

Healing gardens.

Progettare verde pubblico terapeutico condiviso *

di Giuseppe A. Micheli, Giulio B. Micheli, Ivan G. Ramaroli

Questo articolo incrocia tra loro approcci disciplinari molto diversi, come basi per investigare con cognizione di causa un filone recente e innovativo di progettazione e utilizzo di spazi verdi pubblici: i cosiddetti *Quiet Gardens*, disegnati per essere condivisi dalla popolazione urbana con quella parte colpita da demenze già nella loro fase *early-midstage*. Per l'intera famiglia di queste patologie, oggi a sviluppo pandemico e senza risposte farmacologiche, l'articolo discute la dubbia efficacia di un intervento riduttivamente cognitivo. Dove la capacità logico-cognitiva declina, l'identità e la dignità della persona può essere alimentata da stimoli sensoriali. In questa direzione la pratica medica ha risposto progettando «giardini Alzheimer»: ma da alcuni decenni l'idea di giardini intesi come *Hortus Conclusus*, recintati in difesa di una «libertà protetta», sta evolvendo verso forme di *Healing Gardens*, integrati e condivisi entro spazi verdi pubblici. Con un programma scientifico e operativo assai simile William Battie, 250 anni fa, trattava i *lunatics* mettendo al centro il *moral management*, cioè il rapporto tra il malato e il suo ambiente umano e naturale. Di queste esperienze – che si stanno affacciando negli ultimi dieci anni in Nord-America – la seconda parte dell'articolo descrive i criteri base per la progettazione e una simulazione, sviluppando il *concept* in forma di progetto. È possibile così individuare alcuni punti critici (ma risolvibili) di questo tipo di progetti, e un nodo per definizione insolubile.

* Il testo riprende alcuni spunti degli autori raccolti nel volume di G.A. Micheli, *Giovani anziani fragili. Se si spengono presto le «normali» abilità cognitive*, Franco Angeli, Milano 2016. I temi trattati proseguono un discorso avviato con due precedenti saggi a doppia firma da G.A. e G.B. Micheli: *La compenetrazione di esterni ed interni per fronteggiare situazioni di confinamento*, in «Territorio», 43, 2007, pp. 121-8; *Disegnare sistemi e spazi di cura per Alzheimer*, in «Giornale di Gerontologia», LX, 4, 2007, pp. 206-17.

1. Un'emergenza del nostro tempo reclama risposte socialmente condivise

Il mondo ha davanti a sé un'emergenza globale. Il recente rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità¹ stima che le sindromi di Alzheimer, al 2011 intorno ai 18 milioni sopra i 60 anni, saranno circa 33 milioni nel 2030, e 57 milioni nel 2050, con un tempo di raddoppio ogni 23 anni, giorno più giorno meno. E poiché la sindrome di Alzheimer copre solo una quota non ancora ben valutabile, ma grosso modo pari almeno a metà delle demenze neurodegenerative primarie (Dnp), per capire la portata del fenomeno sarebbe più corretto raddoppiare i numeri dati. In Europa l'incremento sarà più contenuto, ma solo perché già i numeri assoluti odierni sono elevati; quanto all'Italia, è uno dei nove Paesi col maggior numero di persone già dichiarate malate, affidate a un esercito di badanti. Anche la spesa mondiale per fronteggiare le demenze cresce di conseguenza: oggi si aggira intorno ai 600 miliardi di dollari, cifra che collocherebbe le demenze al 21° posto nel *rank* delle maggiori economie del mondo, tra Polonia e Arabia Saudita. E il 90% di questa spesa è investito nei Paesi ad alto reddito. Stiamo insomma assistendo al diffondersi, secondo autorevoli studiosi², di una vera e propria pandemia.

Non in senso stretto, certo. Per parlare di pandemia l'Oms richiede di trovarsi di fronte a un focolaio di una malattia contagiosa, con tassi elevati di incidenza e letalità, che tocchi in contemporanea o in rapida successione di tempo un ampio numero di quadranti dello scenario mondiale. Per le Dnp – come per le neoplasie, che tanto capillarmente ci coinvolgono nella cerchia delle persone più vicine – manca il carattere del contagio da persona a persona e l'evidenza di alta letalità. Il problema potrebbe essere derubricato a una «pandemia di stati di disabilità». Ma l'incidenza, la diffusione planetaria e i ritmi di diffusione legittimano il richiamo a un termine che nasce e si imprime con forza nell'immaginario collettivo.

Le demenze non hanno però solo tempi di diffusione pandemici: hanno anche almeno quattro spiccate implicazioni sociologiche. La prima è che le Dnp sono a tutt'oggi segnate da una forte indeterminatezza del loro statuto clinico. Lo «*State of the Nation*» report britannico del 2013 calcola che in Gran Bretagna «meno di metà delle persone affette da demenza riceve una diagnosi adeguata». Eserciti di persone convivono con una strana confusione in testa, ma nessuno sa ancora aiutarli a darle un nome. Inoltre,

¹ World Health Organization, *Alzheimer's Disease International Dementia. A Public Health Priority*, 2012.

² A. Guaita, *La cura protesica e globale nelle residenze per anziani*, in *La questione anziana*, a cura di G.A. Micheli, Franco Angeli, Milano 2004, pp. 151-65.

nella maggior parte dei casi, i trattamenti terapeutici oggi utilizzati offrono piccoli benefici sintomatici, al più rallentando il decorso della patologia. Così l'incombere di un ventaglio di disturbi del comportamento che ricadono pesantemente sulle relazioni sociali tende a convogliare l'attenzione dell'intervento sui sintomi, e l'indeterminatezza dello statuto clinico delle Dnp porta a omologarle e confinarle nel territorio della cronicità indistinta, sorta di basso continuo dello spartito della società moderna, individualizzata e invecchiata, che produce a cascata trattamenti indifferenziati e amorfi.

