita nuova, di rinascita, di resurrezione.



*Grafogramma Sumero,
III millennio a.C.*

Lo stesso termine deriva dal greco *képos*, a definire in origine il giardino come lo spazio recintato e protetto similmente utilizzato per indicare l'utero; dall'ebraico *gan*, a sua volta dal verbo *ganan* ovvero

“proteggere”; nella radice indogermanica *gart - hart*, che significa “cingere, circondare”.

L'espressione biblica ebraica *Gan 'Eden* sta a significare “giardino delle delizie”, in arabo abbreviato in *Janna* o *Ĝanna*, con lo stesso significato di Paradiso, in sanscrito *paradesha* poi reso in avestico (persiano antico) *pairi-daëza* ovvero creare-attorno, nel greco *paràdeisos* e nel latino *paradisus* da cui derivò in italiano *Paradiso*.

È evidente, dunque, che l'etimologia della parola *giardino* racchiude i significati che caratterizzano la sua più antica concezione come luogo chiuso, cinto perimetralmente, isolato, a definire un luogo di calma e ordine, e archetipo della relazione che intercorre tra l'essere umano e le forze cosmiche identificate con la natura. Luogo di connessione e riequilibrio, è qui che l'uomo può vivere l'esperienza religiosa intesa nel senso originario della parola, *religare*, ovvero unire insieme, ricollegare; ecco allora che per ricollegare è necessario separare, isolare dalla natura selvaggia per identificarlo, dargli significato e fargli assumere l'aura necessaria.

Questa idea che presiede all'origine del giardino ha attraversato epoche e civiltà differenti assumendo caratteristiche, forme e significati tipici delle credenze, degli usi e delle funzioni che in ciascuna ha rappresentato, senza scindere mai quel forte legame innato tra uomo e natura.

I primi veri e propri giardini appartengono alle civiltà imperiali del III - II millennio a.C. e sorgono paradossalmente in mezzo alle sabbie aride dell'Egitto e della Mesopotamia: alla base della nascita di questi spazi c'è la necessità di dominare la natura caotica del mondo e dell'uomo ricreando uno spazio confortevole, di pace e tranquillità, dove la natura con i suoi colori, odori e gusti permettesse di perdersi nella dimensione trascendentale. Non solo, poiché era sfruttato anche per la produzione di vino, frutta, verdura, con il tipico carattere dell'orto.



Frammento della tomba di Nebamon, Tebe

I giardini Egizi, le cui testimonianze giungono a noi attraverso frammenti pittorici degli affreschi ritrovati nelle tombe, sono caratterizzati da grande rigore geometrico: come l'intera produzione artistica dell'antico Egitto, così anche il giardino è caratterizzato dall'ordine della geometria, dalla forza del numero e dall'orientamento dell'astronomia; invisibili principi matematici armonizzano ed ordinano, sia dal punto di vista fisico che metafisico, tutte le sue parti.

Comunemente annesso ad edifici civili e religiosi, il giardino egizio si sviluppa in un'area circondata da mura al riparo dalla sabbia del deserto e dalle piene del Nilo, assumendo così la connotazione di un "dentro rassicurante e ordinato" merito della combinazione delle forme e delle dimensioni delle varie specie vegetali. Due sono i suoi elementi fondamentali necessari per il clima caldo e assolato: acqua ed ombra; era sempre presente, infatti, una vasca d'acqua posta simbolicamente nell'impianto come strumento di purificazione.

Altrettanto imponenti e sontuosi erano i giardini di Babilonia e dell'Assiria, strettamente connessi con l'idea del tempio e della regalità. Insieme a parchi regi destinati alla caccia e a divertimenti più tranquilli per il relax e la meditazione dei suoi principi, vi erano giardini irrigui, i più noti dei quali erano i giardini pensili di Babilonia (dal latino *pensilis*, ovvero "pendere, essere sospeso") realizzati dal re Nabucodonosor II in onore di sua moglie. Grandi terrazzamenti caratterizzati da vegetazione esotica abbellivano le pareti dei monumenti, palazzi e templi anche in onore delle divinità adorate.

Non molto differenti erano i giardini persiani concepiti come un vero e proprio paradiso terrestre che si apriva in mezzo ai deserti iraniani tra i più caldi al mondo: da qui il nome *paradaida*, luogo per eccellenza dove ogni grazia di Dio si manifesta.

Testimoniati già dal IV millennio a.C. nei ritrovamenti di maioliche decorate, si diffusero durante il periodo dell'Impero persiano. Esternamente circondati da alte mura in modo da immergere tutto ciò che racchiudono in un insieme di bellezza e ordine, internamente presentavano una tipica struttura quadripartita: due assi ortogonali costituiti da lunghi corsi d'acqua, la cui intersezione formava un bacino o una fontana, rappresentavano i quattro fiumi del paradiso in cui scorrono acqua pura, latte, vino e miele e dividono i quattro giardini dell'anima, del cuore, della mente e dell'essenza secondo l'ideologia religiosa persiana.

La lussureggiante vegetazione era arricchita dal canto degli uccelli, dagli zampilli d'acqua e dai profumi dei fiori che facevano del giardino un luogo ascetico e sensuale, un ambiente che, con i suoi piaceri e le sue armonie compositive ha finito per influenzare tutte le arti divenendo l'ispiratore dei più diversi mezzi espressivi sviluppati da questa tradizione ricchissima come tessuti e tappeti.

Nella cultura greca possiamo ritrovare diverse tipologie di giardino che nel corso del tempo hanno caratterizzato le città e il paesaggio ellenico, la lingua stessa distingue due modi differenti per indicarli: *paràdeisos* e *kepos*.

I primi di tipo regale e aristocratico, vengono definiti *Giardini degli dèi*; in essi domina la ricerca della bellezza e dell'armonia tra l'uomo e il paesaggio che lo circonda, spesso prendono fisionomia con piccole radure boschive ricche di elementi naturali e abitate da animali.

Alla base di tali giardini vi è la concezione sacrale dei luoghi secondo la cultura greca che attribuiva ai luoghi naturali, pianure o montagne, precisi significati simbolici; ogni sito infatti era personificazione di una particolare divinità, tra queste Demetra, Persefone, Era, Atena, Afrodite o le tante Ninfe, ma prima fra tutte è Artemide, signora dei boschi e della caccia. A testimoniare tale sacralità sono colonne, cippi, celle, tumuli, statue, santuari in essi eretti. È dunque l'idea di un sito naturale consacrato e caro agli dei, vergine e incolto ma piacevole, un giardino lirico e religioso antitetico rispetto alla concezione della natura come luogo di sfruttamento agricolo.

All'opposto infatti vi era il *Giardino della fecondità*, un luogo recintato e definito accanto alle dimore e alle abitazioni; strettamente legato alla fertilità della terra, in esso vi erano coltivazioni di ortaggi, alberi da frutto e vigne che davano frutti in ogni stagione con colori, profumi e forme tipiche alimentando l'idea di un luogo fortemente rigoglioso e ricolmo delle grazie divine.

I giardini greci assunsero poi una particolare valenza nella cerchia dei filosofi, in particolare all'Accademia dove Platone incontrava i suoi alunni e passeggiava nei lunghi viali alberati, circondati di aiuole e arricchiti da statue e fiori, luogo ideale per l'*otium* intellettuale.

I giardini romani, fortemente ispirati ai giardini greci, rappresentavano un posto di pace e di tranquillità, un rifugio dalla vita cittadina, un luogo pieno di significati religiosi e simbolici.

Inizialmente concepiti come *Hortus Conclusus*, ovvero piccoli spazi cintati coltivati ad ortaggi, cereali e alberi da frutto, traggono la loro radice da quella società contadina fortemente legata alla campagna, ai cicli della semina e del raccolto, ai boschi, ai fiumi e a tutto ciò che tramite la natura diventa utile all'uomo.

Se durante la Roma repubblicana costituiscono l'ideale prosecuzione dell'abitazione a cui vengono associati, insieme ai Lares Familiares, i *Lares Agrestes* ovvero le divinità del giardino, è nell'epoca

imperiale che subiscono una sostanziale evoluzione: al carattere prevalentemente utilitario ed alle connotazioni simboliche e religiose, si aggiungono aspetti letterari e filosofici.

Nei grandi complessi architettonici delle ville suburbane si ha lo sviluppo del giardino privato, ricco di piante ornamentali e fiori ad abbellire viali, terrazzamenti, pergolati e portici; da qui l'idea di un giardino come un'area compiuta in sé dove la vegetazione diventa architettura grazie alla pratica dell'arte topiaria, da *topiarus* ovvero giardiniere, che permetteva di modellare con tecniche di potatura le chiome degli alberi, in forme geometriche e figurative.

La cultura araba nello stesso periodo stava sviluppando una propria idea di giardino a partire dalla concezione del Corano come metafora del paradiso, e dalle influenze della cultura egizia, persiana e romana. A partire dall'VIII sec. tale cultura inizia a diffondersi nel bacino del mediterraneo e nell'Italia meridionale portando con sé questo importante aspetto dell'arte: concetti geometrici e matematici affiancavano profonde conoscenze botaniche portando alla realizzazione di giardini dal grande gusto decorativo. Tipicamente a pianta rettangolare, erano delimitati perimetralmente da alte mura e spartiti internamente in quattro parti attraverso canali d'acqua all'incrocio dei quali era posta una fontana.

L'idea fondante era quella del paradiso maomettiano, ricco di delizie che soddisfano i cinque sensi: la vista con i colori dei fiori e le linee armoniose, l'olfatto con i profumi intensi delle stagioni, il tatto con la freschezza degli alberi e delle foglie, il gusto con i frutti sempre presenti e l'udito con lo zampillio dell'acqua. Quest'ultima infatti essendo simbolo di vita e purezza, costituiva l'elemento di maggior rilevanza presentandosi in forme differenti e sorprendenti.

Nell'estremo oriente già dal III sec. a.C la passione per la natura incontaminata e il legame con la pittura e la poesia caratterizzano il giardino cinese che mira a riprodurre un paesaggio in miniatura usando laghetti e alture artificiali, forme libere e imprevedibili, per suscitare sorpresa e senso di naturalezza. Le architetture segnano i punti di vista preferenziali da cui godere dell'armonia del giardino e comprendere le regole della natura: un senso di sacralità che deriva dal pensiero taoista, secondo il quale la natura, elemento di interesse principale, va rispettata in ogni sua forma e all'interno della quale il saggio deve mettersi in sintonia con il Tao, *il Sentiero*. Sintonia che si esprime sia come flusso infinito (*Yang*), sia come unicità immutabile (*Yin*) il cui parallelismo è evidente negli elementi dell'acqua (flusso) e della roccia (immutabilità).

Il senso del sacro connota ancor più fortemente il giardino giapponese, designato con il termine antico *niwa* che indicava in origine un'area sacra cosparsa di ciottoli bianchi davanti ad un santuario, al palazzo dell'imperatore o ad un'abitazione rurale nella quale si potevano svolgere cerimonie (*yuniwa*) o lavori agricoli (*oniwa*). Il termine *shima*, ovvero isola, strettamente collegato al concetto di giardino, richiama la funzione altamente simbolica che aveva l'isolotto situato al

centro dello specchio d'acqua e che rappresentava il vero cuore del giardino. Secondo la dottrina taoista, infatti, esistevano tre o cinque isole montuose coperte di foreste di perle e coralli abitate da personaggi immortali, così uno degli imperatori ebbe l'idea di sistemare alcuni isolotti rocciosi nello stagno del suo giardino per ricreare l'ambiente delle isole beate con la speranza che gli immortali venissero ad abitarvi per insegnargli il segreto della vita eterna.

Gli elementi fondanti e indispensabili del giardino giapponese sono l'acqua, simbolo della vita, che deve scorrere da est a ovest; le piante che devono creare tutto l'anno un aspetto verdeggiante del paesaggio; le rocce che formano un punto di pace nel giardino dando l'impressione di essere lì da sempre. È l'influenza del buddhismo zen che ha conferito una forte dimensione spirituale al giardino giapponese, soprattutto come spazio di meditazione, infatti il termine zen, in cinese *chan*, significa letteralmente "meditazione". Il giardino zen è in genere un giardino secco dove l'acqua è stata sostituita da sassi, ghiaia o sabbia, di dimensioni contenute e generalmente cinto da un muro in cui la rinuncia delle possibilità decorative è a vantaggio dell'attività meditativa.

Secondo la tradizione buddhista è nel vuoto, nell'assenza che si ha ogni possibilità, massima apertura e libertà, concetto fondante nel processo di realizzazione spirituale zen.

In epoca medioevale la cultura del giardino, che si era affermata in occidente soprattutto durante la Roma imperiale, viene fortemente ridimensionata a causa delle massicce invasioni barbariche: tali spazi sopravvivono all'interno di borghi, castelli e dei monasteri che, oltre ad essere centri religiosi, tendono ad acquisire nel tempo una forte valenza economica.

I monaci strutturano all'interno dei conventi quel tipico *hortus conclusus*: di forma quadrata con alte mura perimetrali che separano e precludono dal male con al centro un pozzo per l'acqua, simbolo di Dio, fonte della vita. La loro struttura si rifaceva alla regola di San Benedetto che prevedeva nel giardino quattro zone distinte: gli *horti* dedicati alla coltivazione degli ortaggi e delle erbe aromatiche, i *pomaria* per gli alberi da frutto, i *viridaria* per i giardini con alberi e gli *herbaria* dedicati alle erbe officinali. Proprio in questo tempo si sviluppa, infatti, la cosiddetta medicina monastica testimoniata e trasmessa in molti testi trascritti dai monaci in lingua latina.



Chiostro del monastero cistercense di Fontenay, Borgogna

Vi era poi il chiostro, uno spazio a cielo aperto, più o meno ampio, circondato da portici, sempre di forma regolare e chiuso in sé stesso, luogo destinato alla meditazione e alla spiritualità favorita

dal simbolismo stesso dei fiori che vi si coltivavano: la rosa simbolo della Vergine e del sangue divino, il giglio ad identificare la purezza, la palma simbolo di giustizia e gloria.

La dimensione fortemente cristiana, caratteristica dell'arte e dei saperi di quest'epoca, ha influito fortemente anche sulla cultura del giardino che divenne il luogo in cui ricercare il contatto e la relazione con la divinità.

Nel Rinascimento l'*hortus conclusus* diviene sempre meno hortus e più giardino, le funzionalità estetiche prevalgono su quelle pratiche: dal Quattrocento in poi questa idea concorre alla composizione di giardini maestosi ed eleganti collegati a ville e palazzi e la cui architettura si



Giardini di Boboli, Firenze

sottomette totalmente a quella degli edifici. È durante il XV secolo che si sviluppa e prende pienamente campo il giardino rinascimentale o giardino all'italiana, grazie anche a Niccolò Tribolo a cui sono attribuiti i Giardini di Boboli di Villa Castello e Villa Corsini a Firenze, divenuti di grande ispirazione per tutto il resto d'Europa, fino a quelli francesi e inglesi.

