



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAMERINO**

**School of Advanced Studies**

**DOCTORAL COURSE IN  
ARCHITECTURE, DESIGN, PLANNING**

**Sustainable Urban Planning**

**XXXIII cycle**

*Health and well-being as an innovative declination of urban  
regeneration processes*

*Salute e benessere come declinazione innovativa dei processi di  
rigenerazione urbana*

**PhD Student  
Ilaria Odoguardi**

**Supervisor  
Prof.ssa Rosalba D'Onofrio**

**Coordinator  
Prof. Federico Bellini**



## *Ringraziamenti*

Questo lungo percorso di ricerca si è rivelato un vero mix di soddisfazioni e insidie. Porto con me la grande consapevolezza di ciò che è, e rappresenta, un dottorato di ricerca; un importante percorso di formazione e conoscenza; una profonda crescita personale. In diversi hanno fatto parte di questo percorso ma ci tengo a ringraziare coloro che ci sono stati dal principio fino alla fine.

I primi ringraziamenti sono rivolti con estrema gratitudine al mio Tutor, Prof.ssa Rosalba D'Onofrio, per l'opportunità, la fiducia, il sostegno e la comprensione che ha avuto nei miei confronti.

A Jacopo, compagno di vita, che ha supportato e sopportato con estrema calma e fiducia questi lunghi quattro anni.

A Lucia, collega, spalla e amica; il regalo più bello che questo dottorato di ricerca potesse umanamente donarmi.

A Eleonora e Sara che da anni sono al mio fianco, sempre, seppur a distanza. A loro che hanno ogni volta saputo spronarmi percorrendo i canali giusti soprattutto nei momenti di maggior sconforto.

A Luigi, suocero e guida, presenza costante durante la scrittura della tesi, che nei momenti di blocco ha saputo trovare con discrezione la chiave per spingermi a credere in quello che stavo facendo.

A Barbara, una persona speciale, che sul punto di mollare tutto è riuscita a riorientarmi aiutandomi a centrare il focus.

A Friday, la mia gatta, arrivata quando più mi sentivo sola. Grazie per avermi fatto sorridere, per esserti sempre sdraiata sui fogli di questa tesi e per averli mangiucchiati.

Alla mia famiglia, per esserci sempre.

A chi non c'è più, il mio pilastro, la mia forza, mia madre.



## **Indice**

### **Introduzione**

#### **Parte 1 – Città e salute: un rinnovato quadro di azione**

**1.1** La città contemporanea tra crisi, scenari e configurazione urbana

**1.2** La rigenerazione urbana come nuovo terreno di ricomposizione della città contemporanea.

**1.3** La sfida della “nuova questione urbana” come punto di (ri)partenza delle città

- “Caratteristiche” e “dimensioni” della nuova questione urbana. Il ritorno a principi dimenticati e riattualizzati
- Qualità urbana e ricerca di nuove relazioni socio-spaziali
- Qualità e recupero della dimensione umana
- Il diritto alla città contemporanea. Il diritto alla città attualizzato: il nodo centrale di alcune fondamentali del dibattito contemporaneo

**1.4** Disuguaglianze sociali come rischi urbani e di salute

- Le disuguaglianze e il legame ad un nuovo concetto di salute.
- La salute come prospettiva di qualità della vita

**1.5** Un approccio interdisciplinare. La città come leader per lo sviluppo di politiche urbane volte a promuovere la salute e il benessere

- Modelli, scenari globali e approcci alla scala di quartiere
- La comunità come punto di forza nei nuovi processi “health based”
- Prospettive di salute in azione tra pratiche e rinnovate politiche di pianificazione

#### **Parte 2 – Nuove categorie interpretative applicate alla rigenerazione urbana delle città**

**2.1** Un quadro d’insieme internazionale, l’obiettivo comune di salute e benessere

**2.2** Criteri di selezione e l’approccio ai casi di studio

**2.3** Il caso Catalano: Barcellona

- Quadro generale
- Gli strumenti di pianificazione verso la “salute in tutte le politiche”. Il punto di partenza: Ley Barris 2/2004
- Plan de Barrios de Barcelona
- Taula per a la Millora Urbana (TxMU)
- TxMU e il programma di sostegno ai consigli comunali per il miglioramento dei quartieri
- Progetti complementari alla legge sul vicinato: Salud en los Barrios
- Entorn Urbà i Salut
- Superilles de Barcellona
- Evaluación Ambiental Estratégica (EEA)
- Conclusioni

#### **2.4 Il caso inglese: Belfast**

- Il tema della salute nel Regno Unito
- Il quadro generale: Belfast
- Gli strumenti di pianificazione e l’integrazione con i temi della salute
- Local Development Plan (LDP)
- Il ruolo della comunità locale
- Conclusioni

#### **2.5 Casi di studio a confronto: similitudini, differenze e innovazione**

### **Parte 3 – Un nuovo approccio per la rigenerazione urbana**

#### **3.1 Rigenerazione urbana: vantaggi e opportunità del nuovo approccio**

#### **3.2 Novità e difficoltà per l’avanzamento della disciplina urbanistica**

#### **3.3 Elaborazione critica delle conclusioni, possibili avanzamenti e prospettive della ricerca**

### **Bibliografia**

## Introduzione

Le trasformazioni urbane che nel tempo si sono susseguite -prima attraverso processi di espansione e poi di trasformazione- restituiscono oggi una città contemporanea in crisi. Divisa e frammentata nella dislocazione delle funzioni; nella possibilità di promuovere spostamenti pedonali e/o ciclabili determinando l'uso indiscriminato del trasporto individuale; nell'accessibilità dei servizi da parte della popolazione; la *forma città* rivela una configurazione generale non più idonea a supportare l'incessante crescita demografica<sup>1</sup>, e si identifica come responsabile di una maggiore vulnerabilità delle popolazioni dal punto di vista sociale, economico e sanitario.

Questa considerazione pone l'attenzione sulla necessità di dover intervenire operativamente nel rispetto degli obiettivi volti a rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili.

Le città hanno dunque bisogno di reinterpretare i propri caratteri fondamentali attraverso il recupero della funzionalità urbanistico-ambientale, sociale ed economica: la rigenerazione urbana costituisce una strategia di azioni in grado di farlo.

La ricerca riconosce alla rigenerazione urbana un ruolo chiave nella ricostruzione della città contemporanea e mette in luce la necessità di porre particolare attenzione - soprattutto nella fase di approccio al problema- all'indissolubile e rinnovato legame tra i temi di salute e benessere delle popolazioni e gli ambienti urbani delle città.

Che il concetto di salute sia stato al centro delle politiche di espansione della città sin dalle origini sicuramente non è una novità nella storia urbanistica, ma in linea con i cambiamenti della società moderna, è anche evidente che il concetto di salute ha assunto declinazioni diverse, declinazioni che debbono essere indagate e, le soluzioni, integrate nei processi di revisione delle città.

---

<sup>1</sup> Oggi oltre il 50% della popolazione mondiale vive in città. Entro il 2050, questo tasso aumenterà fino a quasi il 70%. Il 60% è previsto entro il 2030, il 72% in aumento in 30 anni (*The Lancet*, 2012)

Questa necessità è avallata dall'ambito medico UCL - The Lancet (2012)<sup>2</sup> e come ribadito dalla World Health Organization (WHO) e dal United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat): «...nelle città, il progresso nel campo della salute non dipende solo dalla robustezza dei sistemi sanitari, ma anche dalla realizzazione e formazione di ambienti urbani più salutari. Anche il modo in cui gli agglomerati urbani vengono pianificati – oggi come nel futuro - può condizionare profondamente la capacità dei loro abitanti di condurre una vita lunga, in salute e produttiva.»<sup>3</sup>

È indispensabile, nella fase attuale dello sviluppo, recuperare e aggiornare il significato originale dell'urbanistica come progetto della qualità e del benessere, i suoi valori collettivi per migliorare il senso civico e di appartenenza ai luoghi, e ciò significa recuperare la sua dimensione prestazionale. Riconoscendo allo spazio fisico della città una grande capacità di influenzare gli stili di vita delle popolazioni è fondamentale ripensare alla modellazione dello spazio insediativo valorizzando le potenzialità della collettività in una azione di tipo partecipativo. Il tema della salute e del benessere diventa così centrale in un ragionamento proiettato verso la ricerca di rinnovate strategie urbane orientate anche a soddisfare le prestazioni che la città contemporanea deve garantire per rispondere ai nuovi bisogni e alle nuove dinamiche di una città in continua trasformazione.

A partire dallo stato di fatto della ricerca è stato costruito un quadro concettuale dei principali concetti chiave della nuova *questione urbana* dalla quale sono emerse le questioni chiave che si è deciso di approfondire. Nel tentativo di trovare validi suggerimenti per la risoluzione dei gap emersi, sono stati scelti due casi di studio europei che rispondessero alle domane di tesi tramite soluzioni diverse ma compatibili nel ragionare soluzioni che si adattassero al contesto italiano. La metodologia di approccio dei casi di studio è stata

---

<sup>2</sup> La Commissione UCL-Lancet del 2012 e il Movimento Healthy City Europe (VI Fase 2014-2018: tema: "creazione di comunità resilienti e ambienti di supporto"), in stretta relazione con una delle priorità nella Strategia europea per la salute 2020 La scienza medica da sola non è sufficiente per affrontare il tema dei determinanti sociali e ambientali della salute, che sono esplicitamente presenti nella visione della salute dell'OMS (WHO, 1948).

<sup>3</sup> Tratto da WHO. Urban health: major opportunities for improving global health outcomes, despite persistent health inequities.



sostanzialmente definita a ritroso, in seguito ad un primo approfondimento delle sperimentazioni scelte. A fronte delle questioni ritenute più interessanti, sono state definite tre chiavi di lettura strumentali per capire quali possono essere le novità per un avanzamento della disciplina urbanistica in tema di città in salute, vagliando gli approcci più efficaci rispetto alle necessità enunciate nella prima parte e le effettive difficoltà che si presentano nella loro applicazione. Queste hanno valutato rispettivamente: l'approccio e l'integrazione del tema all'interno delle politiche urbanistiche; gli strumenti messi in atto ad integrazione del concetto di salute e benessere; gli approcci e relative metodologie con cui le comunità sono state coinvolte in termini di partecipazione. Il confronto delle due esperienze ha condotto ad una serie di riflessioni e suggerimenti utili a sostenere una proposta di implementazione dei processi di rigenerazione urbana in chiave innovativa.

Consapevole delle diverse possibilità di declinazione e approfondimento del tema di questa ricerca, suggeritemi peraltro nel corso del percorso di dottorato, nell'ultima parte ho deciso di proporre delle riflessioni che aprono la strada ad altri possibili approfondimenti e linee di ricerca. In questo modo si definisce indirettamente il taglio dato a questa ricerca per scelta e per interesse personale. Una scelta maturata in occasione di un lavoro svolto presso l'università proprio su questi temi.