In secondo luogo, in parallelo al deterioramento cognitivo della persona affetta da Alzheimer scorre il deterioramento del vissuto dei componenti la famiglia, per primo il suo caregiver. Più che per altre patologie cronico-degenerative il lavoro di cura è insostenibile, per varie ragioni: la progressione certa ma impercettibile, la logica spersonalizzante della patologia, la forza distruttiva della metamorfosi; la complessità di ogni intervento (ogni malato è un caso a se stante, per diagnosi, comportamenti, percorsi quotidiani) assolutamente «non standardizzabile e non routinizzabile» – qualità che rendono gestibili in strutture ospedaliere molte patologie, ma non la malattia mentale³, e non l'Alzheimer; lo spegnersi – insieme con la frantumazione delle capacità cognitive – della capacità della persona di esprimere la propria sofferenza⁴.

La terza peculiarità intrinsecamente sociale delle Dnp consiste nella scansione per stadi ben distinti con cui evolvono. Il primo stadio (*early-stage*, 1-3 tre anni) non intacca in modo grave le capacità funzionali dell'individuo, che conserva autonomia nella cura di sé mentre necessita di aiuto nella gestione di attività complesse. Nel terzo stadio, terminale (2-3 anni) i pazienti sono anche funzionalmente dipendenti da chi li assiste e diventano oggetto precipuo di attenzione del sistema sanitario residenziale, il che comporta un salto definitivo nella decostruzione della loro identità. Nel *midstage* (3-8 anni), non a caso lungo più del doppio degli altri due messi insieme, ha luogo una radicale mutazione: da una vita ancora integrata ma via via più problematica nelle cerchie di relazioni sociali, all'emergere di stati d'animo compulsivi, ansiosi, agitati fino a una vita di obbligato arretramento e isolamento, perché il corpo non risponde più alle regole elementari della quotidianità. Tre stadi, dunque, tre individui differenti,

³ C. Perrow, *Le organizzazioni complesse*, Franco Angeli, Milano 1977.

⁴ «In tutte le situazioni di vita in cui ci sentiamo colpiti, angosciati e smarriti, la improvvisa coscienza di un chiaro sapere, sia questo vero o falso, possiede già in sé un'efficacia serenatrice», K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, Springer-Verlag, Berlin, 6th Ed., 1953, p. 82, citato in E. De Martino, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino, 1977 p. 21.

tre distinti *setting* istituzionale in cui egli si colloca, scivolando da attore di vita pubblica (attiva) e privata (familiare) a oggetto passivo di assistenza.

La quarta implicazione sociologica è cosa di recente consapevolezza. Sta emergendo una tipologia di Dnp a esordio precoce (*Early Onset*), prima dei sessanta anni, che iniziando anticipatamente entrano nel *midstage* già poco dopo i 60-65 anni, età in cui la popolazione occidentale sempre più si addensa: una persona ancora ben radicata in una fase del corso di vita segnata da una fitta rete di impegni e legami sociali vive sulla sua pelle la via crucis dello stadio più avanzato e problematico della malattia. Sorta di ir-cocervi, le *Young Adults Dementias* (Yod) sono al contempo dotate ancora di forte *empowerment* sociale (hanno impegni economici o di relazioni con figli e con genitori anziani, mantengono relazioni di lavoro, vivono una vita da loro percepita come di grande autonomia) e maledettamente fragili, per il disgregarsi del sistema logico-cognitivo. Non ci sono segnali di crescita dell'incidenza di Yod nelle ultime coorti, ma anche una piccola variazione della loro incidenza può cambiare vistosamente le proiezioni, man mano che la coorte invecchia, con un impatto rilevante sui sistemi sanitari.

«Qui tra noi c'è qualcuno che non è quello che sembra», dice il protagonista del film *La cosa di un altro mondo*. Non c'è, per ora, quasi alcuna consapevolezza di questo diverso «alieno» che è tra noi⁵. Ma al di là dei costi del welfare, il nodo cruciale è che le Yod non sono persone il cui problema si risolve con un ricovero in residenze sanitarie assistite. Perché sono tra noi, con una crescente confusione in testa e quell'ammutilamento di cui parlava Jaspers, che non consente di dare forma o espressione alla propria sofferenza.

La più recente Conferenza Internazionale dell'Alzheimer's Association ha ufficializzato le attese degli ultimi anni intorno a una famiglia di composti farmacologici, gli Anticorpi Monoclonali umani ricombinanti (mAB), che interferiscono nel processo degenerativo di Alzheimer aggan-ciando le placche di proteina amiloide nel cervello e trascinandole con sé nel sangue. La somministrazione di uno di questi composti, nelle sperimentazioni preliminari, mostra una riduzione delle placche rilevate in *neuro-imaging* e anche un qualche miglioramento nelle capacità cognitive dei pazienti, ma a condizione di avere a che fare con pazienti *early-stage*. Una strada dunque promettente, ma solo se coniugata a tecniche di diagnosi assai precoce.

⁵ Eccezione di rilievo, una finestra esplicitamente dedicata agli *Younger people with dementia* è aperta nel sito della Alzheimer Society britannica (<http://www.alzheimers.org.uk/>), che stima intorno a 40.000 le persone in questa condizione nella sola Gran Bretagna, metà dei quali ancora senza una diagnosi precisa.

Conviene ricordare che anche campagne di screening di massa per i tumori al seno hanno lasciato aperta la strada all'insorgere della patologia in un numero di casi altrettanto massiccio: per essi sono stati i progressi della tecnica chirurgica non invasiva (coniugata alla forza di antibiotici ancora non batterio-resistenti). Per chi supera senza accorgersene le soglie che le scale di misura cliniche definiscono di pre-demenza, non resta che aspettare ulteriori avanzamenti della chimica. Ma in attesa di ciò, occorre battere altre piste. Una è oggi dominante: la pista della stimolazione cognitiva.