Detto anche giardino formale, è caratterizzato da grande razionalità, in piena continuità con la filosofia umanistica rinascimentale tesa ad affermare il dominio dell'uomo sulla natura; infatti forme geometriche, ordine e simmetria gli conferiscono un aspetto molto elegante, dovuto anche al connubio del verde con strutture architettoniche come statue, fontane, cascate, ruscelli e all'uso delle terrazze, grotte e labirinti. Costante comune era anche la presenza di una zona relax a costituire il cosiddetto giardino segreto, un angolo intimo, riservato e felice dove intrattenersi coi familiari e gli amici.

La vegetazione prevalente è fatta da arbusti e siepi elaborati finemente grazie all'arte topiaria, gli alberi sono pochi e in genere non sono piantati a terra ma bensì in enormi vasi per favorire lo sviluppo verticale del giardino, il manto erboso è composto da pratino inglese. L'acqua ha un ruolo di primaria importanza nell'allestimento delle scene: laghetti artificiali, piscine in pietra, veri e propri corsi d'acqua, fontane imponenti dal gusto classico permettono di smorzare la geometria conferita delle piante e creare suoni di zampilli e cascate.

Dall'impianto del giardino all'italiana nasce e si sviluppa il giardino alla francese come espressione barocca dell'arte del giardinaggio; partendo dal grande rigore geometrico del giardino razionale, quello alla francese si basa sul concetto di simmetria. In esso tutti gli elementi naturali,

acquatici ed architettonici vengono disposti con rigore ricercando una perfezione formale sempre più grande, raggiungendo una sontuosità quasi teatrale. Il più alto esempio è quello di Versailles, realizzato da Luigi XIV e diventato punto di riferimento di quel periodo.

L'avvento dell'illuminismo porta con sé un cambiamento di prospettiva: dalla concezione rinascimentale in cui la natura era dominata e plasmata dall'uomo, si oppone il pensiero degli illuministi che la vedono maestra dell'uomo. Nel Settecento si impone questo nuovo tipo di concezione di giardino che vede la sua massima espressione nel giardino all'inglese. In questa rappresentazione degli spazi verdi vengono abbandonati i criteri geometrici e le loro applicazioni ad alberi e siepi per lasciare libero spazio al naturale svilupparsi della vegetazione selvaggia in cui la mano dell'uomo deve essere quasi del tutto invisibile. Il risultato è un insieme di elementi naturali e artificiali tra cui grotte, ruscelli, alberi secolari, cespugli, pergole, templi e rovine in cui chi vi passeggia effettua un percorso senza avere mai una visione d'insieme, ma vivendo una successione e un insieme di momenti e suggestioni.

Un esempio tipico in Italia è quello della Reggia di Caserta e della Villa Reale di Monza.

Dal giardino all'inglese nasce il giardino romantico, espressione dell'omonima corrente artistica e letteraria del periodo. Il giardino non è più segno della potenza umana che riesce a comandare e avere la meglio sulla natura, bensì ora sono le emozioni che devono trovare il loro libero sfogo, recuperando il lato più sentimentale dell'essere umano. Lo spazio dovrà simulare nel migliore dei modi la varietà della natura incolta, le emozioni contrapposte dovranno equilibrarsi in questo ambiente naturale; ecco lo spazio per lo stupore, per la gioia, ma anche per la malinconia e la quiete.

Nella seconda metà dell'Ottocento, le grandi trasformazioni ambientali e sociali legate all'industrializzazione delle principali città d'Europa, come Londra e Parigi, portano alla nascita della concezione di parco urbano.

Il desiderio e la necessità di avere ampie aree verdi vivibili all'interno delle città per tutti i cittadini porta alla realizzazione di parchi pubblici, ovvero giardini collettivi per il passeggio e la contemplazione della natura, che soddisfacesse esigenze anche di tipo sociale.

Il primo giardino pubblico sorge a Vienna alla fine del XVIII secolo; in Italia il primo è quello della "Pubblica Villa Giulia" a Palermo.

L'emblema di ogni giardino risiede nell'elemento centrale, ovvero l'albero; infatti fin dai tempi più remoti ci ha protetto, dato rifugio e sollievo, donato cibo e concesso il suo legname che ci ha permesso di costruire una immensa quantità di beni utili per l'uso ordinario o di riscaldarci

bruciandolo. L'albero racchiude nella sua essenza il concetto stesso della vita: il minuscolo seme che cade a terra, il tempo e l'acqua che fanno il loro corso ed ecco che la pianta inizia ad espandersi e svilupparsi, producendo anch'essa nuovi semi che a loro volta genereranno un nuovo ciclo vitale, in un continuo fluire che lo rende immortale, nel suo processo di crescita ed evoluzione.

Tanti sono gli appellativi a lui attribuiti, ma il più fedele alla sua natura è sicuramente *albero della vita*, così come *albero cosmico*, del *mondo*, del *centro*, oppure della *conoscenza*, della *vita* e della *morte*, della *sapienza*. Inteso come rappresentazione della vitalità del cosmo, è visto nel suo aspetto di rinascita e rigenerazione, allegoria della vita in costante movimento e trasformazione, immagine che si esprime specialmente con gli alberi a foglie caduche, i quali si sfrondano e rinverdiscono periodicamente; al contrario, la percezione dell'eternità ed immutabilità è data da tutte le piante sempreverdi.

La sua natura ci porta ad associarlo anche al concetto di verticalità: l'albero riunisce in sé i tre livelli del cosmo, il sotterraneo, dove esso affonda le sue radici e dalla profondità assimila le sostanze vitali, la superficie terrena, dove il fusto ed i rami primari si sviluppano, unica superficie utile all'uomo per poter entrare in contatto con esso, ed infine il cielo, spazio infinito dove le fronde più alte si estendono ed assorbono tutta la luce del sole. Tale modello mette in correlazione il mondo segreto degli inferi con la parte celeste del cielo ponendo l'albero nel mezzo come tramite, come asse del mondo che consolida e rinsalda il suo carattere centrale. Inoltre nell'albero si ritrovano tutti i principi naturali: l'*acqua* che mescolata alla linfa viene messa in circolo, la *terra* che si fonde con le radici, l'*aria* che soffiando tra il fogliame lo nutre e sostiene, ed infine il *fuoco* che si produce dallo strofinamento del suo legno.

Tanti sono stati i significati di sacralità che le diverse civiltà hanno associato alle innumerevoli specie: per gli egizi, la palma e il sicomoro erano segno di rinascita e immortalità, nelle civiltà induista e buddhista è il Fico Sacro sotto le cui fronde il Buddha ricevette l'illuminazione, in Cina l'albero *chien-mu*, che è al centro del mondo ed è sede del regno dei morti. Nella società islamica, e mediterranea in generale, è l'olivo la pianta consacrata, nello stesso ebraismo infatti, l'olio era l'elemento utilizzato per l'unzione di sacerdoti e re eletti.

I latini chiamavano *caduceo*, da *cadecus* - *caduco* (ramo staccato da un albero), la verga di ulivo che contraddistingueva gli araldi nell'esercizio delle loro funzioni; già utilizzato dai greci, che lo ereditarono dalle antiche civiltà del Medio Oriente, in cui indicava l'insegna o il bastone dell'araldo. Oggi è il simbolo dei farmacisti ed è costituito da un bastone centrale dotato di due ali nella parte superiore e attorno al quale sono avvolti in senso inverso due rettili, simbolo della polarità del bene e del male. Similmente il logo dell'odierna Organizzazione Mondiale della Sanità presenta il bastone di Asclepio, antico simbolo greco associato alla medicina in quanto Asclepio, Esculapio per i latini, era il dio della salute.

Il bisogno innato dell'uomo di stare immerso nel verde e il fondamentale ruolo alimentare delle piante hanno portato all'evoluzione dei giardini nelle loro forme, nei significati e nelle caratteristiche attraversando epoche e civiltà per giungere fino ai nostri giorni arricchiti di storia, arte, architettura fino a diventare "luoghi di cura".

1.2 IL BENESSERE NEL RAPPORTO UOMO-NATURA

Gli esperimenti scientifici sul rapporto tra natura e salute hanno una storia limitata eppure una delle prime testimonianze dei benefici della natura sull'uomo è stata trovata in una tavoletta di argilla Sumera che descriveva il giardino paradisiaco di Dilmun come un luogo in cui "l'essere umano era intoccabile dalla malattia". Nel testo greco "Arie, acque e luoghi" attribuito a Ippocrate (Vsec. a.C.), si sottolineava l'importanza del clima, della qualità dell'acqua e del paesaggio sulla salute. In seguito, i riferimenti ai benefici fisici ed emotivi della natura si possono trovare nei testi che parlano dei giardini dei monasteri medioevali ma anche dei pittoreschi paesaggi romantici e dei parchi urbani di fine Ottocento.

Alla fine degli anni '60 la psicologia ambientale fu riconosciuta come una branca della psicologia che studia il comportamento umano e analizza i pensieri e gli effetti che lo determinano in relazione all'influenza degli stimoli ambientali. Nel primo periodo si rivolse in particolare all'ambiente antropizzato e al modo in cui questo influenzava il comportamento ed il benessere degli individui. L'aggravarsi a livello globale dell'emergenza ambientale ha portato la psicologia ambientale ad introdurre il concetto di sostenibilità, tanto che il campo applicativo è passato alla psicologia della sostenibilità. La psicologia ambientale è così diventata il punto d'incontro di diverse discipline: dall'architettura all'urbanistica, alla progettazione ambientale, alla psicologia, alla sociologia, alla medicina preventiva e curativa.

Uno dei settori di ricerca più recenti della psicologia ambientale studia l'effetto positivo della natura sul benessere psicofisico e sul recupero dallo stato di stress psicofisiologico. Gli psicologi dell'ambiente hanno quindi iniziato a raccogliere dati scientifici sulla relazione tra natura e salute e sui possibili meccanismi che sottostanno a questa relazione. Il termine natura è da loro generalmente utilizzato per indicare una categoria ampia di ambienti naturali e le loro caratteristiche come gli alberi, gli animali o i paesaggi. Dato che l'esperienza visiva ricopre un ruolo importante nell'interazione tra essere umano e natura, anche le rappresentazioni degli ambienti naturali e delle loro caratteristiche come fotografie, film o video, in psicologia ambientale sono inclusi nel concetto di natura. La ricerca su questi temi ci permette di affermare che la natura

e le persone sono in intima connessione e che la presenza di scenari naturali può aumentare il benessere fisico e psicologico dell'uomo.

Le teorie elaborate individuano le connessioni tra motivazioni innate, culturali o personali e comportamentali; le più importanti sono basate sul primo tipo di approccio, ritenendolo basilare, sul quale interverrebbero poi gli aspetti cognitivo e culturale. I risultati di analisi di preferenze visive indicano come degli adulti, messi di fronte alla scelta tra un paesaggio di savana e di foresta, prediligono la foresta, mentre i bambini la savana. Secondo gli autori nell'adulto la scelta è determinata da fattori culturali legati all'ambiente in cui è cresciuto che gli fanno trovare più rassicurante un bosco. Nel bambino, invece, la scelta è istintiva e non ancora influenzata dall'ambiente in cui vive. La motivazione innata, basata su una risposta affettiva immediata e non necessariamente consapevole, sostiene che questa predilezione per la natura dipende dalle nostre origini animali e primitive, quando i paesaggi verdi e rigogliosi potevano assicurare un sostentamento prolungato e un riparo dai possibili predatori. Il sistema percettivo umano sarebbe quindi specificatamente sviluppato nei confronti delle piante proprio per il modo in cui si è evoluto. La seconda ipotesi pone l'attenzione sulle esperienze cognitive e culturali che hanno plasmato natura e persone: la risposta delle persone alle piante sarebbe il risultato delle primitive esperienze di apprendimento, *learning experiences*, nelle culture in cui sono vissute. Secondo queste teorie le persone che sono cresciute in un ambiente caratterizzato da un certo tipo di paesaggio manterranno un'attitudine positiva verso paesaggi simili a quello a loro familiare. La *Cultural Learning Theory*, elaborata da Diane Relf, sostiene che l'uomo si adatta all'ambiente dove è cresciuto e questo lo porta a preferire fiori ed alberi a lui familiari.

Nonostante questi due diversi approcci, le risposte positive sono più spesso interpretate come residui dell'evoluzione umana nel mondo naturale e la *biofilia* è una delle teorie che ci aiutano a capire perché le persone sono spontaneamente motivate ad interagire con la natura.

La parola *biofilia* è stata coniata da Erich Fromm nel 1964 per descrivere l'attrazione verso tutto ciò che è vita ma è diventata popolare nel 1984 grazie a Edward Wilson, biologo ed entomologo presso la Harvard University, che definisce la *biofilia* come l'attrazione che la natura esercita sulla psiche umana e che determina la tendenza innata dell'uomo a concentrare l'attenzione sulle forme di vita e su tutto ciò che le ricorda. Paragonando il nostro bisogno di natura al bisogno che abbiamo di ossigeno e di acqua, egli afferma che le forme viventi e le caratteristiche geometriche che presentano, devono essere protette dalla distruzione perché forniscono all'uomo *l'essenziale nutrimento neurologico* che rende indispensabile una relazione profonda tra i viventi e i luoghi della natura.

In studi più recenti notò anche come persone di culture e provenienze diverse sceglieressero di vivere più frequentemente in un luogo con caratteristiche quali la posizione sopraelevata con visuale ampia, spazio aperto davanti, vicino ad una distesa di acqua, a prati ed alberi.

Afferma Wilson che *«Insito nella natura umana c'è un amore per la natura e un senso di connessione con l'ambiente, un bisogno della vicinanza di altri esseri viventi che ha le sue radici nel nostro patrimonio genetico. I nostri antenati hanno vissuto per milioni di anni mantenendo uno stretto contatto con la natura che li circondava e rispettandone i ritmi; non è pensabile che poche migliaia di anni - in termini evolutivi un periodo di tempo brevissimo - siano bastati a fare piazza pulita di un'esperienza tanto radicata»*. _

L'ipotesi biofilica afferma che la nostra storia è quella di una lenta coevoluzione con la biosfera e che non possiamo evolvere in qualcosa di nuovo indipendentemente da essa. Il processo di evoluzione delle specie per selezione naturale è lentissimo per cui per milioni di anni siamo stati in stretta relazione con l'ambiente e gli adattamenti della specie umana sono il risultato di questa connessione, in risposta alle necessità imposte dall'ambiente. Gli animali e la natura sono stati gli attori e lo scenario all'interno del quale ci siamo evoluti; chi riusciva a cogliere le irregolarità dell'ambiente e a comprendere al meglio il comportamento degli animali aveva notevoli vantaggi dal punto di vista della sopravvivenza. Al contrario la storia della civiltà umana è troppo breve per cambiare adattamenti esistenti e quindi l'uomo continua a sentirsi attratto dal tipo di ambiente che ha indirizzato prepotentemente la sua evoluzione. Per molto tempo ancora la biologia e le emozioni umane resteranno le stesse perché le nostre mutazioni non sono rapide come quelle di organismi semplici e si crea uno scarto crescente tra la nostra evoluzione culturale estremamente rapida e la nostra eredità genetica che evolve invece con estrema lentezza. Il nostro desiderio di connessione con la natura è quindi innato e potente quanto gli altri istinti naturali.

