



MASTER I LIVELLO
MASTER IN ORTICOLTURA TERAPEUTICA

MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO IN
ORTICOLTURA TERAPEUTICA

TITOLO DELL'ELABORATO DI TIROCINIO

“Il Giardino Terapeutico nella presa in carico dell'adulto con disturbo psichico
in una struttura ospedaliera francese”

Presentato da:
Castellazzi Letizia

Anno Accademico 2021/2022

Sommario

1. Introduzione	3
1.1 Dove lavoro	3
1.2 Il bianco e il verde.....	4
2. Le Jardin des Melisses.....	6
2.1 Storia e sviluppo del giardino	6
2.2 Che cosa facciamo	8
2.3 Il futuro del Giardino Terapeutico.....	9
3. La salute ambientale e L' <i>hortithérapie</i>	11
3.1 La salute ambientale.....	11
3.2 L' <i>hortithérapie</i>	12
4. Cose utili da sapere per lavorare con persona affetta da disturbo psichico	13
4.1 La presa in carico della persona affetta da disturbo psichico	13
4.2 Descrizione del disturbo psichico a partire dai numeri	14
4.3 Effetti sociali della stigmatizzazione e importanza della riabilitazione psicosociale	16
4.4 Le terapie istituzionali.....	19
4.5 I fattori di vulnerabilità ambientale	20
4.6 Perché la psicomotricità è utile in orticoltura terapeutica?.....	21
4.7 I Principali disturbi psichici	23
Disturbi d'ansia.....	23
La depressione.....	25
I Disturbi Bipolari	26
Perché la Depressione?	27
La schizofrenia	27
I Disturbi Alimentari.....	28
Il Disturbo da Uso di Sostanze	30
4.8 Comorbidità neurologica nei disturbi psichiatrici	36
4.9 Focus su paziente geriatrico	38
4.10 Le terapie farmacologiche ⁴⁶	39

Ansiolitici e ipnotici.....	40
Antidepressivi.....	40
I Timoregolatori.....	42
Psicostimolanti	43
4.11 Calore ed esposizione solare quali eventi favorenti le reazioni avverse da trattamento farmacologico ⁴⁷	43
5. Riflessioni conclusive	45
Bibliografia	46

1. Introduzione

1.1 Dove lavoro

La città francese di Saint-Étienne, capoluogo del dipartimento della Loira, si trova nella Regione Rodano-Alpi a circa 60 km da Lione e gode di un clima relativamente mite, nonostante sia una città di alta collina con un'altezza media di 520 metri s.l.m.

Saint-Étienne ha vissuto un notevole sviluppo industriale nella prima metà del '900 grazie allo sfruttamento dei giacimenti di carbone. La comunità dei minatori è sempre stata composta soprattutto da immigrati, tra cui molti italiani, ed è proprio in questo contesto che nacque la tradizione dei giardini collettivi, iniziata nel XIX secolo dal sacerdote gesuita Félix Volpette (1856-1922) che alla sua morte, nel 1922, lasciò ad una comunità di 9000 abitanti la bellezza di 1500 "jardins ouvriers" (orti condivisi)¹: per la maggior parte si trattava di famiglie di minatori che avevano limitate possibilità di accesso ai cibi freschi!

Il giardino terapeutico in cui lavoro, Le Jardin des Mélisses (figura 1) e (figura 3), è stato creato nel 2015 all'interno del Centro Psichiatrico dell'Ospedale Universitario di Saint-Etienne, per offrire ai pazienti ricoverati una mediazione terapeutica che unisse giardino e cura, a vantaggio dei pazienti, del personale sanitario, del rapporto interpersonale e con la natura in generale.

Qualche anno fa il Giardino delle Melisse è stato visitato persino da Roger Ulrich, uno degli accademici più citati in materia di progettazione di strutture sanitarie, il quale rimase molto colpito e secondo fonti giornalistiche affermò "Un giardino in psichiatria che ne mescoli così l'utilizzo generoso e la mediazione attiva è abbastanza innovativo e unico per quanto ne so". In un suo studio del 2018² viene dimostrato che il design dei servizi psichiatrici può ridurre lo stress e i disturbi del comportamento e migliorare il benessere emotivo. Confrontando tre ospedali psichiatrici svedesi il lavoro verifica la teoria secondo cui le unità disegnate con caratteristiche di riduzione dello stress, ovvero giardini accessibili, progettati secondo uno stile naturale, con vegetazione e fiori in primo piano, riducono il comportamento aggressivo in maniera più evidente rispetto a giardini geometrici con parti in cemento. In altri termini, un ambiente favorevole in

struttura psichiatrica porta ad un minor numero di iniezioni forzate e ad un minor numero di contenzioni fisiche.

Nel campo dei giardini terapeutici, uno degli studi più citati è l'articolo di Roger Ulrich su Science del 1984, "View through window may influence recovery from surgery"³: il lavoro ha dimostrato che i pazienti sottoposti allo stesso intervento chirurgico guarivano più velocemente quando la loro finestra aveva una vista sugli alberi rispetto a quelli che guardavano muri di cemento: i pazienti con vista sugli alberi sono rimasti in ospedale meno tempo, hanno assunto meno farmaci antidolorifici, hanno sviluppato meno complicazioni ed avevano un umore migliore.

Da allora molti altri studi hanno confermato l'impatto in ambito sanitario dei benefici legati alla relazione con la natura ed è incoraggiante vedere come questo favorisca l'apertura di nuove porte all'orticoltura terapeutica, non solo nel mondo anglosassone ma, finalmente, anche in Italia e Francia.



JARDIN DES
MÉLISSES



Figura 1, Il Giardino delle Melisse

1.2 Il bianco e il verde

Dal Jardin des Mélisses prende forma il mio progetto professionale: raccogliere tutti gli strumenti possibili per capire, mettere in pratica, portare avanti, stimolare e diffondere l'interesse per l'Orticoltura Terapeutica al resto della comunità delle professioni sanitarie con cui entro in contatto, anche detti "i camici bianchi".

In prima linea da ormai quasi tre anni, come specializzanda in psichiatria all'ospedale universitario di St Etienne ho potuto seguire la presa in carico del paziente dalla crisi in pronto soccorso nell'urgenza psichiatrica, alla presa in carico ambulatoriale passando per il ricovero in degenza, senza trascurare i progetti di riabilitazione psicosociale

In questo contesto ho scoperto il giardino delle Melisse, all'inizio solo per accompagnarvi i pazienti ricoverati e parlare con loro in un ambiente gradevole: di solito sono più distesi appena varcata la soglia del parco. In seguito, ho cominciato a visitare il giardino sempre più spesso durante le mediazioni e a partire da giugno 2021 ho cominciato a prendere parte alle attività. Lo psichiatra referente del Giardino, il Dr. Pommier, mi ha molto incoraggiata in questa direzione, mi ha consigliato di seguire questo Master e ha accettato di guidarmi come "tutor aziendale".

Il dottor Romain Pommier, psichiatra e medico ospedaliero dell'Ospedale Universitario di Saint-Etienne, è responsabile del Centro di riabilitazione psicosociale Saint-Etienne RéhaLise (Lier, Inclure, Soutenir et Expérimenter). RéhaLise è il centro di riferimento per la riabilitazione psicosociale nella Loira e nell'Ardèche. Il dr Pommier ha contribuito a ideare ed allestire il Giardino delle Melisse perché crede nel suo potenziale non solo terapeutico, ma anche ai fini della ricerca: nel 2017 ha infatti pubblicato uno studio pilota⁴ supportando l'ipotesi di utilizzo del giardino terapeutico come sistema di cura in grado di sostenere il recupero dei pazienti ricoverati in psichiatria. Tramite un approccio qualitativo ha potuto osservare una riduzione della percezione dei sintomi della malattia, la soddisfazione di ritrovare la libertà d'azione, l'impressione di "ritrovare un punto d'appoggio" con la realtà, il riconoscimento dell'importanza del sostegno degli altri e persino il miglioramento della relazione tra pazienti e personale sanitario (l'alleanza terapeutica).

La dott.ssa Francesca Meneghello, medico specialista in neurologia e master in neuroriabilitazione, è responsabile dell'Unità di Riabilitazione Neuropsicologica - l'IRCCS SRL dell'Ospedale San Camillo di Venezia e docente (e mia tutor accademica) del Master di Orticoltura terapeutica. Anche lei ha creduto nel potenziale dell'ortoterapia e proprio il giardino terapeutico dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dell'Ospedale San Camillo del Lido di Venezia è il primo in Italia pensato specificamente per i pazienti ricoverati in neuroriabilitazione.

Anche questo giardino terapeutico è stato al centro di diversi studi^{5,6,7} a scopo di ricerca, in particolare per valutare il potenziale rigenerativo di un giardino terapeutico in relazione alle attività svolte dai suoi utenti e i risultati suggeriscono che l'effetto terapeutico del giardino è diverso a seconda delle attività svolte (per esempio che, per l'utente, essere realmente impegnati in attività orticole consente una maggiore capacità rigenerativa rispetto al semplice passeggiare in un giardino), confermando che il contatto diretto con le piante offre la possibilità di una maggiore rigenerazione rispetto alla semplice contemplazione. Quindi questo studio incoraggia a vedere gli spazi verdi negli ospedali, non solo come giardini curativi "passivi", ma anche come luoghi per l'esercizio dell'orticoltura terapeutica.⁵

La mia speranza è che sempre più professionisti dell'orticoltura terapeutica (i professionisti del "verde") si interessino e collaborino alla presa in carico della persona con disabilità psichica, dalla degenza in reparto psichiatrico alla riabilitazione psicosociale, sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero.

Per incoraggiare i professionisti dell'orticoltura terapeutica a sviluppare progetti con gli utenti affetti da disturbo psichico, il nucleo di questo project work sarà il capitolo sulle "Cose utili da sapere per lavorare con persona affetta da disturbo psichico": partendo da un excursus sull'epidemiologia in Italia e Francia, sui fattori predisponenti e sulla stigmatizzazione, sulla riabilitazione, per poi focalizzare i principali disturbi psichiatrici con riferimenti alla letteratura riguardante l'orticoltura terapeutica. L'idea è appunto quella di integrare ciò che ho acquisito nel mio percorso di studi in Psichiatria, con le informazioni che provengono dai corsi del Master e dalla bibliografia attinente, passando dal "bianco" al "verde" e viceversa e di restituire uno strumento fruibile per entrambi.

Prima di tutto, proporrò una breve panoramica del Giardino delle Melisse.

2. Le Jardin des Melisses

2.1 Storia e sviluppo del giardino

Le Jardin des Mélisses è stato creato nel giugno 2015 nel parco (figura 2: "prima della cura") del padiglione di psichiatria per adulti dell'Ospedale Universitario (CHU) di Saint-Etienne. Ha visto la luce grazie ad un gruppo di 20 persone (infermieri, dirigenti sanitari, stagisti, medici, terapisti occupazionali): in seguito il progetto ha entusiasmato e coinvolto anche altri operatori dei settori di psichiatria. Gli edifici bassi in cui si trovano i sette reparti di psichiatria hanno infatti accesso diretto al giardino, fattore positivo secondo gli studi di Ulrick. Dotato di una serra e dieci cassoni, il Jardin des Mélisses è considerato un giardino emblematico e progetto leader della rete dei giardini terapeutici della Loira.

L'obiettivo principale del giardino è quello di arricchire la cura con una nuova attività terapeutica e promuovere l'avvio del processo di recupero grazie alla riconnessione col mondo vivente. Il giardino trasmette emozioni rilassanti e positive, aiuta ad aprirsi al mondo e alle relazioni con gli altri e permette di riacquistare la capacità di reagire nella lotta alla malattia mentale.

Oltre a questo, il giardino si propone anche di migliorare la qualità dell'ambiente di lavoro per il personale sanitario e favorisce l'accoglienza delle famiglie, per rendere meno dolorosa questa difficile fase del loro percorso di vita. L'atmosfera è più distesa e i pazienti vanno in giro socializzando e commentando le piantagioni dell'orto, raccogliendo erbe per la tisana serale e ricevendo visitatori, tra cui anche bambini che possono proporre giochi che diventano scambi intergenerazionali.

Allego foto del parco, “prima e dopo la cura”



Figura 2. “Il prima”



Figura 3. “Il dopo”: L’attuale Giardino delle Melisse

2.2 Che cosa facciamo

Questo strumento di cura, pur essendo a libero accesso per tutti, è un progetto concepito in modalità partecipativa e viene utilizzato per le specifiche mediazioni terapeutiche da un gruppo di massimo sei pazienti. Ogni utente viene accolto nel programma di ortoterapia previa indicazione medica: se lo psichiatra di riferimento non vede controindicazioni (il paziente deve aver superato la crisi iniziale) propone il progetto terapeutico alla persona ricoverata e se questa è d'accordo convalida l'orientamento compilando una scheda di indicazione per il giardino terapeutico (Allegato 1). Gli infermieri sottopongono al paziente un rapido test per verificare la vaccinazione antitetanica e gliela propongono se necessario: senza copertura antitetanica non è possibile accedere alla mediazione.

Si comincia con due sessioni di ortoterapia a settimana per massimo un mese, sia perché si auspica che le degenze in ospedale siano il più brevi possibili, sia per permettere a più pazienti di beneficiare della terapia.

Le sedute sono supervisionate da due infermieri di reparti diversi che si alternano: un plus per la coesione del personale che favorisce lo sviluppo di rapporti professionali e un dispositivo che fa dei pazienti il filo conduttore. Si tratta di infermieri qualificati già dipendenti dell'ospedale: in Francia non esiste la figura professionale dell'ortoterapeuta certificato, ma il personale deputato segue ciclicamente dei corsi di aggiornamento.

La singola sessione si apre in laboratorio con una degustazione di benvenuto (possibilmente una tisana prodotta con le erbe aromatiche del giardino, tè, caffè) in cui vengono fatte le presentazioni e introdotto il programma della sessione con discussione delle aspettative di tutti.

Prima di scegliere gli obiettivi, è necessario identificare la finalità della procedura terapeutica, che può essere l'accrescimento dell'autostima, il miglioramento della qualità della vita, ecc. L'obiettivo invece costituisce una tappa specifica e misurabile verso il traguardo della finalità e deve essere chiaro, poiché deve definire ciò che l'utente realizzerà in un certo modo e in un certo tempo. Una volta definite le finalità e gli obiettivi per tutti gli utenti, è necessario impostare un calendario per mantenere le attività al ritmo con la stagione.

In laboratorio viene conservato un ampio repertorio di schede con descrizione di attività e diversi metodi di svolgimento per adattare il più possibile ai bisogni ma anche ai desideri del paziente che deve sentirsi invogliato e stimolato. Alcuni adattamenti possono riguardare strategie compensatorie per deficit fisici o cognitivi, che una volta apprese potranno poi essere applicate come coping alle situazioni quotidiane.

Prima di ogni sessione, la persona compila una scala di autovalutazione per le emozioni (il questionario PANAS, Allegato 2) e dopo vengono svolti una serie di esercizi di riscaldamento fisico (Allegato 3).

Se le condizioni meteorologiche lo consentono i pazienti vengono condotti a visitare il giardino, altrimenti si resta in laboratorio. A questo punto hanno inizio le attività, che cambiano in armonia con le stagioni ma devono essere sempre adattate ai bisogni e ai desideri di ogni utente. Il tempo in giardino è della durata di circa un'ora. Per concludere la sessione c'è un

confronto tra partecipanti e operatori e viene compilata nuovamente la tabella di autovalutazione delle emozioni PANAS.

La partecipazione, gli obiettivi e i progressi del singolo paziente sono costantemente documentati nelle cartelle cliniche dei pazienti e discussi in equipe. Trattandosi di programmi di terapia, la documentazione deve essere sempre tenuta ordinata e aggiornata in modo tale da poter essere condivisa con altri colleghi e con la propria equipe. Dopo la fine della sessione ci saranno le trasmissioni all'equipe del reparto di provenienza del paziente.

Il programma varia d'orario in base alla stagione: da metà giugno a metà settembre si svolge di lunedì e venerdì mattina dalle 9:15 alle 10:30; da metà settembre a fine metà giugno è martedì pomeriggio dalle 14:45 alle 16:00 e venerdì mattina dalle 9:45 alle 11:00.

Il grande parco, così come il giardino, può contare su uno zoccolo duro di giardinieri con cui l'equipe del giardino terapeutico ha scambi regolarmente: si occupano di mantenere il verde sempre curato e "attraente" soprattutto gestendo le siepi e le potature più difficili, mentre i cassoni e la serra sono "zona terapeutica" riservata al lavoro dei pazienti.

La mediazione giardino è rivolta a tutte le persone ricoverate nei servizi del centro psichiatrico e può essere indicata in qualsiasi momento durante il ricovero, se le condizioni cliniche lo consentono. Il Jardin des Mélisses è accessibile ai pazienti, ai loro parenti, ai visitatori e al personale CHU, compreso il cuore del giardino al di fuori degli orari previsti per le sessioni.

I trattamenti sono offerti tutto l'anno, all'aperto o al chiuso. Comprendono il prendersi cura di un luogo condiviso da tutti, la condivisione e l'arricchimento delle proprie conoscenze sulle piante, la tutela della salute fisica attraverso un'attività adattata e progressiva, la stimolazione della creatività, lo sviluppo collettivo di uno spazio condiviso. Si tratta di un programma di attività specifiche che rispondono alle aspettative della persona assistita e alle indicazioni dell'equipe di riferimento.

Questi programmi di ortoterapia si realizzano esclusivamente in ambito clinico, nel quadro di un trattamento di cura ben circoscritto. Poiché i partecipanti sono accomunati dalla disabilità psichica ma possono avere bisogni molto diversi fra loro, le attività scelte per conseguire gli obiettivi concordati devono sempre essere selezionate e adattate dal terapeuta, così da svolgersi nell'area di maggior potenziale sviluppo della performance.

Il ruolo del Giardino delle Melisse all'interno dell'ospedale è quello di proporre un intervento non farmacologico, approfittando dei riconosciuti benefici della natura per ridurre il livello di stress, stimolare emozioni positive, ripristinare l'attenzione e le capacità di concentrazione e promuovere il processo di recupero, nonché sostenere le competenze, l'autostima e la capacità di agire delle persone che convivono con disturbi mentali. Inoltre, consente e facilita lo scambio e la cooperazione con gli altri rafforzando le abilità sociali. L'obiettivo principale è quello di migliorare la qualità dell'accoglienza e della vita dei pazienti in ospedale, ma anche la qualità di vita dei loro familiari e degli operatori sanitari.