Colpisce che nelle prime annate di una rivista il cui programma è tutto nel nome (Non-pharmacological Therapies in Dementia) solo pochi articoli non hanno a che fare con procedure di stimolazione cognitiva. Eppure, se la continuità interna di Ego potesse realizzarsi solo attraverso la memoria e l'elaborazione di schemi cognitivi, e il funzionamento di schemi cognitivi fosse prerequisito dell'essere persona, come potrebbe esserci continuità in presenza di un collasso degli schemi cognitivi? Nell'aggravarsi di una demenza, che smantella le capacità di rappresentazione mentale, saremmo in presenza di persone o di mere «non-persone»? Una deriva paradossale che diviene ancora più esplicita nella recente variante della «mente simulativa»⁶.

Davvero, ci chiediamo, c'è un unico modello congetturale possibile? L'esperire vivente risiede esclusivamente nell'elaborazione cognitiva o qualcosa pre-esiste, nell'esperire stati d'animo che precedono e prefigurano la cognizione? Gregory Bateson sostiene persuasivamente che una visione del mondo non può che essere «binoculare»: «Di regola e in senso metaforico, la dimensione della profondità si aggiunge allo sguardo solo se e quando raccogliamo e codifichiamo un'informazione tramite due differenti canali descrittivi»⁷.

Nel silenzio della chimica, ci sembra di poter dire che l'approccio cognitivo sia prospettiva «monoculare». Per questo crediamo che, per uscire dalla trappola del riduzionismo cognitivo⁸, occorra affiancare alla Gestalt dominante (basata sulla sequenza «input informativo-elaborazione cognitiva-eventuale esperienza emozionale») una diversa sequenza, basata sugli studi di frontiera di Damasio e Edelman⁹, che porti dalla percezione

⁶ «Un'esistenza umana priva di significati [...] sarebbe la condanna più terribile cui potremmo pensare, poiché vorrebbe dire: «tu non esisti», pur essendo vivo», L. Anolli, F. Mantovani, *Come funziona la nostra mente. Apprendimento, simulazione e Serious Games*, il Mulino, Bologna 2011, pp. 247-8.

⁷ G. Bateson, *Mind and Nature. A Necessary Unit*, Bantam Books, New York 1979, pp. 68-70.

⁸ G.A. Micheli, *Il sonno del riduzionismo cognitivo genera paradossi nelle scienze dell'uomo?*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 2, 2016, in corso di pubblicazione.

⁹ A. Damasio, *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000; G.M. Edelman, G. Tononi, *Un universo di coscienza*, Einaudi, Torino 2000.

sensoriale a un sistema di esperienza affettivamente vissuto, il quale a sua volta faccia da filtro per ogni elaborazione cognitiva. Una sequenza in cui l'Erlebnis non sia solo una ricaduta successiva e opzionale del processo cognitivo, ma al contrario lo preceda, lo condizioni e possa anche costituire il punto terminale nel processo di produzione di identità.

Si muove davvero ancora in *terra incognita* chi si affaccia oltre il bordo dei paradigmi cognitivi. Ancor più borderline è incrociare un approccio non strettamente cognitivo con riflessioni sulle forme dello spazio. Seguiamo allora, a partire dagli anni ottanta, questa traccia.

Nel 1984, in due pagine su *Science*, Roger S. Ulrich¹⁰ presenta i risultati di una ricerca sui tempi di recupero di pazienti colecistectomizzati in un ospedale suburbano della Pennsylvania. In tutti gli indicatori usati (durata del ricovero postoperatorio, valutazione degli infermieri, dosaggi di analgesici) i pazienti con un letto che dava su un giardino alberato mostravano performance significativamente migliori rispetto a quelli con finestra prospiciente a un muro. Il loro affacciarsi al mondo attraverso la «finestra sul cortile» contava eccome, a parità delle più classiche variabili di controllo. Pur con tutte le cautele sulla generalizzabilità dell'esperienza, Ulrich inizia a lavorare sugli effetti in varie direzioni di quelli che Zeisel chiamerà *Healing Gardens*, termine che nel 1999 compare nel titolo di un'importante raccolta di contributi di Cooper Marcus e Barnes¹¹, sui «giardini per il trattamento di Alzheimer».

Healing è a volte declinato come *therapeutic*; più spesso, con sfumature più morbide, come *restorative*. Giardini «rivitalizzanti» per il loro incontro con qualcosa di «naturale»; come quelli Alzheimer, appunto. Ma perché mai la natura dovrebbe essere *restorative*? In che modo l'immersione in uno spazio «naturale» può accentuare stati d'animo positivi (*self-control*, *locus of control*, autostima) capaci di mitigare stati di insicurezza, ansia, frustrazione, di attenuare comportamenti connessi (agitazione e *wandering* afinalistico) e capaci forse di ripristinare anche solo in parte le performance cognitive? Ulrich¹² si dà più risposte teoriche possibili. Una ci pare meriti più attenzione, rispondendo a questa domanda: quali performance, quali proprietà della qualità del vivere possono misurare l'efficacia di un *Healing garden*? Due sono le strade.

¹⁰ R.S. Ulrich R.S., *View through a Window May influence Recovery from Surgery*, in «Science», 224, pp. 420-1.

¹¹ J. Zeisel, M.M. Tyson, *Alzheimer's Treatment Gardens*, in *Healing Gardens. Therapeutic Benefits & Design Recommendations*, eds. C. Cooper Marcus and M. Barnes, Wiley & Sons, New York 1999, pp. 437-504.

¹² R.S. Ulrich, *Effects of Garden on Health Outcomes: Theory & Research*, in *Healing Gardens* cit., pp. 27-86.

Da un lato l'efficacia discende dalla rete di relazioni e attività che consentano la ricostruzione di *capabilities* «psicologiche», dal recupero di abilità «del fare», magari attraverso la strategia del «fare insieme», con ampio spazio ad attività di giardinaggio e ortoterapia, consuete nei modelli abitativi con orto nel backyard che sono dominanti in alcune culture occidentali.

Dall'altro lato l'efficacia degli *healing garden* sta nella loro *vis sere-natrix*, recupero di un equilibrio propriocettivo e cinestetico che si poggia sull'autostima. Questo suggerisce Ulrich, per rispondere alla sua stessa domanda (*why nature is restorative?*). In molti studi sul recupero psichico compare un meccanismo benefico, legato al controllo su sé e il mondo, che definisce «fuga temporanea» (*temporary escape*) «passiva». La definiremo un «lasciarsi andare».