Nel 1993 Wilson et al. fissarono i punti fondamentali della teoria affermando che l'ipotesi biofilica:

- ha basi biologiche
- è eredità della nostra evoluzione
- è in grado di aumentare le possibilità di raggiungere soddisfazione personale
- può costituire la base per un'etica umana di cura e conservazione della natura e in particolare per il rispetto di tutte le forme di vita.

Fortemente connessa alla teoria biofilica è quella che la psicologia ambientale definisce ristorazione o rigenerazione riferendosi al processo di recupero psicologico e/o fisiologico che è innescato da un particolare ambiente. Il potenziale rigenerativo è definito come la capacità dell'ambiente di favorire la ripresa da uno stress o da una fatica mentale. Kaplan e Ulrich possono

essere definiti i pionieri nello studio dei processi rigenerativi; a loro si devono la formulazione della *Teoria della Riduzione dello Stress* (TRS-ulrich) e della *Teoria della Rigenerazione dell'Attenzione* (TRA).

Entrambe condividano l'ipotesi che gli effetti psicologici ed emozionali della natura sulle persone derivano dalla storia dell'evoluzione umana, ma presentano differenze basilari:

- Secondo la *Teoria della Rigenerazione dell'Attenzione* il recupero è veloce e spontaneo, ed avviene dopo uno sforzo attentivo;
- Secondo la *Teoria della Riduzione dello Stress*, invece, il recupero è il risultato di valutazioni cognitive consapevoli.

In particolare, la Teoria della Rigenerazione dell'Attenzione si basa sulla presenza di due tipi di attenzione: *attenzione volontaria (diretta)*, che avviene in modo consapevole e obbligato e richiede uno sforzo, e *l'attenzione involontaria (indiretta)*, che si manifesta nel soggetto senza alcuno sforzo in seguito ad uno spontaneo interesse. L'uomo usa l'attenzione volontaria per compiti impegnativi che richiedono sforzo attentivo e dispendio di energie, per questo la capacità nel mantenerla è limitata nel tempo. Nella Teoria della Rigenerazione dell'Attenzione, la riduzione della fatica mentale è la chiave del processo di rigenerazione. Gli ambienti naturali possono contrastare la fatica mentale attivando l'altro tipo di attenzione spontanea ed involontaria che risveglia la nostra curiosità e gioia di scoprire: il risultato è che la nostra forza mentale aumenta. Secondo tale teoria prestare attenzione alla natura non richiede sforzo, ma stimola l'attenzione ed è rigenerativo per la mente perché l'attivazione dell'attenzione involontaria permette il recupero dell'attenzione volontaria.

Tale processo avviene quando nella relazione tra essere umano e ambiente si ha la combinazione di quattro caratteristiche:

- *Fascination*, la capacità di un ambiente di attirare l'attenzione spontaneamente senza sforzi cognitivi attivando l'attenzione involontaria;
- *Being away*, il sentirsi lontani da ciò che ci opprime, che ci causa stress e richiede attenzione volontaria;
- *Extent*, il senso di ampiezza o di connessione;
- *Compatibility*, la compatibilità tra le inclinazioni individuali e le caratteristiche dell'ambiente.

L'ambiente naturale le possiede tutte insieme molto più frequentemente di un ambiente antropizzato, e quindi tende a essere molto più efficace nel rispondere alla fatica mentale.

1.3 ORTOTERAPIA: STORIA, DEFINIZIONE E OBIETTIVI TERAPEUTICI

L'orticoltura ha una lunga storia nel trattamento di problemi legati alla salute dell'uomo.

Il primo riscontro dell'uso dell'orticoltura a fini terapeutici risale all'Antico Egitto dove venivano prescritte passeggiate nei giardini del Faraone alle persone con disturbi mentali per i loro effetti tranquillizzanti sui malati. Alle soglie del III millennio a.C. nelle valli del Tigri e dell'Eufrate furono creati i primi giardini dei sensi. Nel corso dei secoli le diverse civiltà adattarono queste pratiche senza abbandonarle; durante il Medioevo i giardini dei monasteri avevano un hortus che veniva utilizzato anche per far passeggiare gli ammalati: nel 1100 san Bernardo descriveva gli effetti terapeutici dal giardino del monastero di Clairvaux.

La nascita dell'ortoterapia viene fatta risalire all'inizio del XIX sec. quando Benjamin Rush, professore all'Istituto di Medicina e Clinica Pratica a Philadelphia, pubblicò il libro *Medical inquirers and observation upon diseases of the mind* in cui scriveva: "L'uomo è nato per essere attivo. Anche in paradiso era impegnato nel salutare e piacevole esercizio di curare un giardino... L'agricoltura con la sua alternanza di speranze, paure, piacere e rendendo l'esercizio fisico indispensabile, è in grado di produrre grandi benefici". Nel trattato descrisse come i pazienti con problemi psichiatrici, occupati in lavori manuali, miglioravano a differenza di quelli esonerati da tali compiti che invece peggioravano. I primi appartenevano alle classi sociali più povere mentre i secondi alle classi sociali più ricche e per questo esonerati da lavori manuali. La correlazione tra guarigione e classe sociale lo portò alla conclusione che fosse proprio l'attività manuale a favorirla. Le sue scoperte furono così innovative che si diffusero ben presto non solo negli Stati Uniti ma anche in Europa dove inizialmente l'orticoltura terapeutica venne utilizzata nel trattamento dei malati di mente. In molti ospedali psichiatrici della Spagna, del Belgio e della Francia la piena validità dell'uso dell'attività agricola nella terapia di persone affette da malattie mentali portò alla creazione di numerosi istituti in zone rurali dove i pazienti potevano essere facilmente coinvolti nelle attività associate al lavoro della terra. Innumerevoli fattorie connesse o distaccate dai manicomi erano considerate all'epoca un nuovo e rilevante progresso nella gestione dei malati psichiatrici.

Nel 1817 la *Fiends Hospital* a Philadelphia fu la prima istituzione psichiatrica privata negli Stati Uniti con un giardino appositamente studiato in cui i pazienti erano sottoposti ad una forma passiva di terapia partecipando alla coltivazione e trascorrendo tempo nell'ambiente naturale. Nel 1880 il fondatore dell'Associazione Psichiatrica Americana, Thomas Kirkbride, sosteneva che il lavoro manuale era uno dei migliori rimedi per curare e guarire i malati di mente. Verso la fine del secolo ulteriori ricerche portarono ad affermare la validità della pratica del giardinaggio nel trattamento dei bambini che presentavano problemi mentali.

La Prima Guerra Mondiale offrì l'occasione per introdurre programmi ortoterapeutici per persone con disabilità fisiche, tanto che nel 1917, nel dipartimento di Terapia Occupazionale del Bloomingdale Hospital a New York, venne attivato un corso di formazione in orticoltura per il personale. A poco a poco veniva riconosciuta l'efficacia di tali trattamenti che iniziarono ad essere inseriti nei programmi di terapia occupazionale: l'orticoltura diventava uno strumento attraverso cui raggiungere degli obiettivi terapeutici tanto che, nel 1936 in Inghilterra, la neonata Associazione di Terapisti Occupazionali ne riconobbe l'uso come uno specifico trattamento all'interno dei programmi terapeutici.

La Seconda Guerra Mondiale portò ad un'ulteriore diffusione dell'orticoltura negli svariati piani di recupero dei feriti grazie alla collaborazione di numerosi volontari dei Garden Club nei reparti ospedalieri: il risultato che si registrò fu una sensibile riduzione dei tempi di ricovero.

Nel 1951 la terapia ortocolturale ebbe un ulteriore ampliamento nella sua applicazione grazie ad Alice Burlingame, assistente sociale psichiatrica, che iniziò con un gruppo di pazienti anziani un programma di orticoltura nel reparto di Geriatria dell'ospedale del Michigan. I sorprendenti risultati ottenuti la portarono a far conoscere sempre più la professione del terapeuta ortocolturale ottenendo nel 1955 il primo *Master of Science Degree in Horticultural Therapy* presso la Michigan State University. Nel 1959 il *New York University Medical Centre*, rinominato *Istituto di Medicina Riabilitativa Rusk*, iniziò un programma di terapia ortocolturale che aprì la strada per un ampio riconoscimento della disciplina, inserendo il terapeuta ortocolturale all'interno del team alla pari di medici e psicologi. Nel 1960 fu pubblicato il primo libro di terapia ortocolturale, *Therapy through horticulture*, una guida per volontari, di Alice Burlingame e Donald Watson.

Parallelamente la disciplina si diffuse anche in Inghilterra, seppur con differenze nell'origine dei percorsi legate alla diversità di substrato culturale del giardinaggio, mantenendo però gli stessi obiettivi. Percorsi di ortoterapia venivano inseriti nei programmi di cura e di assistenza di persone con disabilità ma senza coltivare l'interesse verso la definizione di una figura professionale specifica; a questo proposito nacquero molte Fondazioni per lo sviluppo e l'applicazione della terapia ortocolturale.

Negli USA durante gli anni '60 questa disciplina si diffuse sempre più tra ospedali e strutture, tanto che l'interesse sviluppato verso la disciplina evidenziò una carenza di personale adeguatamente preparato e capace di rispondere alle richieste. La risposta a tale bisogno venne dalla *Menninger Foundation* che nel 1972, in collaborazione con la *Horticulture Department* della Kansas University, elaborò un programma grazie al quale partì il primo curriculum in Horticultural Therapy per malati mentali fornendo agli studenti adeguata formazione in psicologia e orticoltura, accompagnato da un periodo di stage di sette mesi. Questo fu l'inizio a cui fecero seguito negli anni successivi diverse università degli Stati Uniti.

Nel 1973 la pubblicazione *Horticulture as a therapeutic aid*, dell'Istituto di Medicina Riabilitativa del *New York University Medical Center*, segnò un passo importante per il riconoscimento a livello medico della disciplina; nello stesso anno si tenne il primo *National Council for Therapy and Rehabilitation Through Horticulture*, NCTRH.

Gli anni successivi furono di intensa ricerca e sviluppo della professione in collaborazione con istituzioni sanitari e agronomiche fino all'istituzione nel 1988 della *American Horticultural Therapy Association* (AHTA) che si dedica ancora oggi alla promozione e allo sviluppo della terapia orticolturale, alla valorizzazione della professione del terapeuta orticolturale e alla predisposizione di programmi. Ad oggi l'AHTA conta 500 membri, 250 terapisti orticolturali associati di cui 100 praticanti. I dati evidenziano che gli ospedali per la riabilitazione, le strutture per assistenza alle disabilità e i centri per anziani statunitensi hanno inserito sempre più diffusamente l'uso dell'orticoltura nei loro programmi di trattamento: le premesse di base che motivano la terapia orticolturale stanno nel fatto che il lavoro con e intorno alle piante porta cambiamenti positivi a livello psicologico e fisico che possono migliorare la vita delle persone.

In Inghilterra dagli anni '70 in poi la disciplina si diffonde largamente ma solo nel 1983 la Coventry University formulò un programma per il rilascio di un diploma in Horticultural Therapy. Oggi è l'associazione *Thrive* che in Inghilterra raggruppa i progetti attivi di *Social and Therapeutic Horticulture*, organizza corsi di formazione e collabora per la ricerca con la Birmingham University.

In Italia l'ortoterapia è relativamente diffusa in campo psichiatrico e del disagio sociale ed è condotta nella maggior parte dei casi da cooperative sociali che operano in ambito agricolo, mentre molto più limitato è il suo utilizzo in ambito sanitario o all'interno dei contesti ospedalieri riabilitativi. Esperienze significative sono anche condotte da aziende agricole convenzionate con servizi sociali o sanitari che inseriscono nei loro programmi persone con bisogni educativi speciali o con varie forme di disagio sociale anche con finalità di inserimento sociale e lavorativo.

A livello nazionale è di riferimento la L. 141/2015 sull'Agricoltura Sociale che, oltre a normare la disciplina e dare la giusta dignità agli imprenditori agricoli e alle loro aziende riconosce un ruolo centrale e fondamentale nel processo di accoglienza e riabilitazione, tende ad ottimizzare la sinergia tra agricoltura e servizi sanitari con lo scopo di massimizzare i risultati terapeutici e contenere la spesa pubblica. La Legge stessa definisce pratiche di Agricoltura Sociale le attività che mirano a realizzare (art. 2, co. 1):

- inserimento socio-lavorativo di lavoratori e persone svantaggiati;
- prestazioni e attività sociali e di servizio per le comunità locali;

- prestazioni e servizi che affiancano e supportano le terapie mediche, psicologiche e riabilitative, anche impiegando animali allevati e coltivando piante;
- progetti volti a salvaguardare la biodiversità, all'educazione ambientale ed alimentare, a far conoscere il territorio organizzando fattorie sociali e didattiche.

Ad oggi è possibile distinguere delle macrocategorie di esperienze in tre diversi ambiti: sanità, agricoltura e sociale.

Ambito sanità:

- neuroriabilitazione, dove è preminente la necessità di provvedere al mantenimento e alla cura del giardino da parte di operatori e volontari date che i pazienti possono dare un contributo mediamente basso in termini di quantità di lavoro svolto;
- malati di Alzheimer, in cui lo spazio stesso ha la funzione terapeutica perché permette di esercitare funzioni perse come la capacità di orientarsi temporalmente e nello spazio grazie ad una adeguata progettazione;
- programmi e strutture per malati terminali, in cui è importante far lavorare manualmente i pazienti con le piante per attivare i meccanismi ristorativi e di connessione con la natura;
- casa di riposo, in cui la programmazione delle attività può essere effettuata creando dei gruppi omogenei per attività oppure per affinità caratteriali e di capacità di socializzazione;
- programmi di sostegno al dolore;
- strutture per disabili sensoriali;
- programmi per tossicodipendenti.