La possibilità di svolgere un periodo di ricerca all'estero ha visto come destinazione Barcellona nel 2020; l'ospitalità dell'*Agència de Salut Pública* (ASPB) - Agenzia per la Salute Pubblica di Barcellona – mi dava in origine la possibilità di approfondire uno dei due casi di studio scelti. A causa della pandemia Covid-19, il programma di lavoro che prevedeva di formulare e sperimentare una metodologia di valutazione degli impatti sulla salute del progetto *Superilles* (di cui si parla nel caso di studio) e di applicarla sul campo, è stato totalmente vanificato. Questo ha comportato una revisione dell'impostazione del caso di studio che ha condotto all'assunzione delle chiavi di lettura sopra descritte.

La pandemia Covid-19 e la realtà che ha determinato nell'immediato conduce evidentemente a delle riflessioni che si innestano perfettamente con la linea di ricerca di questa tesi. Tuttavia, arrivata in tempi ormai troppo avanzati, rispetto all'inizio di questo percorso di ricerca iniziato alla fine del 2017, ho giudicato preferibile non introdurre alcuna riflessione specifica sulle conseguenze di questa pandemia e di citarla solo marginalmente.



## Parte 1 - Città e salute: un rinnovato quadro di azione

### 1.1 La città contemporanea tra crisi, scenari e configurazione urbana

*Trasformazioni urbane, lettura e interpretazione dei fenomeni caratteristici della crisi urbana contemporanea*

Il dibattito sull'attuale crisi della città contemporanea mette in evidenza la necessità, per la disciplina urbanistica, di riflettere e agire su alcuni dei fenomeni più rilevanti che caratterizzano questo periodo storico.

La configurazione della città, e più in generale del territorio, è cambiata sistematicamente e congiuntamente al manifestarsi di una crisi, mutando aspetti fondamentali della struttura economica e sociale, modificando i sistemi di solidarietà e intolleranza della società (Secchi, 2013). Nonostante questo, le città rappresentano ancora un ampio ventaglio di opportunità nel (ri)configurare la struttura socioeconomica e nel rimodulare quelle disuguaglianze generate dal sistema, oggi in continuo aumento (Milani, 2015). L'organizzazione della struttura urbana ha una grande responsabilità nella definizione delle "regole dell'abitare", e quella ereditata dalla città moderna evidenzia un modello di città non più sostenibile né replicabile per i rischi ai quali ci espone.

Se le città risalenti al periodo igienista erano strutturate per porre rimedio alle pandemie e alla mancanza di igiene, la seguente riforma industriale ha lasciato in eredità modelli urbani divenuti precursori della città contemporanea e oggi ben lontani dal modello di città in salute. L'approccio razionalista aveva generato un modello insediativo caratterizzato dalla separazione delle funzioni, dalla bassa densità abitativa, dalla mancanza di una *mixité* delle funzioni, da un cambiamento del sistema economico, commerciale, sociale e dalla separazione dei luoghi dell'abitare dall'ambiente naturale. Lo sviluppo delle arterie infrastrutturali connesso con la nuova organizzazione del territorio ha progressivamente spinto ad un aumento del trasporto individuale privato a

discapito della mobilità pedonale e ciclabile; ad un aumento del consumo di suolo e dei costi relativi ai servizi e alle attrezzature; ad un aumento della frequenza degli spostamenti (legati alla dislocazione delle funzioni) con conseguente svuotamento dei centri e degli spazi di aggregazione; e ad un aumento dell'incidenza di problematiche legate alla salute fisica e psichica delle persone. La città moderna tentò di risolvere alcune esigenze connesse allo sviluppo industriale, correggendo i difetti delle trasformazioni fisiche e delle relative conseguenze funzionali, con interventi in tema di igiene, sanità, amministrazione, politica e cultura. Il risultato fu la restituzione di risposte standard e di settore che determinarono l'aumento delle periferie e il loro degrado e, attraverso lo sviluppo di grandi arterie di comunicazione, contribuirono all'aumento dell'inquinamento atmosferico e alla formazione di una nuova e devastante socialità degli spazi e delle persone.

Oggi, il quadro di riferimento così restituito, presenta un sistema urbano nuovamente ed evidentemente in crisi che richiede una nuova riflessione in termini di riorganizzazione spaziale, dei rapporti sociali e di nuovi assetti geopolitici (Secchi, 2011).

Il modo in cui le città sono state organizzate nelle proprie funzioni e negli spazi ha condizionato e modificato i bisogni e le necessità delle persone, gli stili di vita e le aspettative dell'individuo e delle comunità. La stretta relazione che lega da sempre l'urbanistica alla salute è, oggi, da rivedere in chiave contemporanea partendo dalla rinnovata definizione di salute: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità"<sup>4</sup>. Questo rapporto è tornato ad essere centrale nelle sfide della città contemporanea -come d'altronde confermano le criticità sollevate dall'attuale pandemia mondiale Covid-19- e sono molti gli studi e le ricerche che riconoscono e sostengono quello che viene definito il "vantaggio urbano" per la salute<sup>5</sup>. Confrontarsi con le sfide della città contemporanea vuol dire non solo rivedere l'organizzazione urbana delle funzioni sanando gli errori ereditati dal passato, ma congiuntamente vuol dire affrontare nuove questioni dovute ai

---

<sup>4</sup> «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity». (Constitution of the World Health Organization, 14 U.N.T.S No. 185 (1948), Art. 1)

<sup>5</sup> Rydin Y. et al (2012), "Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century", *The Lancet*, Volume 379, No. 9831, p. 2079-2108, 2 June 2012.

rischi legati al cambiamento climatico, alla crisi economica e sociale reintroducendo i temi di salute e del benessere ponendoli al centro delle politiche urbane.

Interrogarsi su queste nuove sfide, costituisce per la disciplina urbanistica l'occasione per un cambio di paradigma recuperando il ruolo fondamentale di dare risposte ai bisogni emergenti, migliorare le pratiche e rinnovare i principi fondamentali legati anche al tema della salute, connesso a sua volta all'ambiente urbano.

Ad influenzare i temi del dibattito e ad inquadrare il contesto di ricerca -non ultima la crisi economico-finanziaria ed ambientale della prima decade del XXI secolo- ci sono le questioni riguardanti gli scenari demografici, che descrivono un crescente aumento della popolazione nelle aree urbanizzate con una previsione di crescita dell'85% entro la fine del XXI secolo; il manifestarsi di un crescente aumento di malattie croniche non trasmissibili come l'obesità o il diabete, lo stress e le patologie sociali; l'invecchiamento della popolazione soprattutto nei paesi occidentali; le questioni ambientali e gli impatti dei cambiamenti climatici; la contrazione delle risorse e la distribuzione sempre più squilibrata delle ricchezze che generano disuguaglianze sociali e ripercussioni in salute. Fenomeni sociali di regressione ed impoverimento, di segregazione sociale, innescati dai processi di deindustrializzazione prima e dalla crisi della diffusione insediativa poi, restituiscono forme urbane diversamente (dis)articolate che interessano grandi e piccole città, aree centrali e periferiche (Gabellini, 2018).

Il livello di incidenza di questi fenomeni sulle trasformazioni urbane e quanto queste ultime abbiano reciprocamente condizionato il manifestarsi di questi fenomeni, rappresenta uno dei primi punti di indagine di questa ricerca.

La crescita demografica urbana richiede alla città un nuovo set di articolate dotazioni in termini di attrezzature, di servizi e di accessibilità, da rivedere all'interno del patrimonio edilizio esistente e nel sistema dei trasporti -al centro del dibattito per il loro carattere organizzativo- che devono necessariamente assumere una nuova logica in risposta alle questioni emergenti. Le conseguenze dei cambiamenti climatici in termini ambientali e di salute, la mancanza di una equa accessibilità ai servizi, i problemi legati

alla mobilità evidentemente legati alla dislocazione delle funzioni -ereditata dalla città industriale-, l'accrescere delle disuguaglianze sociali che danno luogo a forme evidenti di ingiustizia spaziale, sono le questioni chiave con cui la disciplina urbanistica deve confrontarsi e definiscono quella che Secchi identifica come "nuova questione urbana" (Secchi 2010). Le questioni evidenziate vedono incrinare alcune acquisizioni fondamentali dell'urbanistica moderna (Gabellini, 2018) e denotano la necessità di tornare ad osservare i "bisogni umani", nodo fondamentale della composizione economica e sociale della città, da analizzare e da considerare all'interno dei processi di sviluppo e trasformazione della città (Secchi, 2000).

Nella "ricostruzione" delle città, quale occasione per recuperare il ruolo fondamentale della pianificazione e della progettazione degli spazi di vita in chiave di salute e benessere, diventa cruciale mettere al centro delle riflessioni e delle azioni l'uomo e i suoi bisogni. Investire nella rigenerazione di ambienti urbani vivibili, sostenibili ed attraenti, perseguire il miglioramento della qualità dell'ambiente, l'obiettivo di una maggiore accessibilità delle aree verdi e degli spazi per la socializzazione, la realizzazione di piste ciclabili e pedonali, la *mixité* sociale e funzionale, rappresenta l'occasione per incentivare le persone all'attività fisica, recuperando un senso di libertà e spiritualità, per abbattere le barriere sociali e culturali, per l'invecchiamento della popolazione, le malattie non trasmissibili, lo stress, l'isolamento, l'esclusione e le iniquità sociali.

Nella convinzione che la disciplina urbanistica abbia gli strumenti più appropriati per passare dalla retorica di molte politiche ad azioni concrete, di fronte alle evidenze sostenute di ricreare ambienti urbani sani, anche la WHO (World Organization Health) sostiene questo cambio di paradigma invitando le città e gli attori dei settori coinvolti a sperimentare, superando gli ostacoli disciplinari tra urbanistica e scienze mediche (attraverso una nuova cooperazione tra urbanistica e scienze mediche), nuovi approcci e azioni in cooperazione tra di loro rivolte al miglioramento della salute e del benessere.

È da queste richieste che deve originarsi un cambio di paradigma nell'ideare gli spazi di vita delle città, che richiedono un ripensamento strutturale, mettendo al centro delle proposte progettuali il benessere e la salute degli abitanti. Il richiamo a questo cambio

di paradigma è stato promosso dal programma “*Health for All*” dell’OMS ed è declinato a livello locale attraverso la rete delle “Healthy Cities” in Europa e nel mondo.

## **1.2 La rigenerazione urbana come nuovo terreno di ricomposizione della città contemporanea.**

La consapevolezza che la disciplina urbanistica giochi un ruolo fondamentale nel condizionare la configurazione urbana delle città, assegna alla disciplina stessa la possibilità di dare vita ad una nuova stagione di cambiamenti importanti. La progettazione ma soprattutto la rigenerazione delle città hanno da sempre un ruolo importante nella definizione delle politiche urbane e nei principi di pianificazione e progettazione delle città. Il legame tra ambiente urbano e salute è tornato ad essere centrale e a suscitare, ancora oggi, l'interesse di numerose ricerche e studi<sup>6</sup>.

Alla luce delle nuove necessità esplicitate precedentemente e al fine di garantire uno sviluppo delle città in chiave sostenibile, l'urbanistica deve chiaramente rivedere e implementare i propri strumenti recuperando l'attenzione per i principi base rivolti al miglioramento della salute e del benessere delle persone. Per farlo è necessario che vengano superati diversi limiti.