In realtà, parlare di funzioni degli *Healing garden* è come muoversi su un terreno franoso. Le forme di stimolazione sensoriale tramite *Therapeutic Landscapes* stanno infatti evolvendo rapidamente, cercando il loro giusto *setting*, con due cruciali cambi di stato: da giardini indoor a outdoor, da questi (ancora pertinenti alle strutture asilari) all'emancipazione da muri di confinamento.

In principio – dagli anni ottanta ad oggi – dall'interno delle esperienze di strutture di accoglienza per demenze e in generale per anziani è emersa e si è diffusa una crescente sensibilità alla ricerca di forme di estensione ottimale della struttura residenziale a fini di cura. Ma fino alle soglie del millennio i Giardini Alzheimer erano progettati come parte integrante (e rigorosamente inclusa) entro le strutture residenziali per pazienti, sul modello della categoria rinascimentale dell'*Hortus Conclusus*. Ambienti, dunque, che aiutano a mantenere un ponte con l'ambiente naturale, ma che si potevano immaginare come esterni solo per finzione¹³.

Con l'inizio del nuovo secolo si inizia a progettare (anche in Italia) Giardini Alzheimer che spostano outdoor il loro baricentro: non più interni a strutture ospedaliere, ma sul confine tra interno e esterno. Ancora inclusi nelle pertinenze della struttura ma aperti a un flusso bidirezionale: dall'interno (i pazienti, il personale ospedaliero) e dall'esterno (i familiari ma anche visitatori esterni). Il giardino resta entro l'area di pertinenza della struttura sanitaria e come tale circoscritto da un *limes*, ma è fruibile non solo dai pazienti istituzionalizzati ma anche da altre fasce di fruitori: familiari, visitatori, persone disabili, personale ospedaliero.

È nel primo decennio del nuovo secolo che si compiono i primi passi per il terzo salto di qualità. Ora il riferimento non sono più i pazienti

¹³ G.A. Micheli, G.B. Micheli, *La compenetrazione* cit.

istituzionalizzati, ma quelli *midstage* che vivono tra noi, e dormono nelle loro abitazioni. Il baricentro si sposta ancora: non più sull'ambigua linea di confine tra dentro e fuori, ma attrezzando spazi agibili da *young older midstage* all'interno dello spazio verde pubblico, e attrezzandosi culturalmente a dividerlo con tutti i cittadini.

Non sappiamo quali e quanti esempi di questo «terzo livello» di *healing garden* stiano germogliando nel mondo (pochi, ancora)¹⁴. Ma quanto e a che condizioni il baricentro di un Giardino Alzheimer può essere spostato fuori dalle circoscritte mura di una struttura residenziale? E come cambia (perché certo cambia, e radicalmente) il significato di un modello del genere, la sua utenza, la sua funzione? Più avanti tenteremo qualche abbozzo di risposta. Ma una possiamo già proporla, perché consegue logicamente alle definizioni fin qui date. Se è vero che un *Healing garden* può svolgere due distinte funzioni terapeutiche, tra i giovani anziani fragili – ancora inseriti negli ingranaggi del vivere sociale – la funzione di *activity* è per loro spesso ancora accessibile nelle forme ormai diffuse dell'arredo urbano. Poco la distinguerebbe – ci si perdoni la forzatura – dai cosiddetti «percorsi vita», itinerari attrezzati in parchi pubblici per compiere esercizi all'aria aperta. Per questo sub-universo in espansione delle demenze, così interpenetrato e sensitivo rispetto alle regole del vivere urbano, la *quietness* è ben più terapeutica.

Nell'universo Alzheimer, si è visto, il mondo della chimica non ha ancora trovato principi attivi che frenino il processo di declino cognitivo. La storia della psichiatria moderna ci ricorda che dove non c'è ancora cura, il *care* (il prendersi cura per alleviare la sofferenza del cittadino fragile e se possibile abolire le barriere isolanti) implica un impegno collettivo e diffuso. Quando, agli albori della psichiatria moderna, William Battie formalizza nel suo *Treatise on Madness* (1758) il programma di lavoro del St. Luke's Hospital, parte da una affermazione oggi attuale per le Dnp¹⁵. L'obiettivo cui mirare, dice, è sì quello di curare, ma *management did much more than medecine*. Le modalità di rapporto del malato con gli altri e con l'ambiente contano di più di un «intervento medico».

Come tradurre il programma scientifico del *moral management* in forme di supporto sociale alla qualità di vita del paziente Dnp? David

¹⁴ Almeno due li troviamo negli States. Dal 2002 a Portland, Oregon, un giardino specificamente pensato per Alzheimer è inserito in un parco pubblico aperto a chiunque. Dal 2013 a Orlando, Florida, il Lake Beauty Park – un ettaro e mezzo con un lago e querce e cipressi secolari – è condiviso dall'Ospedale locale con la cittadinanza, C. Cooper Marcus, N.A. Sachs, *Therapeutic Landscapes. An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces*, Wiley, New York 2013.

¹⁵ K. Dorner, *Il borghese e il folle*, Laterza, Bari 1975.

Riesman¹⁶ sottolineava come l'instaurarsi di una «direzione interiorizzata» funzioni come un «giroscopio interiore», che opera lungo il canale della produzione logico-cognitiva di senso dell'azione. È, questo, il canale più sofisticato di produzione di senso: processi decisionali alimentati da input logico-cognitivi, che sfociano in azioni «razionali». La logica cognitiva dell'azione «razionale» è una *built-in function* essenziale della odierna filosofia della vita sociale, di cui l'uomo in società ha una fame tanto primigenia da esser data per scontata. Ma quando la degenerazione delle capacità logico-cognitive inceppa il «giroscopio interiore» di un individuo, mancando a tutt'oggi strumenti per ripristinarlo, occorre articolare una risposta sociale che faccia da supplenza, affiancando via via ad una logica razionale deficitaria altre forme esperienziali produttrici di senso. E quando la «fame di azioni razionali» resta insoddisfacibile restano e acquistano peso le pulsioni a soddisfare altri tipi di «fame» di esperienze dotate di senso: fame di luce, di suoni, di odori, di contatto con porosità e discontinuità; fame di coordinamento del corpo e nel corpo.