2.3 Il futuro del Giardino Terapeutico

Il Jardin des Mélisses è anche un'Associazione non a scopo di lucro il cui scopo principale è quello di contribuire a migliorare la qualità della vita del paziente curato nei vari reparti psichiatrici del

CHU de Saint Etienne. Si prefigge anche di informare, indirizzare e accompagnare la persona dimessa dall'ospedale verso altre strutture, facilitando lo sviluppo e l'attuazione di progetti personali dei pazienti in connessione con la rete dei giardini terapeutici della Loira⁸. Si preoccupa inoltre di sostenere la formazione e l'informazione del proprio personale in ambito medico e paramedico sui Giardini Terapeutici, promuovere la ricerca clinica attraverso la partecipazione e lo sviluppo di studi scientifici, facilitare gli scambi tra operatori sanitari e/o pazienti e migliorare le condizioni della pratica professionale, così come di promuovere la diffusione delle sue conoscenze con ogni mezzo idoneo.

A partire da quest'anno, L'Università di Lione - Saint-Étienne offre un diploma universitario "Salute e giardini" all'interno del Campus della Facoltà di Medicina JJ⁹ (figura 4). Si tratta di un percorso formativo di 125 ore che si svolge da gennaio a giugno, il cui obiettivo principale è reintrodurre gli spazi verdi nei luoghi di cura. Questo corso si appoggia al Jardin des Mélisses e alla sua équipe, in collaborazione con il Centro di Riferimento per la Riabilitazione Psicosociale (diretto dal Gruppo di Cooperazione Sociale e Medico-Sociale Rehacoor42). In linea coi più moderni principi di inclusione, questo Giardino non è quello di pochi, è quello di tutti coloro che vogliono credere che possiamo fare molto insieme, gli uni con gli altri. Le Jardin des Mélisses non è un giardino recintato: è il collegamento con gli altri spazi verdi urbani di Saint-Etienne, ed è verso "l'altro" che si aprono i suoi rami.



Figura 4. Locandina del DU Santé et Jardins⁹

3. La salute ambientale e L'*hortithérapie*

3.1 La salute ambientale

Come ben sappiamo, Ippocrate di Coo (Coo, 460 a.C. circa – Larissa, 377 a.C. terminus post quem) è stato un medico, geografo e aforista greco ed è considerato il padre della medicina scientifica. Egli scrisse un trattato Politico-Medico-Statistico per mettere in rilievo l'influenza che esercitano sull'uomo il clima, l'ambiente e lo stile di vita, nel quale affermava: "Chi si prefigge esatte ricerche in medicina deve primieramente considerare le stagioni dell'anno ed i loro effetti (...) Conoscere le proprietà dei venti (...) le qualità delle acque (...) e del suolo, studiare il modo in cui vivono gli abitanti, e quali sono le loro occupazioni." Si tratta di una delle sue principali opere, *Sulle Arie, Sulle Acque e Sui Luoghi*, e nella prefazione dell'edizione italiana del 1839¹⁰, la lettura viene consigliata non solo ai medici, ma a tutti gli studiosi interessati a comprendere in che modo l'ambiente e la natura, possano influire sulla salute di una particolare popolazione. Partendo dal principio che per curare al meglio bisogna prima di tutto conoscere le persone e non solo le loro diagnosi (perché il paziente non è la sua malattia!), seguì anche io i consigli di Ippocrate e iniziai la terza parte del project work con qualche dato sul rapporto tra il popolo francese e l'ambiente.

Il rapporto ASTERES 2016 per conto dell'UNION NATIONALE DES ENTREPRISES DU PAYSAGE¹¹, registra che nove francesi su dieci vorrebbero avere un contatto quotidiano con la natura e per l'85% della popolazione la vicinanza a spazi verdi influenza la scelta della propria abitazione, così come la presenza della natura impatta sulla qualità percepita di un quartiere. Eppure, secondo uno studio sulla comunità urbana della Grand Nancy e gli spazi verdi delle Residenze Sanitarie Assistenziali¹² (denominate EHPAD in Francia), risulta che solo il 50% di questi è ad accesso gratuito, il 62% dispone di adattamenti alla disabilità motoria, il 38% di adattamenti alla disabilità cognitiva, il 14,3% beneficia della possibilità di svolgere attività in giardino e il 14,3% (di nuovo) degli spazi verdi risulta inaccessibile all'utilizzo. Dallo studio emerge che da questa situazione "non ideale" dipende l'insoddisfazione del 26% dei residenti, mentre il 62% del totale desidera apportare miglioramenti su questo frangente.

La Conferenza Ministeriale sull'Ambiente e la Salute, promossa dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e tenutasi ad Helsinki nel giugno del 1994 ha dichiarato che: *La salute ambientale include tutti gli aspetti della salute umana, compresa la qualità della vita che sono determinati dai fattori fisici, chimici, biologici, psicosociali ed estetici del nostro ambiente. (...) Essa riguarda anche la politica e le pratiche di gestione, di controllo e prevenzione dei fattori ambientali suscettibili di incidere sulla salute delle generazioni presenti e future*¹³.

Ricordiamo inoltre quanto dichiarato, sempre dall'OMS (Carta di Ottawa, 1986) sull'importanza della promozione della Salute: *La Promozione della Salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi di assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e di migliorarla. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e, dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come una risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita; è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così,*

la promozione della salute non è legata solo al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere¹⁴.

3.2 L'hortithérapie

Unendo tutti questi elementi mi sono chiesta quale potesse essere un trattamento non farmacologico legato alla salute ambientale in grado di favorire il benessere e il recupero della persona con disabilità psichica, considerando anche il fatto che la Psichiatria e che la Medicina tutta, hanno grande bisogno di innovazioni terapeutiche non invasive, non traumatiche e complementari alla presa in carico già esistente.

In Francia, da quando l'Alta Autorità per la Salute (HAS) nel 2011¹⁵ ha cominciato a parlare ufficialmente di Interventions Non Médicamenteuses o INM (interventi non farmacologici), si inizia a vedere più chiaro in questo settore nebuloso in cui rischiano di confondersi le pratiche basate sulla scienza (ovvero gli INM), con la “medicina alternativa”.

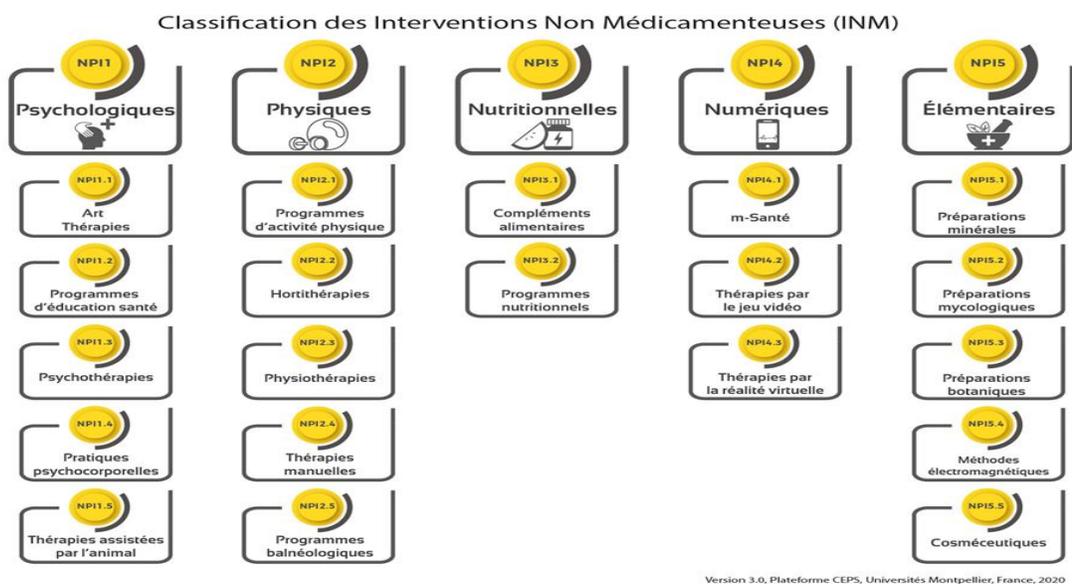


Figura 5. Classificazione delle terapie non farmacologiche¹⁶

Secondo la Piattaforma CEPS dell'Università di Montpellier¹⁶: un INM è un intervento (o trattamento) non invasivo e non farmacologico sulla salute umana basato sulla scienza. Che mira a prevenire, trattare o curare un problema di salute. Si presenta sotto forma di prodotto, metodo, programma o servizio, il cui contenuto deve essere noto all'utente. È legato a meccanismi biologici e/o processi psicologici identificati. È oggetto di studi di efficacia. Ha un impatto osservabile sulla salute, sulla qualità della vita, sugli indicatori comportamentali e socioeconomici. La sua attuazione richiede competenze relazionali, comunicative ed etiche.

Come mostrato nella (figura 5), i trattamenti non farmacologici vengono classificati in cinque categorie e diciannove sottocategorie. Anche l'hortithérapie è riconosciuta come INM,

anche se, per ora, appartiene solo alla categoria del “trattamento fisico”, mentre la zooterapie (pet therapy) appartiene alla categoria “trattamento psicologico”. Ancora molta strada da fare, quindi, ma si tratta comunque di un piccolo/grande progresso per il riconoscimento dell’Orticoltura Terapeutica in Francia.

4. Cose utili da sapere per lavorare con persona affetta da disturbo psichico

4.1 La presa in carico della persona affetta da disturbo psichico

La Psichiatria è quel settore della medicina che ha per oggetto lo studio clinico e la terapia dei disturbi mentali e dei comportamenti patologici, distinti per origine, qualità, entità e durata delle manifestazioni.

La presa in carico del paziente con disturbo psichico è molto delicata poiché spesso comporta un importante coinvolgimento emotivo nelle persone che ne sono affette. La disinformazione o addirittura la mal-informazione, porta inevitabilmente alla stigmatizzazione della persona colpita e di conseguenza ad una grande sofferenza dell’individuo e all’interno del suo nucleo familiare.

Questo capitolo informativo è basato su quanto ho acquisito durante i miei anni di specializzazione in psichiatria e durante il Master, sull’esperienza e sulla teoria: non va confuso né interpretato come strumento di diagnosi e terapia farmacologica, che restano sempre di competenza medica.

Se osservate difficoltà fisiche o psichiche nel paziente, consigliate sempre di rivolgersi al medico curante e parlatene con l’equipe sanitaria responsabile della sua presa in carico. In caso di dubbi sulla gravità della situazione (svenimenti, difficoltà respiratorie, dolore toracico, forte emicrania, forte nausea o vomito ecc.) l’utente va subito condotto al pronto soccorso. Per quanto riguarda le situazioni di emergenza-urgenza (cadute, perdite di coscienza, soffocamento ecc.) la prima cosa da fare è sempre chiamare i servizi di emergenza (118 in Italia, 15 in Francia), quindi seguire le loro istruzioni telefoniche in attesa che arrivi l’ambulanza (mettere in sicurezza il paziente, valutare che respiri, il battito ecc.).

Consiglio, comunque, a tutti di seguire un corso certificato di BLS (in inglese Basic Life Support) ovvero un corso di supporto base alla vita e alle funzioni vitali: si tratta di corsi di formazione mirati ad acquisire le tecniche di primo soccorso, come la rianimazione cardio-polmonare.

Quanto segue vuole invece essere un supporto a tutti gli operatori che vorranno iniziare un percorso di orticoltura terapeutica con persone che convivono con un disturbo mentale, tentando di fornire informazioni utili alla comprensione del disagio psichico. Solo capendo il significato di “disturbo mentale o psichico” potremo accompagnare l’utente nel percorso di orticoltura terapeutica più adatto a lui.

4.2 Descrizione del disturbo psichico a partire dai numeri

Per avere un'idea delle dimensioni di questi disturbi invalidanti (in Francia l'invalidità psichica è stata giuridicamente riconosciuta solo nel 2005) e per valutare la frequenza dei disturbi mentali, si ricorre all'epidemiologia. L'epidemiologia si basa principalmente su due indicatori: la mortalità e la morbilità. La mortalità è stata per lungo tempo il principale indicatore di salute. Essa dimostra per esempio che il rischio di suicidio può essere considerato importante, dal momento che in Francia si registrano circa 10.000 suicidi all'anno¹⁷.

La morbilità ci dice invece che l'aspettativa di vita dei pazienti affetti da disturbo mentale è significativamente inferiore a quella della popolazione generale: le ragioni di questo declino includono l'importanza dei ritardi nelle diagnosi e nel trattamento di altre comorbidità e quindi il loro aggravamento, in particolare l'uso di sostanze tossiche (alcol, cannabis, oppiacei, ecc.) e quindi le complicazioni intrinseche di queste condizioni di consumo. Anche la stigmatizzazione e l'isolamento sociale possono impattare negativamente.

I risultati degli studi epidemiologici sono diventati più omogenei poiché utilizzano criteri diagnostici e sistemi di questionari standardizzati: la nozione stessa di diagnosi in psichiatria è quindi essenziale, così come una riflessione sui criteri migliori da utilizzare per delimitare i confini della patologia.

La maggior parte dei disturbi psichiatrici comprende sintomi e comportamenti che possono essere l'espressione di sentimenti, emozioni, cognizioni o, più in generale, caratteristiche del funzionamento psicobiologico di fronte a un pericolo, qualunque sia la sua causa, interna o esterna, psicologica o biologica. Il più delle volte è proprio il criterio della sofferenza a definire meglio i limiti della patologia.

Uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da psichiatri, psicologi e medici di tutto il mondo è il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anche con la sigla DSM derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, redatto dall'American Psychiatric Association e aggiornato nel 2013 all'ultima versione, il DSM-V¹⁸.

I criteri diagnostici del DSM-V non solo riflettono un sufficiente consenso degli esperti in materia, ma anche i dati della letteratura e le evidenze cliniche in campo psichiatrico.

Per garantire la coerenza nella raccolta dei dati, esistono diverse guide all'intervista clinica strutturate in modo più o meno rigoroso, con regole precise per algoritmi di decisione diagnostica.

L'uso di criteri diagnostici e di interviste strutturate ha indubbiamente migliorato l'affidabilità delle diagnosi psichiatriche e quindi l'omogeneità dei risultati degli studi epidemiologici. Tuttavia, il sistema dei criteri diagnostici è intrinsecamente evolutivo e questi criteri rappresentano solo lo stato attuale delle nostre conoscenze.

Lo studio epidemiologico europeo ESEMeD 2002¹⁹, al quale hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna) è stato realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative, al quale partecipano più di trenta paesi diversi. È un progetto promosso congiuntamente dall'Oms e dall'Università di Harvard ed i risultati italiani sono stati pubblicati da Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia

per la sanità pubblica. Complessivamente sono state realizzate un totale di 4.712 interviste. Le variabili sociodemografiche e i fattori di rischio indagati comprendono età, sesso, stato civile, scolarità, reddito, variabili di personalità, familiarità di disturbi psichici, eventi di vita stressanti, presenza di disturbi in età evolutiva, situazione coniugale e vita sessuale, religione.

I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione studiato in Italia confermano che circa una persona su cinque soddisfa i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita con percentuali di prevalenza nel corso della vita pari al 10,1% per la depressione maggiore, 5,7% per le fobie specifiche e 3,4% per la distimia. Fanno seguito il disturbo post traumatico da stress, la fobia sociale e il disturbo d'ansia generalizzata (riscontrati nel 2% circa dei soggetti intervistati)¹⁹.

Secondo i risultati ottenuti, circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi dodici mesi: di questi, quasi due milioni e mezzo hanno presentato un disturbo d'ansia, un milione e mezzo un disturbo affettivo e quasi cinquantamila un disturbo da abuso di sostanze alcoliche. Rispetto ai tassi di prevalenza *lifetime* trovati nel campione italiano, si può stimare che più di otto milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un qualche disturbo mentale nel corso della propria vita. Le donne sono molto più a rischio, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. Anche l'essere disoccupati, casalinghi o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.

In Francia, secondo lo stesso studio e sulla base di 2.894 interviste, più di un terzo della popolazione francese nel 2002 (38,4%) aveva sperimentato un disturbo psichico nel corso della vita (45,1% nelle donne e 31,1% negli uomini). La prevalenza complessiva nell'arco della vita dei disturbi depressivi è del 24,1% e del 22,4% per tutti i disturbi d'ansia, mentre la prevalenza dei disturbi da abuso o dipendenza da sostanze è stata stimata al 5,7%¹⁷.

Va considerato che molto probabilmente questi valori sono sottostimati a causa del processo stesso di indagine (risposta a domande e non esame clinico sistematico, con conseguente auto stigmatizzazione di chi soffre di disturbo psichico): indagini più recenti e "post-Covid" rilevano un peggioramento globale della salute mentale²⁰.

Oltre ai disturbi psichiatrici, l'epidemiologia può riportare anche la prevalenza di alcuni comportamenti, come il consumo patologico di droghe e alcol. Lo studio NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*)²¹ ha avuto il merito di dimostrare che all'origine dell'aumento di atti criminali impatta molto di più l'intossicazione da sostanza (che può scatenare il disturbo psichico) piuttosto che il disturbo stesso come causa dei disturbi del comportamento.

Per quanto riguarda il determinismo multifattoriale dei disturbi psichici (in parte genetico, in parte sociale, in parte ambientale, in parte ancora sconosciuto), rivolgiamo la nostra attenzione in particolare ai fattori socio-ambientali. Molti studi dimostrano che questi hanno un peso importante nel determinismo e nell'evoluzione di tutti i disturbi mentali. I fattori precipitanti più noti sono il lutto, la separazione, la disoccupazione e le situazioni di disastro.

Per questo motivo sono molto importanti i fattori protettivi come la qualità dell'ambiente, la qualità del tessuto sociale, la resilienza e gli stili di *coping* (strategie di adattamento).

L'identificazione dei profili di pazienti a rischio è utile per stabilire misure preventive, farmacologiche o non farmacologiche. Queste ultime comprendono l'orticoltura terapeutica e

sono utilizzate proprio in riabilitazione psicosociale, combattendo quei meccanismi sospettati di produrre disuguaglianze sociali e di conseguenza disagio mentale.