I temi sollevati dalla crisi contemporanea necessitano più di altri una forte integrazione. Il cambiamento che viene richiesto alle città esige dalla disciplina non solo una nuova attenzione verso le sfide emergenti ma anche una revisione degli strumenti di analisi delle necessità e dei bisogni e di una sorta di upgrade degli approcci in senso trasversale e interdisciplinare. Questo è parte di quanto è stato dichiarato dalla Carta di Lipsia del 2020<sup>7</sup>. Già con l'istituzione dell'Agenda Urbana Europea, lanciata nel 2016 con il patto di Amsterdam, si sottolineava il ruolo leader delle città per far fronte alle sfide globali del XXI secolo ma soprattutto veniva posta l'attenzione sull'importanza di mettere al centro delle riflessioni le persone, i loro bisogni fisici e sociali, la loro capacità

---

<sup>6</sup> Una ricerca del 2014 su PubMed, il principale motore di ricerca gratuito di letteratura scientifica biomedica, ha contato circa 600 articoli a partire dal 2000 sul rapporto tra ambiente urbano e *outcomes* di salute.

<sup>7</sup> La nuova Carta di Lipsia è stata adottata lo scorso 30 novembre in occasione di una riunione informale dei ministri per lo Sviluppo urbano e territoriale degli Stati membri dell'UE.



individuale e collettiva di migliorare la qualità della vita per riflettere ed indagare sui nuovi modi di abitare e nuovi stili di vita.

Attribuendo alle questioni ambientali, sociali ed economiche una grande responsabilità nell'aver generato un manifesto degrado fisico e sociale delle città, o parti di esse, e ripercussioni ormai evidenti per la salute e il benessere delle persone e vista la complessità con cui queste sfide si relazionano tra loro, un approccio integrato, basato sul territorio, sulla governance multilivello, sulla partecipazione e creazione condivisa, rappresenta una delle questioni chiavi da tenere in considerazione su cui l'Agenda Urbana Europea pone l'accento. Per (ri)strutturare strategie di intervento, visto il coinvolgimento dei diversi settori interpellati, è fondamentale dapprima istituire un nuovo dialogo ed una collaborazione tra disciplina urbanistica, scienze mediche e discipline ambientali, superando l'approccio silos consolidato nel tempo. Comune ai settori della ricerca scientifica e della pubblica amministrazione, l'approccio silos non consente di definire obiettivi comuni, soprattutto nelle città medio-piccole, o di formulare proposte progettuali integrate. Questo cambio di rotta è quanto suggerisce il Rapporto della University College of London (UCL) e della rivista di ambito medico *The Lancet*<sup>8</sup>.

Non sono solo le direttive europee o gli studi scientifici ad acclamare la necessità di invertire alcuni ragionamenti modificando l'approccio dominato dalla tecnologia<sup>9</sup>;

---

<sup>8</sup> L'UCL e il *The Lancet*, per conto dell'OMS, hanno tentato di interpretare e di valutare il ruolo giocato dalla salute delle persone all'interno degli ambienti urbani nel mondo. L'obiettivo era quello di comprendere come i tessuti urbani e i luoghi della città potessero essere "rimodellati" o "sagomati" per ottenere ambienti urbani sani, e allo stesso tempo per capire cosa rende una città sana. Dal lavoro della commissione è emerso che ciò che fa una città sana è: l'acqua pulita e una buona igiene; una buona qualità dell'aria; un suolo decontaminato dagli inquinanti; edifici sicuri e confortevoli; quartieri sicuri e inclusivi; l'indipendenza dalle auto (buoni trasporti pubblici, presenza di percorsi ciclabili e pedonali); le infrastrutture verdi e blu per il controllo del clima locale, per la prevenzione delle inondazioni e del benessere mentale delle persone; servizi sanitari accessibili e funzionanti (*The Lancet*, 2012).

<sup>9</sup> 31. ritiene che la trasformazione digitale debba favorire una maggiore «coesione digitale» in Europa, sia per i cittadini che per i territori. È necessario cambiare prospettiva, passando da un approccio dominato dalla tecnologia a una visione più incentrata sul cittadino, come sancito dalla dichiarazione «ÚNETE, IMPULSA, APOYA: unir fuerzas para impulsar la transformación digital sostenible en ciudades y comunidades» («UNISCITI, PROMUOVI, SOSTIENI: unire le forze per promuovere una trasformazione digitale sostenibile nelle città e nelle comunità»). È necessario adottare una visione più olistica della città digitale in cui

diversi documenti a livello nazionale hanno iniziato a focalizzare l'attenzione sull'importanza della dimensione umana e sociale. È un passo importante per avviare un reale cambio di paradigma.

Tra le condizioni che favoriscono l'integrazione tra salute, benessere e urbanistica, oltre ad un approccio intersettoriale tra le discipline coinvolte, le amministrazioni, gli stakeholder, è richiesta, ed è fondamentale, anche la partecipazione attiva della comunità. Responsabilizzare e sensibilizzare gli attori sul tema è sicuramente un altro dei temi cardine per riuscire a diffondere e a comprendere il concetto rinnovato di salute applicato alle politiche di riconfigurazione urbana.

Recuperare il principio della partecipazione e della (co)creazione condivisa diventa costruttivo nell'approccio tra le tipologie di insediamento urbano evidentemente distinte tra loro. Un approccio differenziato deve tener conto dei contesti culturali, sociali, economici e amministrativi e delle competenze di ciascuno settore. Questo garantisce che i cittadini, compresi quelli che vivono nelle aree circostanti - le zone urbane o metropolitane -, possano partecipare all'elaborazione e alla valutazione delle politiche urbane che li riguardano da vicino.

Recuperare il tema della qualità della vita, del vivere e dell'abitare -riducendo le disuguaglianze sociali, eliminando le situazioni di segregazione spaziale ed emarginazione, garantendo inoltre la sicurezza degli abitanti- insieme alla necessità di un approccio interdisciplinare e alla necessità di recuperare i principi della partecipazione sono i temi che prendono forza all'interno delle politiche urbane.

Negli ultimi anni, la formazione di leggi e regolamenti ha suscitato l'attenzione e l'interesse intorno a questi temi. Da questo punto di vista il crescente impegno da parte della rete Healthy Cities e/o dei progetti a livello europeo hanno dato l'occasione per

---

l'innovazione digitale sia un mezzo e non un fine favorito dalla capacità imprenditoriale del settore pubblico e dalle imprese private che offrono soluzioni adattate alla tecnologia esistente e quella futura. Sebbene la digitalizzazione offra buone opportunità per le città e i loro cittadini, è altresì necessario aiutare le città a prevedere e ad affrontare meglio gli effetti collaterali negativi dei processi di digitalizzazione;

incrementare l'attenzione verso le questioni della salute e del benessere, sul ruolo delle persone e delle comunità insieme agli attori del territorio.

Se è vero che è la condizione critica negativa dello stato delle città che ha dato origine all'urbanistica moderna (Samonà, 1978), è nelle città odierne -in cui si concentrano gli effetti dei cambiamenti economici, sociali e ambientali più impattanti- l'occasione per rinnovare le risposte alle esigenze espresse dai cittadini e da un sistema ormai al collasso. Nella sua dimensione disciplinare, l'urbanistica accoglie una vasta gamma di possibilità, raccoglie punti di vista -passati e futuri- relativi alle tante dimensioni assunte dal sistema urbano. Soggetta ad ovvi cambiamenti, per sua natura non può che avere carattere discutibile, pertanto necessita da parte dei suoi cultori un abile sforzo nel capire il futuro dei sistemi urbani, a partire dall'attento studio delle loro dinamiche (Gabellini, 2016). La disciplina ha bisogno di una profonda ristrutturazione soprattutto per quanto riguarda gli strumenti.

L'emergere del recupero del quotidiano ha dato il via, in tempi recenti, ad una serie di dinamiche distanti dal concetto di "fare urbanistica" degli ultimi anni. I temi sollevati dalla crisi urbana investono la quotidianità nella quale è opportuno cercare valide risposte. La necessità di intervenire sui bisogni delle persone legati alla vivibilità, accessibilità e sicurezza degli spazi dell'abitare ha stimolato la messa a punto di progetti finalizzati all'uso dello spazio pubblico, alla mobilità sostenibile e all'inclusione sociale. La dimensione che meglio inquadra il campo di indagine del quotidiano è indubbiamente quella in cui lo sguardo è rivolto alla piccola scala in cui la vicinanza con la popolazione restituisce i reali bisogni della comunità. Inevitabilmente si determina uno spostamento dell'approccio basato sull'integrazione tra i diversi settori dell'amministrazione e i cittadini. Inoltre, queste pratiche si caratterizzano per l'approccio dal basso partendo dalla richiesta di risposte in relazione alle necessità riscontrabili nella popolazione e nello spazio pubblico. La diffusione di questi approcci, spesso inquadrati come pratiche di urbanismo tattico<sup>10</sup>, ha sollecitato l'attenzione e la riflessione riguardo la relazione che possono avere

---

<sup>10</sup> L'urbanismo tattico è un approccio inusuale al fare urbanistica più comunemente inteso. Il Tactical Urbanism, nel suo termine inglese, è quindi una metodologia applicabile alla progettazione e riqualificazione

con altri strumenti urbanistici. Il carattere immediato e in alcuni casi temporaneo si adatta a contesti piccoli, alle aree più deboli in cui già solo il ripristino di uno spazio urbano costituisce occasione di riattivazione del senso di appartenenza ai luoghi e di comunità. Questa tipologia, attraverso il suo carattere immediato, si adatta alla circostanza emergenziale della città contemporanea e si pone in contrapposizione con i tempi lunghi di formazione, approvazione e realizzazione dei piani. Il piano urbanistico - che non è oggetto di discussione di questa tesi - conserva senza dubbio il ruolo strutturale in quanto, come scrive Pasqui, a prescindere dal suo successo più o meno immediato e dalla sua efficacia quale strumento di progetto e regolazione, lascia comunque traccia e spesso disegna effettivamente alcune parti del corpo urbano. Tuttavia, le pratiche focalizzate su interventi localizzati ed “estemporanei” -seppur in linea con gli obiettivi di salute, benessere e di re-identificazione dello spazio urbano- non garantiscono la possibilità di un progetto complessivo duraturo nel tempo (De Certau, 2010) come diversamente è insito nelle strategie che però necessitano di una ridefinizione attraverso un processo di apprendimento continuo.