Il *moral management* di Battie può e deve articolare forme esperienziali produttrici di senso attraverso canali sensoriali, cinestesici e propriocettivi, capaci di ricostruire nel malato un sistema di coordinate di vita che supplisca al giroscopio interiore entrato in crisi.

2. *Da Hortus Conclusus a innesti in spazi verdi pubblici condivisi*

L'idea base (il *concept*) di queste pagine è quello di progettare non più solo *hortus conclusus*, né solo spazi posti sull'ambigua linea di confine tra dentro e fuori, ma modi di «gestione sociale diffusa» (*moral management*) dello spazio verde pubblico, innestandovi *Healing Garden* pensati in modo da essere condivisi da cittadini cognitivamente fragili (per far leva sulla loro identità sensoriale) e da cittadini «non fragili». Questo terzo livello di progettazione punta a fare interagire le criticità di alcuni e le «normalità» dei più non all'interno di spazi di confinamento più o meno camuffati, ma in spazi totalmente pubblici, organizzati in modalità *restorative*.

¹⁶ D. Riesman, *The Lonely Crowd. A Study of the Changing American Character*, Doubleday, New York 1953.

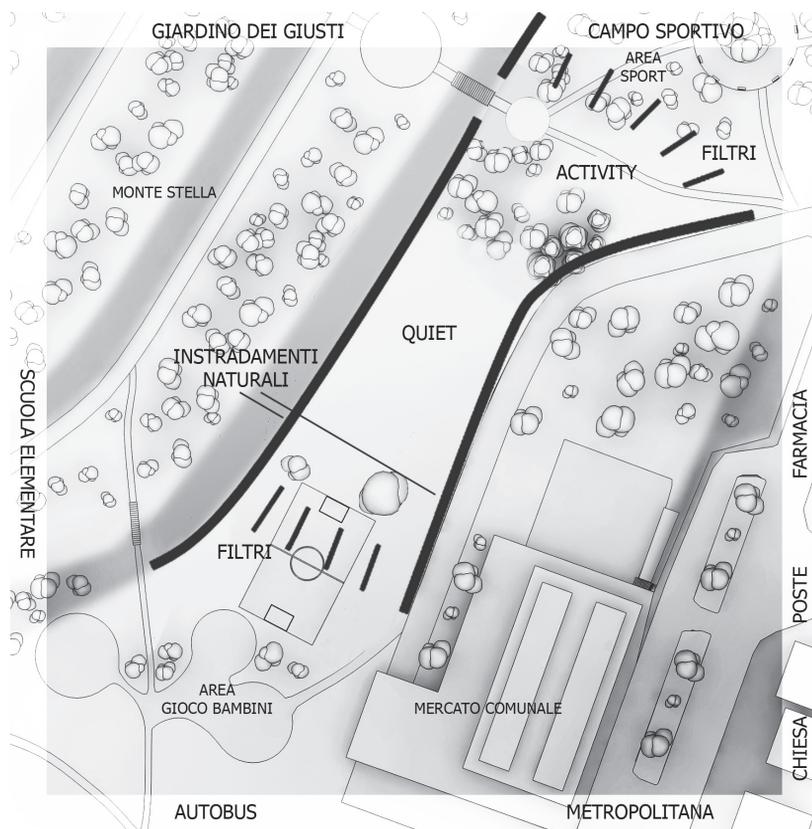
Per dar forma di progetto al *concept*, il primo passo è stendere un promemoria di criteri base, alla stregua di quanto fa Elizabeth Brawley¹⁷ per il disegno di interni dedicati ad Alzheimer già istituzionalizzati. Quel che segue è quindi una lista minimale di criteri di organizzazione di spazi verdi condivisi organizzati in modalità *restorative*:

- l'*Healing Garden* va integrato nel contesto urbano, ottimizzando accessibilità e permeabilità nella città, e insieme sicurezza e possibilità di manutenzione;
- lo spazio interno va disegnato tracciando percorsi naturali di *wandering* a circuito, intervallati con aree di sosta, prevedendo uno o più punti di monitoraggio visivo diretto, rispettando alcuni criteri di funzionalità e sicurezza (corrimano dove necessari, superfici che consentano il transito di *wheelchairs*), prevedendo la compresenza di percorsi più dinamici con percorsi «safe», per gradi diversi di fragilità;
- l'ottimizzazione degli stimoli sensoriali impone di inserire elementi sensibili al tatto (materiali ruvidi vs morbidi), vista (fiori, arbusti, piante perenni/stagionali), olfatto (essenze profumate atossiche), udito (vento, fluire dell'acqua, evitando rumori/suoni sovrapposti). Se la funzione da attivare è anche di *Activity Garden*, vanno attrezzate anche aree per giardinaggio;
- Wayfinding & Landmarks. Contrassegni territoriali di confine devono essere sensorialmente marcati. La segnaletica di indirizzamento lungo i percorsi deve essere chiara, ben percepibile, semplice e ritmata, ottimizzando declinazioni del colore e grafica;
- i percorsi vanno punteggiati con ripetute aree di sosta con punti di seduta (anche con schienale, per i più fragili) vicino ai punti di accesso, per facilitare l'interazione, e lungo il percorso, in punti appropriati;
- l'illuminazione deve evitare riflessi, abbagliamenti, zone d'ombra, regolando luce e ombra e usando materiali che riflettano la luce in modo uniforme.