4.3 Effetti sociali della stigmatizzazione e importanza della riabilitazione psicosociale

Il sociologo Thomas Scheff nel 1966 ha sviluppato la *teoria dell'etichettamento o della reazione sociale (o stigmatizzazione)*²². Questa teoria sostiene che lo stigma o l'etichetta ("matto", "pazzo", ecc.) ha effetti reali, negativi, sull'individuo così designato che si aggiungono a quelli dovuti alla malattia stessa. Tra le persone con una diagnosi di disturbo mentale, coloro che si percepiscono come "rifiutati dalla società" riportano più spesso morale basso, perdita di reddito e disoccupazione, rispetto a coloro che non si sentono stigmatizzati.

Anche negli studi sui trattamenti efficaci ovvero con effetti positivi, la sensazione di essere stigmatizzati continua a impattare negativamente sulla qualità della vita di questi pazienti e a migliorare i sintomi depressivi espressi.

Patricia Deegan, una psicologa americana che ha fatto del recupero per i pazienti con problemi di salute mentale la sua missione dopo aver ricevuto una stigmatizzante diagnosi di schizofrenia, spiega che il recupero è un processo autodiretto di guarigione e trasformazione. Questo rende il paziente attore del suo proprio recupero e ci porta ad inserire fin dall'inizio la cura in un'ottica di evoluzione e progressi gradualmente e di scommettere sulle potenzialità dei singoli²³.

La riabilitazione psicosociale si occupa della cura delle persone affette da disturbi psichici gravi e persistenti che presentano difficoltà significative nel fronteggiare i bisogni primari della quotidianità; essa ha lo scopo di migliorare le capacità relazionali, sociali e professionali dei pazienti ed è complementare ai trattamenti farmacologici e non farmacologici. Per definizione essa non può prescindere dalla soggettività della persona presa in carico e dall'imprevedibile evoluzione dei suoi sintomi.

Uno dei punti chiave della riabilitazione psicosociale è proprio il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), che rappresenta uno strumento specifico e unico per ciascuna persona, sintetico ed organico, viene redatto dal medico insieme all'utente (e dal punto di vista dell'utente!), attraverso un questionario mirato con scale di valutazione della qualità di vita e di tutti gli aspetti che concernono la persona interessata ed in seguito va condiviso con tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico.

Inoltre, l'ambiente di riabilitazione dovrebbe essere concepito come un setting assistenziale protetto in cui i pazienti hanno l'occasione di sperimentare relazioni interpersonali in un'atmosfera con pressione sociale ridotta.

Il giardino terapeutico è un ambiente riabilitativo ideale perché permette di lavorare sull'istituzione come spazio di cura e di lottare contro un'atmosfera sfavorevole. E se il fine della riabilitazione psicosociale è il recupero sociale e funzionale, il giardino terapeutico può essere visto come una pratica orientata al recupero, per esempio grazie ad un approccio incentrato sui parallelismi tra lo sviluppo delle piante e il processo di guarigione.

Altre finalità dell'Orticoltura terapeutica in riabilitazione psicosociale possono essere:

- Sostegno all'autostima e la gestione dello stress

- Sviluppo delle abilità sociali
- Sostegno all'inclusione sociale e all'integrazione professionale
- Riabilitazione cognitiva
- Rinforzo dell'alleanza terapeutica
- Aspetti cognitivi
- Attenzione
- Linguaggio comunicativo
- Memoria
- Orientamento nel tempo e nello spazio
- Competenza della motoria
- Capacità esecutive
- Attivazione delle capacità residue
- Know-how
- Riduzione dei disturbi psicologici
- Comportamento e consumo di sostanze psicotrope
- Relazioni sociali
- il giardino e integrazione nella comunità

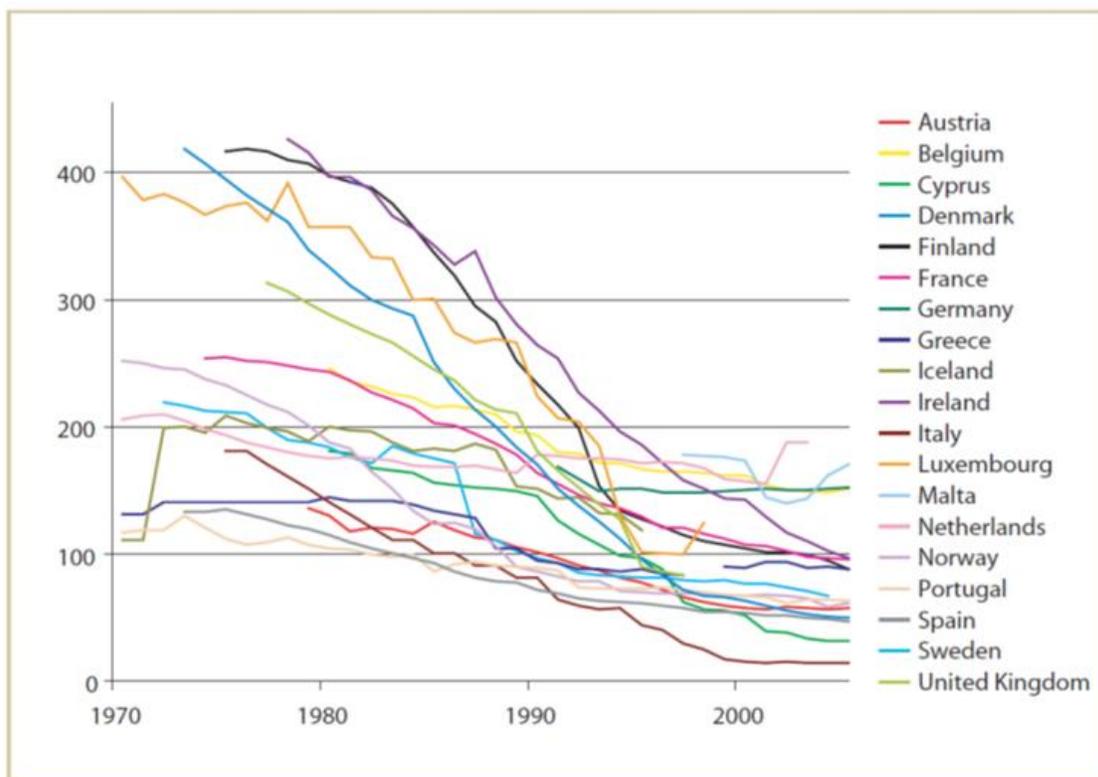
Questo è quanto si sta già facendo, per esempio, presso l'ospedale Vinatier e presso il centro di riabilitazione psicosociale di Lione, dove laboratori di ortoterapia diventano uno spazio di transizione tra cura e inclusione sociale. In questi laboratori, i pazienti possono rimanere da pochi mesi a due anni. Non sono nemmeno più "pazienti", ma apprendisti nel processo di acquisizione di conoscenze sulle piante e sul loro ciclo di vita. Questo percorso personalizzato cercherà di promuovere il recupero della persona incoraggiandone l'autodeterminazione ma anche di dare sostegno alle famiglie e ai parenti.

Anche qui in Francia, a partire dal 1970 circa cominciò a diffondersi il principio della deistituzionalizzazione e il vecchio concetto di ospedale psichiatrico è stato superato dai percorsi di cura e riabilitazione extraospedalieri per tutte quelle situazioni che possono essere gestite sul territorio. Questo processo è stato possibile dall'assistenza istituzionale contemporanea, dalla psicoterapia e dallo sviluppo degli psicofarmaci. La tendenza oggi è quella di riservare il ricovero psichiatrico alle situazioni in cui sono necessarie cure intensive e per il periodo più breve possibile. Il grafico della (Figura 6.) rappresenta l'andamento nel tempo dei numeri di posti letto in ospedale psichiatrico²⁴.

Diverse ricerche dimostrano che non si tratta tanto di una deistituzionalizzazione, nel senso di chiusura di ampie aree di segregazione, quanto di un trasferimento di cure e di transistituzionalizzazione dagli ospedali psichiatrici ad altri luoghi chiusi (per esempio case di riposo) e aperti (come gli ambulatori).

Oltre ai ricoveri a breve termine, è quindi necessario finanziare un sistema che si occupi dei bisogni che l'istituzione soddisfaceva (alloggio, cibo, ecc.), nonché di altri tipi di servizi come il supporto psicologico al paziente e ai familiari, centri di riabilitazione psicosociale (giardini terapeutici!) efficaci per restaurare il benessere, incoraggiare e rafforzare e l'empowerment e migliorare la qualità della vita.

La deistituzionalizzazione italiana si distingue per il movimento politico e lo sviluppo di principi psichiatrici democratici che la portano avanti. Anche in Francia la letteratura sociologica e psichiatrica su questo movimento e sul suo fondatore, F. Basaglia, sono molto conosciuti. Quindi la deistituzionalizzazione corrisponde anche alla nascita di un'ideologia della salute mentale.



Source: European health for all database

Figura 6. Andamento del numero dei posti letto nell'Europa Ovest²⁴

A differenza della psichiatria riparativa, che si concentra sulla guarigione (o, in termini sociologici, sulla "riparazione"), la salute mentale rientra in una logica positiva sia per i professionisti che per il pubblico in generale. Le attuali politiche di salute mentale in Francia stanno rendendo più flessibili le pratiche psichiatriche senza abbandonare il modello riparativo.

La nozione di semplice assenza di malattia viene sostituita dall'idea di "fare della salute un concetto positivo". La salute mentale si basa su un modello di crescita, ossia lo sviluppo del potenziale individuale e del raggiungimento e mantenimento del suo "funzionamento basale" secondo gli standard stessi del paziente.

Come dice anche P. Deegan, l'idea di guarigione viene relativizzata di fronte all'accettazione della malattia, all'apprendimento della "convivenza con essa", alla maggiore soddisfazione per la vita, alla maggiore indipendenza e autonomia. Il "paziente" - ora "utente" - diventa attore della propria presa in carico e del proprio trattamento e apporta la sua

competenza basata tanto sull'esperienza della malattia quanto sull'esperienza di chi è stato designato come paziente.²³

In alcuni casi l'utente ha persino modificato l'etichetta stessa di "paziente" con un qualcosa di nuovo come, per esempio, utilizzando il termine "neuroatipico" (in diagnosi di autismo) come condizione umana specifica di atipico funzionamento neurologico e cognitivo.

Anna María Pálsdóttir, del Dipartimento di Scienze del Lavoro, Economia Aziendale e Psicologia Ambientale, dell'Università Svedese di Scienze Agrarie, incontra proprio grazie al Master, ha approfondito il ruolo degli ambienti naturali nella Riabilitazione Basata sulla Natura (NBR) per individui con disturbi psichici legati allo stress, presso l'Alnarp Rehabilitation Garden, in Svezia. Le tre fasi della NBR sono "Preludio, Recupero e Potenziamiento" e sono supportate dall'ambiente naturale, dall'équipe di riabilitazione e dagli altri partecipanti. In questo contesto, è stata identificata una nuova componente degli ambienti di supporto, che è stata chiamata "*tranquillità sociale*", una componente importante che facilita l'impegno personale e intimo con gli ambienti naturali nelle fasi di recupero e di responsabilizzazione dell'utente. La profonda comunicazione non verbale con la natura, attraverso il giardino terapeutico, sembra essere una fonte di recupero globale durante la NBR.²⁵

4.4 Le terapie istituzionali

Le terapie istituzionali servono a migliorare l'assistenza dell'istituzione psichiatrica, quale luogo di diagnosi, cura e riabilitazione.

La concezione dell'istituzione psichiatrica, per come si è sviluppata dopo la deistituzionalizzazione, ha permesso il ritorno nella società di persone che prima venivano isolate nelle istituzioni psichiatriche, che per diversi secoli sono state di fatto il punto di raccolta degli esclusi. Questo processo è stato possibile dall'assistenza istituzionale contemporanea, dalla psicoterapia e dallo sviluppo degli psicofarmaci.

In Italia nel territorio dell'azienda sanitaria locale (ASL) esiste il dipartimento di salute mentale (DSM), che è dotato di servizi territoriali non residenziali (Centri di Salute Mentale e Centri Diurni), servizi territoriali residenziali (residenze terapeutico-riabilitative e residenze socio-riabilitative) e servizi ospedalieri (Day Hospital e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)²⁶. I servizi territoriali fanno parte dei LEA erogati dal Distretto Sanitario, in Liguria distretto Socio-Sanitario. I LEA sono i livelli essenziali di assistenza e indicano l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto di ottenere dal servizio sanitario nazionale.

Un caso particolare di servizio residenziale territoriale è rappresentato dalle REMS: la residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza è una struttura sanitaria gestita dal DSM dell'ASL di competenza, che accoglie gli autori di reato affetti da disturbi mentali e socialmente pericolosi.

In Francia la ripartizione territoriale avviene sulla base di un concetto paragonabile, definito settore: ogni settore è in un'unità di lavoro dotata di posti letto ospedalieri, un centro medico psicologico (CMP), un centro di accoglienza terapeutica a tempo parziale, appartamenti comunitari/associativi, centri di accoglienza per famiglie e day hospital.

Entrambi i sistemi, almeno sulla carta, sono disegnati per garantire al paziente la continuità assistenziale ospedale-territorio e dovrebbero seguire i principi della psicoterapia istituzionale.

Per capire il senso di psicoterapia istituzionale, bisogna prima definire il concetto di transfert e controtransfert. Il transfert in psicoanalisi è la trasposizione inconscia da parte di una persona di schemi di sentimenti, emozioni e pensieri da una relazione interpersonale passata a una relazione interpersonale attuale. Nello specifico, nella relazione psicoanalitica il transfert è la trasposizione positiva o negativa del paziente verso l'analista, mentre il controtransfert è la reazione dell'analista al transfert del paziente. Nel sistema manicomiale il transfert era bloccato dalla struttura gerarchica dell'organizzazione, impedendo l'analisi delle risposte al trattamento. Il superamento di questo sistema è stato fondamentale per creare l'istituzione come pensata da Tosquelles²⁷, cioè un luogo in cui la cosa più importante è il processo permanente di creazione e mantenimento di luoghi e spazi in modo che gli scambi siano possibili e continui.

In questo contesto è importante il concetto di riunione, che porta ad organizzare il collettivo su tre livelli funzionali: scambio di informazioni, condivisione di decisioni e scambi affettivi. Le riunioni del team di cura permettono di organizzare l'assistenza ai pazienti sulla base della riflessione clinica, mentre gli incontri con i pazienti permettono la conoscenza dell'istituzione, il loro coinvolgimento nell'assistenza e la risoluzione dei conflitti.

Per favorire il transfert è importante offrire al paziente molte occasioni di incontro con i terapeuti, con gli altri pazienti, con soggetti esterni e con sé stesso. Questo permette di creare e ripristinare i legami attraverso la mediazione terapeutica. In questo contesto, possono essere realizzate attività fisiche, artistiche e di orticoltura terapeutica.

4.5 I fattori di vulnerabilità ambientale

Gli studi epidemiologici sulla separazione/adozione, osservando i fratelli adottivi e i gemelli, hanno dimostrato che la concentrazione familiare dei disturbi psichiatrici non è solo il risultato di fattori genetici, ma anche di fattori ambientali. Anche se l'influenza rispettiva di questi due tipi di fattori di vulnerabilità varia da un disturbo all'altro, la loro interazione è necessaria per scatenare la patologia psichiatrica e impatta anche sulla sua evoluzione nel tempo²⁸.

Possiamo affermare che i fattori legati all'ambiente influenzano il decorso evolutivo della patologia, sia in termini di caratteristiche cliniche (gravità, età di insorgenza, frequenza delle ricadute, comorbidità), sia in termini di risposta al trattamento.

Poiché la nozione di ambiente comprende fattori molto diversi, sia per la loro natura (demografica, climatica, alimentare, psicologica, ecc.) sia per la fase di sviluppo in cui si manifestano, possiamo distinguerli tra fattori ambientali "precoci", la cui influenza si esercita ben prima dell'inizio del processo di sviluppo, e i fattori "tardivi", come il ruolo degli eventi di vita stressanti nell'insorgenza di recidive nei disturbi dell'umore.

L'ambiente fa parte di un concetto molto ampio, e quindi eterogeneo, che va dalla nozione di ambiente biologico interno a quella di contesto esterno, sul quale possiamo agire, per esempio, con l'orticoltura terapeutica.

Tra i fattori ambientali incriminati ritroviamo l'isolamento sociale ed emotivo, il basso investimento professionale, sia quantitativo che qualitativo, il basso livello socioeconomico, il basso supporto sociale e anche l'ubicazione urbana rientra tra i principali fattori di vulnerabilità ambientale²⁹.

Diversi studi epidemiologici, in particolare in Inghilterra e nei Paesi Bassi, confermano che anche i fattori sociodemografici sono associati ai disturbi psichiatrici, in particolare per quanto riguarda la schizofrenia, riscontrando un aumento del rischio di sviluppare la malattia nelle popolazioni migranti, sia di prima che di seconda generazione³⁰. Va considerato che questo rischio è in parte attribuibile a condizioni di maggiore precarietà sociale.

Come già accennato, anche eventi di vita stressanti possono essere fattori di vulnerabilità ambientale, favorendo ricadute di una malattia nota o, addirittura, in alcuni casi contribuiscono alla comparsa di un primo episodio patologico, soprattutto nei soggetti più vulnerabili a tali stress.

L'impatto degli eventi di vita, così come quello del contesto emotivo familiare, è modulato dalla capacità del soggetto di adattarsi allo stress. Questi meccanismi di coping o di adattamento richiedono processi cognitivi controllati e operativi, nonché un carico attentivo significativo. In questi casi l'orticoltura terapeutica può essere di grande supporto non solo per il raggiungimento della stabilità clinica di un utente con diagnosi di disturbo psichico ma anche in un'ottica di vera e propria prevenzione.

Per partecipare alla presa in carico di un utente con disturbo psichico è molto importante aver accesso al suo esame clinico. Quest'ultimo (svolto dal medico curante, di base o psichiatra) deve consentire la valutazione delle funzioni intellettive, delle percezioni, dell'attività psicomotoria, del funzionamento affettivo, del comportamento istintuale e sociale; deve includere la storia dei vari disturbi che hanno segnato la vita del soggetto, la storia personale del soggetto (nascita e primo sviluppo, circostanze della prima infanzia e ricordi che ne conserva, sul corso della sua formazione scolastica e professionale, sui lavori che ha svolto, sui modi in cui si è adattato socialmente, sulla sua vita affettiva e familiare, sui suoi interessi, sulle sue convinzioni, e campi di interesse e anche la storia della sua famiglia.

Bisogna sempre informarsi sulla patologia organica passata e presente del paziente, sui trattamenti a cui si è sottoposto e si sta sottoponendo e sui rischi che corre.