L'intento di recuperare quel concetto di quotidiano che favorisca il recupero della socialità e del sentimento di appartenenza dei luoghi attraverso la riattivazione di quegli spazi e delle funzioni ormai perdute, insieme agli intenti e agli obiettivi di sostenibilità ambientale, sicurezza dei luoghi, di qualità della vita, di miglioramento della salute e del benessere delle persone, costituiscono un'evoluzione importante nei processi di rigenerazione urbana. La gestione delle aree per mano della rigenerazione urbana è un tema sempre più ricorrente all'interno del dibattito pubblico ed è ormai diventata una priorità nelle politiche locali e nell'Agenda Urbana Europea. Se inizialmente gli interventi di rigenerazione erano centrati soprattutto sul miglioramento economico, infrastrutturale, ambientale ed abitativo delle città, nell'ultimo decennio, sono stati fatti dei passi in avanti

---

degli spazi pubblici. Non esiste una definizione univoca in grado di chiarire cosa effettivamente voglia dire, tuttavia esistono alcune azioni, strategie e politiche che possono essere ricondotte a questo termine. Esistono diverse forme di urbanismo tattico: azioni dal basso non regolamentate, azioni dall'alto decise dall'amministrazione comunale e dai tecnici o delle vie di mezzo che vedono il supporto della politica locale e il coinvolgimento dei cittadini e del territorio. L'urbanismo tattico permette di realizzare dei progetti di modifica dello spazio pubblico che siano temporanei, di carattere sperimentale e con un alto valore comunicativo.

nell'inglobare le politiche di partecipazione sociale e nell'incentivare l'occupazione e l'imprenditoria locale. Contrariamente, le questioni della salute e del benessere sono state per lo più trascurate se non su progetti di modeste dimensioni e solo di recente, seppur con molta difficoltà, si sta assistendo ad un importante cambiamento nella mentalità di progettisti e di amministratori pubblici (D'Onofrio, 2017).

La conferma arriva dalla recente pandemia COVID-19 che ha acceso i riflettori sul tema della salute e sulle fragilità dell'intero sistema economico, sociale e ambientale. Ha evidenziato l'emergenza nello sviluppare un sistema di mobilità dolce, una riorganizzazione degli spazi e del lavoro nelle città, della necessità di migliorare la salute e la qualità della vita delle persone. Queste raccomandazioni sono coerenti con gli obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS) delle Nazioni Unite e con gli obiettivi della Nuova Carta di Lipsia, entrambi stabiliti in tempi precedenti alla crisi pandemica<sup>11</sup>. Questo non fa altro che confermare la pertinenza del tema discusso in questa tesi e la giusta direzione che diversi gruppi di ricerca, amministrazioni pubbliche, enti, associazioni, etc. hanno deciso di intraprendere.

Un recente articolo sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health*<sup>12</sup> ha sollevato la questione di come le città oggi non siano in grado di fronteggiare emergenze né di lungo né di breve periodo. Individua nella rigenerazione urbana la soluzione più "rapida" ed efficace -da promuovere e attuare- non solo per affrontare i cambiamenti climatici, ma anche per far fronte ad eventi imprevisti e nefasti come l'emergenza coronavirus.

La combinazione delle pratiche della rigenerazione urbana -che porta con sé tematiche ambientali, infrastrutturali ed economiche- insieme con quelle rivolte a ridurre le disuguaglianze, a eliminare le situazioni di emarginazione e segregazione spaziale,

---

<sup>11</sup> COVID-19: la Carta di Lipsia resta fondamentale per il futuro delle città dopo la pandemia (europa.eu)

<sup>12</sup> Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 10;17(11):4140. doi: 10.3390/ijerph17114140. *Observed and Potential Impacts of the COVID-19 Pandemic on the Environment* Sorin Cheval, Cristian Mihai Adamescu, Teodoro Georgiadis, Mathew Herrnegger, Adrian Piticar, David R Legates

rivolte alla promozione dell'attività fisica e della salute in generale, sembra rappresentare la strada migliore per strutturare azioni fattibili ed efficaci in tema di rigenerazione urbana verso una città in salute e benessere. Non è solo l'avanzamento scientifico teorico di questi ultimi anni ad andare in questa direzione ma anche il proliferarsi di queste pratiche all'interno delle politiche urbane locali e soprattutto la manifestazione di grande interesse a livello europeo. La nuova Carta di Lipsia del 2020 rinnova non solo l'esigenza di intervenire sugli insediamenti urbani per guidare le nostre città verso una nuova era di sostenibilità, resilienza e inclusività nel quadro del nuovo paradigma mondiale, ma ribadisce che gli enti locali (e regionali) devono avere un ruolo centrale nella definizione di piani e progetti e che le città non solo sono gli enti territoriali più vicini ai cittadini, ma hanno anche il compito di attuare la maggior parte delle misure per la ripresa, tenendo fede agli obiettivi rivolti al miglioramento della qualità della vita dei cittadini e dell'abitare. La responsabilizzazione dei governi locali e della conseguente dimensione di approccio suggerita -che definisce la misura del quartiere quale scala di approccio più adatta- confermano la natura idonea della rigenerazione urbana come pratica in grado di promuovere e attivare azioni rinnovate e complesse, per la quale si richiedono nuovi strumenti legislativi e nuove regole di *governance*.

Nella dimensione contemporanea, la rigenerazione richiama le pratiche in cui, oltre l'attenzione verso i quartieri in cui sussistono le situazioni più problematiche, è possibile introdurre e gestire il continuo emergere di nuove necessità in ambito sociale che oggi raccoglie gran parte delle questioni della salute e del benessere. L'attenzione verso una città che intende promuovere la prospettiva di salute e benessere dei suoi abitanti sta diventando un fattore sempre più importante nelle politiche urbane ed è inoltre strettamente collegato al miglioramento della condizione economica dei singoli, delle comunità e dell'intero sistema territoriale. Questa nuova direzione rappresenta l'occasione per dare alle città un nuovo aspetto e delinea, per certi aspetti, una nuova idea di città per la quale è necessario "comporre" un nuovo modello di rigenerazione urbana e un rinnovamento della disciplina urbanistica.

### ***1.3 La sfida della “nuova questione urbana” come punto di (ri)partenza delle città.***

*Una “questione urbana” per ogni crisi: una riflessione e una necessità che arriva da lontano*

Secondo alcuni studiosi e secondo una delle tesi portate avanti da Bernardo Secchi nel suo ultimo periodo di ricerca, i cambiamenti in ambito economico e sociale dei sistemi urbani e territoriali hanno periodicamente portato a discutere della questione urbana (Secchi, 2013). Diversi sono gli eventi e successive ricerche che sostengono questa affermazione: a partire da “la polemica del lusso” riferita al diciottesimo secolo in cui si era già sollevato un dibattito sulla distribuzione e accumulazione capitalistica con ripercussioni sociali; “la questione delle abitazioni” risalente al diciannovesimo secolo in cui si passava dalla distribuzione alla piccola scala al sistema di fabbrica generando la formazione del sistema del proletariato della città industriale; allo sviluppo delle metropoli, risalente al ventesimo secolo, in cui si è assistito alla progressiva de-individualizzazione della società e ad una crescente presenza della popolazione nei territori metropolitani. Il punto in comune di questa breve rassegna è caratterizzato dai conflitti sociali generati dagli importanti cambiamenti politici ed economici della società. La questione urbana è la sfera dove si manifesta per eccellenza la problematica della coesione sociale (Jacques Donzelot, 2008). Infatti, se oggi analizziamo la questione urbana, forse meglio definita *coesione sociale*, il nodo centrale rimane senza dubbio il conflitto. Ma ciò che caratterizza la complessità dell’attuale questione urbana non è solo il perdurare della recente crisi economica e sociale, per di più aggravata dalla pandemia mondiale, ma la crisi di una società che porta con sé le sofferenze del processo di individualizzazione e destrutturazione, la crescente consapevolezza del rischio di esaurimento delle risorse ambientali, della sempre più diffusa richiesta di maggiore sicurezza, salute e istruzione, di un progresso tecnologico che si pretende continuo e che determina un tale cambiamento delle regole di interazione sociale

ai limiti dell'anomia<sup>13</sup> (Emile Durkheim, 1893). Il livello di complessità multidimensionale con cui questi fattori sono tra loro connessi apre le porte a scenari, politiche e progetti spesso contrastanti tra di loro.

La scelta di introdurre il concetto della nuova questione urbana deriva proprio da questo e quindi dalla necessità di costruire un quadro chiaro delle questioni che vi appartengono in chiave rinnovata. Questa riflessione è necessaria per avviare il cambiamento delle politiche pubbliche, in particolare delle città e delle periferie, un cambiamento che riguarda l'impostazione stessa di queste politiche e i principi sui quali si appoggiano e dalle quali derivano le soluzioni in risposta alla crisi della città contemporanea.

Il punto di partenza delle questioni poste al centro della riflessione odierna viene da lontano e, seppur manifestate in maniera esplicita a partire dalla seconda metà del secolo scorso, è solo negli ultimi anni che assumono grande rilevanza.

Negli anni '60 e '70, Henri Lefebvre, Manuel Castells e Michel de Certeau, esprimevano la necessità di affrontare la sfida della "questione urbana" a partire dall'osservazione del declino del modello fordista di organizzazione del lavoro de-individualizzato, della nuova articolazione della società, della crescita numerica dei ceti medi e dell'importanza data all'autonomia individuale, portando alla luce l'attenzione alle pratiche della vita quotidiana e della "cura di sé".

I processi di trasformazione delle città che hanno dato il via alla separazione delle funzioni, che hanno prodotto lo zoning e un conseguente sviluppo urbano basato sugli spostamenti individuali (in una logica di separazione dei luoghi di lavoro dai luoghi dell'abitare), hanno generato non poche problematiche. In aggiunta, l'aumento dell'inquinamento ambientale, dei processi di dispersione insediativa e l'evidente mutazione delle dinamiche nei sistemi urbani hanno istituito nuovi stili di vita delle

---

<sup>13</sup> Concetto in *La divisione del lavoro sociale*, 1893, e nel più noto *Il Suicidio*, 1897. Per Durkheim, lo stato di anomia definirebbe, in sostanza, una caratteristica del sistema culturale di riferimento (norme, valori e tradizioni), in cui l'individuo si trova inserito. L'anomia rappresenta in Durkheim l'antitesi della solidarietà sociale. Da una parte la rappresentazione di un gruppo, dall'altra, con lo stato di anomia, il suo disintegrarsi.



persone, con ripercussioni sulla salute e il benessere, e una diversificazione nelle relazioni sociali e nei rapporti socio-spaziali.

Nonostante alcune città si siano sviluppate in tempi differenti e con caratteristiche urbane distinte, risultano tra loro contemporanee soprattutto per quanto riguarda le questioni della crisi urbana. Infatti, le città sono diventate “indistintamente” fabbriche generatrici di contesti di alto degrado ambientale e polarizzazione sociale, di nuove disuguaglianze e insostenibilità; non trasmettono più le qualità “tradizionali” della città (Expolis, 2000) e sono configurate secondo un nuovo rapporto socio-spaziale in cui è possibile rintracciare differenze in termini di nuovi modi di vivere le città e conseguenti stili di vita (Soja, 2000). Dall’osservazione dei processi che hanno scandito le trasformazioni dei sistemi urbani, sembra chiara l’esistenza di una corrispondenza tra la diversa composizione spaziale dell’urbano e la manifestazione sempre più articolata e diversificata delle disuguaglianze sociali.