Ambito agricoltura:

- azienda agricola che programma la propria attività di azienda, dal punto di vista delle colture e delle lavorazioni, con funzione sociale. La programmazione viene concordata con i terapisti in modo da garantire attività che possano soddisfare le esigenze terapeutiche in termini di azioni, di tempi e di impatto ambientale;
- azienda agricola che ha il suo percorso produttivo e all'interno di questo, senza modifiche, inserisce persone svantaggiate. In questo caso devono essere dettagliatamente individuati i processi produttivi, e le singole fasi in cui i terapisti scelgono le attività adatte alla persona; fase molto delicata che richiede collaborazione con l'imprenditore agricolo e conoscenze agronomiche ed ecologiche di base da parte dei terapisti.

Ambito sociale:

- scuole, in particolare, dell'infanzia e primaria;

- centri diurni per anziani;
- centri di riabilitazione;
- comunità alloggio;
- gruppi famiglia;
- centri di accoglienza per migranti e senzatetto;
- strutture penitenziarie;
- programmi di sostegno ai malati di demenza;
- rifugi per vittime di abusi e donne vittime della tratta;
- programmi per giovani a rischio;
- programmi per il recupero di disabilità e inserimento lavorativo;
- ludopatia.

Per poter definire oggi la disciplina è necessario fare chiarezza e distinguere che cosa si intende per ortoterapia, terapia orticolturale, orticoltura terapeutica, orto-giardino terapia fino ad arrivare ai più ampi naturopatia ed ecoterapia. Il dibattito sull'uso della terminologia è iniziato da alcuni decenni in America e ancora ad oggi continua; la difficoltà risiede nel fatto che i termini sono usati per indicare una vasta gamma di argomenti.

Per fare ortoterapia non basta una pianta e un seme, a volte nemmeno unire a questi un terapeuta; infatti, se costruire una relazione con la natura è un ottimo modo per fronteggiare le situazioni e gli eventi stressanti della vita, sarebbe riduttivo definire qualsiasi uso dell'orticoltura come terapeutico. Tanti sono gli esempi in cui l'orticoltura ha una valenza terapeutica, dagli orti condivisi presenti in molte città agli orti scolastici, alle esperienze delle comunità terapeutiche ma la difficoltà di giungere ad una definizione univoca per distinguere i diversi processi è dovuta probabilmente alla difficile comprensione della natura della materia, di come opera e del perché rappresenta uno strumento di cura.

Nel mondo anglosassone, dove la disciplina è nata, si fa una precisa distinzione tra Horticultural Therapy e Therapeutic Horticulture. L'Horticultural Therapy, in italiano Terapia Orticolturale, viene definita come un processo attraverso il quale le piante, le attività di giardinaggio e l'innata vicinanza che sentiamo con la natura, sono usate come strumenti in programmi di terapia e riabilitazione condotti da un terapeuta: un processo attivo in cui l'orticoltura o il giardinaggio sono utilizzati come supporto ad altri mezzi di riabilitazione. In questo caso l'intervento è eseguito da un terapeuta, è centrato sulla persona ed è parte di un progetto che prevede obiettivi e verifiche periodiche. La Terapia Orticolturale prevede un programma di lavoro per ogni singola sessione e

il giardino in questo caso è essenzialmente un luogo in cui effettuare la terapia, il che non esclude comunque qualsiasi altro tipo di interazione, anche spontanea, tra la persona ed il giardino.

La *Therapeutic Horticulture*, in italiano Orticoltura Terapeutica, è invece definita come un processo che utilizza le piante e la relazione con esse per creare o migliorare il benessere fisico, psicologico e sociale delle persone, processo in cui la pianta riveste un ruolo centrale ma in cui non si perseguono obiettivi terapeutici definiti.

In Italia la locuzione più diffusa è *ortoterapia*, che idealmente comprende sia la Terapia Orticolturale che l'Orticoltura Terapeutica, poiché non esiste un percorso di formazione a livello universitario in ortoterapia e manca quindi uno dei presupposti che l'*American Horticultural Therapy Association* ritiene indispensabili per la pratica delle attività: il terapeuta qualificato, ovvero colui che abbia competenze in un settore sanitario, sia in grado di svolgere azione terapeutiche nel giardino e nello stesso tempo abbia la capacità di dare un importante significato alle azioni che il paziente fa e di trasmetterglielo. Il terapeuta ha infatti anche il compito di creare la connessione con la natura ed il giardino, passaggio fondamentale per l'avvio di un processo terapeutico, deve cioè dare al paziente la capacità di riconoscere che quello che sta facendo ha un senso profondo e che non si tratta di fare solo del giardinaggio.

Una differenziazione è emersa anche a livello progettuale distinguendo tra *Healing garden* e *Therapeutic garden* come luoghi in cui si praticano attività diverse: *healing* fa riferimento ad un'influenza positiva sul visitatore in cui il giardino induce un miglioramento del benessere sia dal punto di vista fisico che spirituale; un *Haling garden* può provocare sollievo da uno stress psicologico associato ad una malattia ma non influisce direttamente sui risultati delle cure. Il *Therapeutic garden* invece, è studiato e progettato per produrre un determinato risultato, per raggiungere obiettivi terapeutici legati alla malattia o alla disabilità per cui è stato pensato. In generale un *Healing garden* porta al un miglioramento della salute derivante dall'esperienza del giardino, dal suo aspetto e da quello che contiene, mentre in un *Therapeutic garden* sono le attività che si possono concretamente fare a determinare un cambiamento nello stato di salute.

Quando si parla di ortoterapia si intende, dunque, quel processo terapeutico centrato sul paziente e condotto da operatori specializzati, che utilizza attività di orticoltura e floricoltura, finalizzato al raggiungimento di specifici obiettivi educativi e riabilitativi. Tale processo mira al generale miglioramento della salute e del benessere della persona e, in base alla tipologia di difficoltà e disabilità a cui si rivolge, può agire su diverse aree:

- *Fisica*: mantenimento e miglioramento delle abilità grosso-motorie e fino-motorie, della posizione eretta, dell'equilibrio e della forza. La facilitazione deriva dall'ambiente che

propone stimoli visivi, olfattivi e tattili su cui va a porsi l'attenzione, distraendo la persona dall'aspetto terapeutico in senso stretto.

- *Cognitiva*: stimola il linguaggio e l'arricchimento del vocabolario, la memoria, l'apprendimento di nuove abilità, il sequenziamento, la capacità di seguire indicazioni precise, lo sviluppo di abilità di problem-solving, il mantenimento dell'attenzione focalizzata. Le informazioni sulle specie orticole, arboree e floreali promuove un nuovo apprendimento così come le informazioni temporali e spaziali permettono di acquisire una buona capacità di orientamento nel tempo e nello spazio.
- *Stimolazione sensoriale*: deriva dalla fragranza dei fiori e delle erbe aromatiche, dalle piante con particolari textures e profumi fogliari, dalle combinazioni cromatiche, e anche dal suono che le foglie producono con il vento. La stimolazione sensoriale presenta aspetti sia cognitivi che emotivi, infatti profumi e gusti che scaturiscono dal giardino possono portare a memorie d'infanzia evocando forti emozioni legate a tempi, persone e luoghi specifici.
- *Emotiva*: promuove un forte senso di autostima grazie ad un'inversione di ruoli, infatti in contesti un cui solitamente è il paziente stesso a ricevere cure, le attività ortoterapeutiche permettono di prendersi cura delle piante sviluppando senso di accudimento e attaccamento. Spesso permette di gestire la rabbia e l'eteroaggressività canalizzandola nelle specifiche mansioni come zappare, scerbare, rastrellare, miscelare, pulire. I benefici emotivi possono derivare anche dal senso di soddisfazione nel vedere i propri semi germogliare, crescere e cambiare giornalmente fino a dare frutti gustosi.
- *Interpersonale*: le relazioni e gli scambi sociali sono naturali all'interno dei gruppi di lavoro per la condivisione e lo scambio di idee, le richieste di consigli e aiuti; inoltre le attività di giardinaggio rientrano tra gli hobby di molti appassionati e per questo rappresenta un buon strumento per l'abbattimento dello stigma e del pregiudizio verso i soggetti svantaggiati.
- *Inclusione sociale*: orticoltura e floricoltura sono tra gli hobby più diffusi nella popolazione e, proprio per questo rappresentano un buon strumento per l'integrazione sociale che può essere veicolata tramite attività di associazioni, organizzazioni ed enti operanti nel settore. Inoltre può favorire l'inserimento lavorativo in imprese e società che ricercano lavoratori con profili professionali basilari per il mantenimento e la cura del verde.

2. L'ORTOTERAPIA NEI CONTESTI DI CURA

2.1 VALENZE EDUCATIVO-RIABILITATIVE

Nella medicina moderna, adottando il modello biopsicosociale in sintonia con la definizione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) intesa come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di malattia”, il processo di cura, oltre alle terapie di base, si è avvalso di un numero sempre crescente di terapie di sostegno identificabili in quattro aree:

- Artiterapie, le principali Terapie espressive sono:
 - A. *arteterapia propriamente detta*
 - B. *musicoterapia*
 - C. *danzaterapia*
 - D. *psicodramma e animazione.*

- Pet-Therapy, o Interventi Assistiti con Animali (I.A.A.) in cui si distinguono:
 - E. *Attività Assistite con animali (A.A.A.)*, intervento con finalità di tipo ludico-ricreativo e di socializzazione volto al miglioramento della qualità della vita;
 - F. *Educazione Assistita con Animali (E.A.A.)*, intervento di tipo educativo che ha il fine di promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e progettualità individuale, di relazione ed inserimento sociale delle persone in difficoltà;
 - G. *Terapie Assistite con Animali (T.A.A.)*, intervento a valenza terapeutica personalizzato e finalizzato alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale, rivolto a soggetti con patologie fisiche, psichiche, sensoriali.

- Sport-terapia, che consiste nello sviluppo di percorsi riabilitativi attraverso esercizi preparatori differenziati in relazione alle diverse discipline, finalizzati al miglioramento dei parametri fisici e dei rapporti sociali.

- Terapia orticolturale

L'ortoterapia rientra a pieno tra gli interventi terapeutici e riabilitativi che mirano al recupero e delle capacità residue e al pieno sviluppo delle potenzialità del paziente con la possibilità di personalizzare l'intervento, poiché, oltre agli aspetti terapeutici, presenta anche aspetti sociali e professionali.

ASPETTO TERAPEUTICO

La valenza terapeutica è basata sulla stimolazione di diverse aree: cognitiva, fisica e comportamentale.

Area cognitiva: le attività di orticoltura stimolano la memoria sia a breve che lungo termine, il pensiero, l'orientamento, la comprensione, il linguaggio, il giudizio, la capacità di calcolo e apprendimento, la concentrazione e l'attenzione, la capacità di scrittura e lettura, la capacità di svolgere un compito.

Area fisica: altresì richiedono molteplici azioni motorie: movimenti unilaterali e bilaterali (di entrambe le braccia o entrambe le gambe), movimenti bimanuali (una mano esegue l'azione e l'altra l'aiuta), di flessione, di stiramento, movimenti ritmati e automatici; coordinazione di movimenti fini e globali e occhio-mano; forza, resistenza muscolare e apprendimento del dosaggio della forza; mantenimento per un certo periodo di tempo della posizione eretta e da seduto; azioni ricettive (stimoli delle articolazioni, di peso, di resistenza); azioni vestibolari (stimola azioni di equilibrio, richiede movimenti circolari o ripetitivi della testa e del collo); capacità olfattive, uditive, gustative, visive e tattili.

Area comportamentale: il contatto con la natura e il verde riduce lo stress, i comportamenti aggressivi, l'affaticamento mentale, aiuta a combattere depressione e ansia.

Molte delle azioni svolte sul campo favoriscono la stimolazione di più aree contemporaneamente: l'attività di semina, ad esempio, richiede coordinazione occhio-mano, migliora la manualità fine, attiva il pensiero logico-matematico; piantare arbusti di varie dimensioni, perenni o annuali e posizionarli in primo o secondo piano in un'aiuola, aiuta a migliorare, o acquisire nel caso dei non vedenti, la spazialità e il senso di distanza. Il ciclo vitale e i lavori stagionali che si devono svolgere per la cura delle stesse come potatura, rinvasi, arieggiamento del terreno, sarchiature, raccolte di semi o riproduzione migliorano la temporalità. Interessante è anche l'aspetto riguardante le percezioni olfattiva, tattile, gustativa e uditiva che la terapia orticolturale va a sollecitare con fioriture profumate, l'impiego di erbe aromatiche e di specie con textures e consistenze fogliari diverse, di specie arboree e arbustive che servono da richiamo all'avifauna e di specie con fogliame leggero facilmente mosso dal vento, oppure tramite il gusto della frutta raccolta direttamente dalla pianta. Oltre alle attività dirette svolte in orto e giardino, se ne possono associare altre che ricoprono un aspetto complementare, come ad esempio l'etichettatura delle specie coltivate: questo permette di sviluppare o mantenere le capacità di scrittura e lettura, aiuta la memoria a lungo termine, oppure la data di semina porrà l'attenzione sul tempo necessario ai differenti semi per germogliare. Un'ulteriore attività è quella di riportare per iscritto il nome della persona che ha svolto il lavoro di semina, trapianto, ecc. in modo da suggellare il legame pianta-paziente, questo permetterà di creare un vincolo relazionale personale.

ASPETTO SOCIALE

Un altro aspetto su cui agisce la terapia orticolturale è sicuramente quello sociale: le attività mirano a integrare la sfera fisica, psichica e sociale creando tempi e spazi relazionali, di scambio di idee, consigli e punti di vista permettendo l'espressione personale dell'individuo rispetto al gruppo che diviene anche contenitore di stati d'animo, emozioni e sentimenti. Il senso di solitudine, isolamento e inattività tipico di persone disabili e di anziani non autosufficienti, oppure depressione, ansia, astenia, riduzione dell'autostima e fiducia in sé caratteristico dei pazienti con malattie psichiatriche possono portare nel tempo ad avere una visione pessimistica del futuro con forti sentimenti di colpa: l'attività nel verde aiuta a contrastare tutto ciò stimolando le capacità affettive (tipiche del prendersi cura delle piante), aiutando a migliorare l'autonomia e offrendo momenti di progettazione partecipata in cui la condivisione di micro progetti da parte di ogni componente del gruppo offre occasioni di confronto e collaborazione rendendo l'attività gratificante attraverso lavori creativi e piacevoli.

Veder germogliare, crescere e fruttificare la propria piantina permette al paziente di sentirsi di nuovo capace di fare, accrescendo l'autostima; inoltre i commenti positivi che riceveranno dalle persone che li circondano, la loro richiesta di consigli o curiosità rispetto alla coltivazione migliorerà il concetto di sé e faciliterà la socializzazione; nel tempo tali attività stimoleranno sempre più il senso di responsabilità e l'iniziativa personale.