Inoltre, è necessario conoscere l'impatto del disturbo psichiatrico sulla vita del paziente (perdita del lavoro, separazione, divorzio, rottura sentimentale, ecc.) e quindi chiedersi (e chiedergli) "che cosa vuole la persona?"

4.6 Perché la psicometria è utile in orticoltura terapeutica?

La psicometria consiste nell'insieme dei metodi d'indagine neurologica, psichiatrica e psicologica che tendono al raggiungimento di valutazioni quantitative del comportamento e delle emozioni umane e include test mentali, scale di valutazione e persino gli elenchi di criteri diagnostici.

I principali test mentali sono quelli che indagano le funzioni cognitive: questionari (scale di auto-valutazione) e test proiettivi. I quiz d'autovalutazione sono ampiamente utilizzati in

psichiatria, non solo per individuare un disturbo ma anche per seguirne l'evoluzione in corso di trattamento, proprio per poter valutare intrinsecamente l'efficacia o meno del trattamento stesso. Questo stesso principio si può applicare in orticoltura terapeutica: l'utente sta migliorando? Sì, ma quanto sta migliorando? Per rispondere a queste domande basta far riempire una semplice scala di autovalutazione prima e dopo la sessione di orticoltura terapeutica e se viene fatto ad ogni sessione permette anche di valutare l'evoluzione sul lungo periodo e proporre adattamenti nel modo più accurato.

Alcuni questionari esplorano le emozioni in generale, altri sono più specifici come i questionari sulla depressione, l'ansia o il livello di dolore sentito. Ancora più specificamente, alcuni i test psicometrici esplorano la tendenza a dipendenze, abitudini alimentari, le capacità attenzione e concentrazione, apprendimento, funzionamento verbale o visivo ed esecutivo di pazienti.

Possono essere anche validi strumenti per valutare: le capacità di adattamento sociali, le condizioni di vita e la qualità della vita.

Naturalmente questi test, soprattutto i test d'intelligenza, hanno i loro limiti e le loro insidie metodologiche, ad esempio il punteggio complessivo del test del QI può essere falsato in caso di difficoltà dell'attenzione.

Inoltre, le risposte date dal paziente saranno sempre soggettive, per definizione, perché stiamo valutando un soggetto pensante che ci sta volontariamente aiutando nella sua presa in carico ed è partner essenziale nella scelta terapeutica e l'arbitro finale riguardo il successo del suo trattamento.

Per esempio, in orticoltura terapeutica è sempre di grande interesse valutare le funzioni esecutive, ovvero tutte le funzioni necessarie a mantenere autocontrollo, apprendere, eseguire compiti nuovi o complessi e non automatici. Esse si riflettono poi sulle manifestazioni cognitive, comportamentali e socio-emozionali: impulsività, mancanza di flessibilità, inibizione/disinibizione, pianificazione, o difficoltà a risolvere problemi. In questo caso i test saranno più (ma mai completamente) oggettivi perché indagano oggettivamente un disturbo cognitivo, determinando l'entità di una disfunzione esecutiva, attentiva o visuo-spaziale o di cognizione sociale.

Queste valutazioni saranno fondamentali per determinare il profilo cognitivo dell'utente e impostare di conseguenza il programma adatto (e adattato) di orticoltura terapeutica, sia per ridurre al minimo le difficoltà, sia per proporre obiettivi idonei all'utente ma soprattutto per ottenere dati (qualitativi e quantitativi) precisi e documentabili, utilizzabili in ambito di valutazione oggettiva del proprio (e altrui) lavoro a fini di studio, ricerca e continuo bisogno di miglioramento, e anche di riconoscimento, in questo campo.

4.7 I Principali disturbi psichici

Disturbi d'ansia

L'ansia è uno stato emotivo caratterizzato da preoccupazione e paura per una situazione futura, quando diventa eccessiva e persistente si parla invece di disturbo.

Ormai moltissimi studi hanno dimostrato i benefici dell'orticoltura terapeutica per ridurre l'ansia, impariamo quindi a conoscere i principali disturbi d'ansia.

I Disturbi dell'Adattamento

Si presentano quando una persona che è stata recentemente esposta a una o più fonti di "stress" non riesce a "adattarsi" alla situazione e di conseguenza sviluppa una risposta emotiva e comportamentale anomala. Se l'evento scompare, l'effetto diminuisce gradualmente o si arresta. I sintomi possono variare secondo più registri¹⁸:

- emotivo (ansia, tristezza, ritiro emotivo, irritabilità, aggressività);
- somatico (mal di testa, dolore, insonnia, affaticamento, sensazione di tensione o squilibrio, disturbi funzionali digestivi e cardiovascolari o respiratori);
- cognitivo (difficoltà di concentrazione e di attenzione, problemi di memoria a breve termine, intrusioni di pensiero, elucubrazioni mentali, calo dell'efficienza scolastica o lavorativa);
- comportamentale (ostilità, opposizione, fuga, inibizione sociale, isolamento, atti criminali, dipendenze, comportamento suicidario)

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Questo disturbo si caratterizza per la presenza di pensieri rigidi ed ego-distonici (ossessioni) e di comportamenti rituali ripetitivi (compulsioni) su cui il paziente riferisce di avere scarso se non nullo controllo. L'idea ansiogena costituisce il fenomeno iniziale, porta all'ansia e causa la risposta compulsiva. I comportamenti compulsivi sono spesso bizzarri e afinalistici ma coartano la volontà del soggetto che non può non metterli in atto senza avvertire un profondo stato di angoscia.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress

Esso dipende necessariamente dall'esposizione ad un evento traumatico importante (che ha implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri). L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente (attraverso ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, come immagini, pensieri, o percezioni). Ricorrenti possono essere anche gli incubi, sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, episodi dissociativi di flashback.

In questi casi il meccanismo di difesa è l'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi¹⁸:

- sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma;
- sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;
- incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;
- riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;
- sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;
- affettività ridotta;
- sentimenti di diminuzione delle prospettive future.

Poiché questi meccanismi di difesa non risolvono il problema si manifestano alterazioni nel pensiero o nell'umore che cominciano o peggiorano dopo l'evento traumatico. Si possono quindi osservare sintomi come pensieri pessimisti e di auto-devalorizzazione, senso di colpa, vergogna, ansia, terrore; diminuzione dell'interesse e della partecipazione alle attività quotidiane; persistente incapacità di avvertire emozioni positive. E infine sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), tra cui: disturbi del sonno, comportamenti a rischio o autodistruttivi, irritabilità, difficoltà a controllare la collera, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, difficoltà di concentrazione.

Il Disturbo da Attacchi Panico

Il Disturbo da attacchi panico (AP) è appunto caratterizzato dalla comparsa di attacchi di panico, ovvero intensi stati di ansia accompagnati da altri sintomi psicologici e fisici che si presentano in maniera imprevedibile, generalmente senza una precisa e razionale causa scatenante. Questi episodi acuti di ansia, all'inizio brutale, raggiungeranno in pochi minuti un'intensità massima caratterizzata da una sensazione di perdita di controllo e/o di disastro imminente. La decrescita della crisi è invece di durata progressiva e variabile ma raramente supera alcune ore.

L'ansia in questi casi è centrata sulla paura di avere un attacco di panico e porta ad ansia anticipatoria legata alla possibilità del verificarsi di una crisi.

Di fronte all'improvvisa insorgenza di AP, è necessario menzionare il possibile ruolo di fattori tossici (caffeina, abuso sostanze, astinenza), iatrogeni (stimolanti) o somatici (ipertiroidismo, ipoglicemia, aritmie, epilessia temporale, incidente vascolare transitorio, patologia vestibolare ecc.). A questo proposito è sempre bene ricordare che prima di inquadrare un sintomo come "psichiatrico" bisogna aver già escluso qualsiasi altra spiegazione "somatica"; quindi, va sempre esplorata qualsiasi altra patologia che potrebbe spiegare quel sintomo. In pratica, se per esempio un utente che soffre di attacchi di panico ha un dolore toracico deve comunque essere portato in pronto soccorso a fare un elettrocardiogramma per escludere un infarto del miocardio.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato

Caratterizzato da sintomi fisici e psichici dell'ansia che non sono diretti verso una particolare causa o situazione, si tratta quindi di un'ansia permanente: si manifesta molto spesso durante il giorno e quasi tutti i giorni; dura almeno sei mesi; è incontrollabile e invade la mente del paziente con ruminazioni ansiose; deve essere incentrato su almeno due temi diversi (non su una singola preoccupazione molto specifica. L'ansia e la preoccupazione sono associate almeno a tre dei seguenti sei sintomi: spossatezza, irrequietezza, irascibilità, difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, disturbi del sonno (difficoltà ad addormentarsi o sonno frammentato o agitato e non riparatore). Questo stato spesso può causare degli episodi depressivi.

La depressione

I disturbi depressivi sono molto frequenti e portano a sofferenze quotidiane a volte insopportabili, ma nella maggior parte dei casi si manifestano “solo” in uno o due episodi durante il corso della vita. Purtroppo, un terzo di questa popolazione sarà invece colpito da numerose recidive e un sesto soffrirà di episodi cronici di più di due anni.

Per diagnosticare la depressione (lieve, moderata o maggiore) ci sono dei criteri rigorosi che contano il numero di sintomi espressi e la loro frequenza nel breve e nel lungo periodo¹¹.

L'orticoltura terapeutica verterà ad agire sui singoli sintomi, associati o meno tra loro, in base ai bisogni e i desideri dell'utente interessato, ecco i principali¹¹:

- umore depresso, ovvero tristezza per la maggior parte del giorno
- marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno
- significativo (> 5%) aumento o perdita di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito
- insonnia o ipersonnia
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- astenia, ovvero perdita di energia
- sentimenti di devalorizzazione o di colpa eccessivi o inappropriati
- diminuita capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione
- pensieri ricorrenti di morte o di suicidio (nei casi più gravi)

La depressione può causare anche disfunzione cognitiva, psicomotoria e di altro tipo, disturbi d'ansia e attacchi di panico (così come ansia e AP cronici possono causare depressione), ma contrariamente ad altre patologie, questi disturbi sono strettamente legati alla patologia stessa e quindi potenzialmente transitori; quindi le persone affette da un disturbo depressivo potenzialmente possono recuperare tutte le loro capacità precedenti allo stato di malattia.

Le persone con disturbi depressivi sono più soggette ad assumere bevande alcoliche o altre sostanze ricreative nel tentativo di un auto-trattamento dei disturbi del sonno o

dei sintomi ansiosi; tuttavia, la depressione è una causa meno comune di disturbo da uso di alcol e altri disturbi da uso di sostanze di quanto si pensasse un tempo.

I pazienti sono anche più soggetti a diventare forti fumatori e a trascurare la loro salute, aumentando il rischio di sviluppo o progressione di altre patologie somatiche. Inoltre, la depressione può ridurre le risposte immunitarie protettive, aumentare il rischio di patologie cardiovascolari, infarto del miocardio e ictus.

Una revisione sistematica della letteratura del 2022 sull'efficacia dell'orticoltura terapeutica per aumentare il benessere e diminuire l'ansia e la depressione conferma che gli intervalli di previsione di tutti gli studi hanno dimostrato che l'orticoltura terapeutica produce tipicamente un effetto nella direzione desiderata e quindi verso il miglioramento e l'aumento del benessere³¹.

I Disturbi Bipolari

Essere affetti da un disturbo bipolare non significa cambiare spesso idea o emozione. Questi disturbi richiedono una diagnosi specifica e sono caratterizzati da un'alternanza di episodi depressivi e di eccitazione maniacale. Un episodio maniacale può presentarsi come almeno una settimana di umore persistentemente elevato, euforico o irritabile o con un notevole aumento di energia associata a sintomi come¹¹:

- autostima ipertrofica o grandiosità
- ridotto bisogno di sonno
- maggiore loquacità
- fuga delle idee o accelerazione del pensiero
- distraibilità
- aumentata attività NON orientata al raggiungimento di obiettivi
- comportamenti a rischio o nocivi

Si tratta di una patologia molto eterogenea nella sua espressione clinica ed evolutiva, che comporta la presa in conto di diversi tipi di informazione (storia personale e familiare, età di insorgenza, polarità predominante, decorso e frequenza dei cicli, disturbi associati, dipendenze, ambiente, psicotraumi durante l'infanzia, natura dei possibili fattori scatenanti, ecc.). Questa valutazione è la prima fase della costruzione del progetto terapeutico e consente una migliore scelta dei trattamenti farmacologici e non farmacologici

Tutti i disturbi dell'umore descritti finora derivano da malfunzionamenti a livello del sistema nervoso centrale: anomalie biochimiche o strutturali e/o dell'attività di alcuni circuiti neurali che sarebbero responsabili di bruschi cambiamenti di energia che scatenano i sintomi. Una serie di argomenti ci permette di considerare che anche lo stress possa essere un fattore scatenante e peggiorativo. A sostegno di questa ipotesi si può oggettivare un'associazione tra stress e ipercortisolemia, alterazione di sistemi monoaminergici e una riduzione del volume di strutture limbiche analoghe a quelle osservate nella depressione. Dunque, il modello di depressione basato sullo stress si può dire compatibile con il modello classico e ampiamente studiato di diminuzione del metabolismo e dell'attività del sistema serotoninergico. Il ruolo dello

stress come causa di depressione apre quindi la strada a trattamenti individualizzati, come l'orticoltura terapeutica, nella presa in carico della depressione.

Perché la Depressione?

Secondo le leggi dell'evoluzione della specie è legittimo chiedersi: la depressione è la forma estrema di una funzione sufficientemente utile per la sopravvivenza della specie (o perlomeno non sufficientemente dannosa per la sopravvivenza della specie, nonostante il rischio di suicidio), per essere rimasta nel nostro repertorio adattativo? È il corollario di una funzione biologica utile di cui rappresenta una disfunzione? Questo affascinante percorso teorico ci è stato esposto proprio da uno dei docenti del Master, attraverso il concetto di Teoria Polivagale. Secondo questa teoria esistono due circuiti vagali, anziché uno unico, ed essendoci una relazione gerarchica tra loro si possono considerare tutte le risposte difensive come adattive di fronte alle sfide ambientali: esiste dunque una reazione simpatico-adrenergica, responsabile delle nostre risposte di mobilitazione (attacco/fuga), ma c'è anche una reazione dorso-vagale che quando è attiva in condizioni di sicurezza ha il ruolo di mantenere l'omeostasi, ma che può diventare pericolosa se usata come reazioni di difesa primaria portando ad esempio all'aumento dei comportamenti difensivi di siderazione. Questo si verifica soprattutto in condizioni traumatiche o sotto stress cronico³². Questa teoria ha quindi il pregio di proporre un quadro esplicativo generale per il modello di depressione basato sullo stress. Il fenomeno depressivo sarebbe allora una costosa strategia di conservazione che l'individuo manifesta di fronte alla competitività sociale o a una situazione avversativa inestricabile.

Questa ipotesi sarebbe inoltre pienamente compatibile con la visione sociologica della depressione, in quanto entrambe le teorie si aprono alla possibilità di prevenire la depressione modificando le regole sociali, o proponendo un sostegno nei centri di riabilitazione psicosociale, creando per esempio percorsi di orticoltura terapeutica che valorizzino la persona accrescendone autostima e empowerment ma anche progettati per prevenire o ridurre al minimo le rotture sociali e dare all'individuo i mezzi per affrontarle, così come affrontare i fallimenti, non vederli come tali o accettarli e superarli.

La schizofrenia

Per comprendere la schizofrenia bisogna considerare che essa riguarda una dimensione cognitiva e tre dimensioni sintomatiche principali: la disorganizzazione, i sintomi positivi e i sintomi negativi (ma non nel senso di "buoni o cattivi"). I sintomi positivi si riferiscono a sensazioni, sentimenti o comportamenti patologici che sarebbero assenti se la patologia non esistesse, come: psicosi (perdita del contatto con la realtà), allucinazioni (false percezioni) e deliri (falsi convincimenti).

Le allucinazioni sono percezioni sensoriali che non sono percepite da nessun altro. Possono essere uditive, visive, olfattive, gustative o tattili, ma le allucinazioni uditive sono le più frequenti. I pazienti possono udire voci che commentano il loro comportamento (spesso con critiche e insulti), o che conversano tra loro.

I deliri sono “convinzioni erronee” mantenute nonostante chiare prove contraddittorie e nella schizofrenia possono essere bizzarre, ossia, ben poco plausibili e non derivate da esperienze di vita comune.

I segni negativi, invece, corrispondono a esperienze o comportamenti interiori non considerati patologici di per sé, ma che in caso di schizofrenia sono alterati o assenti, come per esempio l'appiattimento dell'affettività (manifestazioni emotive ridotte), la povertà dell'eloquio (il paziente parla poco e fornisce risposte minimaliste alle domande), mancanza di interesse nelle attività e aumento di attività afinalistiche e asocialità (mancanza di interesse nelle relazioni umane). I sintomi negativi conducono spesso a scarsa motivazione e a una riduzione dell'intenzionalità e degli obiettivi.

La disorganizzazione si manifesta con incoerenza del pensiero, del linguaggio e del comportamento. I disturbi cognitivi, infine, compromettono la memoria, la comprensione delle interazioni sociali, il ragionamento, l'elaborazione delle informazioni e la velocità di elaborazione, così come la capacità di soluzione dei problemi.

Durante il decorso della schizofrenia, la maggior parte dei soggetti colpiti può vedere coesistere sintomi appartenenti a tutte queste dimensioni, ma va sempre considerata l'influenza che possono avere le terapie, farmacologiche (antipsicotici) e non farmacologiche (orticoltura terapeutica, terapia cognitiva, riabilitazione psicosociale), cambiando profondamente l'espressione della patologia.

Anche se la causa precisa di questa patologia è ancora sconosciuta, vi è una forte evidenza di una componente genetica, di modificazioni nei livelli neurotrasmettitoriali, alterazioni della funzione neuroendocrina, ma anche le componenti ambientali e psicosociali sono importanti.

La Schizofrenia è uno dei disturbi psichiatrici più stigmatizzati in assoluto, per questo una migliore comprensione della schizofrenia può aiutare a destigmatizzare chi ne è colpito.

La combinazione di diverse tecniche progettate per promuovere la riabilitazione psicosociale e professionale dei pazienti (compresa la formazione di nuove competenze, il recupero sociale, cognitivo e la psicoeducazione) insieme alla de-stigmatizzazione, potrebbero anche migliorare l'integrazione sociale.