L’urgenza di riflettere sulle nuove sfide ambientali, di ripensare ai fenomeni di differenziazione spaziale, sociale ed economica negli ambiti identificati come spazi privi di qualità per ricostruire valide relazioni socio-spaziali (Soja, 2010), costituisce una necessità e un tentativo di rispondere concretamente non solo alle esigenze delle nuove politiche urbane, ma a quei fenomeni che coinvolgono la salute e il benessere delle persone. Costruire nuove e valide relazioni socio-spaziali negli ambienti urbani ha, tra i vari significati, quello di ricercare la qualità urbana, espressione che, come scrive la Gabellini, rinvia allo spazio ma che allo stesso tempo ha sempre racchiuso un costrutto teorico composto di questioni complesse tanto da considerarlo un messaggio politico mobilitante e ambiguo (Gabellini, 2018). Nel suo “Urbanistica oggi. Piccolo lessico critico” Pasqui sottolinea la necessità di recuperare il significato originale dell'urbanistica come progetto della qualità e del benessere nella sua dimensione spaziale e i suoi valori collettivi per migliorare il senso civico e di appartenenza ai luoghi (Carta, 2019).

### *Caratteristiche e “dimensioni” della nuova questione urbana. Il ritorno a principi dimenticati e riattualizzati*

Sulla base dei precedenti studi che hanno definito il concetto di questione urbana e alla luce delle sfide odierne che le città devono affrontare si delinea la *nuova questione urbana*. Le sue caratteristiche possono essere espresse sulla base di alcune considerazioni: ad esempio relativamente all'aumento della presenza della popolazione all'interno delle aree urbanizzate e della loro distribuzione spaziale; in relazione ai cambiamenti climatici e al ruolo che le città hanno nel contrastare questa sfida; all'irrefrenabile sviluppo della mobilità individualizzata che, per quanto rappresenti parte del diritto alla vita urbana, deve necessariamente essere rivista; o in relazione alla crescente distanza economica, culturale e spaziale tra ricchi e poveri.

I processi di espansione e densificazione urbana sono strettamente collegati ai processi migratori della popolazione verso le aree urbanizzate. Ad oggi il 55% della popolazione mondiale vive nelle aree urbanizzate e la previsione al 2050 corrisponde a circa il 70%<sup>14</sup> (dell'85% entro la fine del XXI secolo). Questo processo di continuo popolamento delle aree urbanizzate contiene in sé la questione della distribuzione spaziale non soltanto riferita alla popolazione ma anche alla presenza e accessibilità dei servizi, delle funzioni e più in generale di una mixité persa nel tempo. Il sovraffollamento nelle città porta con sé anche una serie di rischi legati all'emergenza climatica e al riscaldamento globale. Oltre alle crescenti emissioni di CO2 derivanti dalla produzione industriale, dal consumo e dall'uso della densa rete infrastrutturale, la stessa struttura urbana e lo sviluppo tecnologico -che muovono i consumi, la mobilità collettiva e i comportamenti sociali che ne derivano- sono causa dell'aggravarsi delle questioni ambientali.

---

<sup>14</sup> World Urbanization prospects 2018

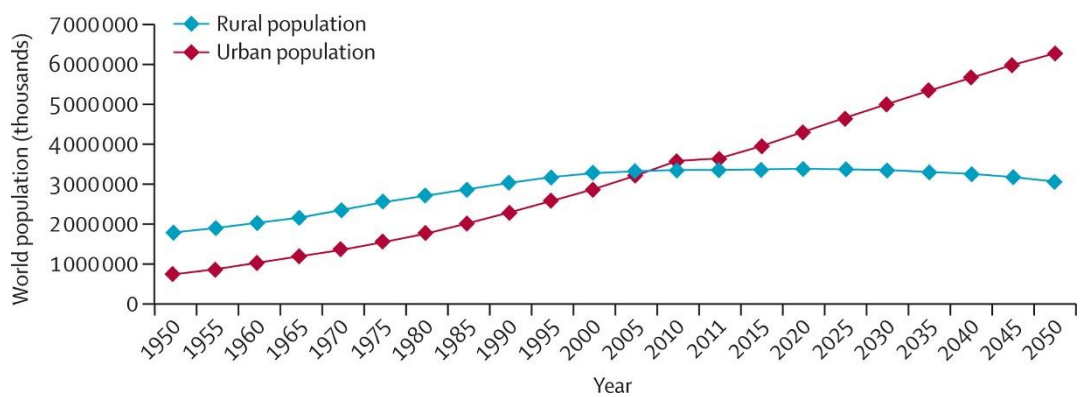


Figura 1\_ Crescita popolazione al 2050. World Urbanization prospects 2018

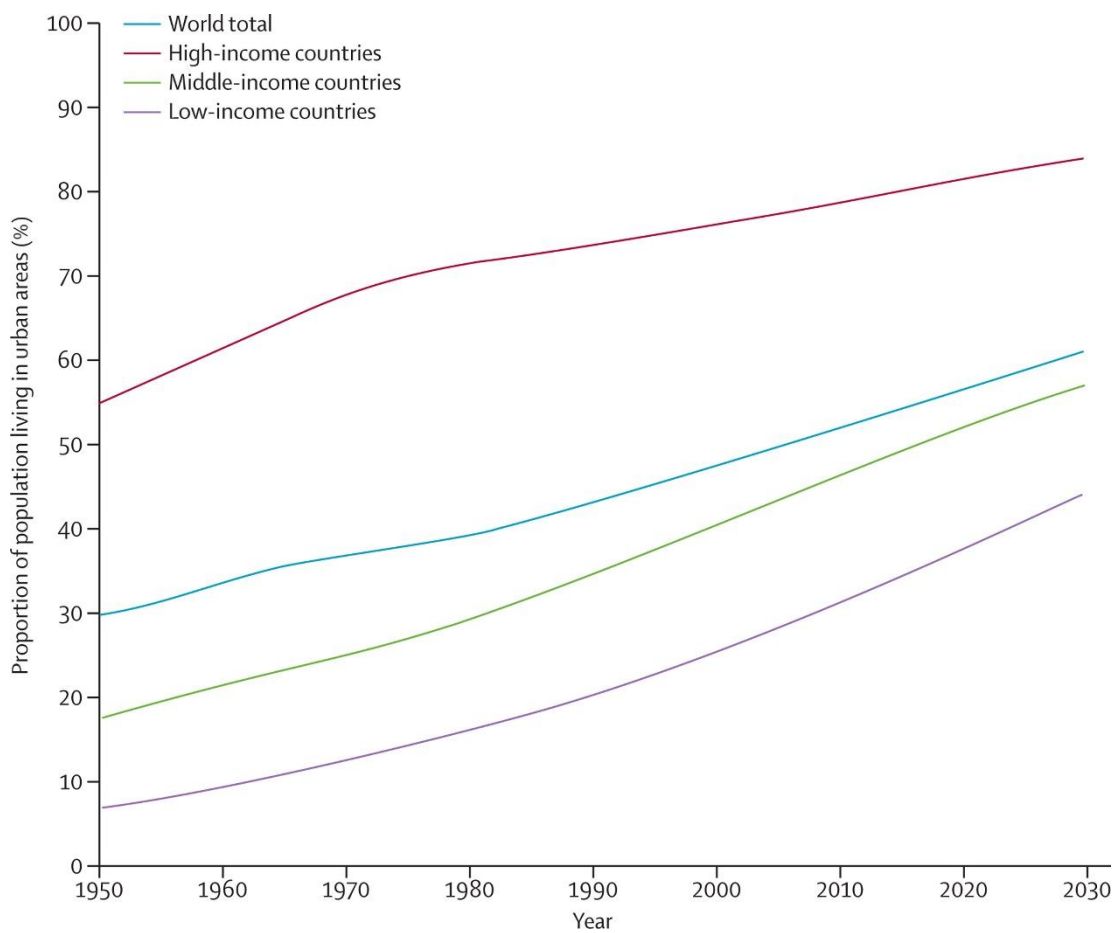


Figura 2\_ Popolazione nelle aree urbane. World Urbanization prospects 2018

Lo sviluppo della mobilità e delle importanti maglie infrastrutturali ha permesso di strutturare interi sistemi urbani connessi in rete tra loro ma, per quanto rappresenti parte del diritto alla città/vita, ha generato effetti di emarginazione e ingiustizia territoriale nei territori periferici che, diversamente dalle aree fortemente urbanizzate, rimangono spesso estranei alla rete di distribuzione dei servizi e delle funzioni rendendone più complessa l'accessibilità (Soja, 2009). Un'altra questione presente nel contesto urbano, di grande complessità e forse non di così immediata lettura nell'osservazione dei fenomeni urbani, è il concetto di disuguaglianze che si caratterizzano solitamente per gli aspetti sociali ed economici. Nella nostra modernità questi sono definiti all'interno di contesti diversamente complessi. I livelli distribuzione delle ricchezze, che generano una distinzione tra i ceti oggi quasi totalmente annullati<sup>15</sup>, insieme ai livelli di povertà sono legati al concetto di accessibilità dei servizi che, se non presenti, incidono sulle condizioni di povertà delle persone e incidono sui livelli di svantaggio sociale. A queste si associano conseguentemente una maggiore frequenza di fattori di rischio individuali (malattie croniche non trasmissibili, patologia sociali, etc.), stili di vita poco salubri e ambienti di vita più degradati, con minore interazione sociale.

Ciò che deriva da questa sintetica analisi è che le città non sono più adatte ad accogliere l'aumento della popolazione; che la qualità degli spazi è evidentemente in decadenza; che le questioni ambientali stanno causando danni per cui è urgente trovare delle soluzioni; che la separazione delle funzioni e dei servizi non agevolano una dinamica equa all'interno dei territori e alimentano la formazione di emarginazione e segregazione sociale e territoriale; che l'inadeguatezza dei servizi aggrava la posizione sociale soprattutto delle fasce più deboli (anziani e bambini). Tutto questo ha evidenti ripercussioni sullo stato di salute e di benessere delle comunità a livello fisico mentale e sociale. Queste criticità hanno raggiunto un alto livello di pericolosità ma il tentativo di

---

<sup>15</sup> la contrazione delle risorse e la distribuzione sempre più squilibrata delle ricchezze che generano disuguaglianze sociali e ripercussioni in salute (già al 2015 era stato previsto che l'1% della popolazione mondiale avrebbe posseduto più ricchezza dell'altro 99% entro il 2016 Oxfam (Oxford Committee for Famine Relief GB);

porre rimedio ai rischi connessi alla città diventa l'input di un percorso di ricerca verso il recupero della qualità urbana (Calabi, 1979).

A questo punto è opportuno contestualizzare il tema della salute e del benessere all'interno di questa tesi. Pur essendo un tema "proprio" della disciplina urbanistica, sembra che i processi di trasformazione delle città, delle politiche di pianificazione e di progettazione abbiano dimenticato il perché sia necessario mantenere il legame tra urbanistica e salute.

Per definizione della WHO, la salute rappresenta lo "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*" (WHO, 1948). La promozione della salute è il processo che mette in grado una persona, o un gruppo, di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, il singolo o la comunità deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. Un aspetto fondamentale è il riconoscimento della soggettività, introdotta proprio nella definizione della WHO che intende la salute come uno stato di benessere. La soggettività incide in modo determinante sulla salute. Il modo di percepire la realtà da parte del soggetto influisce sullo stato di salute. Un altro elemento che caratterizza l'approccio dell'educazione sanitaria è il concetto di equilibrio, in base al quale la salute non è uno "stato" ma una condizione dinamica di equilibrio, fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambiente in modo positivo, pur nel continuo modificarsi della realtà circostante (Carta di Ottawa, 1986). Se il benessere rappresenta quello stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano e caratterizza la qualità della vita di ogni singola persona all'interno di una comunità di persone e quindi della società, allora risulta chiaro il perché l'attenzione ai bisogni e alle nuove necessità delle persone sia centrale per recuperare il concetto di qualità della vita che si riflette nelle relazioni spaziali della città.