ASPETTO PROFESSIONALE

Lo scopo di questo aspetto è quello di reinserire persone disabili e persone che provengono da diversi tipi di disagio psichico e sociale nel mondo del lavoro. Questo avverrà dopo aver acquisito nozioni e abilità necessarie per potersi spendere in ambito lavorativo, e ovviamente per gradi con piccole esperienze propedeutiche; molti non riusciranno a rientrare nel mondo del lavoro competitivo, per cui si farà ricorso alle borse lavoro o all'inserimento lavorativo tramite cooperative sociali.

L'ortoterapia è inoltre uno strumento che può essere introdotto, grazie alla sua grande adattabilità, in molti progetti educativo-riabilitativi che vedono protagonisti diverse tipologia di utenza:

- *Giovani a rischio*: l'ortoterapia migliora l'auto-realizzazione, favorisce la concentrazione e lo sviluppo di attività collettive.
- *Soggetti con svantaggio psico-sociale, senzatetto, carcerati*: vengono ampliati i legami sociali e l'autostima, favorendo la diminuzione dell'ostilità.

- *Soggetti con ritardo psico-fisico*: si assiste allo sviluppo di aspirazioni e aspettative possibili in questo campo di applicazione, con conseguente aumento dell'autostima e miglioramento della percezione globale di sé.
- *Soggetti con patologie psichiatriche*: si assiste ad un miglior funzionamento nei rapporti sociali, attraverso il lavoro di gruppo, nella motivazione al lavoro e nella capacità di concentrazione.
- *Anziani*: nel lavoro con gli anziani, attraverso l'ortoterapia vengono perseguiti vari obiettivi tra i quali l'aumento della concentrazione, dell'attenzione e della memorizzazione, l'incentivo all'iniziativa, alla motivazione, alla socializzazione e alla collaborazione con altre persone che condividono interessi e obiettivi; un maggior impegno nelle prestazioni fisiche.
- *Alzheimer e demenza*: in questi pazienti si è riscontrata una riduzione quali-quantitativa dei disturbi del comportamento, nonché l'abbassamento dell'aggressività e la riduzione degli episodi di violenza con un conseguente miglioramento della qualità di vita.

I vantaggi derivano da molteplici aspetti e significati che l'attività stessa sottende:

- La pianta è fragile e indifesa come il malato: si crea quindi una sorta di solidarietà forte e foriera di benessere per i due soggetti della relazione.
- L'attenzione è spostata dai propri problemi alla cura di un altro essere vivente e il malato si distrae facendo qualcosa che lo motiva e lo appaga.
- Il paziente acquista la coscienza di saper e/o di poter ancora fare qualcosa: una menomazione fisica o mentale, oppure l'istituzionalizzazione (comunità protetta, carcere, casa di cura) lo fa sentire un escluso, un perdente, un rifiutato dalla società; scoprire che è in grado di curare un seme che germoglia, di far crescere un fiore, di ottenere i frutti dell'orto aiuta a riacquistare l'autostima.
- Avere la possibilità di creare qualcosa di bello anche quando si è persa l'attrattiva fisica: molte condizioni patologiche, e non solo la vecchiaia, determinano la perdita o la diminuzione della bellezza e della piacevolezza fisica.
- Essere integrati in un gruppo: stando insieme si attenua la solitudine e si costruisce un rapporto nuovo con gli altri perché si condividono obiettivi ed interessi comuni.
- Senso del controllo e di autonomia: anche per i pazienti meno presenti dal punto di vista psichico è lasciata la possibilità di scegliere quali piante far crescere, questo permette di reintrodurre nella loro vita la capacità decisionale, spesso negata.

2.2 LA PROGETTAZIONE IN ORTOTERAPIA

La stesura di un progetto di riabilitazione prevede l'identificazione di metodi, strumenti, tempi e modalità di verifica attraverso cui si pensa di poter ottenere il risultato desiderato.

Per procedere alla stesura però, ci sono delle condizioni preliminari che devono essere tenute in considerazione, poiché rappresentano la base di qualsiasi progettazione in ambito ortoterapeutico:

- A. La competenza con cui l'operatore in ortoterapia affronta il lavoro: la sua preparazione tecnica e la formazione pregressa in ambito educativo, sociosanitario e agronomico rappresentano fattori che influenzano la qualità di attuazione del progetto.
- B. Le caratteristiche del centro presso il quale si svolgerà il progetto: le strutture e le risorse a disposizione, il personale presente, i vincoli e i limiti imposti costituiscono variabili che rendono ogni progetto diverso e per questo poco generalizzabile ad altri contesti.

L'OPERATORE DI ORTOTERAPIA

Il terapeuta in orticoltura è un operatore con un background formativo che attinge alle aree delle scienze mediche, socioeducative e di quelle agronomiche e, grazie ad esperienze di tirocinio sul campo, è in grado di:

- Saper definire modi e tempi di attuazione del suo operato, adattando l'intervento alla tipologia di utenza a cui si rivolge. È richiesta attenzione non tanto al risultato da ottenere, quanto piuttosto alle attività stesse in orto che rappresentano il mezzo educativo: il terapeuta non può proporre tutto e subito ma dare tempo al paziente di crescere insieme a lui nel processo orticolturale.
- Riconoscere che il suo intervento educativo incide in modo globale sulla persona e non si tratta di una semplice serie di azioni da imparare e ripetere.
- Instaurare una forte relazione interpersonale per coinvolgere l'utente, trasmettere entusiasmo e il significato di quello che si sta facendo e rendere particolarmente positiva l'esperienza.
- Trovare gli strumenti adatti allo scopo che ci si prefigge di raggiungere e saper adattarli alle esigenze del paziente per facilitarne l'uso.
- Rispettare alcuni principi relativi alle procedure esecutive, quali ad esempio: suddividere il compito in unità di lavoro pur mantenendo costante il riferimento alla realizzazione finale; perseguire significatività e chiarezza di ogni riferimento dato per l'esecuzione; garantire un collegamento logico dei singoli frammenti esecutivi, mostrando costantemente qual è il prodotto finito al quale si sta lavorando.
- Mantenere alti livelli di attenzione e interesse, coinvolgendo tutti nella ricerca di eventuali problemi che si presentano così da promuovere la continuità dell'impegno.

- Rispettare i ritmi individuali e i tempi di attenzione e tolleranza dei singoli pazienti.

LA PROGETTAZIONE DI SPAZI VERDI DEDICATI ALLE ATTIVITÀ DI ORTOTERAPIA

Progettare un orto per attività di ortoterapia, significa costruire uno spazio calato sull'utenza finale e recepire quindi tutti gli accorgimenti necessari affinché sia facilmente fruibile, accessibile e un luogo piacevole in cui sostare e fare attività terapeutiche.

Lo spazio può essere pensato come un giardino con aiuole, aree tonde o quadrate, un'area per il compostaggio, aree per la sosta, eventualmente un'area per la serra; in generale però è necessario considerare:

- Localizzazione ed esposizione: l'area deve essere ben esposta al sole e riparata dai venti, la migliore posizione è a sud-est, mentre le aiuole dovrebbero avere orientamento nord-sud.
- Dimensione: sarà in funzione della disponibilità di spazio e dei fruitori finali, del suo scopo e adattabilità. Per un corretto dimensionamento va circoscritto un perimetro entro cui localizzare gli spazi ad aiuola e quelli per le altre attività (compostaggio, aree di sosta, letti di coltura rialzati, ecc). Ogni aiuola potrebbe essere formata da parcelle la cui larghezza non dovrebbe superare il metro e, fra una e l'altra, occorre lasciare uno spazio di 50 cm per poter transitare comodamente. Gli spazi accessori saranno definiti in base all'esigenza: se è previsto l'inserimento di letti di coltura rialzati o cassoni, va pensata attorno un'area di ingombro di almeno 1,50 m per l'accostamento di persone in carrozzina; sarà opportuno inserire spazi per la sosta, per eventuali gazebo e ombrelloni e per il ricovero attrezzi.
- Percorsi e sentieri: all'interno delle aiuole possono essere di dimensioni limitate, 30-50 cm di larghezza, mentre i percorsi di distribuzione dell'area a orto se utilizzati da persone in carrozzina, dovrebbero avere una larghezza minima di 1,50 m per permettere agevolmente movimenti e affiancamenti. Le superfici e i materiali dovrebbero avere un fondo il più possibile compatto e privi di risalti.
- Aiuole: la lunghezza sarà proporzionata al tipo di orto e ai fruitori; possono essere create delle aiuole a terre oppure rialzate, in base ai metodi di coltura. È possibile aggiungere letti di coltura o cassoni di altezze variabili.
- Ricovero attrezzi: all'interno dell'area a orto va predisposto uno spazio dove riporre gli attrezzi, generalmente si utilizzano casette prefabbricate; il dimensionamento delle stesse è in base alle esigenze e alla disponibilità di spazio.
- Serra: la realizzazione della serra comporta la verifica di spazi idonei e le metodologie di utilizzo. Si possono realizzare serre con strutture leggere a carattere precario, con materiale metallico, plastico o legno facilmente smontabili e rivestite con tendaggi plastici trasparenti, semitrasparenti od oscuranti; a tunnel o a casetta. Oppure possono essere inserite serre

permanenti con vetro anti-infortunio e struttura in ferro, porte di accesso, finestre e pavimentazione, con possibilità di riscaldarle per l'utilizzo invernale.

- Impianti: in generale è necessario prevedere l'impianto idrico per l'irrigazione che può essere fatta a mano, oppure tramite un sistema automatizzato, in questo caso è necessaria anche l'elettricità a meno che non si ricorre a dei moderni programmatori a batteria. Inoltre è possibile preventivare l'inserimento di un impianto di illuminazione per l'intera area.
- Arredi: panchine, sedute, tavoli, gazebo, possono permettere la sosta e ampliare la possibilità di attività al coperto seduti; segnaletica, termometri, segnavento, spaventapasseri, fioriere, cassette per uccellini, cestini, ecc. possono impreziosire lo spazio e renderlo più vivibile e ricco di stimoli.

Terminate le valutazioni iniziali, predisposta l'area per le attività corredata di tutte le strumentazioni necessarie, si potrà strutturare un progetto secondo le seguenti fasi:

1. Analisi del problema di partenza e scelta delle priorità
2. Definizione degli obiettivi e modalità di attuazione del progetto
3. Valutazione in itinere e valutazione finale del progetto

ANALISI DEL PROBLEMA DI PARTENZA E SCELTA DELLE PRIORITÀ

Questa prima fase prevede la conoscenza del gruppo utenti cui è destinata l'attività ortoterapeutica attraverso una dettagliata raccolta di informazioni a partire dall'équipe multidisciplinare che cura il percorso riabilitativo. È importante procedere alla conoscenza di ogni singolo utente nella sua globalità, e in particolare è opportuno sapere:

- La diagnosi, ma anche quanto e come la patologia o la difficoltà rilevata influenzi il funzionamento globale.
- In quali contesti e in quali situazioni la difficoltà si manifesta in modo più vincolante.
- La storia personale dell'utente, le caratteristiche della sua personalità, la consapevolezza e i vissuti riguardo la malattia.
- Notizie sulla famiglia, intesa come parte della rete sociale nella quale l'utente è inserito, ed il ruolo di stimolo o di ostacolo che essa può svolgere nel percorso riabilitativo.
- Le capacità relazionali e le competenze sociali al fine di verificare la sua possibilità di vivere in una situazione di gruppo tipica delle attività orticolture.
- Le risorse, oltre che a livello relazionale, anche a livello cognitivo, fisico, sensoriale, motivazionale, così come gli interessi, potenzialità, attitudini, aspettative su di sé e i livelli di autonomia raggiunti in vari campi.

- La storia lavorativa dell'utente se c'è e il periodo di lontananza dal mondo del lavoro; tale dato influisce sulla facilità o difficoltà di operare un reinserimento nella vita sociale e lavorativa.

Terminata questa prima raccolta dati, sempre in équipe si procede all'analisi dei bisogni che ogni utente e il suo contesto presentano, per poi integrarli con le domande e i desideri dell'utente stesso e le osservazioni fatte dagli operatori in relazione al contesto orticolturale.

Per una buona e significativa progettazione è necessario però declinare alcuni termini:

- Il bisogno, in ambito riabilitativo, appare come la mancanza di una dimensione del benessere fisico, psichico e/o sociale, necessaria per una vita che l'utente possa sentire come dignitosa. Frequentemente l'utente presenta una costellazione di bisogni, poiché nella realtà le situazioni risultano spesso "multiproblematiche"; è dunque compito degli operatori stabilire le priorità di intervento senza mai escludere l'utente dal percorso di selezione tra i vari bisogni che lo riguardano. Semmai potrebbe essere necessario guidarlo ad operare una scelta responsabile a partire da una adeguata consapevolezza della sua situazione: lo scopo è quello di giungere alla formulazione di una domanda il più possibile in sintonia con i propri reali bisogni.
- La domanda è la richiesta, verbale o non verbale, espressa o inespressa, che l'utente pone per ottenere risposta ai propri bisogni. Non sempre vi è una corrispondenza diretta tra bisogno e domanda per vari motivi: scarsa consapevolezza del bisogno, incapacità di esprimerlo, rifiuto della situazione vissuta come troppo dolorosa e quindi negativa. Diventa compito dell'équipe e degli operatori di riferimento cogliere eventuali distonie e lavorare con l'utente affinché possa esprimere una domanda coerente con tali bisogni.
- Il desiderio si riferisce alla motivazione profonda, conscia o inconscia, che sostiene le ragioni del continuare a vivere, ad esserci, a contare. Il desiderio dell'utente è il motore del progetto e trascurare questa dimensione significa non valorizzare quanto di positivo e motivante esiste ancora nella persona.
- La risposta è, infine, la proposta di lavoro che l'operatore formula in relazione al bisogno identificato e riconosciuto insieme all'utente.

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI E MODALITÀ DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO

A partire dai bisogni identificati e dalla domanda formulata dall'utente, si passerà a definire gli obiettivi dell'intervento: si esplicherà quindi cosa si vuole raggiungere, entro quale arco di tempo, con quali strategie, attraverso quali risorse che si trovano a disposizione o che verranno appositamente attivate in termini economici, di quantità e di competenza del personale, di livello delle strutture, ecc.

Questa è la fase più creativa, che consiste nel prospettare situazioni nuove verso cui fare evolvere la posizione attuale dell'utente. Gli obiettivi devono sempre essere formulati in termini concreti, comprensibili ed attuabili, tenendo conto della situazione di partenza del singolo utente e possono essere espressi in termini:

- Quantitativi, cioè come quantità di riduzione del problema in un tempo definito;
- Qualitativi, cioè come definizione di comportamenti desiderati in una certa situazione.