In uno studio del 2021 incentrato su persone con schizofrenia, è stato aggiunto un programma di orticoltura terapeutica all'intervento di routine con sola terapia occupazionale e sono stati osservati gli effetti sul gruppo studio e il gruppo di controllo. Dopo tre mesi, il gruppo con orticoltura terapeutica ha mostrato riduzione di depressione e ansia.³³

I Disturbi Alimentari

I disturbi alimentari, di cui l'anoressia nervosa e la bulimia riflettono la dimensione psichiatrica più marcata, rimangono per molti aspetti degli enigmi per quanto riguarda le loro origini, la loro evoluzione e, di conseguenza, la scelta del trattamento più appropriato.

Essi implicano un disturbo persistente dell'alimentazione o del comportamento relativo all'alimentazione che:

- altera il consumo o l'assorbimento del cibo
- ostacola significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale

I disturbi specifici dell'alimentazione comprendono:

- anoressia nervosa
- disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- disturbo da alimentazione incontrollata
- bulimia nervosa
- pica
- disturbo di ruminazione

L'anoressia nervosa è caratterizzata da un'inesorabile ricerca della magrezza, da una paura patologica dell'obesità, da una distorta immagine corporea e da una restrizione dei nutrienti, che portano a una significativa perdita di peso fino al punto in cui la salute viene danneggiata. Questo disturbo può comprendere o meno l'epurazione (per esempio, vomito autoindotto).

Il disturbo dell'assunzione di cibo evitante/restrittivo è caratterizzato dall'evitamento del cibo, o dalla limitazione dell'assunzione di cibo, che porta ad una significativa perdita di peso, carenze nutrizionali, dipendenza dal supporto nutrizionale e/o grave disturbo del funzionamento psicosociale. Ma a differenza dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, questo disturbo non comprende la preoccupazione per la forma del corpo o per il peso.

Il disturbo da alimentazione incontrollata è caratterizzato da episodi ricorrenti in cui le persone consumano grandi quantità di cibo e si sentono come se avessero perso il controllo. Gli episodi non sono seguiti da comportamenti compensatori di epurazione.

La bulimia nervosa invece è caratterizzata da episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata seguiti da qualche forma di comportamento compensatorio inappropriato come vomito autoindotto, abuso di lassativi o diuretici, il digiuno o smisurato esercizio fisico.

La pica è un consumo persistente di materiale non nutritivo e non alimentare che non faccia parte di una tradizione culturale (ovviamente la pica non viene diagnosticata nei bambini di meno di due anni).

Il disturbo di ruminazione consiste nel rigurgito ripetuto di cibo dopo il pasto.

Come tutti i disturbi comportamentali, la loro origine è multifattoriale. Esistono fattori di vulnerabilità legati alla personalità, disturbi dell'attaccamento e dello sviluppo. Talvolta legati a traumi ed eventi di vita con conseguenze negative. I fattori scatenanti possono essere fortemente correlati alla pubertà, alla famiglia e all'ambiente socioculturale; ma anche i fattori psicologici, interazionali, biologici e ambientali possono impattare sull'innesco e sul decorso di questi disturbi.

Da una situazione iniziale di sovrabbondanza e dalla difficoltà di gestire lo stress, una risposta adattiva può in questo caso trasformarsi, più o meno rapidamente, nell'organizzazione costrittiva di un comportamento anoressico o bulimico con effetti negativi che, se si protraggono nel tempo, si trasformano in una vera e propria malattia la cui evoluzione può essere grave, anche fatale, e le cui conseguenze sullo stato somatico e psicologico e sulla vita affettiva, sociale e professionale diventano drammatiche.

In questo caso abbiamo quindi a che fare con una patologia che offre un vasto spettro di presentazioni, da un disturbo più o meno reattivo e situazionale, che a volte si risolve spontaneamente, a una patologia duratura o addirittura cronica più o meno intrecciata con una gamma molto ampia di comorbidità.

Non possiamo quindi mettere sullo stesso piano e avere gli stessi obiettivi per tutte le presentazioni ed è molto importante conoscere le caratteristiche di questi utenti per adattare le varie terapie, compresa l'orticoltura terapeutica.

La difficoltà sta nel valutare il grado di cronicizzazione, che non è solo legato alla durata ma all'organizzazione della vita intorno al comportamento patologico, alla progressiva restrizione di tutti gli interessi e all'evitamento di scambi e piaceri gratificanti per paura di perdere l'autocontrollo.

Esistono poche esperienze di cura dell'anoressia attraverso spazi verdi, ma il nostro docente di Master, Andrea Mati, ha progettato dei percorsi guidati (dal terapeuta) nel verde dove il giardino terapeutico si trasforma in un viaggio verso l'accettazione di sé, a livello fisico e a livello psichico. Sfruttando per esempio dei camminamenti a spirale, tra arbusti odorosi e fiori colorati, l'utente viene accompagnato verso il distacco dall'autocontrollo ossessivo del proprio corpo.³⁴

Il Disturbo da Uso di Sostanze

I termini "tossicodipendenza", "abuso" e "dipendenza" sono vaghi e carichi di valore stigmatizzante; è quindi preferibile parlare di disturbo da uso di sostanze e concentrarsi sulle manifestazioni specifiche e sulla loro cura. Queste sostanze attivano tutte direttamente il sistema di ricompensa del cervello (che in alcuni casi può essere geneticamente più a rischio) e producono sensazioni di piacere. Il desiderio della sostanza è talmente forte che chi è affetto da questo disturbo trascura le attività quotidiane pur di ottenerla e utilizzarla.

Di seguito gli effetti fisiologici diretti del disturbo di dipendenza da sostanze.

- **Intossicazione:** si riferisce all'insorgenza di una sindrome reversibile sostanza-specifica con modificazioni psichiche e comportamentali che possono includere alterata percezione, euforia, compromissione cognitiva, del giudizio, del funzionamento fisico e sociale, labilità del tono dell'umore, aggressività o una combinazione di questi. La forma grave è l'overdose, a significativa morbilità e a rischio di morte.
- **Astinenza:** si riferisce a effetti specifici, sintomi e cambiamenti comportamentali che sono causati dall'arresto o dalla riduzione dell'assunzione di una sostanza. Per essere classificato come un disturbo da astinenza da sostanza, la sindrome da astinenza deve provocare significativo disagio al paziente e/o mettere in pericolo il suo funzionamento (sociale, occupazionale). La maggior parte dei pazienti con astinenza riconosce che ri-somministrare la sostanza ridurrà i loro sintomi. Anche alcuni farmaci, soprattutto oppioidi, sedativi/ipnotici e stimolanti, possono provocare sintomi da astinenza, anche se assunti come prescritto, per ragioni mediche legittime e per periodi relativamente brevi (meno di una settimana per gli oppioidi). I sintomi da

astinenza che si sviluppano da usi medici appropriati, non sono considerati criteri per la diagnosi di un disturbo da uso di sostanze, anche se potrebbe costituire un fattore di rischio predisponente.

- Disturbi psichiatrici indotti da sostanze: sono cambiamenti mentali provocati dall'uso di sostanze o astinenza che assomigliano a disturbi psichiatrici indipendenti come, depressione, psicosi, ansia, o disturbi neurocognitivi. Alcuni disturbi neurocognitivi provocati da alcol, inalanti, o sedativi ipnotici e disturbi percettivi causati da allucinogeni possono essere anche di lunga durata. Per questo motivo, prima di valutare lo stato emotivo a fine diagnostico, bisogna sempre aspettare che le tossine siano state eliminate.

L'uso di droghe illegali, anche se problematico perché è illegale, non comporta sempre un disturbo da uso di sostanze. Al contrario, le sostanze legali, come l'alcol e i farmaci da prescrizione (e la cannabis in forma di CBD), sono frequentemente coinvolte in un disturbo da uso di sostanze. Le persone fanno uso di sostanze per una serie di motivi, tra cui, modificare o migliorare l'umore, per alleviare l'ansia o per migliorare le prestazioni.

Le persone con un disturbo da uso di sostanze di solito passano dalla sperimentazione all'uso occasionale per arrivare infine all'uso intenso e qualche volta al disturbo da uso di sostanze. Questa progressione è complessa e solo parzialmente compresa. Il processo dipende dall'interazione tra la sostanza, il consumatore e il contesto socio-ambientale.

Le sostanze che sono legalmente e/o facilmente disponibili (come l'alcol e il tabacco) sono più suscettibili di essere utilizzate inizialmente e quindi di aumentare il rischio di progressione all'uso problematico. Le fluttuazioni nella percezione del rischio e il rischio globale di disturbo da uso di sostanze sono influenzati da molteplici fattori, tra cui disturbi coesistenti come comorbidità psichiatriche o persone che soffrono di dolore cronico. Infine, non possiamo trascurare i fattori ambientali, culturali e sociali che possono fortemente impattare sullo sviluppo, il mantenimento e le ricadute.

Anche in questo caso non ci soffermeremo sui criteri diagnostici in quanto tali ma ecco qualche esempio di come può presentarsi il disturbo da uso di sostanza¹⁸ (logicamente la gravità del disturbo è determinata dal numero di sintomi manifestati).

Difficoltà di controllo sull'uso di sostanza

- persona che assume la sostanza in quantità maggiori o per un tempo più lungo di quanto originariamente previsto
- persona che vuole interrompere o ridurre l'uso della sostanza (e che non ci riesce)
- persona che passa un tempo significativo a ottenere, utilizzare, o riprendersi dagli effetti della sostanza
- persona che ha un intenso desiderio (“craving”) di utilizzare la sostanza

Compromissione sociale

- persona che non riesce più a rispettare i principali obblighi di lavoro, o a scuola, o a casa
- persona che continua ad utilizzare la sostanza anche se provoca (o peggiora) problemi sociali o interpersonali
- persona che riduce o rinuncia a un'attività sociale, lavorativa o ricreativa significativa a causa dell'uso di sostanze

Uso rischioso

- persona che utilizza la sostanza in situazioni fisicamente pericolose
- persona che continua ad utilizzare la sostanza pur sapendo che si sta aggravando un problema medico o psicologico

Sintomi farmacologici

- tolleranza: quando l'effetto di una dose somministrata diminuisce nel tempo e il soggetto necessita di aumentare progressivamente la dose della sostanza per produrre l'effetto desiderato
- astinenza: spiacevoli effetti fisici che si verificano quando la sostanza viene sospesa di colpo.

Qualche parola sulla crisi d'astinenza da alcool, che è la più pericolosa e molto comune, infatti quasi la metà dei pazienti affetti da disturbo da uso di alcol sperimenta sintomi di astinenza, che iniziano di solito entro dieci ore dall'ultima assunzione di alcol, con un progressivo aumento della sintomatologia durante le prime settantadue ore, seguito da una diminuzione fino alla scomparsa, tipicamente cinque giorni dopo l'ultima bevuta. Questi disturbi, che inizialmente associano agitazione psicomotoria, tremore fine delle estremità e tachicardia, tuttavia, possono persistere oltre questo periodo. L'insorgenza del delirium tremens (delirio confusivo) è osservata in meno del 5% dei casi ma ha elevata mortalità e lo rende un'emergenza medica. Una valutazione somatica generale è necessaria durante tutto il processo di disintossicazione. La valutazione somatica comprenderà anche lo screening delle complicanze legate all'uso di sostanze.

Il trattamento dei disturbi da uso di sostanze varia a seconda della sostanza e delle circostanze, spesso è molto impegnativo sia a livello fisico che psichico e comprende uno o più delle seguenti fasi:

- disintossicazione acuta, "sevrage" in francese, ovvero interruzione o diminuzione del consumo
- prevenzione e gestione dell'astinenza, in alcuni casi il paziente può richiedere ospedalizzazione breve ed essere assistito da equipe medica per ridurre i rischi della "crisi di astinenza" che, a livello fisico, dura circa cinque giorni
- cessazione dell'uso (o riduzione, anche se difficile da gestire per il paziente)
- mantenimento dell'astinenza

Queste fasi, che possono susseguirsi e ripetersi (si tratta infatti di un disturbo cronico), possono richiedere diversi tipi di trattamento farmacologico nei primi passaggi ma il sostegno fondamentale per prevenire le ricadute è proprio quello non farmacologico: consulenze, gruppi di supporto, psicoterapia (terapia di valorizzazione motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale, prevenzione delle ricadute) e orticoltura terapeutica.

Uno studio austriaco ha osservato che il disturbo da uso di alcol non interferisce con la risposta positiva agli stimoli sensoriali: le emozioni provate, i desideri e i ricordi risvegliati dalla percezione sensoriale di stimoli naturali offerti dalle piante non sono diversi tra i due campioni studiati (con e senza disturbo da uso d'alcool). Ciò indica che la connessione con la natura non viene alterata dal disturbo d'uso. Quindi, con questa tipologia di utenza, sfruttare gli stimoli sensoriali per suscitare emozioni positive risulta uno degli obiettivi principali dell'orticoltura terapeutica³⁵.

L'orticoltura terapeutica potrebbe essere indicata anche per contrastare il deterioramento cognitivo indotto dall'uso di alcol, che può manifestarsi con anomalie neuropsicologiche come problemi temporanei di memoria (blackout), difficoltà di apprendimento e di risoluzione dei problemi. Infatti, molti di questi disturbi sono in parte reversibili dopo un'astinenza prolungata e con opportuna riabilitazione cognitiva.

Il Colloquio Motivazionale

Come sempre la valutazione iniziale del paziente è fondamentale per riconoscere e proporre obiettivi adattati al singolo funzionamento sociale, professionale ed emotivo. Così come il grado di motivazione ad interrompere il consumo della sostanza.

Durante lo stage in "Addictologie" ho avuto modo di osservare e mettere a mia volta in pratica il colloquio motivazionale, inteso dai suoi ideatori, Miller e Rollnick³⁶, come uno stile relazionale, piuttosto che come psicoterapia in senso stretto e permette di accompagnare il paziente nella sua decisione di cambiamento (non si può imporre una disintossicazione senza consenso!), aiutarlo ad accettare le sue proprie resistenze e trovare strategie per aggirarle, il tutto esprimendo sempre empatia e sostegno. Lo sviluppo di corsi di formazione specifici in Francia contribuisce alla diffusione di questa strategia, che è ormai largamente utilizzata e dà ottimi risultati.

Il modello trans-teorico di Prochaska e Di Clemente³⁷ è utile per mappare il posizionamento e la reale disponibilità della persona rispetto al cambiamento e per trovare, e adattare, le modalità di intervento più efficaci.

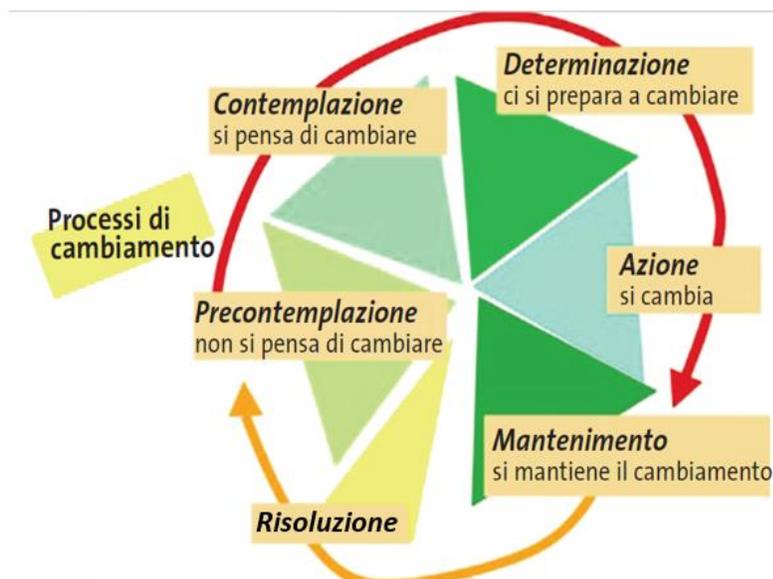


Fig.7 Gli stadi del cambiamento³⁸

Gli stadi del cambiamento (Figura 7) sono stati semplificati e riassunti in: precontemplazione, contemplazione, determinazione/preparazione, azione, mantenimento, risoluzione³⁸ (...e eventuale ricaduta che fa ripartire il ciclo). Questi stadi rappresentano sia la fase temporale, sia la descrizione delle caratteristiche comportamentali della persona in quella fase.

Autoefficacia, tentazioni e bilancia decisionale sono considerati i fattori generali o psicologici che possono servire come indicatori per prevedere il passaggio da uno stadio all'altro.

La bilancia decisionale (mettere su una bilancia i pro e i contro della consumazione) è una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza in modo da far coincidere l'importanza del cambiamento con il livello di autoefficacia, questo aumenta il livello di autostima e il livello di fiducia in sé stessi così da essere in grado di attuare il cambiamento e migliorare.

Nel colloquio motivazionale è il terapeuta a adattarsi allo stadio di cambiamento del paziente e rispettare la sua libertà di scelta e di decisione, aggirando le resistenze e utilizzandole per stabilire un'alleanza con il paziente.

La ricaduta è vista come una risposta disadattiva a un fattore di stress che l'individuo si trova ad affrontare. Quindi anche in questo caso per prevenire le ricadute vanno applicate tecniche mirate agli stati emotivi dell'utente. Può essere molto utile, per esempio, lavorare sull'accettazione delle emozioni negative o sulle abilità sociali.

Tutti questi concetti restano validi anche per il sostegno di dipendenza al gioco d'azzardo o altri comportamenti con lo stesso meccanismo e questi non sono pochi. Fattore predisponente anche la nostra società, che favorisce e incoraggia la soddisfazione immediata, la ricerca del piacere attraverso il consumo e l'accessibilità di questi comportamenti in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo.

Perché non proporre quindi delle alternative "lente" in orticoltura terapeutica? Come attività in giardino che dipendono dalle lunghe stagioni e dagli sforzi quotidiani del "prendersi cura".

I Disturbi di Personalità

Se i tratti di personalità rappresentano schemi di pensiero, percezione, reazione e relazione relativamente stabili nel tempo, i disturbi di personalità consistono in quelle forme che causano un disagio significativo o una compromissione funzionale alla persona. Naturalmente i disturbi di personalità variano molto nelle loro manifestazioni, alcuni tendono a diventare meno gravi con l'età, ma altri tratti possono persistere anche dopo la riduzione dei sintomi acuti che hanno portato alla diagnosi del disturbo stesso. La diagnosi è clinica e, secondo il DSM-5, i disturbi di personalità riguardano principalmente l'auto-identità e il funzionamento interpersonale.¹⁸

I problemi legati all'auto-identità possono manifestarsi come un'immagine di sé instabile, o come un'incoerenza nei valori, negli obiettivi, e nell'aspetto.