Nella città di Milano la maggiore densità di popolazione over 64 è distribuita intorno alla cintura esterna della città, tra la circonvallazione esterna e le aree periferiche. Incrociando questi dati a quelli di geolocalizzazione delle aree verdi pubbliche secondo il grado di loro accessibilità, possiamo identificare alcune aree strategiche rispetto alla popolazione anziana. Una di queste è il Parco Monte Stella. Parte integrante del quartiere Qt8, interamente progettato da Piero Bottoni nei primi anni cinquanta, oggi abitato in

¹⁷ E.C. Brawley, *Design innovations for Aging and Alzheimer's. Creating caring environments*, Wiley & Sons, New York-Chichester 2006.

Figura 1. Spazi verdi condivisi; il caso di Monte Stella; *concept*.



Design by Giulio B. Micheli.

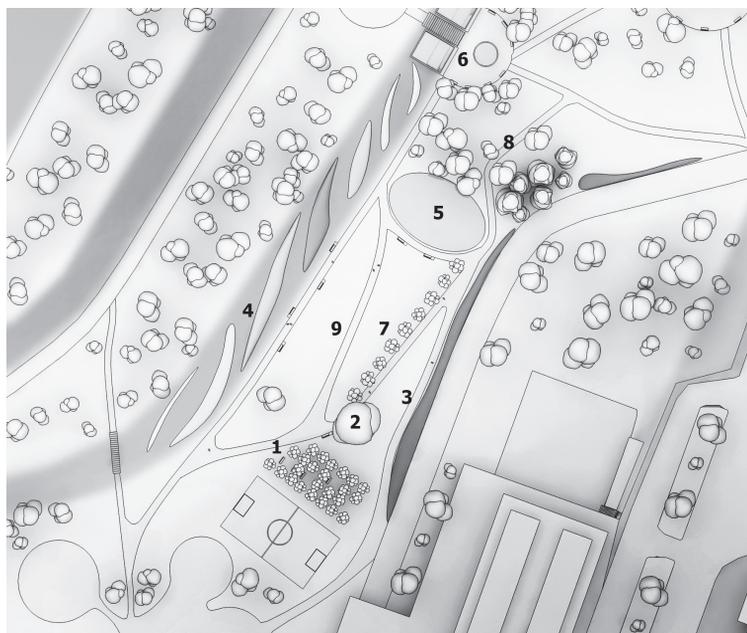
prevalenza da anziani (il 26,8% ha 65 anni o più, il 6,6% almeno 85 anni). Il Monte Stella è un rilievo artificiale di soli 50 metri, che copre un'area considerevole di 370.000 m², facilmente accessibile da buona parte della città grazie alla metropolitana, agli autobus e ai parcheggi che sono a breve distanza a sud del rilievo. La presenza, sempre sul lato sud, di un mercato comunale, una chiesa, parchi giochi per bambini e aree sportive attrezzate consigliano di localizzare la simulazione in un'area tra il mercato e la prima balza, in una superficie di circa 10.000 m². La presenza di aree per bambini e giovani, oltre

che di servizi commerciali, aiuterà i fruitori a sentirsi ancora parte integrante della vita di quartiere.

L'area prescelta è marcata da due lunghi inquadramenti naturali, la prima balza del monte e la strada che costeggia il mercato: spazio delimitato su due lati e aperto sugli altri due che suggerisce (si veda la Fig. 1) di progettare un collegamento ora assente tra area giochi bambini e area sportiva, inserendo filtri naturali che diano ai fruitori dell'area verde condivisa un senso di libertà protetta.

Al suo interno il progetto (si veda la Fig. 2) prevede sia percorsi di collegamento tra le due aree-filtro, sia percorsi protetti ad anello, che consentono

Figura 2. Il caso di Monte Stella; il progetto.

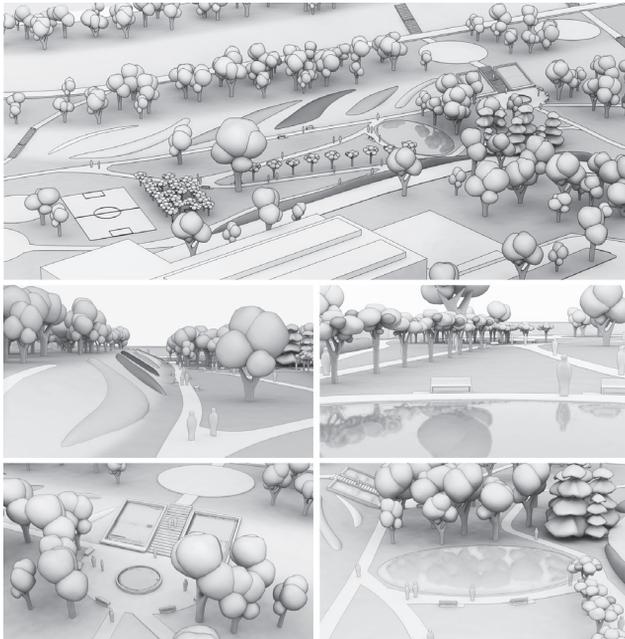


Legenda: 1) Ciliegi e sedute; 2) albero centenario; 3) siepe alta (oscuramento visivo non invasivo); 4) parete di fiori; 5) specchio d'acqua (elemento statico), 6) cascata (elemento dinamico); 7) sentiero alberato; 8) sentiero nel bosco; 9) sentiero nel prato.

ai giovani anziani fragili (grazie alla presenza di *landmark* come il mercato e il monte stesso) di orientarsi e tornare al punto di partenza. Ogni venti metri e lungo tutti i percorsi sono previste panchine e sedute per consentire al visitatore di sostare; peraltro ogni percorso ha sue peculiarità, quindi è ben identificabile. La balza, visibile da ogni punto dell'area verde condivisa, è coltivata con fiori colorati e profumati, per dare un riferimento costante, esteticamente gradevole e ben visibile per i contrasti di colore. Di fronte, la strada interna del mercato comunale è nascosta da siepi sempreverdi e piante odorose, così che non solo non si possa accedervi ma non se ne percepisca la presenza: una barriera non coercitiva la più gradevole e funzionale possibile.