Una volta definiti gli obiettivi in condivisione con l'utente sarà necessario fare attenzione sia ai punti di forza, che possono influenzare positivamente l'intervento, che ai vincoli, che possono contribuire, al contrario, ad un possibile fallimento del percorso.

È bene contemplare sempre collaborazioni attive tra operatori in specifici campi attinenti al percorso progettato mantenendo attiva la rete d'informazione con l'équipe terapeutica.

VALUTAZIONE IN ITINERE E VALUTAZIONE FINALE DEL PROGETTO

Le verifiche in itinere vengono operate regolarmente durante il percorso riabilitativo per monitorare il funzionamento delle risorse attivate e la coerenza tra gli obiettivi che ci si era posti inizialmente e i primi risultati ottenuti. Questo lavoro permette di mettere in atto per tempo le azioni correttive che consentono di prevenire un possibile fallimento del percorso.

È infatti sempre possibile riformulare obiettivi e predisporre azioni diverse di intervento, alla luce di quanto si osserva direttamente e in considerazione di nuove variabili, non prevedibili all'inizio dell'intervento.

In questa fase di revisione è sempre necessario coinvolgere l'utente perché l'osservazione dell'evolversi della situazione reale e il confronto con il diretto interessato sono i principali strumenti a disposizione dell'operatore per lavorare sulla consapevolezza dell'utente e intervenire, insieme a lui, sul progetto con le opportune correzioni.

La valutazione finale del percorso riabilitativo si opera invece al termine del tempo che ci si era dato in fase di progettazione per l'attuazione complessiva dell'intervento; in questa fase si mettono in relazione gli obiettivi iniziali con i risultati ottenuti nel tempo stabilito.

Le modalità di verifica vanno previste dall'inizio della costruzione del progetto e vanno esplicitati i tempi e gli strumenti attraverso i quali si vuole realizzare. Esiste una vasta gamma di strumenti utilizzabili a cui corrispondono gradi diversi di oggettività: si possono somministrare test standardizzati prima e dopo l'intervento riabilitativo, oppure si può ricorrere a questionari e schede di rilevazione che permettono di seguire l'evolversi della situazione attraverso la rilevazione successiva di indicatori prestabiliti.

Comunque si attui la valutazione finale, è opportuno riflettere su due dimensioni significative e qualificanti l'esito del progetto:

- Efficacia, cioè la relazione tra bisogni riconosciuti inizialmente e i risultati ottenuti a fine percorso; un intervento sarà tanto più efficace quanto più avrà ottenuto risultati coerenti con i bisogni individuati.
- Efficienza, cioè la relazione tra i risultati ottenuti e le risorse impiegate; un intervento sarà tanto più efficiente quanto la relazione tra risultato e risorse sarà positiva, al contrario sarà inefficiente quando si saranno impiegate ampie risorse per ottenere risultati nulli o modesti.

La valutazione finale consiste sempre, al di là degli strumenti utilizzati, nel confronto tra la situazione di partenza dell'utente e la situazione ottenuta alla fine dell'intervento.

3. IL PROGETTO DI TERAPIA ORTICOLTURALE

3.1 LA RIABILITAZIONE IN AMBITO PSICHIATRICO

La pratica educativa e riabilitativa in ambito psichiatrico è frutto di una storia orientata alla formulazione sempre più dettagliata di diagnosi, alla ricerca di farmaci sempre più efficaci e con minori effetti collaterali, e all'analisi di opportuni interventi di psicoterapia trascurando così un'adeguata attenzione agli strumenti e ai metodi con cui far fronte alle condizioni disabilitanti della malattia mentale. Proprio su questo fronte si è inserita la riabilitazione psichiatrica che ha focalizzato il trattamento sulle conseguenze della patologia piuttosto che sulla patologia in sé, contribuendo alla comprensione dell'impatto del disturbo psichiatrico sulla vita delle persone condizionata non solo da menomazioni, ma anche da limitazioni funzionali, disabilità e handicap. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da qui introdotto un modello di malattia mentale che, oltre ai sintomi, include anche la disfunzione, la disabilità e l'handicap, strettamente interdipendenti, per cui la configurazione finale della malattia è il risultato delle loro reciproche interazioni.

Per poter comprendere al meglio gli ambiti specifici di intervento della riabilitazione psichiatrica, è opportuno descrivere le aree di impatto della malattia mentale, declinandone implicazioni e differenti strategie di cura.

Menomazione: indica l'alterazione di una funzione di un organismo e si riferisce all'impatto della malattia mentale sulla dimensione neurobiologica, considerata uno dei principali fattori che concorrono alla genesi del disturbo. Generalmente la menomazione si esprime con sintomi di natura sia fisica che psichica, nel caso della malattia mentale sono rappresentati principalmente da allucinazioni, deliri, depressione e paranoia.

Il trattamento terapeutico associato alla menomazione, dunque ai sintomi ad essa correlati sono la farmacoterapia, l'ospedalizzazione e la terapia cognitiva.

Disfunzione: riguarda l'incapacità di occuparsi delle attività e dei compiti richiesti da una normale vita quotidiana. Molte possono essere le cause: la menomazione e i sintomi ad essa correlati, gli effetti collaterali dei farmaci, la mancanza di autostima in seguito alla perdita dei ruoli sociali e o allo stigma. Nella misura in cui la disfunzione migliora, anche la menomazione, la disabilità e l'handicap regrediscono dimostrando l'interdipendenza dalle altre. La riabilitazione psichiatrica è l'intervento d'elezione per la disfunzione.

Disabilità: è la terza area influenzata dalla malattia mentale e consiste nell'incapacità a svolgere gli ordinari ruoli sociali. Il termine viene usato proprio per descrivere l'incapacità di assolvere ai compiti richiesti da tali ruoli esprimendo un concetto più ampio di quello della disfunzione; si

riferisce infatti all'incapacità di lavorare, di avere una famiglia, di mantenere una casa o di vivere indipendentemente. Non è attribuita dunque alla causa della malattia né ad una particolare diagnosi psichiatrica, ma denota una restrizione del funzionamento e si riscontra in quegli utenti che evidenziano un chiaro deficit funzionale prolungato. Alla genesi della disabilità concorrono la menomazione e i sintomi associati, la disfunzione ma anche gli effetti dei farmaci, la sfiducia nelle proprie capacità e gli effetti dello stigma. L'intervento riabilitativo rappresenta il trattamento prioritario della disabilità.

Handicap: si tratta di un fattore esterno alla persona, legato ad un atteggiamento sociale espulsivo e potenziato dai pregiudizi, dalla discriminazione, dallo stigma o dalla povertà e riguarda l'impossibilità di usufruire delle opportunità che consentono agli individui di condurre una vita autonoma e soddisfacente. Nello specifico il termine "handicap" è utilizzato per descrivere una condizione in cui l'assenza di scelte limita o impedisce la realizzazione di un'attività, di un compito o l'assolvimento di un ruolo. La principale strategia per contrastarlo è l'impegno delle associazioni degli utenti e delle loro famiglie volto a sensibilizzare e influenzare i livelli politici, amministrativi e la stessa opinione pubblica al fine di aumentare le risorse alle quali poter accedere. La riabilitazione, fornendo molte abilità e supporti necessari per tale strategia, rappresenta il metodo che, seppur indirettamente, permette di agire su questa area.

Definite le aree di malfunzionamento su cui agisce la malattia mentale, è facile dedurre che la riabilitazione psichiatrica riveste un ruolo fondamentale nei servizi psichiatrici per un buon esito delle cure. Derivata dai principi della riabilitazione fisica, la riabilitazione psichiatrica si concentra sulla principale conseguenza invalidante del disturbo mentale, ovvero la compromissione dell'abilità nello svolgere ruoli sociali con finalità ultima di aiutare la persona a guarire, ovvero a controllare i sintomi, a rimuovere le barriere interpersonali e ambientali causate dalla disabilità, a recuperare le capacità per vivere indipendentemente, per socializzare e per gestire efficacemente la vita quotidiana accettando anche i propri limiti.

Scendendo più nello specifico la riabilitazione psichiatrica mira a:

- Aumentare il funzionamento sociale e lavorativo: significa mirare ad aumentare l'abilità di una persona di effettuare azioni quotidiane sul piano strumentale (prendere un mezzo pubblico), interpersonale (condurre una conversazione convenzionale) e intrapersonale (esprimere opinioni e sentimenti).
- Far svolgere un ruolo valido con successo: vuol dire che la persona può eseguire un compito in modo da soddisfare il contesto e le sue regole.
- Soddisfare i bisogni personali: consente alla persona di agire secondo le proprie preferenze.

- Ridurre il più possibile gli interventi professionali: vuol dire che la persona riceve appena la quantità di supporto che le è effettivamente necessaria, includendo anche il sostegno degli amici, della famiglia, dei vicini e delle risorse della comunità, oltre che degli operatori dei servizi di salute mentale.

Da questo ultimo punto in particolare, si evince molto chiaramente che tutto il processo riabilitativo perché sia efficace, richiede cambiamenti sia nell'individuo sia nella comunità, la quale deve favorire il conseguimento degli obiettivi riabilitativi fornendo i presupposti e le risorse necessari affinché gli utenti raggiungano una vita indipendente.

Un'altra fonte da cui trae nutrimento la riabilitazione psichiatrica è la riabilitazione cognitiva, attuata per aumentare consapevolezza, la logica nella sequenza delle azioni e la comprensione del significato delle diverse fasi del processo riabilitativo mediante interventi di orientamento all'inizio di ogni fase del processo. Si è rivelata proficua anche per superare le barriere che ostacolano l'acquisizione di nuove capacità: far ripetere all'utente mentalmente la modalità di applicazione delle abilità, aiutarlo ad esercitarsi ad usare le abilità nella pratica, suddividere i concetti complessi in parti più brevi e semplici.

Altre discipline che concorrono alla definizione della riabilitazione psichiatrica sono la psicologia dell'educazione, a cui si ispirano gli interventi di insegnamento e trasferimento delle abilità negli ambienti naturali, e la terapia comportamentale, a cui si riferiscono le strategie finalizzate all'utilizzo della abilità come, ad esempio, la replica dell'abilità nell'ambiente reale, la gratificazione per l'esercizio corretto, l'apprendimento grazie all'identificazione con modelli sociali positivi.

La riabilitazione psichiatrica può considerarsi, dunque, come una sintesi sistematica di contributi provenienti da vari campi delle scienze umane basata su una serie di valori specifici aventi come denominatore comune il "concetto di persona" che rappresenta il riferimento primario per tutti coloro che operano nel settore. Il suo obiettivo fondante è quello di aiutare l'individuo a soddisfare i suoi bisogni considerandolo non come un paziente con una diagnosi, ma un soggetto visto nella sua interezza e, come tale, portatore di interessi, di emozioni, di talenti, di speranze e di paure. Questo implica l'attribuzione di valore e significato alla capacità di autodeterminazione degli utenti e all'assunzione di un ruolo più attivo nei trattamenti, formulati a partire dall'unicità del singolo per valorizzarne le soggettività, le differenze e la specificità dei passaggi evolutivi.

I valori che guidano e dirigono la riabilitazione psichiatrica nell'agire quotidiano possono essere così identificati:

- *funzionamento*: l'azione è rivolta allo svolgimento corretto delle attività quotidiane e dei ruoli sociali piuttosto che alla diminuzione dei sintomi o all'aumento dell'insight. Aumentare il

funzionamento vuol dire supportare i punti di forza e contenere i deficit, dunque massimizzare la salute piuttosto che enfatizzare la malattia.

- *Erogazione dei supporti*: fornire sostegno all'utente consente di aumentare il funzionamento e mantenere i successi raggiunti; la sua efficacia è strettamente legata alla volontà del paziente che potrà indicarne tipologia e durata. I principali supporto sono quello strumentale, che permette agli utenti di entrare in contatto con i servizi e mantenere la continuità del trattamento, e quello emotivo che guida e supporta l'espressione dei bisogni emotivi.
- *Specificità ambientale*: sostiene la capacità della persona di agire con successo in un ambiente specifico, pertanto i comportamenti sono considerati socializzanti o desocializzanti in relazione alle conseguenze positive o negative che producono nel contesto di vita.
- *Coinvolgimento*: è il principio secondo il quale ogni trattamento riabilitativo deve essere attuato con la persona e non sulla persona, infatti la sua efficacia è strettamente dipendente dal grado di partecipazione degli utenti alle fasi e ai passaggi in cui è articolato.
- *Scelta*: conferisce valore alle preferenze degli utenti ritenendoli in diritto di essere loro a definire dove vivere, lavorare, istruirsi, e come condurre la loro esistenza. È compito degli operatori fornire supporto in questo senso, sarà poi il trattamento riabilitativo a dotarli degli strumenti necessari per concretizzare le loro opzioni.
- *Orientamento sull'esito*: ogni prestazione all'interno della riabilitazione psichiatrica deve tener conto del fine ultimo da perseguire, rappresentato dall'esito lavorativo, abitativo e dalla ripresa degli studi, concretizzato dall'espletamento di validi ruoli negli ambienti sociali. In tal senso l'indicatore d'efficacia di un programma è rappresentato dalla capacità di aiutare gli individui desocializzati a riguadagnarsi una posizione soddisfacente e di successo nella comunità.
- *Fiducia nel potenziale di crescita delle persone*: l'intento della riabilitazione non è quello di raggiungere e mantenere la stabilità delle persone riducendo l'intensità degli interventi una volta che i sintomi siano regrediti, ma favorire l'evoluzione presupponendo che in ogni persona ci sia un potenziale di crescita, anche nei casi di gravi disabilità psichiatriche.

Tali valori trovano applicazione all'interno del processo riabilitativo che, secondo il *Center for Psychiatric Rehabilitation* di Boston, è articolato in diverse fasi:

1. *Diagnosi riabilitativa*, in cui sono comprese le attività di:
 - Valutazione della disponibilità alla riabilitazione;
 - Definizione dell'obiettivo riabilitativo globale;
 - Valutazione del funzionamento;
 - Valutazione delle risorse della comunità.

2. *Pianificazione degli interventi*, composta dalle attività di:
 - Pianificazione degli interventi per lo sviluppo delle abilità;
 - Pianificazione degli interventi per lo sviluppo di risorse.
3. *Attuazione degli interventi*, che prevede:
 - Sviluppo della disponibilità alla riabilitazione;
 - Acquisizione delle abilità;
 - Acquisizione delle risorse.

3.2 LA SPERIMENTAZIONE DI UN PROGETTO IN ORTOTERAPIA

Progetto di ortoterapia realizzato presso la Struttura Residenziale Riabilitativa e il Centro Diurno “Bevano” del Dipartimento di Salute Mentale di Fano (PU)

Il progetto nasce in una realtà rurale, agricola caratteristica dell'entroterra fanese, la struttura residenziale infatti è una tipica casa colonica marchigiana di quelle che anticamente il padrone cedeva al contadino tramite un contratto comunemente detto della mezzadria.