Il problema del funzionamento interpersonale in genere si manifesta come difficoltà nello sviluppo o nel mantenimento di relazioni strette, mancanza di empatia, o con insensibilità nei confronti delle regole.

Queste persone possono essere incoerenti, confuse e può essere difficile instaurare un rapporto con loro anche perché possono avere difficoltà a conoscere i confini tra loro stesse e gli altri. La loro autostima può oscillare da molto elevata, a quasi inesistente.

La prima linea di trattamento prevede quasi sempre l'utilizzo di terapie non farmacologiche (psicosociali, psicoterapia...) ma le manifestazioni più gravi, in cui si sviluppano comorbidità (come disturbo depressivo, ansia, disturbi correlati a sostanze, disturbi da sintomi somatici e disturbi alimentari) richiedono un trattamento più impegnativo, che può necessitare anche di terapie farmacologiche. Ma anche il disturbo di personalità stesso, in quanto comorbidità di un altro disturbo psichico, ne può influenzare il tempo di remissione, aumentare il rischio di recidiva e diminuire la risposta a trattamenti altrimenti efficaci.

La terapia dei disturbi di personalità può lavorare su: prendere coscienza dei propri problemi (il paziente deve "volere cambiare"), modificare i tratti di personalità più problematici per il paziente, ridurre il disagio soggettivo, ridurre i comportamenti disadattivi o distruttivi (come l'imprudenza, l'isolamento sociale, la mancanza di assertività, le esplosioni di rabbia).

I pazienti hanno bisogno di prendere coscienza del fatto che l'origine delle loro difficoltà in ambito relazionale e lavorativo è legata alle loro caratteristiche di personalità e queste terapie forniscono loro le competenze atte a sviluppare nuove e migliori modalità di interazione. Ottenere tale consapevolezza richiede una notevole quantità di tempo, pazienza e impegno da parte del paziente, ma anche del terapeuta, che ha quindi bisogno di conoscere le aree di sensibilità emotiva del paziente, identificare i suoi problemi interpersonali e dei suoi abituali modi di coping.

Per ridurre il disagio soggettivo può essere proposto un maggiore sostegno psicosociale, che spesso implica l'allontanamento del paziente da particolari situazioni o rapporti di stress.

La riduzione dello stress facilita il trattamento del disturbo di personalità di base.

Il comportamento può essere modificato mediante terapia di gruppo (anche gruppi di auto-aiuto o la terapia familiare) o la terapia cognitivo-comportamentale, in cui i limiti devono

spesso essere stabiliti e applicati. A volte i pazienti sono trattati in day hospital o in ambiente residenziale.

I disturbi di personalità possono portare a disturbi del comportamento e per questo nei penitenziari sono molto comuni.

In un'unità di media sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito³⁹, è stata osservata l'efficacia dell'orticoltura terapeutica su utenti con una doppia diagnosi di disabilità intellettiva e disturbo di personalità. Gli utenti sono stati coinvolti in tutti gli aspetti del progetto del giardino terapeutico, dalla progettazione, alla manutenzione del giardino, e hanno riferito cambiamenti positivi nel comportamento verso sé stessi e gli altri, riduzione dello stress e miglioramento della qualità di vita. I meccanismi che hanno determinato questi effetti sono stati: l'interazione con l'ambiente naturale, l'incremento della propria motivazione derivante dalla partecipazione a una varietà di compiti e dalla partecipazione a un'attività di volontariato.

In Francia esiste un'Associazione, Green Link, che ha indetto un "concorso di bellezza" per premiare i penitenziari con i giardini più belli. "Le Trophée des Jardins en prison" (1500 euro e 1000 euro di premio)⁴⁰ è sicuramente fonte di motivazione e incoraggiamento, ma anche chi non vince porta colore e bellezza alla comunità, ed ecco che il giardino diventa un fattore importante per aumentare autostima e autoefficacia.

4.8 Comorbidità neurologica nei disturbi psichiatrici

Ho parlato spesso di disturbi cognitivi ma il disturbo cognitivo puro, così come la confusione, non appartiene alla branca della psichiatria, bensì alla neurologia. Nella realtà dei fatti, però, spesso le sintomatologie sfumano e le diagnosi si complicano, inoltre la maggior parte delle malattie neurologiche (per esempio le demenze, la sclerosi multipla, l'ictus ed altre malattie degenerative più rare quali la SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e le Corea di Huntington) presentano una elevata comorbidità con i disturbi psichiatrici. Al contempo, nei reparti psichiatrici si riscontra un'alta percentuale di comorbidità con malattie neurologiche di tipo neurodegenerativo. Di seguito alcuni esempi.

La maggior parte dei pazienti con demenza presentano disturbi del comportamento, con apatia e umore depresso e possibilità di disturbi psicotici.

Nella Malattia di Parkinson possono coesistere disturbi di ansia, depressione ma anche disturbi psicotici.

Inoltre, non sempre la malattia neurologica si manifesta in modo conclamato e potrebbe non essere stata ancora diagnosticata. L'esordio tardivo di una malattia psichiatrica e la resistenza farmacologica sono due dei fattori principali che devono far pensare alla possibile comorbidità psichiatrica-neurologica.

Quindi, come sempre, è indispensabile approfondire il quadro clinico dei pazienti con disturbo psichico. Questo a partire da quesiti semplici: in quale fascia di età rientrano i soggetti? Hanno danno sensoriale? Hanno difficoltà locomotorie? Si affaticano facilmente? Hanno polipatologie?

È sempre utile ricorrere alla psicomelia: test neuropsicologici di I livello (MMSE e test dell'orologio); test proiettivi (disegno della figura umana, dell'albero, della casa, della persona sotto la pioggia, della famiglia) o cognitivi (WAIS-IV).

Il trattamento riabilitativo/non farmacologico di queste condizioni prevede un percorso psicologico (colloqui di supporto psicologico di indirizzo psicodinamico e indirizzo cognitivo-comportamentale) e riabilitativo psichiatrico specifico della patologia.

La riabilitazione psichiatrica nel trattamento dei pazienti con comorbidità psichiatrica-neurologica può avvenire sia in gruppo (se il paziente rientra nei criteri di ammissione al gruppo) che individualmente. Gli obiettivi sono di stimolare le funzioni cognitive conservate: orientamento temporale, orientamento spaziale e abilità visuo-spaziali, attenzione, linguaggio e comunicazione, sistema dei numeri e del calcolo, funzioni prassico-costruttive, attività sequenziali, funzioni esecutive, memoria (procedurale, semantica ed episodica), problem-solving, miglioramento della consapevolezza. Migliorare gli aspetti psico-comportamentali dell'utente permette la diminuzione dei farmaci psicotropi; il suo recupero diretto e/o attraverso l'attivazione dei sistemi e strategie di compenso e delle capacità residue velocizzano i tempi di recupero; tutti gli esercizi di esercizio fisico adattato, lavorando sulla competenza motoria (training del passo, equilibrio e controllo del tronco, motilità grossolana e fine degli arti superiori) forniscono al paziente e alla famiglia più strumenti per gestire le abilità di vita quotidiana.

Prima di pianificare le attività con questa tipologia di utenti va anche considerato il loro "grado di faticabilità". La fatica, di per sé, non è una controindicazione a svolgere l'orticoltura terapeutica, anzi, uno studio svolto nel giardino terapeutico dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Ospedale San Camillo del Lido di Venezia⁶ ha confrontato la fatica percepita durante le sessioni di fisioterapia, psicoterapia e giardino terapia e ha osservato che la giardino terapia è stata valutata dai pazienti con un grado di fatica inferiore rispetto alla fatica provocata da psicoterapia e fisioterapia. Vero è che l'orticoltura terapeutica richiede un certo grado (adattato) di movimento con conseguente graduale allenamento aerobico, che può favorire un riassetto del sistema cardiovascolare autonomo e migliorare la modulazione cardio-vagale, e questo è il motivo per cui una misurata attività fisica può avere un effetto rigenerante.

Il giardino terapeutico combina socializzazione e rispetto degli spazi personali, è un luogo adatto ad attività e laboratori condivisi, supporto alle mediazioni per i professionisti ma può essere anche di supporto alle manifestazioni culturali condivise (mostre, concerti, letture...).

Quindi un'ambiente favorevole alle interazioni sociali, un mezzo di comunicazione e vettore di socializzazione (al contrario di altri ambienti chiusi e "invalidanti").

Coniugando attività fisica adattata e contemplazione del bello, spazi conviviali o più intimi, prediletto per le visite delle famiglie, coniugi, figli e bambini piccoli, facilitatore di attività intergenerazionali, contribuisce a ripristinare lo status dell'individuo nell'ambiente e a reintegrarlo nella comunità.

Nell'articolo riguardante la valutazione dei benefici di un giardino terapeutico per i pazienti con Alzheimer, in una struttura di Nancy⁴¹, vengono ripresi alcuni dei sintomi sopracitati e formulate delle "soluzioni mirate" sfruttando proprio i possibili benefici del giardino, tra cui gli elementi di progettazione delle attività o del giardino stesso.

Per esempio, problema: “disturbi del sonno”; soluzioni per favorire la risincronizzazione del ritmo sonno-veglia: “programmare passeggiate ed esercizio fisico all’aperto, esposizione alla luce solare”. Nell’ (Allegato 4), altri esempi che ho tradotto da questo studio.

4.9 Focus su paziente geriatrico

È noto che la popolazione mondiale sta crescendo a un ritmo senza precedenti: è un fenomeno globale, con differenze regionali, che deriva non solo dall'aumento delle nascite, ma anche dall'aumento della speranza di vita media.

Questo implica inevitabilmente un aumento delle comorbidità tipiche dell’anziano (disturbi cardiologici/vascolari, disturbi reumatologici tipo artrite, condizioni respiratorie tipo BPCO, disturbi digestivi...) e, in particolare, quelle di origine neurologica.

Il paziente anziano con comorbidità neurologica, (soprattutto demenza) può manifestare: astenia, depressione, ansia, allucinazioni, deliri, comportamenti motori aberranti, apatia, attività febbrile, disturbi psico-comportamentale, aggressività, esaltazione dell'umore, euforia, disinibizione, problemi alimentari e disturbi del sonno, percezione alterata dell'immagine corporea e della sua posizione nello spazio. Caratteristico e molto comune anche il fenomeno del “wandering” che consiste in una pulsione a vagare, lo spostarsi in direzione di qualcosa, forse con la speranza di arrivare in un luogo amato.

Secondo alcune teorie, gran parte di questi sintomi, in particolare nell’anziano, possono essere una conseguenza diretta della “sindrome da deprivazione sensoriale”, ovvero causati dalla povertà di stimoli sensoriali offerti dell’ambiente ospedaliero/residenziale⁴².

Le tecniche riabilitative più utilizzate sono: la rimediazione cognitiva per ottimizzare le risorse cognitive in termini di outcome funzionale e per fornire strategie compensatorie, la psicoeducazione (individuale e familiare, per migliorare la consapevolezza dei sintomi e la gestione dei comportamenti disfunzionali); la terapia occupazionale che allena le abilità di vita quotidiana e gli stili di vita sani. Questo tipo di intervento può essere integrato con l’orticoltura terapeutica che, nella sua multifunzionalità, consente di effettuare attività individualizzate e di restituire ai pazienti una dimensione sensoriale e di familiarità (grazie a riferimenti socioculturali condivisi), rinforzando l’autonomia, quindi l’autostima e gli aspetti motivazionali.

Quali sono le prove a sostegno dell'uso dei giardini terapeutici in geriatria?

Risponde a questa domanda un articolo del 2012 della rivista *Psychiatry Investigation*⁴³, secondo il quale l’orticoltura terapeutica può apportare notevoli benefici al paziente geriatrico, tra cui la riduzione del dolore, il miglioramento dell'attenzione, la diminuzione dello stress, la modulazione dell'agitazione, riduzione dei farmaci “al bisogno” e in particolare la riduzione di antipsicotici, come anche una riduzione delle cadute. È però importante scegliere accuratamente le attività da proporre, ad esempio, il compito deve essere coinvolgente, anche perché potrebbe essere necessario farlo ripetere più e più volte (in quanto, in riabilitazione la ripetizione dell’esercizio è cruciale per il risultato e anche i piccolissimi risultati vanno valorizzati, per la soddisfazione del paziente ma anche dell’operatore).

Uno studio del 2021 mette in risalto in modo specifico l'inadeguatezza di presentare all'utente anziano alcuni compiti di giardinaggio come certe attività orticole non misurate. Il compito presentato non avrà alcun valore positivo per il paziente dal punto di vista terapeutico se è troppo complicato e il suo significato non può essere compreso; se il paziente soffre di bassa autoefficacia e non è motivato, o se il compito non è interessante né stimolante. Quindi questo studio dimostra l'importanza di adattare le attività di orticoltura terapeutica basandosi sul suo grado di autoefficacia e sulla sua personalità⁴⁴.

Le revisioni della letteratura sul tema dell'orticoltura terapeutica applicata a persona anziana⁴⁵ e/o affetta da demenza⁷ concordano sul fatto che occorre dedicare maggiore attenzione alla ricerca di soluzioni non farmacologiche per la prevenzione e il benessere degli anziani con o senza comorbidità. L'orticoltura terapeutica può essere vista anche come strumento di medicina preventiva, che aiuta gli anziani sani a migliorare e mantenere il loro benessere. Gli studi citati^{7,45} hanno dimostrato che le azioni applicate sono state efficaci nel promuovere il miglioramento dell'umore e dei legami sociali, e nel ridurre i livelli di depressione e ansia. Interessanti sono i risultati fisiologici che riguardano la crescita dei fattori nervosi cerebrali che sono in gran parte responsabili del miglioramento delle funzioni cognitive del paziente geriatrico. Tutte prove promettenti del fatto che le interazioni passive e attive tra persone e piante possono migliorare la salute psicologica, fisica e sociale e possono essere utilizzate come strumento per influenzare positivamente il processo di invecchiamento e l'autosufficienza degli anziani. Questi benefici sono fattori importanti per migliorare la qualità della vita e possibilmente ridurre i costi per i residenti delle case di riposo.

4.10 Le terapie farmacologiche⁴⁶

Come già sottolineato, è sempre molto importante conoscere le terapie del paziente, soprattutto quelle concomitanti all'orticoltura terapeutica che si andrà a svolgere, ma anche le terapie passate, sia farmacologiche che non farmacologiche. Grazie a queste informazioni si può capire da quali disturbi è affetto un paziente (disturbi psichiatrici e non, per esempio se un utente è a rischio cardiaco o epilettico) ma permette anche di prendere in considerazione tutti quei fattori di rischio legati ai farmaci stessi, ovvero gli effetti secondari. Ecco, quindi, una piccola parentesi sugli psicofarmaci, (farmaci capaci di influenzare l'attività psichica), e sui loro principali effetti secondari.

In Italia molti psicofarmaci possono essere prescritti autonomamente dal medico di assistenza di base (medico di base) e dal pediatra di libera scelta (pediatra di base): generalmente questi professionisti si limitano alla prescrizione dei farmaci di prima linea in pazienti non complicati. In certi casi la prescrizione è invece limitata agli specialisti di competenza, che in base alla tipologia di paziente sono lo psichiatra (paziente psichiatrico adulto), il neuropsichiatra infantile (paziente neurologico/psichiatrico pediatrico), lo psicogeriatra (paziente geriatrico con disturbi psichiatrici o cognitivi) o il neurologo (paziente con disturbi neurologici).

Precisato che un gruppo di farmaci è un insieme di farmaci con effetti simili e che una classe di farmaci è un insieme di farmaci con caratteristiche molecolari simili, possiamo dire che esistono diversi gruppi di psicofarmaci, ognuno dei quali contiene diverse classi di molecole:

- ansiolitici e ipnotici
- antidepressivi
- timoregolatori
- antipsicotici o neurolettici
- psicostimolanti

Ansiolitici e ipnotici

I farmaci ansiolitici sono farmaci utilizzati appunto per trattare i disturbi d'ansia.

Al giorno d'oggi le benzodiazepine sono la classe di farmaci ansiolitici più prescritta, i cui effetti collaterali non vanno sottovalutati, tra questi: tolleranza (che si verifica quando il corpo si abitua ad una sostanza e vi è necessità di aumentarne il dosaggio per ottenere lo stesso effetto), rischio di dipendenza, disinibizione, alterazioni cognitive.

I farmaci ipnotici (o sonniferi) sono induttori del sonno: il confine tra farmaci ansiolitici e ipnotici non è netto, tanto che una stessa molecola può avere effetto più ansiolitico o più ipnotico in base alle caratteristiche del paziente, della sua patologia, al dosaggio e al momento della giornata in cui è somministrata.

Fino agli anni '60 i farmaci ansiolitici-ipnotici più prescritti erano i barbiturici, ma a causa del loro facile rischio di sovradosaggio (anche letale), essi sono stati poi rimpiazzati dalle benzodiazepine, farmaci con pregi e difetti molto simili ma minori rischi in caso di sovradosaggio. I composti Z sono una classe di farmaci che dal punto di vista biologico funzionano esattamente come le benzodiazepine e sono utilizzati essenzialmente come ipnotici.

Possono essere utilizzati come ansiolitici anche alcuni farmaci appartenenti ad altre classi che vedremo in seguito, come alcuni antidepressivi o certi neurolettici con spiccato effetto ansiolitico-ipnotico, in particolare nei casi in cui la patologia principale del paziente è la depressione, una psicosi o un decadimento cognitivo, e se adeguatamente dosati.

Tralasciando i barbiturici, che oggi vengono utilizzati in alcune nicchie specialistiche e raramente come ansiolitici-ipnotici, per quanto riguarda le benzodiazepine ed i composti Z, come si è già detto, gli effetti indesiderati più comuni sono la tolleranza, la dipendenza fisica e psicologica, la disinibizione e le alterazioni cognitive. In particolare, questi farmaci devono essere usati con estrema cautela nei pazienti anziani e nelle persone con vita attiva poiché il loro uso è collegato ad un aumento del rischio di caduta e di incidente stradale: entrambe queste eventualità possono avere conseguenze impattanti sulla vita dell'individuo e su chi lo circonda, in certi casi anche letali.