Le aree di filtro sono rappresentate a sud (verso l'area giochi per bambini) dalla piantumazione di piccoli alberi a ciclo stagionale con relative fioriture (Sakura, ciliegi giapponesi) alternate a sedute e a nord (verso l'area sport) dalle grandi alberature già presenti, che formano un boschetto (*rendering* in Fig. 3). I sentieri che si diramano entro l'area protetta vogliono es-

Figura 3. Il caso di Monte Stella; *rendering*.



Design by Giulio B. Micheli.

sere diversi tra loro, rappresentando distinte esperienze sensoriali: sentiero alberato, nel bosco, nel prato. Particolare rilevanza è data alla presenza di un albero secolare, tra i più grandi e vecchi del Monte Stella, sotto il quale ci si può soffermare per godere della sua ombra e della sua maestosità.

L'acqua – elemento di cui attualmente il Monte Stella è privo – non può tuttavia mancare, rivestendo un ruolo fondamentale in un *Healing garden* (specialmente nella funzione di *Quiet garden*) nella sua duplice accezione: come elemento statico (di riflessione) e dinamico (di interazione). Per questo, nella simulazione è inserito uno specchio d'acqua di circa 300 m² subito al di fuori del sentiero nel bosco, e una piccola cascata che sottolinea il passaggio al terrazzamento superiore del Monte Stella. Una piccola piazza con relative panchine davanti alla cascata offre ai visitatori l'opportunità di fermarsi a socializzare o ad ascoltare il rumore dell'acqua. L'intero progetto è a impatto zero: non sono presenti mura o edifici in muratura, nessun albero è tagliato per l'inserimento dei percorsi.

3. *Nodi solubili e nodi insolubili*

La libera, multidirezionale e *multiplex*, circolazione nello spazio verde pubblico di tipologie di persone portatrici di livelli diversi di fragilità non può che produrre nuovi problemi e nuove domande, che non affioravano al primo e al secondo livello degli *Healing garden*. Molte domande nuove affioreranno (e qualcuno potrà trovare risposta) alla prova sul campo. Possiamo indicarne già alcune, senza pretesa di esaustività.

a) Accessibilità e interazione con la città. Nuove coordinate di contesto diventano essenziali: la morfologia e la dinamica degli insediamenti urbani circostanti, l'ottimizzazione della accessibilità trasportistica, la messa in rete di una eventuale pluralità di *Healing Garden*, progettando forme di collegamento pubblico con sistemi di mobilità leggera *low cost*. Particolare attenzione va riservata al disegno dell'ingresso allo spazio verde pubblico terapeutico. È infatti l'ingresso verso una dimensione che non ha confini se non naturali, non ha esclusioni se non nei confronti di chi non sia disposto alla risonanza con la quiete. Una soglia dilatata, come nei portali strombati delle chiese romaniche, o nei portici colonnati dei *Talar* persiani: luoghi in cui ci si muove tra corpo e spirito. Tra la città della parossistica «intensificazione della vita nervosa» e «della desertificazione delle emozioni»¹⁸, e quella della radura della riflessione e della propriocezione.

¹⁸ G. Simmel, *Die Grosstaedte und das Geistesleben*, Jahrbuch der Gehe-Stiftung, IX, 1903 (trad. it. Armando, Roma 1995).

b) Sicurezza & protezione del cittadino fragile. Il problema della sicurezza, in uno spazio a libero accesso e a libera uscita, deve trovare un modo diverso di declinarsi rispetto al disegno di spazi *indoor*: non tanto protezione e reciproca esclusione dal mondo (che portava alla contraddittoria endiadi della «libertà protetta»), ma instradamento della persona cognitivamente fragile non più forzoso (sia pur mitigato dalla finzione del «confine naturale»), ma basato sulla capacità di *embedding* del disegno paesaggistico. Permane tuttavia l'esigenza di forme panottiche di controllo visivo: l'ossimoro della libertà protetta resta un problema con cui è d'obbligo confrontarsi.

c) Interazione con fruitori «non fragili». Se l'interazione tra fasce diversamente fragili diventa regola e non più eccezione va prevista una fase (transitoria ma non si sa quanto lunga) di acculturazione dei cittadini non fragili, per familiarizzarli a convivere con i loro concittadini fragili. La pratica di progettazione suggerisce di collocare giardini *indoor* contigui a spazi dedicati a scuole primarie, essendo riconosciuta la maggior elasticità dei bambini a familiarizzare con i «diversi». Le esperienze antiasilari psichiatriche degli anni settanta fanno da battistrada¹⁹.

d) Confini aperti e rischi di *broken windows*. Descrivendo il Portland Memory Garden, uno dei casi, ancora rari, in cui «l'istituzione promotrice ha aperto pionieristicamente un parco pubblico nelle proprie pertinenze», Cooper-Marcus e Sachs²⁰ toccano aspetti essenziali che si tende a rimuovere: «poiché il giardino non ha personale dedicato a tempo pieno, è talvolta soggetto a vandalismi». È inutile (o addirittura pregiudizievole) progettare un luogo di ristoro dell'anima se non si mette in conto il costo di controllo e gestione. Basta una finestra rotta a innescare fenomeni di emulazione, dando inizio a un circolo vizioso di *incivilities*, piccoli gesti di trasgressione non classificabili come reati ma che trasmettono al cittadino messaggi negativi sulla condivisione da tutti delle regole del gioco²¹. I rischi delle «finestre rotte» devono essere ben tenuti in conto. Non, però, per investire solo in controllo e repressione: più efficace è investire nella cura dell'esistente e nel rispetto della civile convivenza.

Tra i molti nodi che si può cercare di sciogliere, uno solubile non è, perché frutto per costruzione di una contraddizione in termini. Disegnare *Therapeutic Landscapes* non è progettare spazi ex novo, ma riprogettarli e innestarli non invasivamente in spazi aperti pubblici esistenti.

¹⁹ G.A. Micheli, *Il vento in faccia. Storia passata e sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, Franco Angeli, Milano 2013.