Per contestualizzare e rendere chiara la molteplicità degli aspetti e come questi si relazionano tra loro, è stato costruito un frame concettuale di supporto che mette a sistema ciò che si definiscono le *caratteristiche* e le *dimensioni* della nuova questione urbana. Il

quadro concettuale è stato strutturato partendo da una revisione scientifica dei temi afferenti alla nuova questione urbana e fissando le relazioni - che per quanto generalmente lineari oggi risultano molto complesse - con le sfide della città contemporanea. Ciò che si definisce come “caratteristiche” equivale a tutti quegli aspetti che collegati tra loro descrivono gli elementi fondamentali da recuperare per superare la crisi urbana odierna, attraverso un ragionamento che abbraccia non soltanto i temi strettamente legati allo spazio urbano ma tutti quelli che, concatenati tra loro, costituiscono la base per un approccio rinnovato e in linea con i nuovi bisogni espressi dalla città contemporanea. Con “dimensione” si fa invece riferimento alla scala di approccio dalla quale è opportuno partire per tentare di costruire un quadro approfondito delle situazioni, delle necessità e dei bisogni -strettamente legate ai contesti- e dalla quale è appropriato partire per configurare soluzioni, spesso isolate, da adottare e applicare attraverso politiche urbane di rigenerazione. All’interno di questo quadro si delinea l’importanza odierna della salute e del benessere delle persone che torna ad essere centrale all’interno di un discorso molto ampio e che coinvolge evidentemente la disciplina urbanistica.

### *Qualità urbana e ricerca di nuove relazioni socio-spaziali*

Le questioni sintetizzate precedentemente delineano un quadro emergenziale importante. Dalla struttura delle città, all’emergenza climatica, alla crisi economica e sociale, ai conflitti territoriali, è evidente che il punto di riflessione per la disciplina riguarda gli spazi dell’abitare e le relazioni socio-spaziali come punto nevralgico della sfida contemporanea. Nell’intento di riflettere sulle modalità di ricostruzione di questa nuova relazione ritorna il concetto di qualità urbana che da sempre si rispecchia nel modo in cui edifici ed infrastrutture vengono progettati e che, pertanto, rinvia allo spazio fisico della città. L’architettura e la pianificazione urbana hanno grande influenza sui modelli di vita e da loro dipende il come gli abitanti vivono la città<sup>16</sup>. Pensare quindi che il contenitore

---

<sup>16</sup> Questo è il punto di vista dell’architetto danese Jan Gehl che da oltre cinquant’anni è impegnato nel miglioramento della qualità della vita urbana, con l’obiettivo di aiutare i cittadini a ‘riconquistare le città’.

“città” non possa influenzare il contenuto “cittadini” è assolutamente sbagliato. Ogni qual volta ci troviamo di fronte a una città che viene vissuta dai suoi abitanti, piena di spazi pubblici e di persone che la percorrono, specie nel caso di bambini e anziani, allora, secondo Gehl, abbiamo buone probabilità di trovarci di fronte a una città ben progettata. Per definire il concetto di qualità urbana, a partire dagli anni Settanta, stilava una lista di principi -ancora attuali- da rispettare per progettare città belle, vivibili, sicure e sostenibili (Città pedonabili, Spazi pubblici, Esperienze multisensoriali, Accessibilità dei trasporti pubblici). Alla base di questi quattro principi ci sono le persone. Il requisito di città pedonabile sta nel recuperare percorsi pedonali e ciclabili che possano incentivare gli abitanti all’attività fisica e a lasciare l’auto a casa favorendo qualche passo a piedi o in bicicletta. La sempre più ridotta attività motoria, l’uso sfrenato delle automobili per ogni spostamento - anche minimo - sono in parte la causa dello svuotamento degli spazi pubblici e di aggregazione, della crisi urbana inoltre aggravata da un benessere economico che ha radicalizzato una serie di abitudini profondamente sbagliate. Il lavoro, diventato sempre più concettuale e sedentario, ha condotto la maggior parte della popolazione ad uno stile di vita dove l’attività fisica è pressoché scomparsa. La qualità della vita urbana è misurabile dalla quantità e dalla qualità degli spazi pubblici, in quanto luoghi che rappresentano un punto di riferimento per i cittadini e spazi per la condivisione (relazioni socio-spaziali). Per molte città, il recupero in termini di quantità e qualità dello spazio pubblico, è diventato uno dei primi punti nodali da cui ripartire per rigenerare le città, procedendo con il recupero e la conversione degli spazi comuni riacquistandone

---

L’architetto ha studiato la relazione fra vita e forma fin dalla metà degli anni ’70, quando ha cominciato a mettere in discussione l’approccio modernista di guardare il modello architettonico dall’alto, anziché dall’interno. Nel suo libro *Città per le persone* Ghel ribadisce che il ruolo di architetti e progettisti è e deve essere quello di promuovere il benessere dei cittadini. Nel corso dei suoi studi l’architetto cita numerosi esempi di città che funzionano, modelli urbanistici che in qualche modo hanno favorito la qualità della vita urbana. Fra questi, l’Italia viene più volte citata. C’è Siena, con la sua Piazza del Campo, definita dall’architetto come uno degli spazi pubblici meglio riusciti al mondo e poi c’è Venezia, dove le strade sono state realizzate a misura di pedone e non di automobile.

l'importanza fondamentale, per una migliore qualità della vita delle persone<sup>17</sup>. Creare infrastrutture che privilegiano la percorrenza a piedi o con mezzi sostenibili raccoglie diverse questioni, tra cui il recupero di stili di vita sani e una dimensione più profonda che coinvolge il terzo principio di Gehl, quello dell'esperienza multisensoriale. Nell'ottica di qualità della vita urbana, l'esperienza multisensoriale è quella capacità che una città dovrebbe avere nel garantire e mantenere un proprio fascino, una propria identità e vivibilità. Elementi, questi, che sono stati spesso ignorati nelle progressive trasformazioni della città contemporanea.

### *Qualità e recupero della dimensione umana*

Con il recupero delle buone abitudini e degli stili di vita sani si accendono dunque i riflettori sulle questioni nel tempo dimenticate, tralasciate per favorire lo sviluppo e il “progresso”, e che hanno allontanato l'attenzione dalla dimensione più importante: quella delle persone. Ricerche e studi incrociati dimostrano che il cambiamento delle abitudini e degli stili di vita influisce in maniera incisiva sulla qualità della vita urbana e sulla salute delle persone in termini fisici e psichici.

L'idea di ripartire dalla dimensione umana per ripristinare il concetto di qualità urbana è una considerazione condivisa da diversi autori. Recuperare come approccio il Cittadino è necessario per rintracciare le abitudini e le nuove necessità delle città e della popolazione. Nella "città aperta" i cittadini mettono in gioco attivamente le proprie differenze e creano un'interazione virtuosa con le forme urbane. Sennet vede nella città aperta - una città fatta di nuovi rapporti sociali, costruita sulla condivisione di scelte collettive regolate dall'aiuto di un esperto - l'unica possibilità di restituire identità e qualità

---

<sup>17</sup> Nel 2015, la città di Copenaghen, grazie a un piano urbanistico chiamato “A Metropolis for People” incentrato sullo sviluppo di aree verdi, spazi comuni e percorsi pedonali, ha promosso una serie di iniziative che hanno reso la capitale danese più interessante, più sicura e più inclusiva da un punto di vista sociale.



alle città. Qualità concepita come qualità della vita e di bellezza manifesta nella realtà fisica della città e delle sue componenti (Sennet, 2018).

Nel saggio *The Death and Life of Great American Cities*, Jane Jacobs sosteneva che le forme urbane emergono lentamente e gradualmente, seguendo le lezioni dell'uso e dell'esperienza. In questa affermazione si intuisce una specifica attenzione rivolta alle dinamiche di relazione -complesse e articolate- delle persone con lo spazio fisico e con la società locale. *“L'esperienza del comfort e del benessere nelle città è strettamente legata al modo in cui la struttura urbana e lo spazio cittadino si armonizzano con il corpo umano, i sensi, e la corrispondente dimensione e scala dello spazio”* (Gehl, 2010). La scala umana non dovrebbe mai essere considerata un'opzione. Dare importanza all'esperienza del cittadino vuol dire ripristinare modi di agire che vedano le persone assumere maggiore consapevolezza e partecipazione nel progetto e nel governo della città (Amendola, 2019), una relazione di cui la disciplina, per tradizione, ha sempre tenuto conto nel considerare le dinamiche e le trasformazioni urbane (Indovina, 2015). La città dell'esperienza, così definita dall'autore, può rappresentare una valida alternativa tra il funzionamento della città sistema -fondata sull'interpretazione scientifica dei fatti urbani, descritta dalle statistiche economiche e demografiche, quella che emerge dalle norme urbanistiche e dalla relativa legislazione- e la "felicità" del singolo individuo. Una felicità che non dipende solo dalle esperienze urbane ma da altre condizioni difficili da ponderare e da predeterminare. L'assunzione del punto di vista del cittadino come prioritario - sia analiticamente che progettuale - è l'elemento che contribuisce a spiegare la “felicità” e a rendere più che mai attuale l'opera di Lefebvre de “Il diritto alla città”.

***Il diritto alla città contemporanea. Il diritto alla città attualizzato: il nodo centrale di alcune fondamentali del dibattito contemporaneo***

Per quanto oggi le città siano cambiate fisicamente, economicamente, culturalmente e politicamente rispetto ai modelli precedenti, il nodo del diritto alla città e della sua centralità resta. Le motivazioni di questa affermazione sono rintracciabili in tutti

quei fenomeni fino ad ora descritti: le disuguaglianze sociali aumentano e la città le amplifica e le rende visibili; la competizione e lo sviluppo, diventati il principio di progettazione e di governo delle città, lasciano indietro i più deboli. Il diritto alla città oggi invoca equità, democrazia, diversità; rappresenta un'esigenza in quanto "il diritto alla città contiene ed esprime una varietà crescente di diritti". Sono i diritti all'inclusione anche spaziale, alla diversità, all'identità, alla salute, alla crescita culturale, alla socialità, alla bellezza e ad un ambiente sano. Il diritto alla città è il diritto a partecipare alla costruzione del futuro del proprio ambiente di vita (Amendola, 2019). L'idea di Jane Jacob, che costituisce la base della "città giusta", era quella di spazi urbani "posseduti" - simbolicamente e materialmente - dalle persone che contribuiscono a co-crearli.

Questa idea sembra coincidere con l'idea di Lefebvre sul "diritto alla città", cioè il diritto della collettività di "appropriarsi" dello spazio urbano e di partecipare alla sua trasformazione (Purcell, 2002), ma anche con la visione liberale sulle città come luoghi in cui sfera privata e sfera pubblica coesistono fino a formare un'unità indivisibile (Moroni e Chiodelli, 2014). Recuperare il diritto alla città significa intervenire direttamente sulle questioni dello spazio, conformarlo o riconfigurararlo secondo i bisogni, le aspirazioni e i desideri delle classi sociali, occupare e riattivare le funzioni. È un diritto che, assumendo come priorità la riappropriazione sociale degli spazi di vita, offre spiragli per la ricostruzione dei luoghi (Agostini, 2019).