Antidepressivi

Gli antidepressivi sono farmaci usati prevalentemente per aumentare il tono dell'umore nei pazienti depressi. In linea molto generale, possiamo dire che l'azione principale degli antidepressivi è quella di aumentare i livelli di serotonina e noradrenalina. Alcuni antidepressivi

agiscono anche sulla funzione di altri neurotrasmettitori. In termini semplici, l'effetto di uno specifico antidepressivo dipende dalle sue caratteristiche molecolari e dalla dose a cui è somministrato: questi due elementi influenzano i neurotrasmettitori su cui ha effetto. In questo modo, avremo antidepressivi con azione ansiolitico sedativa, antidepressivi con azione stimolante o che influenzano l'appetito.

Gli SSRI (Serotonin selective reuptake inhibitor) oggi sono gli antidepressivi di prima linea e tra questi i più usati sono il citalopram, l'escitalopram, la fluoxetina, la paroxetina e la sertralina. Aumentano i livelli di serotonina e sono considerati antidepressivi di prima linea in quanto molto efficaci e con pochi effetti collaterali.

Gli SNRI (Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor) aumentano anche i livelli di noradrenalina e comprendono ad esempio la venlafaxina e la duloxetina.

I NaRI (norepinephrine reuptake inhibitors) aumentano i livelli di noradrenalina. Come i NDRI (norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor), che aumentano i livelli di noradrenalina e dopamina, hanno effetto psicostimolante e alcuni farmaci di queste classi sono usati nel trattamento dell'ADHD, in particolare l'atomoxetina (NaRI) e il metilfenidato (NDRI).

I NaSSA (antidepressivi specifici noradrenergici e serotoninergici) comprendono la mirtazapina, molto usata come ipnotico.

I SARI (serotonin antagonist and reuptake inhibitor) comprendono il trazodone, un farmaco molto usato in Italia (ma non in Francia!) come sedativo in psicogeriatrica, e la vortioxetina: quest'ultimo farmaco è comparso sul mercato circa dieci anni fa e sembra molto promettente il suo uso in psicogeriatrica in quanto sicuro ed efficace nel paziente anziano.

I TCA (tricyclic antidepressant) sono la classe più vecchia di antidepressivi, aumentano i livelli di noradrenalina e serotonina e oggi non sono farmaci di prima linea perché hanno più effetti collaterali. Alcuni, in particolare l'amitriptillina, sono utilizzati nella terapia del dolore e nella profilassi dell'emicrania.

Gli IMAO sono usati come trattamento di ultima linea perché sono quelli con più effetti collaterali.

Dal punto di vista degli effetti, gli antidepressivi sono una classe molto eterogenea di farmaci: la scelta dell'antidepressivo ed il monitoraggio devono essere fatti da personale adeguatamente formato considerando da un lato l'effetto che si vuole ottenere e dall'altro le caratteristiche del paziente che con la sua patologia e le sue comorbidità influenzano le indicazioni e le controindicazioni.

Alcuni antidepressivi hanno un effetto ansiolitico-sedativo (paroxetina), altri sono eccitanti (venlafaxina). Alcuni agiscono come antidepressivi solo ad alte dosi, mentre a basse dosi sono sedativi (trazodone) o ipnotici (mirtazapina): addirittura l'amitriptillina a basse dosi è utilizzata come coadiuvante nella terapia del dolore e dell'emicrania. La vortioxetina, un farmaco di recente introduzione che si sta diffondendo in particolare in psicogeriatrica, sembrerebbe avere effetti benefici sulle funzioni cognitive.

Così com'è difficile riassumerne l'azione, è complicato sintetizzare gli effetti indesiderati e le controindicazioni di un gruppo di farmaci così ampio. In generale, quando si decide di somministrare un antidepressivo, si devono considerare le fragilità del paziente e scegliere la molecola più adatta a lui. Con differenze notevoli da molecola a molecola, gli antidepressivi

possono infatti avere una molteplicità di effetti indesiderati. Per quanto riguarda l'apparato cardiovascolare possono predisporre all'insorgenza di aritmie (allungamento del QT) o causare ipotensione ortostatica (quindi rischio di cadute), sono poi noti gli effetti indesiderati gastrointestinali o sul peggioramento della funzione sessuale nonché la possibilità di abbassare la soglia epilettica. L'effetto stesso dell'antidepressivo può incidere sul comportamento del paziente, causando eccessiva stimolazione, con aumento del rischio di suicidio, piuttosto che eccessiva sedazione. Bisogna inoltre valutare attentamente la scelta e il rapporto rischio beneficio quando si somministrano questi farmaci in gravidanza, insufficienza epatica, insufficienza renale, pazienti oncologici o geriatrici, valutando attentamente il rischio di interazioni e di insorgenza di effetti indesiderati.

I Timoregolatori

Uno dei più importanti criteri di valutazione nella prescrizione di antidepressivi è proprio la diagnosi differenziale tra disturbo bipolare e disturbo depressivo, perché un uso non adeguato di antidepressivi può esacerbare i sintomi maniacali nel paziente bipolare.

I timoregolatori sono detti anche stabilizzatori dell'umore proprio perché il loro scopo è quello di stabilizzare l'umore del paziente riducendo la frequenza, l'intensità e la durata degli episodi depressivi e maniacali. Devono in pratica essere pensati come dei farmaci sia antimaniacali che antidepressivi.

I sali di litio sono stati il primo farmaco usato a questo scopo e sono ancora il farmaco di prima linea. Durante il loro uso è molto importante il dosaggio periodico della litiemia nel sangue, che se non adeguata può essere inefficace o avere effetti tossici.

I cosiddetti nuovi timoregolatori comprendono dei farmaci di altre classi che sono usati con lo stesso scopo di regolatori dell'umore: alcuni sono antiepilettici (lamotrigina, carbamazepina, oxcarbazepina), altri sono antipsicotici atipici come la quetiapina che in base al dosaggio agisce come sedativo, antidepressivo, timoregolatore o antipsicotico.

In generale, il vantaggio dei nuovi timoregolatori è quello di risolvere il problema della somministrazione del litio, che richiede periodici monitoraggi della concentrazione plasmatica in quanto un suo eccesso nel sangue è tossico soprattutto a livello renale, con sintomi a carico del sistema nervoso centrale e non, quali tremore, diarrea, vomito, poliuria, sete, sonnolenza, agitazione, atassia e debolezza muscolare.

Antipsicotici o neurolettici

I farmaci antipsicotici sono nati per la terapia della schizofrenia, ma visto che il loro effetto varia in funzione del dosaggio e delle caratteristiche del paziente, con il tempo hanno iniziato ad essere usati anche come sedativo-ipnotici, antidepressivi e timoregolatori.

L'effetto antipsicotico consiste letteralmente nell'azione antidelirante e anti-allucinatoria di un farmaco: questo fa sì che nel paziente schizofrenico che assume antipsicotici migliorino le anomalie comportamentali.

In generale, i farmaci antipsicotici agiscono sulle vie dopaminergiche, bloccando i recettori della dopamina.

Questa loro caratteristica è responsabile sia della loro azione antipsicotica che dei loro principali effetti collaterali, che sono le alterazioni extrapiramidali del movimento (alterazioni del movimento simili a quelle che si osservano nel Parkinson) e la galattorrea (secrezione di latte dalle ghiandole mammarie non fisiologica).

Tra gli effetti indesiderati più importanti dei neurolettici ci sono anche il rischio di causare aritmie cardiache, che impone il monitoraggio periodico dell'intervallo QT nei pazienti che li assumono, e l'aumentato rischio di sindrome metabolica che può portare all'insorgenza di obesità, diabete e malattie cardiovascolari. La clozapina è un antipsicotico molto efficace ma non di prima scelta, in quanto richiede il monitoraggio mensile dell'emocromo per valutare la possibile insorgenza di neutropenia (diminuzione dei globuli bianchi).

Tradizionalmente, gli antipsicotici vengono divisi in antipsicotici tipici e antipsicotici atipici.

Gli antipsicotici tipici sono i primi che sono comparsi sul mercato: agiscono essenzialmente sui recettori dopaminergici e hanno una maggiore incidenza di effetti collaterali. Comprendono la clorpromazina, il primo antipsicotico comparso sul mercato, che in Italia oggi ha un certo uso come farmaco sedativo in psicogeriatría quando altri farmaci si sono rivelati inefficaci.

Gli antipsicotici atipici grossomodo agiscono sia sui recettori dopaminergici che sui recettori serotoninergici: questo spiega perché agiscono meglio sui sintomi della schizofrenia e perché hanno meno effetti collaterali extrapiramidali. Si tratta in verità di un gruppo di farmaci con un meccanismo d'azione molto variegato: la quetiapina, ad esempio, blocca anche i recettori H2 dell'istamina e questa sua azione antistaminica la rende un farmaco molto utilizzato come sedativo-ipnotico.

Anche i farmaci antipsicotici sono un gruppo di farmaci molto variegato con uno spettro di effetti altrettanto vario e la loro prescrizione deve essere accuratamente ponderata in funzione delle caratteristiche del singolo paziente.

Psicostimolanti

Questo gruppo di farmaci è probabilmente quello di uso più specialistico ed in Italia sono tutti farmaci prescritti da specialista con piano terapeutico: il medico di assistenza primaria ed il pediatra di libera scelta non possono in nessun caso procedere autonomamente alla prescrizione, che deve essere fatta dallo specialista competente e può essere inseguita solo rinnovata dal medico curante. Questo gruppo di farmaci comprende i farmaci utilizzati nel trattamento dell'ADHD (disturbo da deficit d'attenzione e iperattività), tra i quali il metilfenidato.

4.11 Calore ed esposizione solare quali eventi favorevoli le reazioni avverse da trattamento farmacologico⁴⁷

Breve parentesi sui rischi legati ai farmaci quando le attività di Orticoltura Terapeutica vengono svolte nei periodi caldi, magari sotto il sole, nonostante si cerchi di scegliere il momento più adatto della giornata, lontano dalle ore più calde.

Anche perché non è trascurabile il numero di farmaci che possono compromettere direttamente i meccanismi centrali e periferici della termoregolazione: per esempio gli anticolinergici interferiscono con la sudorazione, mentre gli antipsicotici interferiscono con il controllo centrale della temperatura corporea.

Il caldo ed i suoi effetti sui liquidi corporei (disidratazione) possono inoltre favorire l'insorgenza di squilibri elettrolitici e alterazione della funzionalità renale, entrambe situazioni che rendono più frequenti le reazioni avverse da farmaci. Questo è il principale motivo per cui l'esposizione al caldo può aumentare la tossicità e/o ridurre l'efficacia dei farmaci a basso indice terapeutico, come digossina o litio.

I farmaci con una dimostrata interferenza sulla termoregolazione sono gli anticolinergici, gli antistaminici, gli antiparkinsoniani, la tiroxina, i neurolettici. Frequentemente durante la stagione estiva deve essere aggiustata la posologia degli antipertensivi perché la pressione tende a calare con il caldo. Anche l'uso di benzodiazepine non deve essere trascurato, in quanto questi farmaci riducono lo stato di vigilanza.

Particolare importanza riveste la fotosensibilizzazione in seguito all'assunzione di farmaci ed esposizione solare. In questo contesto distinguiamo:

- Reazioni fototossiche: la radiazione solare reagisce con il farmaco o con altre sostanze derivanti dal suo metabolismo, producendo sostanze che causano direttamente una risposta infiammatoria sulla cute (reazione non immune). È un evento acuto ad insorgenza immediata reso evidente dalla comparsa di rash cutaneo, che può andare da un semplice eritema ad una lesione bollosa. Clinicamente spesso si presenta in maniera del tutto simile ad un'importante scottatura solare e rimane strettamente confinato alla zona della pelle esposta al sole. La radiazione ultravioletta UVA è più comunemente associata alla fototossicità, ma anche i raggi UVB e la luce visibile possono contribuire a questa reazione. Generalmente si risolve con l'interruzione del farmaco. Possono causare fototossicità: tetraciclin, tiazidi, sulfonamidi, fluorochinoloni, FANS (piroxicam, ketoprofene) e fenotiazine.
- Reazioni fotoallergiche: la radiazione solare reagisce con il farmaco, alterandone la struttura e trasformandolo in una molecola con proprietà antigeniche, scatenando una reazione allergica (generalmente cellulo-mediata) che si manifesta come una dermatite nelle zone esposte alla luce. Clinicamente si presenta come un'orticaria con rash cutaneo, talvolta bolle o vescicole, senza necessariamente rimanere confinato alle zone della pelle esposte al sole. Si manifesta 24-72 ore dopo l'esposizione al sole e presenta generalmente un decorso di lunga durata. Può ripresentarsi dopo l'esposizione al sole, anche dopo aver terminato la terapia con il farmaco. Possono causare fotoallergia ketoprofene, diclofenac e prometazina.

In (Allegato 5) alcune tabelle sui principali farmaci che possono dare reazioni di fotosensibilità⁴⁸. Un elenco più completo è disponibile sul sito governativo del Wisconsin⁴⁹.

In generale, prima di esporsi alla luce solare durante l'assunzione di un farmaco è sempre utile consultare il medico curante che valuterà la situazione clinica complessiva fornendo i

consigli del caso, fermo restando che l'uso di adeguate misure di protezione solare sono sempre raccomandati (vestiario, creme, pergolati, ecc.) anche per prevenire patologie della pelle, inoltre: idratazione adeguata sempre!

5. Riflessioni conclusive

Ricapitolando, prendere in carico la persona con disabilità psichica non è facile e vanno considerati moltissimi aspetti, ma la ricerca attuale e futura sui giardini terapeutici può contribuire alla nostra comprensione di come gli esseri umani interagiscono con il mondo naturale e aiutarci così a migliorare la vita delle persone con disabilità psichica e quella dei loro familiari.

Per questo motivo sento il bisogno di impegnarmi in una formazione sempre più solida e completa a partire da questo Master, continuando a scambiare informazioni e aggiornamenti con i professionisti incontrati al Master stesso e proseguendo il mio percorso formativo attraverso il Diploma Universitario "Santè et Jardins" alla Facoltà di Medicina di Lione – St. Etienne⁹. Sto anche portando avanti un progetto di ricerca sulle applicazioni dell'Orticoltura Terapeutica come sostegno alla deprescrizione di Benzodiazepine (e altri farmaci) che andrebbero prescritti solo nel breve periodo ma che in pratica vengono assunti anche per anni con impatto anche molto negativo sulla salute e alto rischio di dipendenza.

Tutto questo senza trascurare il lavoro sul campo, anzi, sul giardino terapeutico, per mettere in pratica, giorno per giorno, tutte le conoscenze apprese.

Tra i miei obiettivi: sensibilizzare sull'efficacia dell'orticoltura terapeutica come intervento complementare non farmacologico e promuovere una visione globale della salute mentale; contribuire alla crescita dei giardini terapeutici negli istituti sanitari e medico-sociali, ma anche proporre progetti di sviluppo in ambito extraospedaliero, per sostenere i percorsi di orticoltura terapeutica in ottica di riabilitazione psicosociale post dimissioni, insomma di partecipare allo sviluppo di questa pratica, sia radicata che innovativa, che unisce l'umanità della cura e la valutazione scientifica.

Spero con questo lavoro di riuscire a trasmettere l'importanza dell'ascolto dell'utente, della comprensione dei suoi bisogni fisici e psicologici e della sua situazione personale in generale. Poiché ogni processo di cura inizia con un periodo di valutazione: conoscere il paziente nella sua interezza (dove vive, quali farmaci prende, le sue allergie...) permette non solo una presa in carico adattata e personalizzata, centrata sui suoi bisogni (con scelta di finalità e obiettivi), ma previene anche quegli incidenti che possono provocare disagio o peggio gravi conseguenze ("Primum non nocere", *Ippocrate*).

Quindi è fondamentale prestare attenzione a ciò che dicono gli utenti sulla loro situazione e sul loro percorso, perché tutto il lavoro che faremo sarà per loro e con loro.

Questo Master mi ha fornito le metodologie, gli strumenti operativi e le conoscenze specialistiche per poter utilizzare l'orticoltura terapeutica in un'ampia gamma di contesti, dandomi un grande bagaglio di esperienze: costruire un sistema di idroponica con materiale riciclato, raccogliere doni della natura per comporre mandala colorati, riconoscere i semi di grano

antico dal tatto e dal profumo e scoprire tutta la biodiversità di villa Ghigi⁵⁰ sono solo alcune. Ho potuto sperimentare l'orticoltura terapeutica su me stessa per poterla interiorizzare e trasmettere a mia volta gli stessi principi, gli stessi stimoli creativi e rilassanti. Grazie al Master penso di aver aumentato le mie capacità di adattamento alle diverse qualità dell'utente, alle diverse situazioni, o ambienti e attività. Mi sono estasiata visitando i giardini terapeutici di Pistoia³⁴, tanto innovativi quanto affascinanti, dove è possibile perdersi in un perfetto esempio di permacultura per poi ritrovarsi, guidati dalle aromatiche del giardino sensoriale.

Ora ho persino sviluppato senso critico verso i giardini terapeutici che mi capita di visitare qui in Francia: riconosco qualche errore di progettazione e posso dare consigli e proporre miglioramenti ai colleghi di altre strutture, anche se forse il più delle volte sono proprio i colleghi che per primi mi chiedono consiglio, quando sanno che ho frequentato questo Master.

Ho molto apprezzato anche le lezioni teoriche, grazie a docenti visibilmente appassionati e coinvolti nelle proprie esperienze, dall'educazione alimentare in Brasile, alle esperienze nella REMS di Bologna, coi pazienti e/o con le piante (e gli insetti!), per trasmettere non solo importanti nozioni specialistiche, ma anche le loro speranze di costruire insieme una concezione nuova e migliore di quella che potrebbe essere la presa in carico di una persona con disagio fisico e/o psichico. Grazie ai miei tutor, la Professoressa Meneghello e il Dottor Pommier, grazie ai docenti e agli organizzatori del Master, grazie a Villa Ghigi che ci ha accolte e grazie alle compagne del Master, spero che questo sia solo l'inizio.