²⁰ Cooper Marcus, Sachs, *Therapeutic Landscapes* cit.

²¹ G.L. Kelling, J.Q. Wilson, *Broken Windows: the police and neighborhood safety*, in «Atlantic Monthly», March, 1982, pp. 29–38.

Perciò nessun intervento invasivo, per definizione, può conciliarsi con una *Healing Garden*.

Per declinare questa contraddizione in agguato, in cui è facile cadere, prendiamo il *setting* della nostra simulazione. Che ha una peculiarità. Aldo Rossi²² collocava il Monte Stella tra i «pochi monumenti dell'architettura moderna che hanno un significato che va oltre la loro qualità tecnica (e che) trasforma un programma in una grande architettura». Ma oltre al valore architettonico, Monte Stella è qualcosa di più: è un doppio memoriale di Milano. Se «*lucus*» è la radura circonclusa e protetta dal bosco sacro delle culture Mediterranee, luogo dell'incontro tra dei e sacerdoti, oggi luogo del contatto della persona col suo io più profondo, Monte Stella è la sovrapposizione stratigrafica di due luoghi sacri.

Da un lato esso «è costruito con le macerie prodotte dal secondo conflitto mondiale [...]. Nel definirne configurazione e carattere, Bottoni voleva farne un messaggio di pace contro tutte le guerre»²³. Dall'altro, sulla seconda balza che guarda verso la città, dal 2003 vive il Giardino dei Giusti di tutto il Mondo, in cui ogni anno nuovi alberi di ciliegio e cippi in pietra sono piantati per onorare uomini e donne che hanno salvaguardato la dignità dell'Uomo contro ogni annientamento della sua identità libera e consapevole: a Varsavia come a Praga, in Rwanda o in Bosnia, in Armenia e nei gulag sovietici, in Sud Africa come in Cambogia. Al suo ingresso è posta la frase «c'è un albero per ogni uomo che ha scelto il bene»: al centro del messaggio è quindi posto l'albero (il *lucus*), e vige una perfetta integrazione simbolica con il parco in cui è inserito, e piena continuità di senso con il concetto di *quiet garden*.

Il *Quiet Garden movement*, un nuovo (lapalissiano?) modo di disegnare gli spazi pubblici, parte nel Regno Unito nel 1992, quando un prete anglicano sente che i suoi fedeli avevano bisogno di luoghi di silenzio e contemplazione, e aprì l'esperienza pilota nel Buckinghamshire. Rapidamente l'idea coinvolge in tutto il mondo centinaia di scuole, ospedali, carceri. Né è fuori luogo prendere a paradigma di un verde pubblico condiviso un cimitero (un cimitero inglese!), come fa Ulrika Stigdotter, promuovendo l'idea di una «Green City Europe»²⁴: «Could older urban green spaces be

²² A. Rossi, *Ignazio Gardella*, in Aa.Vv., *L'architettura di Ignazio Gardella*, Etas Libri, Milano 1985, p. 67 (citato in G. Consonni et al., *Piero Bottoni e Milano*, La vita felice editore, Milano 2001, p. 79).

²³ G. Tonon, G. Consonni, *Rispettare il Monte Stella, memoriale di Milano*, in «Arcipelago di Milano», Giugno 2015.

²⁴ U.K. Stigdotter, *Research ideas on how to plan & design natural environments based on evidence-based health design & validated guidelines in order to maximize the potential health benefits for all*, ELCA Research Workshop Green City Europe: for a better life in European cities, Bruxelles 2011, pp. 33-7.

redesigned in order to get new roles as health supportive? Could churchyards be redesigned in order to support the grief processes?».

Lapalissiano? Non tanto. Di recente la Giunta Comunale milanese ha fatto proprio un progetto per valorizzare il Giardino dei Giusti dando vita a «uno spazio della comunicazione e della didattica». Finalità importanti, ma non sempre conciliabili con quelle della riflessione e della quiete. Colpisce il forte impatto volumetrico dell'intervento progettato, sull'intera seconda balza di sud-est del Monte Stella. Colpisce che un luogo destinato alla *quietness* e alla pacificazione richiami i simboli di una città turrata, con un percorso tra pareti rivestite in pietra per complessivi 35 metri circa, larghi 60 e alti 240 cm, con fondazioni in calcestruzzo necessariamente avvolte in gabbie di tondini di ferro. Colpisce che la funzione della comunicazione, invece di prediligere il silenzio della riflessione, comporti fragorosamente un teatro per trecentoquaranta posti con sedute in pietra.

Dove sta la distonia tra questo progetto e quello che abbiamo qui simulato, pensato per fronteggiare la nuova emergenza sociale che riguarderà presto un esercito di cittadini anziani? Se la simulazione di uno spazio verde condiviso al Monte Stella si apre a entrambe le funzioni terapeutiche, il progetto è costruito soprattutto per vivere un comune sentire, un sincronizzato respirare, con la *quietness* del Giardino dei Giusti. Lo prova la ricerca di minimizzazione dell'intervento, teso solo a sintonizzare lo sguardo del cittadino fragile con un orizzonte naturale e una scenografia *serenatrix*. Non mura turrate, contrafforti di cemento, totem incombenti, anfiteatri magniloquenti ma pleonastici.

Gli fu detto: «Esci e fermati sul monte alla presenza del Signore». Ecco, il Signore passò. Ci fu un vento impetuoso e gagliardo da spaccare i monti e spezzare le rocce davanti al Signore, ma il Signore non era nel vento. Dopo il vento ci fu un terremoto, ma il Signore non era nel terremoto. Dopo il terremoto ci fu un fuoco, ma il Signore non era nel fuoco. Dopo il fuoco ci fu il mormorio di un vento leggero. Come l'udì Elia si coprì il volto col mantello, uscì e si fermò all'ingresso della caverna²⁵.

Nessun intervento invasivo è coerente con un *Healing Garden*, come nessun intervento invasivo è coerente con un Giardino dei Giusti.

²⁵ Primo Libro dei Re, 19, 11-13.