Immersa nel verde e circondata da ampi appezzamenti di terreno coltivati a cereali e foraggio, la sua vocazione e il richiamo è fortemente agricolo, ce lo conferma non solo la vista ma l'insieme di sensi che vengono risvegliati riportando alla mente emozioni e sensazioni della vita agreste di un tempo.

I suoni tipici sono quelli della natura: il fruscio del vento tra le foglie che rimanda alla leggerezza e alla freschezza, il cinguettio degli uccelli che annunciano libertà così come lo scrosciare dell'acqua nell'ampio fossato che scorre a pochi metri dalla casa e unisce come una cerniera due poderi.

All'olfatto giungono i profumi della terra: in primavera l'umidità del suolo bagnato, dei fiori e delle erbe selvatiche, in estate l'odore del fieno disseccato al sole e dei cereali maturi, in autunno foglie e muschio colorano l'aria del tipico sottobosco per poi scomparire in inverno sotto la brina. È in questo orizzonte antico e allo stesso tempo attuale che si colloca un'ampia struttura terapeutica e riabilitativa in grado di ospitare in media dieci pazienti della salute mentale in regime di residenzialità e altrettanti pazienti in regime di semi-residenzialità.

L'équipe multidisciplinare, costituita da due medici psichiatri, quattro infermieri e quattro educatori, guida i passi dei pazienti lungo un cammino di recupero psicosociale e relazionale verso un progetto di vita personale il più possibile autonomo e reale (realizzabile).

Ancorati a questo mandato, e sulla scia di un precedente progetto di orto terapeutico, si sviluppa l'idea e il desiderio di rianimare la terapia orticolturale per ridare valore alla ricchezza del territorio che li circonda e offrire ai pazienti accolti un intervento riabilitativo integrato volto al recupero e allo sviluppo di un'ampia gamma di abilità: da quelle cognitive a quelle motorie, dalle relazionali alle psicosociali e anche lavorative.

Infatti è ben presente e ancora vivo nella memoria degli operatori il ricordo di quelle attività in orto che precedentemente avevano animato e caratterizzato la vita della comunità promuovendo un buon miglioramento della vita degli ospiti, una maggiore fiducia reciproca e in generale un clima relazionale positivo e solidale.

Il simbolo che ne tiene traccia, nel campo situato a poche decine di metri dalla struttura, è la presenza di una serra e un insieme di strumenti del lavoro agricolo abbandonati, su cui le erbe

selvatiche e gli arbusti rampicanti hanno preso dominio come a volerli avvolgere di un colore vitale.

L'impatto visivo è piuttosto forte poiché dal verde che esternamente ricopre la scena, emergono colori spenti come quello della ruggine ferrosa, delle plastiche invecchiate al sole, e degli attrezzi abbandonati e dimenticati; emotivamente genera uno squarcio sul passato riportando in superficie nostalgie e vissuti di un tempo che vuole ricondurci alle nostre origini più intime e nascoste.

Consapevolezza e volontà comune iniziano così a fare strada alla concretezza che incontra la crescente collaborazione con la Cooperativa Sociale T41B che opera nel territorio sviluppando progetti di reinserimento lavorativo nell'ambito dell'agricoltura sociale e nella cura del verde: proprio da questa unione sboccia e prende forma il progetto che vede in campo da un lato operatori in ambito educativo e dall'altro professionisti del verde.

La stesura del progetto, a carico dell'équipe terapeutica, è stata condivisa con tutti i soggetti coinvolti per la definizione di obiettivi e finalità comuni.

Gli obiettivi educativi/riabilitativi individuati sono:

- Sviluppare l'autoefficacia
- Aumentare l'autostima
- Acquisire abilità lavorative
- Relazionarsi in modo efficace in gruppo
- Ristabilire il senso del tempo e delle stagioni
- Riappropriarsi dell'autonomia nella scelta

Il tempo di attuazione viene individuato a partire dalla primavera, prosegue durante la stagione estiva e mira a concludersi, come nuova sperimentazione, alla soglia dell'autunno; nell'arco settimanale si individuano quattro giorni di operatività pur mantenendo continuità nella cura con impegno giornaliero.

Nel complesso mira a coinvolgere piccoli gruppi di pazienti eterogenei per genere, patologia e attitudini.

Il progetto, dopo una prima presentazione generale al gruppo di utenti per la libera adesione e partecipazione alle attività, si è articolato in più fasi:

1. Presentazione del progetto: obiettivi, durata, spazi dedicati, operatori di riferimento, impegno settimanale e quotidiano.
2. Suddivisione nei gruppi di progetto e strutturazione delle giornate lavorative settimanali.
3. Conoscenza delle pratiche in orto e dei dispositivi di protezione individuali per la sicurezza
4. Conoscenza delle specie vegetali di interesse e caratteristiche specie-specifiche.
5. Primo approccio al lavoro in campo con la strumentazione e la definizione delle aree coltivate.

6. Attività in campo: preparazione terreno, diserbo manuale delle specie infestanti, trapianto delle piantine, installazione impianto di irrigazione, valutazione della crescita e stato di salute delle specie coltivate, individuazione dei frutti e relativo tempo del raccolto.
7. Attività all'interno in caso di maltempo: cartellini per l'identificazione in campo, tabelle descrittive delle specie e dei relativi frutti.
8. Attività di cucina correlata al progetto: è di grande valore terapeutico l'uso e la trasformazione dei prodotti raccolti dall'attività in campo per l'autoconsumo.
9. Festa d'estate con familiari e parenti: è un tempo di condivisione e orgoglio per i pazienti, occasione per mostrare il lavoro svolto insieme, condividere le abilità sviluppate e gustare i beni prodotti.

Fase 1 – presentazione del progetto

Il progetto è stato strutturato e condiviso in équipe sulla base dei sei utenti che hanno manifestato interesse e deciso di aderire alle attività, dopodiché è stato presentato al gruppo.

L'educatrice responsabile del progetto, in comune accordo con il tecnico agrario, ha riunito i pazienti ed esposto i contenuti condividendo il progetto (vedi Allegato 1):

- **Obiettivi:** sono stati condivisi con i pazienti gli obiettivi del progetto che stanno per intraprendere specificando che oltre al prodotto che potranno raccogliere e gustare, questa occasione può essere un primo approccio alla dimensione lavorativa. In molti aspirano a tale opportunità spesso senza conoscerne le energie richieste, gli sforzi necessari, la costanza nell'impegno e la necessità di mettersi in relazione.
- **Durata:** vengono definiti i tempi di inizio e durata del progetto che prende avvio nel mese di aprile per concludersi nel mese di settembre. Inoltre vengono scandite le sessioni di lavoro settimanale: quattro giorni la settimana in cui i gruppi operano separatamente, uno il lunedì e giovedì mentre l'altro il martedì e venerdì per la durata di un'ora e mezza ogni volta. L'impegno si estende ai restanti giorni della settimana per quanto riguarda le attività di cura necessarie come l'irrigazione.
- **Spazi:** si presentano gli spazi esterni di coltivazione a pieno campo situati a poche decine di metri dalla casa, facilmente raggiungibili a piedi e ben predisposti per i bisogni delle specie coltivate, dunque vicino al punto di prelievo dell'acqua. Gli spazi interni sono rappresentati dal magazzino, utilizzato per riporre gli strumenti e i dispositivi di protezione personali, e le sale comuni della struttura per le attività, o in alternativa il gazebo presente in giardino.
- **Operatori di riferimento:** durante il lavoro in campo o per qualsiasi richiesta i pazienti avranno come riferimento l'educatore in turno e il tecnico agrario che impartirà indicazioni specifiche

ed esecutive; in generale la responsabile del progetto è l'educatrice a capo dell'équipe educativa insieme al medico psichiatra.

Fase 2 – Suddivisione in gruppi e strutturazione delle giornate lavorative

In questa fase si costituiscono i gruppi di lavoro individuati sulla base di alcuni criteri:

- *Rapporti interpersonali*: è stato fondamentale considerare le relazioni già presenti tra i pazienti per evitare di render lo spazio terapeutico un luogo di stress e fallimenti;
- *Genere*: è stato importante considerare gli equilibri del gruppo legati al genere anche in vista delle attività previste;
- *Patologia psichiatrica*: è stato altresì fondante considerare il grado di disabilità generato dalla malattia, dunque il funzionamento del paziente così da poter condurre al meglio l'attività di affiancamento e supporto degli operatori per mirare ad esiti il più possibile migliori;
- *Attitudini personali*: le predisposizioni personali per le attività in campo legate ad una storia familiare, alla passione individuale o a pregresse esperienze lavorative, sono stati elementi su cui si è basata la formazione dei gruppi.

Sono state inoltre definite per ogni gruppo le giornate di lavoro e gli orari:

GRUPPO 1: lunedì e giovedì dalle ore 10.00 alle ore 11.30

GRUPPO 2: martedì e venerdì dalle ore 10.00 alle ore 11:30

Viene poi presa in considerazione la possibilità di anticipare gli orari per i periodi più caldi in cui l'esposizione al sole va preferibilmente ridotta.

Fase 3 – Conoscenza delle pratiche in orto e DPI

Il tecnico agrario riunisce e descrive ai pazienti del progetto di ortoterapia le buone prassi in orto, in particolare:

- movimento in campo: i movimenti devono essere mirati alle attività da svolgere e i passaggi sono consentiti solo lungo i sentieri predisposti;
- manipolazione delle piantine: è richiesta la massima delicatezza, con movimenti lenti e una presa morbida e senza la stretta totale;
- utilizzo delle attrezzature specifiche: insieme alla presentazione dei singoli strumenti è stata indicata l'esatta impugnatura, la movimentazione mirata a precisi scopi e la pericolosità per la salute dell'individuo se utilizzati in modo inadeguato e casuale;
- abbigliamento: è richiesto un abbigliamento comodo e adeguato alle temperature, in genere di cotone e utilizzando colori più chiari; se possibile viene indicato l'utilizzo di pantaloni lunghi per proteggersi dalle irritazioni per strofinamento con il fogliame di erbe e colture.

Successivamente si presentano le norme della sicurezza sul lavoro e i dispositivi di protezione individuale richiesti per le attività svolte marcando l'obbligo di indossarli e toglierli ad inizio e fine lavoro.

Principalmente ai pazienti è richiesto di indossare le scarpe antinfortunistiche (prevedono suola e punta dotate di una protezione in ferro) e i comuni guanti da giardinaggio.

Fase 4 – Conoscenza delle specie vegetali

In questa fase è stata approfondita la conoscenza delle specie vegetali coltivate in campo:

- Pomodoro: viene inizialmente presentata la piantina in vaso con il riconoscimento delle foglie, del loro odore tipico e della consistenza vellutata al tatto. Si passa poi alla presentazione del sesto d'impianto in campo, del portamento della pianta e della caratteristica dei frutti che si ottengono. Imprescindibile è la conoscenza delle cure per la crescita ovvero irrigazione e concimazione richiesti, la frequenza e le quantità.
- Zucchini: anche in questo caso si parte dalla piantina in vaso con il riconoscimento di foglie e fusto, della loro caratteristica nervatura palmata con presenza di peli duri e urticanti al tatto. Viene descritta la dimensione e lo sviluppo della pianta, i tipici fiori commestibili e i frutti, dunque il sesto d'impianto in campo, le richieste d'acqua e le concimazioni necessarie.
- Cetriolo: allo stesso modo avviene la presentazione della piantina in vaso, delle sue foglie e fusto provvisto di peli e cirri. Ne viene descritta la tipica caratteristica rampicante, i fiori gialli e i frutti spinosi oltre alle sue necessità in termini di fabbisogno idrico e nutritivo.

Per tutte le specie è stato anche presentato dal vivo il frutto giunto a maturazione e raccolto per dar modo di visualizzare sin da subito quale sarà il prodotto che la produzione punterà ad ottenere.

Fase 5 – Approccio al lavoro

In questa fase è iniziata la prima esperienza in campo: ai pazienti è stata presentata l'area specifica di coltivazione, la suddivisione secondo le colture individuate, i sentieri di passaggio, il punto di prelievo dell'acqua e anche il punto di compostaggio per gli scarti vegetali derivanti dalle attività. Si è poi sperimentata dal vivo l'utilizzo degli strumenti tecnici finalizzato agli scopi pratici: utilizzo di zappe per la movimentazione della terra e l'eliminazione delle malerbe, delle palette per miscelare la terra e preparare le buche del trapianto, dei rastrelli per livellare la terra e creare; carriole e secchi per il trasporto dei materiali. Da qui i pazienti hanno iniziato a maturare l'idea di uno spazio di cui prendersi cura, da gestire e fare proprio con l'operatore che, con loro, inizia a scrivere una nuova storia di quel luogo.

Fase 6 – Attività in campo

Rappresenta il corpo centrale del progetto in cui gli utenti hanno messo in gioco se stessi, scoperto abilità nascoste, appreso nuove conoscenze e sperimentato in prima persona l'essere parte integrante di un processo di cambiamento.

Una giornata tipo è stata così strutturata:

- Ore 9:30 riunione del gruppo e presentazione delle attività della giornata da parte dell'agronomo con affiancamento dell'educatore
- Ore 9:45 preparazione con vestiario adeguato e DPI
- Ore 10:00 inizio delle attività in campo, di gruppo a coppie o individuali
- Ore 10:30 pausa caffè e piccolo break
- Ore 10:45 ripresa delle attività
- Ore 11:15 termine delle attività e sistemazione dei materiali utilizzati
- Ore 11:30 conclusione in gruppo per un breve confronto con l'educatore

L'avanzare della bella stagione e l'aumento del caldo hanno portato ad anticipare l'orario di inizio attività e, in alcuni casi, a ridurlo della metà per evitare affaticamenti fisici e rischi correlati all'esposizione prolungata al sole.

In generale i pazienti, affiancati dell'educatore e con l'aiuto dell'esperto agronomo, hanno compiuto operazioni di: preparazione del terreno con rastrelli e zappette, trapianto delle piantine, concimazione, predisposizione dell'impianto di irrigazione goccia-goccia, scerbatura delle aiuole, controllo della crescita delle specie coltivate e della presenza di eventuali parassiti, raccolta degli ortaggi giunti a maturazione.

Alcune delle azioni sono risultate facili da apprendere e da svolgere, come ad esempio la preparazione delle aiuole, mentre altre seppur facili da apprendere presentavano delle difficoltà pratiche legate alla forza fisica e manualità specifica come il trapianto e la scerbatura, oltre ad una posizione fisica difficile da mantenere. In questi casi si è deciso di frammentare il compito, ridurre i tempi di lavoro e affidare le mansioni in base alle attitudini e predisposizioni personali in modo tale da personalizzare sempre più il percorso terapeutico.