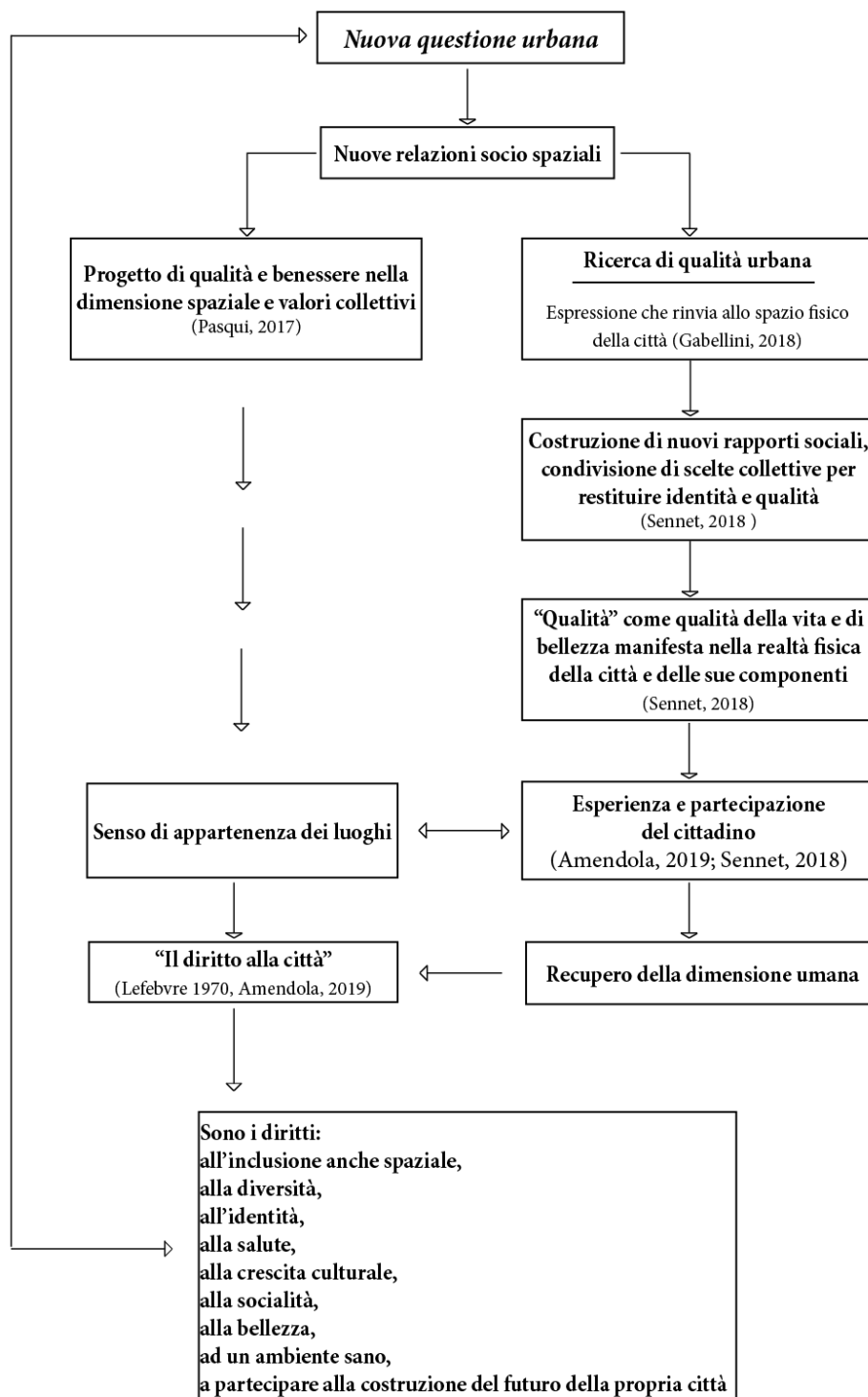


Figura 3\_Quadro concettuale riassuntivo della ricostruzione delle caratteristiche e dimensioni della nuova questione urbana.

Il diritto alla città, in tutti i suoi significati, rimette al centro alcuni rapporti fondamentali del dibattito contemporaneo. È un costrutto che tiene insieme qualità urbana e qualità della vita, accessibilità ed inclusione sociale, salute e ambiente sano, che coinvolge la vita quotidiana. Questi sono i principi fondamentali che rientrano nella sfida della nuova questione urbana che, per far fronte alle criticità della città contemporanea, deve mostrare attenzione verso la ricerca di una qualità urbana negli spazi fisici, partendo dal recupero delle pratiche del quotidiano, cioè delle abitudini e degli stili di vita delle persone, dall'azzeramento di quelle distanze che le stesse città hanno posto generando disuguaglianze sociali e in salute. Studi approfonditi di questi fenomeni e della loro interazione con il territorio hanno costruito nuove geografie urbane, un'alternanza di ambienti poveri e ricchi che descrivono specifiche geografie delle disuguaglianze cicliche e mutevoli (Gabellini, 2018).

#### ***1.4 Disuguaglianze sociali come rischi urbani e di salute.***

Le disuguaglianze sociali sono la “*rappresentazione dei rischi per quegli elementi fondamentali del benessere collettivo della società, quali, ad esempio la salute fisica e mentale dell’intera popolazione, la qualità della vita, il grado di partecipazione dei cittadini e la solidità dei rapporti che uniscono coloro che ne sono parte*” (Baumann, 2011).

Le disuguaglianze sociali si concentrano prima di tutto nelle città, nelle aree urbane e nelle metropoli e danno luogo a forme evidenti di ingiustizia spaziale. Legate alla struttura economica della società hanno assunto, ogniqualvolta si è presentata una crisi, una configurazione spaziale diversa, diversa nelle funzioni e nella distanza tra ricchi e poveri. Rappresentano un punto chiave della questione urbana e, insieme alle conseguenze dei cambiamenti climatici e ai problemi connessi alla mobilità, sono la traduzione di un mancato diritto alla città e, pertanto, evidentemente da approfondire (Secchi, 2013).

È difficile definire in quale misura la distribuzione delle disuguaglianze dipenda dalle politiche economiche, dall’impiego e consumo delle risorse o dalle politiche rivolte ai diritti delle persone - che coinvolgono direttamente le politiche urbane responsabili della distribuzione delle risorse attraverso la produzione di dotazioni, servizi e beni pubblici -.

L’urbanistica – con riferimento alla storia europea del XX secolo – ha cercato di ridurre le disuguaglianze attraverso la previsione di prestazioni di base fissando – o per lo meno facendo il tentativo – in modo eguale la quantità di standard per ciascuna persona, gruppo, quartiere o parte di città. Le politiche economiche e sociali hanno evidentemente determinato l’emergere e il diffondersi, numericamente parlando, dei ceti medi, diffondendo il manifestarsi di politiche di distinzione, diventate parte fondamentale e inevitabile dei meccanismi di funzionamento della città contemporanea. Le differenze prodotte in tema sociale, culturale, di genere, demografiche e, infine, di uso dello spazio sottolineano l’emergere di diversi conflitti e di una riduzione dello stato di benessere. Le città, in quanto macchina generatrice di regole e comportamenti, attraverso strumenti

fisici, spaziali, giuridici e istituzionali modificano costantemente il proprio sistema organizzativo dando vita a relazioni spaziali, sociali ed economiche - articolate e diversificate - e generando di volta in volta nuovi sistemi di integrazione ed esclusione sociale.

La differente quantità e qualità delle dotazioni di risorse (strutturali e culturali), di competenze specialistiche, di saperi e conoscenze generali e la loro diversa distribuzione sui territori determinano squilibri e diseguaglianze di salute in termini di fruibilità, efficacia e accessibilità verso i miglioramenti e i benefici del “progresso” concepito come qualità della vita. Inoltre, le diseguaglianze sociali che si presentano oggi sono evidentemente collegate a questioni di reddito ed evidenze scientifiche hanno dimostrato che a parità di reddito e di una struttura socioeconomica più egualitaria non solo le diseguaglianze sono minori ma sono migliori le condizioni di salute (Marmot, 2016). Alle diseguaglianze sociali ed economiche, distribuite in modo non omogeneo sul territorio, si collegano le diseguaglianze di salute a livello “soggettivo”. Queste producono effetti e conseguenze ancora più intollerabili e si concentrano regolarmente nelle aree economicamente più svantaggiate. Di fatto, le diseguaglianze di salute possono generare conseguenze ben più gravi e destabilizzanti per coloro che non dispongono di adeguati mezzi economici, culturali e relazionali, alimentando ulteriori ingiustizie e diseguaglianze (visibili sul territorio). Le diseguaglianze sociali e territoriali di salute sono socialmente determinate ed è dunque possibile intervenire per modificarle. Contrastarle significa contribuire al miglioramento della coesione sociale e alla costruzione di una società più equa; significa permettere che ogni singola persona benefici dei vantaggi che una maggior uguaglianza determina all'interno di un territorio.

Questo meccanismo coinvolge evidentemente la disciplina urbanistica e il progetto della città. Una valida soluzione sta nel prendere coscienza della necessità di confrontarsi con i contesti sociali e con l'immagine che le città oggi restituiscono, attraverso il recupero delle pratiche del quotidiano, della dimensione umana e del senso comune. Centrando l'attenzione sulla dimensione personale e sociale, oltre che sulla dimensione ambientale ed economica delle politiche urbane, la disciplina ha - e deve avere - come obiettivo quello

di assicurare una migliore qualità del vivere e dell'abitare, di ridurre le disuguaglianze sociali, di eliminare situazioni di emarginazione e segregazione spaziale garantendo la sicurezza delle persone. Il tema delle disuguaglianze sociali e della loro redistribuzione si trova, da alcuni decenni, all'interno del dibattito sulle politiche urbane di rigenerazione delle città, ma solo recentemente sta emergendo con maggior forza da ambiti strettamente disciplinari e di interesse pubblico al fine di coinvolgere in maniera multidisciplinare e propositiva altri soggetti ed altre competenze.

### *Le disuguaglianze e il legame ad un nuovo concetto di salute*

L'interessante ricerca di Sr. Marmot sulle disuguaglianze in salute non solo da modo di avere una base scientifica che dimostra le relazioni tra salute, economia, stili di vite etc. ma apre le porte ad un campo di ricerca molto importante, in linea con le necessità delle città, dei governi e con le richieste internazionali. Nelle sue ricerche Marmot analizza dati relativi alle differenze in salute tra i singoli paesi e all'interno dei paesi stessi, ne individua le caratteristiche socioeconomiche e mostra che gli esiti peggiori in salute sono maggiormente presenti tra le persone più svantaggiate. Anche all'interno di uno stesso paese, o addirittura città, maggiori sono le disuguaglianze interne, maggiori le differenze di salute tra i cittadini ai vertici o alla base della scala sociale. Inoltre, le condizioni di povertà e di svantaggio sociale sono associate a una maggiore frequenza di fattori di rischio individuali (malattie croniche non trasmissibili, patologia sociali, etc.), a stili di vita meno salubri e ad ambienti di vita più degradati e con minore interazione sociale. La relazione tra l'incidenza delle condizioni sociali e conseguenze in salute non si è dimostrata sempre così diretta: ad esempio la disoccupazione è associata ad una mortalità notevolmente più elevata anche nella classe sociale alta<sup>18</sup>. Le categorie dei poveri e dei ricchi sono due classi non più speculari (Secchi, 2013).