Bibliografia

1. Théolier L, Lhande P. L'homme noir chez les hommes noirs. Le P. Félix Volpette, fondateur des "Jardins ouvriers", 1856-1922.
2. Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, Lundin S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *J Environ Psychol*. 2018;
3. Ulrich RS. View through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Sci New Ser*. 1984;
4. Pommier R, Pringuey D, Pringuey-Criou F, Boulon Y, Boyer S, Massoubre C. Approche qualitative de l'éprouvé au Jardin de Soins. Une étude exploratoire en Psychiatrie de l'Adulte. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2018;
5. Gianquinto G, Righetto C, Marino V, D'Imperio D, Meneghello F. The perceived restorativeness scale supports horticultural therapy in hospital green areas, data from 294 questionnaires. *Acta Hort*. 2021;
6. Meneghello F, Marcassa G, Koch I, et al. Garden therapy in neurorehabilitation: well-being and skills improvement. *Acta Hort*. 2016;
7. Murrioni V, Cavalli R, Basso A, et al. Effectiveness of Therapeutic Gardens for People with Dementia: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;
8. Un réseau de jardins de santé comme terrain d'innovation au service des parcours de soin - Innovons par l'humain pour la médecine de demain.

<https://www.danaecare.com/activit%C3%A9s/actions-d-innovation-sociale/r%C3%A9seau-loire-des-jardins-de-sant%C3%A9/>

9. Santé et Jardins - Université Jean Monnet. <https://www.univ-st-etienne.fr/fr/formation/d-u-sante-ZN/d-u-sante-ZN/sante-et-jardins-KQ6LV14R.html?search-keywords=du+sant%C3%A9>

10. Sulle Arie, Sulle Acque e Sui Luoghi, Ippocrate.pdf.

11. Les espaces verts urbains, lieux de santé publique, vecteurs d'activité économique - Etude Asterès | Unep. Accessed March 22, 2023. <https://www.lesentreprisesdupaysage.fr/tout-savoir-sur-les-bienfaits-du-vegetal/publications/les-espaces-verts-urbains-lieux-de-sante-publique-vecteurs-dactivite-economique-etude-asteres/>

12. Jonveaux TR, Batt M, Fescharek R, et al. Healing Gardens and Cognitive Behavioral Units in the Management of Alzheimer's Disease Patients: The Nancy Experience. *J Alzheimers Dis.* 2013;

13. gazzetta minist 1994.pdf.

14. CARTA DI OTTAWA 1986.pdf.

15. HAS_Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses_Avril 2011.pdf.

16. Plateforme CEPS : classification inm. <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationinm>

17. Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry.* 2007;68 Suppl 2:3-9.

18. Manus JM. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *Rev Francoph Lab.* 2019;

19. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, et al. LA PREVALENZA DEI DISTURBI MENTALI IN ITALIA. IL PROGETTO ESEMED-WMH. UNA SINTESI.

20. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Accessed March 22, 2023. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

21. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;

22. Clausen JA. BEING MENTALLY ILL: A SOCIOLOGICAL THEORY. By Thomas J. Scheff. Chicago: Aldine Publishing Company, 1966.

23. Deegan PE, Drake RE. Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process. *Psychiatr Serv.* 2006;

24. European Health for All database (HFA-DB) data source - European Health Information Gateway. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>

25. Pálsdóttir A, Persson D, Persson B, Grahn P. The Journey of Recovery and Empowerment Embraced by Nature — Clients' Perspectives on Nature-Based Rehabilitation in Relation to the Role of the Natural Environment. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;

26. Assistenza, ospedale e territorio .
https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_3_assistenza.html
27. Tosquelles F. [Some more details about institutional psychotherapy]. *Soins Psychiatr.* 1981;
28. Folstein S. Twin and adoption studies in child and adolescent psychiatric disorders: *Curr Opin Pediatr.* 1996;
29. Maas J. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *J Epidemiol Community Health.* 2006;
30. Fearon P, Morgan C. Environmental Factors in Schizophrenia: The Role of Migrant Studies. *Schizophr Bull.* 2005;
31. Lasater CA. A Systematic Review of Studies Evaluating the Effectiveness of Horticultural Therapy for Increasing Well-Being and Decreasing Anxiety and Depression.
32. Porges SW. The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleve Clin J Med.* 2009;
33. Lu S, Zhao Y, Liu J, Xu F, Wang Z. Effectiveness of Horticultural Therapy in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;
34. Mati A. Salvarsi con il verde.
35. The use of sensory perception of plants in horticultural therapy of alcohol addiction *Journal of Therapeutic Horticulture* 2017.pdf.
36. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change.* 2nd ed. Guilford Press; 2002.
37. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;
38. GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf.
39. Christie MA, Thomson M, Miller PK, Cole F. Personality Disorder and Intellectual Disability: The Impacts of Horticultural Therapy Within a Medium-Secure Unit.
40. Lancement du Trophée Green Link des Jardins en prison – Green Link. Published June 21, 2021. <https://www.green-link.org/2021/06/21/trophee-green-link-jardins-en-prison/>
41. Jonveaux TR, Fescharek R. When Art Meets Gardens: Does It Enhance the Benefits? The Nancy Hypothesis of Care for Persons with Alzheimer’s Disease. *J Alzheimers Dis.* 2018;
42. Conséquences de la désafférentation sensorielle... - Les bibliothèques du GHU Paris. https://bibliotheques.ghu-paris.fr/index.php?lvl=notice_display&id=40297
43. Detweiler MB, Sharma T, Detweiler JG, et al. What Is the Evidence to Support the Use of Therapeutic Gardens for the Elderly? *Psychiatry Investig.* 2012;
44. Mita S, Hosokawa M, Hayashi T. Appropriate horticultural therapy task setting considering patient’s self-efficacy and personality: modeling the therapist’s perspective on elderly patients with dementia.
45. Heród A, Szewczyk-Taranek B, Pawłowska B. Therapeutic horticulture as a potential tool of preventive geriatric medicine improving health, well-being and life quality – A systematic review. *Folia Hort.* 2022;
46. Stahl SM. Stahl’s Essential Psychopharmacology.



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

MASTER I LIVELLO
MASTER IN ORTICOLTURA TERAPEUTICA

47. AIFA. Dossier Farmaci & Estate.
48. Fotosensibilità da farmaci | Farmacovigilanza
<https://www.farmacovigilanza.eu/node/914>
49. Medications and other Agents that Increase Sensitivity to Light | Wisconsin Department of Health Services. <https://dhs.wisconsin.gov/radiation/medications.htm>
50. Ortoterapia – Fondazione Villa Ghigi .
<https://www.fondazionevillaghigi.it/ortoterapia/>

Allegato 1

Indication Médicale du Soin en Hortithérapie au Jardin des Mélisses (d'après la CMH-18 élaborée par le Dr F. PRINGUEY)

A REMPLIR AVEC LE PATIENT

Médecin référent _____ Service _____ Date _____

ETIQUETTE PATIENT	QUICK TEST
-------------------	------------

Vous avez indiqué un soin en hortithérapie au Jardin des Mélisses
L'indication est posée par l'équipe soignante et l'avis doit être confirmé par le médecin en charge du patient.
Assurez-vous de l'absence de contre-indication médicale (Pas de VAT à jour, allergie sévère)

Cette activité groupale s'adresse à des patients dont l'état clinique le permet. Ils doivent être volontaires.

Précisez pour chacune des 18 dimensions symptomatiques proposées lesquelles ont conduit à cette indication

Dimension symptomatique cible présence et intensité	Absent	Peu	Moyen	Important	Très fort
1.Le retrait					
2.La pauvreté des échanges					
3.Le désintérêt					
4.La perte de plaisir					
5.L'isolement					
6.Le repli sur soi					
7.La crainte de l'autre					
8.Les difficultés de communication					
9.L'anxiété					
10.La perte de confiance en soi					
11.Le pessimisme					
12.La diminution de l'activité motrice					
13.Le ralentissement					
14.L'apragmatisme					
15.La désorganisation					
16.Les difficultés d'adaptation à la vie sociale					
17.La dépendance					
18.La perte d'autonomie					

Ce soin consiste en 8 séances consécutives maximum à hauteur de 2 séances par semaine, d'une durée d'une heure quinze.

Au maximum le groupe compte 8 patients accompagnés de 2 soignants, qui peuvent restreindre le groupe selon leurs évaluations.

Cette fiche d'indication est amenée à évoluer en fonction de vos suggestions et à l'usage.



Allegato 2



Echelle d'évaluation des émotions PANAS

Version Française par Gaudreau et al de la « Positive And Negative Affect Scale » de Watson et al.

Echelle d'auto-évaluation brève en 5 points de 20 adjectifs décrivant les émotions et sentiments du moment présent. Remplie avant et après chaque séance de soin.

Date **Nom** **Prénom** **Sexe** Homme Femme **Age**
Document rempli : Avant la séance Après la séance **N° de la séance**

Consigne : ce questionnaire contient 20 adjectifs qui décrivent des sentiments et des émotions.

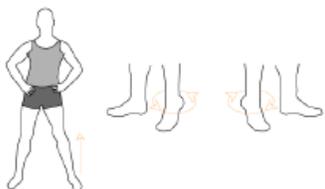
Lisez attentivement chacun de ces adjectifs. Pour chacun d'eux, vous devez indiquer à quel point il décrit comment vous vous sentez actuellement, au moment présent. Pour ce faire, vous devez utiliser le choix de réponses suivant (Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix).

	Très peu ou pas du tout	Peu	Modérément	Beaucoup	Enormément
1. Intéressé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Angoissé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Excité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Fâché(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Fort(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Coupable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Effrayé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hostile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Enthousiaste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Fier(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Irrité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Alerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Honteux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Inspiré(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nerveux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Déterminé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Attentif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Agité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Actif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Craintif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allegato 3

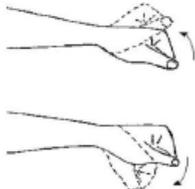
ECHAUFFEMENT CHEVILLES

	<ul style="list-style-type: none"> • Se tenir droit / Fixer un point • Mettre les bras le long du corps • Lever alternativement les talons et les pointes des pieds • <u>Fréquence</u> : 10 élévations
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Ecarter les pieds de la largeur des épaules • Appuyer le poids du corps sur un pied • Soulever l'autre pied sur les orteils • S'accroupir et se relever lentement jusqu'à la pointe des pieds • Effectuez la rotation du talon du pied qui est soulevé sur ses orteils, vers la droite et la gauche • <u>Fréquence</u> : 10 fois pour chaque pied
---	--

ECHAUFFEMENT POIGNETS

	<ul style="list-style-type: none"> • Joindre ses deux mains, les doigts entremêlés • Faire des rotations • <u>Fréquence</u> : Pendant 30 secondes
---	--

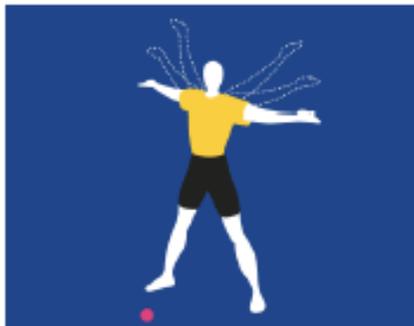
	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des poings avec ses deux poignets • Alterner flexion et extension de poignets • <u>Fréquence</u> : 10 fois
---	--



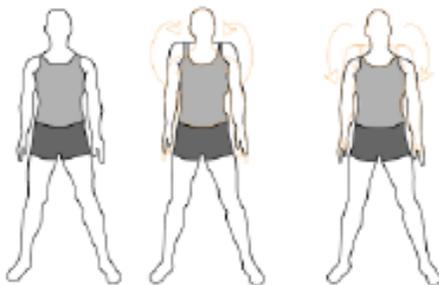
ECHAUFFEMENT EPAULES



- Balancement réciproque des bras
- Fréquence : 10 fois



- Ecarter les pieds de la largeur des épaules
- Faire 5 mouvements de crawl arrière ou avant à 3 hauteurs différentes.
- Fréquence : 15 fois



- Ecarter les pieds de la largeur des épaules
- Mettre les bras le long du corps
- Effectuer rotation des épaules vers l'avant et vers l'arrière
- Fréquence : 10 fois

ECHAUFFEMENT TRONC

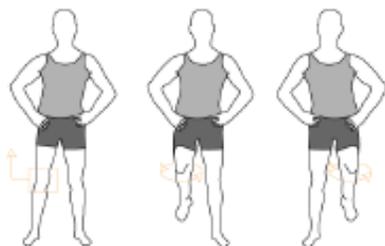


- Ecarter les jambes de la largeur des épaules
- Tendre horizontalement ses bras
- Orienter alternativement son torse à gauche puis à droite
- Fréquence : 10 fois



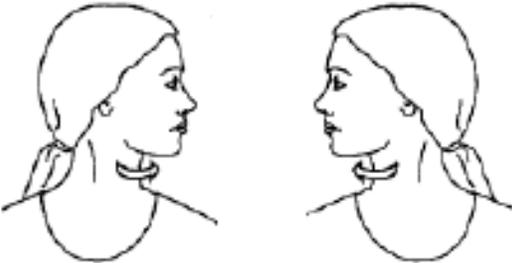
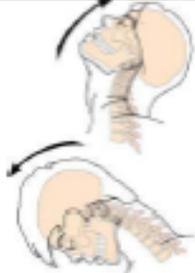
- Ecarter les jambes de la largeur des épaules
- Appuyer le bras gauche contre sa cuisse
- Tendre l'autre bras vers le haut
- Incliner son tronc à gauche
- Fréquence : 15 secondes de chaque côté

ECHAUFFEMENT JAMBES



- Ecarter les pieds de la largeur des épaules
- Mettre les mains sur les hanches
- Levez la jambe vers le haut, fléchie au niveau du genou.
- Effectuez des rotations de la jambe au genou vers la gauche et vers la droite.
- Changez de jambe.
-
- Fréquence : 10 fois pour chaque jambe

ECHAUFFEMENT TETE

	<ul style="list-style-type: none"> • Ecarter les pieds de la largeur des épaules • Mettre les bras le long du corps • Faire des mouvements circulaires avec sa tête • <u>Fréquence</u> : 5 fois à droite / 5 fois à gauche
	<ul style="list-style-type: none"> • Ecarter les pieds de la largeur des épaules • Mettre les bras le long du corps • Faire des rotations avec sa tête comme si vous vous apprêtiez à traverser un passage pour piétons • Orienter successivement son regard à droite puis à gauche • <u>Fréquence</u> : 6 rotations (3 fois à droite / 3 fois à gauche)
	<ul style="list-style-type: none"> • Ecarter les pieds de la largeur des épaules • Mettre les bras le long du corps • Faire des inclinaisons avec sa tête du haut vers le bas • <u>Fréquence</u> : 6 fois
	<ul style="list-style-type: none"> • Ecarter les pieds de la largeur des épaules • Mettre les bras le long du corps • Faire des inclinaisons de la droite vers la gauche • <u>Fréquence</u> : 6 fois



Allegato 4

Problema	Soluzioni
<i>Disorientamento temporale</i>	Marcatori temporali: orologio Fontane con spruzzi d'acqua Piante ad andamento stagionale (decidue, con foliage/fioriture stagionali)
<i>Disorientamento spaziale</i>	Organizzazione spaziale del giardino semplificata e di facile leggibilità (alberi agli ingressi, sentieri a otto...) Indicazioni spaziali chiaramente identificabili agli incroci Recinzioni Mantenimento del contatto visuale col caregiver Mantenimento del contatto visuale con l'ambiente circostante
<i>Disordini della comunicazione</i>	Arricchimento multimodale delle percezioni sensoriali Diversificazione dei centri di interesse Panchine di "conversazione" progettate per stimolare l'interazione e la comunicazione (accanto a cespugli colorati...)
<i>Memoria semantica</i>	Fornire conoscenze generali sulla natura, le piante, il giardinaggio, nozioni "eco-socio-culturali" e riferimenti regionali socioculturali Indici di biodiversità
<i>Memoria procedurale</i>	Implementazione di attività routinarie nella vita quotidiana: camminare, innaffiare, raccogliere le foglie, raccogliere i fiori e i frutti, giardinaggio adattativo
<i>Promuovere e incoraggiare interazioni sociali e transgenerazionali</i>	Ambienti che permettono di riunirsi in gruppi Arredamento specifico che faciliti la conversazione, mobile, leggero, durevole, spostabile e che integri riferimenti culturali Elementi attrattivi per i bambini
<i>Apatia</i>	Arricchimento multimodale del sensorio Indici di biodiversità Diversità dei centri di interesse Fornire punti di sosta dove il sedersi in compagnia è piacevole e stimolante, favorendo l'interazione



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

MASTER I LIVELLO
MASTER IN ORTICOLTURA TERAPEUTICA

Problema	Soluzioni
<i>Aggressività</i>	<p>Effetto appagante dell'interazione con l'ambiente</p> <p>Ridurre le interazioni distruttive tra soggetti in ambienti confinati all'interno dell'edificio</p> <p>Fornire punti di sosta calmanti che siano attraenti (con possibilità di mantenere la privacy anche in un ambiente collettivo)</p>
<i>Agitazione</i>	<p>Riduzione delle restrizioni ambientali permettendo il movimento libero e autonomo nel giardino</p> <p>Attività fisica in relazione alle capacità e alla volontà di ogni individuo</p> <p>Punti di riposo tranquilli e attraenti (per ridurre le interazioni con altri pazienti in fasi di agitazione)</p>
<i>Wandering</i>	<p>Aumentare lo spazio disponibile</p> <p>Aggiungere centri di interesse per rifocalizzare l'attenzione</p> <p>Fornire una vasta scelta di punti di sosta attraenti</p>

Allegato 5

Elenco dei principali farmaci per categoria terapeutica che possono indurre reazioni fototossiche e fotoallergiche. (fonte: <https://www.farmacovigilanza.eu/node/914>)

Gruppo terapeutico	Farmaci	Reazione fototossica	Reazione fotoallergica
Contraccettivi orali	es. etinilestradiolo + gestodene, etinilestradiolo + desogestrel	No	Si
Farmaci cardiovascolari	Diltiazem	Si	No
	Amiodarone	Si	No
Diuretici	Furosemide	Si	No
	Idroclorotiazide	Si	Si
FANS	Ketoprofene	Si	Si
	Naproxene	Si	No
	Celecoxib	No	Si
	Salicilati	No	Si
Neurolettici	Imipramina	Si	No
	Fenotiazine	Si	Si
Antimicrobici	Tetracicline	Si	No
	Chinoloni	Si	Si
	Sulfonamide	Si	No
Antifungini	Voriconazolo	Si	No
	Ketoconazolo	Si	Si
	Itraconazolo	Si	Si
	Griseofulvina	Si	Si
Ippoglicemizzanti orali	Sulfoniluree (glipizide)	Si	Si
Retinoidi	Isotretinoina	Si	No
Farmaci citotossici	Fluorouracile, Vinblastina	Nd	Nd
	Dacarbazina, Procarbazina	Nd	Nd
	Metotrexato	Nd	Nd