Fase 7 – Attività alternative in caso di maltempo

Sono state pensate e strutturate attività alternative da svolgere al chiuso in caso di maltempo e impossibilità ad uscire per il lavoro in campo ma l'estate calda e torrida per tutto il periodo ha consentito lo svolgimento regolare delle attività.

Fase 8 – Attività di cucina

Le attività di cucina si sono svolte in itinere, durante tutto il periodo di raccolta dei prodotti orticoli, con il supporto dell'educatore e infermiere professionale sulla scia di un precedente progetto di cucina a cui vari pazienti si erano appassionati, sia per il processo che per le pietanze ottenute.

Nello specifico l'attività ha coinvolto a rotazione una coppia di pazienti nella preparazione di verdure grigliate per il momento del pranzo, momento condiviso con tutti gli utenti, sia residenziali che in regime di centro diurno.

Fase 9 – Festa d'estate nel giardino

È una tradizione tipica del centro organizzare in estate un momento di festa con pranzo condiviso a cui sono invitati tutti i familiari dei pazienti accolti: è il momento per far entrare una parte dei loro affetti all'interno della loro realtà abitativa che, seppur temporanea, è caratterizzata da vissuti quotidiani di sfide, successi e insuccessi nel continuo cambiamento.

Rappresenta anche il tempo per condividere le attività svolte all'interno dei progetti e i risultati ottenuti non solo in termini fisici ma anche di successo terapeutico, e quello dell'ortoterapia ha sicuramente tanto da dire sia dal punto di vista psicofisico che di prodotti.

VERIFICA E MONITORAGGIO

Il monitoraggio del progetto e le relative verifiche in itinere hanno avuto luogo:

- Tra operatori coinvolti direttamente nella realizzazione del progetto
- In sede d'équipe terapeutica
- Tra paziente e operatore di riferimento
- Tra paziente e équipe terapeutica

Nel primo caso gli operatori stessi in maniera regolare hanno fissato un tempo per il confronto e la valutazione dell'andamento generale del progetto, dei relativi gruppi di lavoro e dei singoli casi poiché sono coloro che lo vivono in prima persona e hanno una visione dell'operato, della partecipazione qualitativa e quantitativa dei pazienti.

Successiva poi è la condivisione in équipe in cui viene riportata la prima osservazione, integrata poi dai vari professionisti sulla base della loro presa in carico.

Imprescindibile è stato il livello paziente-operatore di riferimento, sede privilegiata per il colloquio formale e informale e per rilevare su quali indicatori il progetto ha agito delle trasformazioni.

In ultimo il paziente ha potuto condividere in sede d'équipe il suo vissuto generale e in particolare rispetto al progetto.

3.3 VALUTAZIONE E RIFLESSIONI

Il progetto di ortoterapia ha positivamente colpito l'équipe terapeutica per i suoi benefici ottenuti in termini di qualit della vita sui pazienti coinvolti e di riflesso sull'intero gruppo di utenti che ne ha beneficiato con conseguente miglioramento del clima terapeutico.

In particolare la valutazione del processo ortoterapeutico ha evidenziato nei pazienti:

- *Sviluppo del senso di utilit sociale e di autostima*: prendendosi cura delle piante, il paziente  stato ricompensato con la produzione di nuovi fiori e frutti; inoltre il fatto di poter ottenere qualcosa di utile per l'intero gruppo ha contribuito allo sviluppo del senso di responsabilit sociale che ha indotto un rafforzamento della stima di S.
- *Sviluppo di processi decisionali e contenimento emotivo*: durante le operazioni guidate e autonome svolte in campo, al paziente si sono presentate molteplici occasioni in cui dover scegliere e prendere decisioni.
- *Aumento dell'interazione sociale*: le attivit proposte prevedevano molti momenti e fasi lavorative in comune con gli altri pazienti e operatori coinvolti, questo ha portato a sviluppare una capacit di lavoro in gruppo basato su un obiettivo comune.
- *Attivazione di capacit affettive*: a partire dalle stimolazioni percettive e dal piacere di prendersi cura di una pianta, del vederla fiorire e dare frutti.
- *Educazione al saper attendere*: l'attesa della crescita del verde, delle piante e dell'acquisizione dei derivati ha contribuito nei pazienti il sentirsi parte di un processo creativo del quale  possibile rispettarne tempi e modalit.
- *Apprendimento dello scorrere del tempo*: il lavoro in continuo rapporto con gli organismi biologici contraddistinti da regole non modificabili secondo le proprie aspettative, ha consentito di apprendere sempre pi il fluire del tempo e delle stagioni come dettato dai ritmi della natura.
- *Sollecitazioni sensoriali*: il lavoro svolto a contatto con l'ambiente naturale ha generato continue stimolazioni che riguardano i sensi; vista, udito, olfatto, gusto e tatto sono stati attivati dal contatto diretto con la terra e gli organismi viventi verso i quali i pazienti hanno potuto sviluppare osservazione, esplorazione e manipolazioni.

Le criticit rilevate sono state di due tipi:

- *Gestione dei tempi giornalieri del progetto*: i tempi diversificati dei pazienti, la mancanza di allenamento al lavoro, l'esposizione prolungata al caldo, hanno rappresentato difficolt rilevanti e significative su cui  stato necessario provvedere in équipe a strategie di adeguamento alle variabili che si presentavano.

- Preparazione adeguata degli operatori: la mancanza di operatori con esperienza pregressa nel campo dell'orticoltura e la novità del progetto presso la struttura sono stati elementi di criticità per gli esiti degli interventi.

È stato possibile constatare comunque, che il recupero di una zona da tempo abbandonata ma non dimenticata, da sempre adibita all'agricoltura, ha risvegliato e messo in circolo energie nascoste, coinvolgendo operatori e utenti in un progetto che li radicava a sé stessi e alla storia del luogo.

CONCLUSIONI

L'elaborato di tesi nasce dalla mia personale storia di vita e dalla mia grande passione e attenzione per l'aspetto educativo e di accompagnamento verso l'Altro.

Il recupero della memoria della mia infanzia passata nel verde, a stretto contatto con mia nonna paterna, che viveva in campagna, ha costituito la motivazione principale della presente ricerca.

Credo fortemente che gli elementi della natura rappresentino dei fattori importanti nei percorsi educativi e riabilitativi in quanto validi alleati nel processo di recupero di abilità: la natura infatti, può restituirci il senso e il ritmo del tempo, per esempio attraverso le stagioni, può renderci consapevoli del processo di crescita e cambiamento, dandoci la possibilità di essere parte integrante di esso, e nel prenderci cura di lei può condurci alla cura di noi stessi.

Ho ricercato le fonti di tali fattori attraverso il concetto e archetipo di giardino nelle culture antiche fino ad oggi, da cui si evince che da sempre ha rappresentato un luogo ricco di valori e simbologia in cui poter ricercare benessere e connessione spirituale, così come il benessere nel rapporto uomo-natura scaturisce dal senso di appartenenza e di rispecchiamento in esso.

Grazie al tirocinio svolto il terzo anno presso la struttura residenziale riabilitativa "Bevano" del DSM di Fano, mi sono potuto avvicinare alla pratica orticolturale, mettendo in pratica un progetto finalizzato al miglioramento della qualità di vita dei pazienti attraverso il recupero di un'area abbandonata e poi destinata alla coltivazione di ortaggi.

Ho potuto sperimentare i valori sui quali ero cresciuto e poterli applicare alla mia pratica professionale; infatti i pazienti hanno potuto recuperare oltre ad uno spazio esterno anche uno spazio interno, potendo accedere ad una ricostruzione identitaria fondata sul senso di appartenenza e sulle relazioni in gruppo oltre che sulla tangibilità delle mansioni svolte.

Descrivo perciò il concetto di ortoterapia e i suoi principi basilari, declinandola all'interno dei contesti di cura nelle sue valenze educative e riabilitative.

Bibliografia

Bruno Filippo Lapadula, *Giardini e paesaggi nella storia. Una guida ragionata e bibliografica*, Roma, Pioda imaging edizioni, 2018

Carlo Tovoli, *Giardini nel tempo: dal mito alla storia*, Bologna, Istituto per i Beni Artistici Culturali e Naturali della Regione Emilia-Romagna, 2015

Costantina Righetto, *Giardini per rivivere: orticoltura e giardinaggio a fini terapeutici in contesti sanitari*, Dottorato di ricerca in scienze agroambientali, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, 2015

Cristina Borghi, Monica Botta, Maurizio Ferrandina, Roberta Ottolini, Tina Ponzellini, Carla Schiaffelli, Marco Zonca e Federica Cane, *Quaderno di ortoterapia - Seconda edizione*, a cura della scuola agraria del parco di Monza, 2015

Duccio Demetrio, *Di che giardino sei? Conoscersi attraverso un simbolo*, Milano, Mimesis edizioni, 2016

Francesco Di Iacovo (a cura di), *Agricoltura sociale: quando le campagne coltivano valori*, Milano, FrancoAngeli editore, 2008

Paola Carozza, *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, FrancoAngeli, 2006

Rebecca L. Haller, Christine L. Capra, *Horticultural Therapy Methods. Connecting People and Plants in Health Care, Human Services, and Therapeutic Programs*. 2nd Edition, New York, CRC Press, 2017

Sara Cardinali, *Giardinosofia il sacro recinto della bellezza*, «Segni e comprensione», n.s. 72, settembre-dicembre 2010, pp.133-144

Terapia Orticolturale e Riabilitazione. La valenza terapeutica delle attività di orticoltura e giardinaggio nei progetti riabilitativi, atti del convegno a cura di Isabella De Osti e Alessandro Castellani, Pergine Valsugana 23 – 24 maggio 2008

Sitografia

<https://immagineperduta.it>

<http://www.architettodileo.it>

<https://e-gardening.it>

<https://it.wikipedia.org>

<https://www.monicabotta.com>

www.monzaflora.it

www.ahta.org

ALLEGATO 1 – Il Progetto di ortoterapia

Finalità: miglioramento della qualità di vita del paziente

Obiettivi:

- Sviluppare l'autoefficacia
- Aumentare l'autostima
- Acquisire abilità lavorative
- Relazionarsi in modo efficace in gruppo
- Ristabilire il senso del tempo e delle stagioni
- Riappropriarsi dell'autonomia nella scelta

Risorse interne

Il progetto è coordinato dall'équipe multidisciplinare della struttura residenziale guidata dai medici psichiatri. Gli educatori curano lo svolgimento delle attività, facilitano la partecipazione degli utenti, valutano l'andamento nel tempo e si occupano di coordinare le verifiche periodiche e finali. I materiali di cui gli utenti e gli operatori dovranno dotarsi sono i dispositivi di protezione individuali, ovvero guanti da giardinaggio e scarpe antinfortunistiche.

Risorse esterne

Il progetto è realizzato in collaborazione con una cooperativa sociale del territorio che svolge attività di agricoltura sociale, la stessa fornisce un tecnico agrario, i mezzi agricoli per la lavorazione del terreno, i materiali utili allo svolgimento delle attività (zappe e palette, piantine e sementi, impianto d'irrigazione).

Attività e tempi d'attuazione

Prima dell'attivazione del progetto è opportuno presentare la proposta elaborata dall'équipe a tutti gli utenti della struttura e raccogliere in un secondo momento la loro volontà di adesione.

Successivamente si procede ad informare i familiari dei pazienti presentando le attività, la durata e le eventuali spese accessorie da sostenere.

I tempi totali del progetto vanno dalla primavera ad inizio autunno permettendo così una facile gestione legata alle stagioni più favorevoli per le attività all'aperto e alla scelta di colture di semplice gestione.

ATTIVITÀ	TEMPI
Presentazione del progetto agli utenti coinvolti: attività e modalità, spazi, tempi, materiali, DPI. Conoscenza del tecnico agrario. Suddivisione nei gruppi di lavoro.	Inizio progetto: aprile
Conoscenza delle specie che si andranno a coltivare, dei cicli vitali, delle cure necessarie	aprile
Preparazione del terreno (dopo il trattamento meccanico con i mezzi agricoli): suddivisione in piccoli appezzamenti per tipo di coltura e predisposizione impianto d'irrigazione	Inizio maggio
Trapianto delle piantine in pieno campo	Da metà maggio a metà luglio
Irrigazione e diserbo manuale	Giornaliera
Raccolta degli ortaggi	Settimanale
Preparazione di cibi e pietanze	Settimanale
Preparazione etichette e tabelle da posizionare in campo per il riconoscimento delle colture e le caratteristiche di coltivazione	In caso di maltempo, in alternativa alle attività all'aperto
Festa d'estate con i familiari dei pazienti per consumare i prodotti dell'orto e condividere il successo del progetto	In piena estate

Spazi

Gli spazi individuati per lo svolgimento del progetto sono il campo attiguo alla struttura e di proprietà della stessa, i laboratori interni e il giardino esterno.

Verifica

La verifica viene fissata a cadenza settimanale durante la riunione d'équipe; in particolare ad ogni seduta si condivide l'andamento generale del progetto approfondendo uno o più casi specifici.

Momenti informali di monitoraggio sono pensati ad ogni fine attività per condividere impressioni ed emozioni della giornata. Ogni operatore provvede alla verifica con i singoli utenti di cui funge da riferimento durante il colloquio settimanale.

INDICATORI	VERIFICA
Autostima	
Percepirsi all'altezza delle attività proposte	
Sentirsi parte integrante del gruppo di lavoro	
Sentirsi utile e capace nel lavoro	
Autoefficacia	
Percepirsi capace di svolgere le attività richieste	
Operare per il raggiungimento di obiettivi	
Disposizione all'apprendimento di nuove abilità	
Abilità lavorative	
Apprendere nuove capacità lavorative	
Saper applicare le indicazioni nel processo lavorativo	
Rispettare le modalità di lavoro	
Rispettare i tempi di lavoro	
Relazionarsi in gruppo	
Cooperare in gruppo	
Condividere spazi	
Condividere strumenti di lavoro	
Tolleranza verso l'altro	
Condividere conoscenze/esperienze	
Socializzare con i membri del gruppo	

Senso del tempo	
Orientarsi nel tempo (giorni/settimane/mesi)	
Rispettare i tempi naturali dei cicli vitali	
Riconoscere le diverse stagioni e la loro ciclicità	

Valutazione

AMBITO	VALUTAZIONE
Fisico	Mantenere e sviluppare abilità fisiche (motricità fine, equilibrio, movimento articolare, ...)
Cognitivo	Conoscere nuove tipologie di specie vegetali, stagionalità, cure necessarie
Sensoriale	Sviluppare capacità di discriminazione di colori e forme, profumi, materiali e superfici, gusto
Emotivo	Sviluppare senso di autostima e autoefficacia
Sociale	Condividere obiettivi, spazi e materiali in gruppo