---

<sup>18</sup> Bethune A (1997). Unemployment and mortality in Drever F and Witehead M (Eds). Health inequalities: decennial supplement, ONS Series DS no. 15. London, The Stationery Office: 156-167.

La riduzione delle disuguaglianze dipende dallo sviluppo sociale ed economico della comunità ed è ormai evidente che la salute ne costituisce il tema centrale; in effetti non si parla di salute unicamente in associazione ad un buon funzionamento dei servizi sanitari, ma di salute dipendente da fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici, definiti “determinanti della salute”. La relazione che questi elementi hanno con la pianificazione urbanistica è stata rappresentata da Barton H. and Grant M. (2006) attraverso la “*mappa della salute per l’habitat umano alla scala locale*” (*health map for the local human habitat*). Questa relazione è stata sviluppata sulla base della teoria del modello dei determinanti della salute di Whitehead & Dahlgren del 1991. Il modello evidenzia come i *determinanti individuali della salute* - non modificabili - e dunque riferiti ad età, sesso e patrimonio genetico, sono inglobati nel gruppo più ampio dei *determinanti della salute* - modificabili - che fanno riferimento agli stili di vita, alle reti sociali e comunitarie, alle condizioni di lavoro e dell’ambiente di vita, ai contesti socioculturali, politici ed economici. Lo schema, a semicerchi concentrici, rappresenta la gerarchia di valori tra i diversi determinanti della salute: quelli modificabili, che rappresentano il “contesto”, influiscono maggiormente sullo stato di salute della persona e della comunità (Figura 4). È un modello concettuale che da una parte riflette la cultura europea di welfare state fondata sul “diritto alla salute” e dall’altra fa propria la visione “multisetoriale” della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata<sup>19</sup>. In questo schema l’uomo è centrale all’interno di un sistema generale che comprende: ambiente naturale e costruito; attività intesa come lavoro; il divertimento; l’apprendimento; l’economia locale; la comunità e gli stili di vita.

---

<sup>19</sup> WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. WHO, Geneva 1978. La dichiarazione di Alma Ata sottolinea l'importanza dell'attenzione primaria alla salute come strategia per ottenere un miglior livello di salute della popolazione. Il suo motto fu: "Salute per tutti entro il 2000". La conferenza esprime la necessità urgente di azioni da parte di tutti i governi, degli operatori della salute e della comunità internazionale, per proteggere e promuovere il modello di attenzione primaria alla salute, per tutti gli individui del mondo.





Figura 4\_La mappa della salute per l'habitat umano alla scala locale. Da Barton H. and Grant

È dunque abbastanza esplicito come la promozione della salute può, ma soprattutto deve, essere applicata attraverso azioni declinate a diversi livelli. È una necessità ormai acclarata che non si traduce soltanto nell'accesso ai servizi sanitari ma anche nella creazione di ambienti favorevoli, nel miglioramento della qualità della vita, nel favorire uno sviluppo socio-ecologico sostenibile, una pari accessibilità ed equità da parte di tutti i cittadini.

A partire dalle iniziative volte a promuovere la salute delle persone, diventa estremamente importante capire quali siano le azioni da introdurre per migliorare gli ambienti di vita e per restituire una dimensione che sia a misura d'uomo. Partendo da questo, soprattutto in ambito europeo, sono stati sviluppati interventi e politiche per la salute in grado di agire attraverso i determinanti sociali. Anche la WHO recuperando gli ideali sanciti nella Costituzione del 1946<sup>20</sup> e, supportando e condividendo la dichiarazione

<sup>20</sup> La Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, firmata a Nuova York il 22 luglio 1946, conformemente alla Carta delle Nazioni Unite, dichiara che alla base della felicità dei popoli, delle loro relazioni

di Alma Ata del '78, dà origine ad una Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) (WHO, 2010 b). La commissione riproduce un frame concettuale riferito ai fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (determinanti della salute), e ai fattori coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (determinanti delle diseguaglianze nella salute) (Figura 5). Nel 2008 la stessa commissione produce il documento di sintesi "*Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*" nel quale raccoglie le principali evidenze scientifiche sui determinanti sociali della salute e propone un quadro per assistere i responsabili politici nel prendere decisioni appropriate per affrontare le disuguaglianze in salute sia tra i diversi paesi che al loro interno (WHO, 2008).

---

armoniose e della loro sicurezza, stanno i principi seguenti: 1- La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità. 2 - Il possesso del migliore stato di sanità possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale. 3- La sanità di tutti i popoli è una condizione fondamentale della pace del mondo e della sicurezza; essa dipende dalla più stretta cooperazione possibile tra i singoli e tra gli Stati. 4- I risultati raggiunti da ogni Stato nel miglioramento e nella protezione della sanità sono preziosi per tutti. 5- La disparità nei diversi paesi per quanto concerne il miglioramento della sanità e la lotta contro le malattie, in particolare contro le malattie trasmissibili, costituisce un pericolo per tutti. 6- Lo sviluppo sano del fanciullo è d'importanza fondamentale; l'attitudine a vivere in armonia con un ambiente in piena trasformazione è essenziale per questo sviluppo. 7- Per raggiungere il più alto grado di sanità è indispensabile rendere accessibili a tutti i popoli le cognizioni acquistate dalle scienze mediche, psicologiche ed affini. 8- Un'opinione pubblica illuminata ed una cooperazione attiva del pubblico sono d'importanza capitale per il miglioramento della sanità dei popoli. 9- I governi sono responsabili della sanità dei loro popoli; essi possono fare fronte a questa responsabilità, unicamente prendendo le misure sanitarie e sociali adeguate. Riconoscendo questi principi, ed allo scopo di cooperare tra di loro e con tutti per migliorare e proteggere la sanità di tutti i popoli, le Alte Parti contraenti accettano la presente costituzione ed istituiscono con ciò l'Organizzazione mondiale della sanità, come organizzazione speciale delle Nazioni Unite.

[https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015\\_1002\\_976/20090625/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015\\_1002\\_976-20090625-it-pdf-a.pdf](https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/20090625/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015_1002_976-20090625-it-pdf-a.pdf)

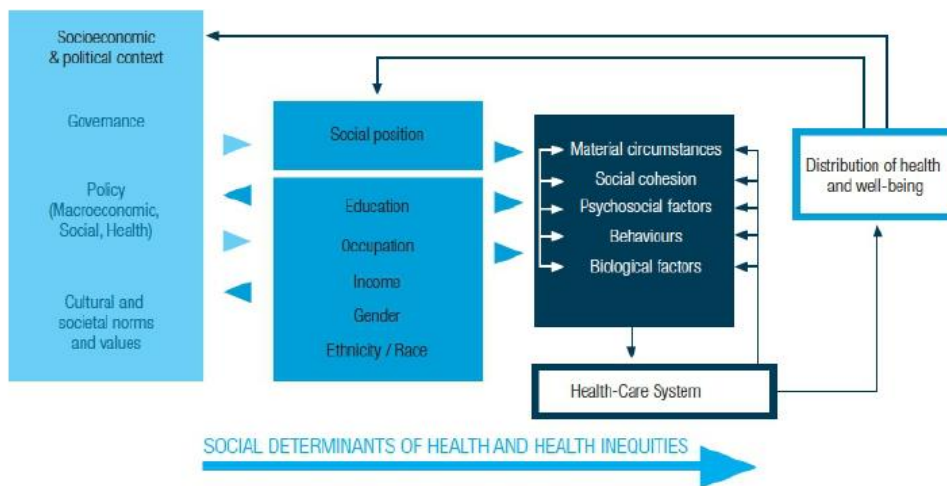


Figura 5\_ I determinanti sociali della salute di Solar e Irwin (2007) come citato in WHO- CSDH 2008.

Si parla dunque di disuguaglianze legate ad un rinnovato concetto di salute come risultato di diverse interazioni, sociali, economiche, culturali e ambientali. L'esigenza di approfondire questo tema, rivolto a tutela di tutta la popolazione, richiama evidentemente l'attenzione verso tutte quelle discipline e quei settori coinvolti nei diversi ambiti interpellati interrogati da questa emergenza. Consapevoli che i recenti risultati in salute non fossero semplicemente legati ad un concetto puramente sanitario e partendo dall'idea di una nuova centralità della salute nelle città, Michael Marmot ha introdotto importanti novità in termini di strategie trasversali estese a tutta la società. A partire dal 2010 con il "Marmot Review" - Rapporto sulle disuguaglianze di salute in Inghilterra - e con il White Paper "Healthy Lives, Healthy People, è stato promosso l'impegno ad intraprendere azioni per ridurre le disuguaglianze in tema di "salute", nella convinzione di un approccio trasversale. Si è così messo in moto un complesso lavoro di revisione dei dati, di confronto e di valutazione con i molteplici attori delle politiche pubbliche che ha coinvolto anche la disciplina urbanistica.

Da qui l'interesse verso il recupero della relazione Urbanistica-Salute come condizione necessaria a garantire un approccio d'insieme ai temi emergenziali delle città contemporanea legati, in chiave rinnovata, al tema della salute e per stabilire obiettivi e priorità d'intervento verso città socialmente eque, sostenibili, vivibili e sane. Di questa

integrazione tra disciplina urbanistica e salute, il libro *Healthy Urban Planning: A WHO Guide to Planning for People* (Hugh Barton and Catherine Tsourou, 2000), costituisce un'importante base sulla quale molte delle sperimentazioni introdotte dalla rete europea "Healthy Cities" hanno fatto riferimento.

### ***La salute come prospettiva di qualità della vita***

Tra i valori sanciti dalla Costituzione dell'OMS si legge che «*Il godimento del migliore stato di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano*». In linea con questi principi e attraverso il manifesto "salute in tutte le politiche", l'OMS dichiara che il miglior risultato in termini di salute, benessere e qualità della vita, si raggiunge lavorando su tutti quegli aspetti che contribuiscono a (ri)costruire la salute delle persone: a partire da interventi sull'ambiente urbano, sul sistema della mobilità, dell'istruzione, sulle attività personali e collettive, ecc.

Incrementare la salute attraverso tutte le fasi della vita è un diritto fondamentale per tutti e non un privilegio per pochi. Una buona salute è un bene e una fonte di stabilità economica e sociale. È la chiave per ridurre la povertà, contribuisce allo sviluppo sostenibile e ne beneficia. L'aspetto più importante è che la buona salute non può più essere considerata un risultato di un solo settore: i miglioramenti sostenibili ed equi in materia di salute sono il prodotto di una politica efficace a tutti i livelli di governo e degli sforzi di collaborazione tra tutti gli ambiti della società (Health 2020, 2013)<sup>21</sup>. I paesi europei dell'OMS hanno riconosciuto il diritto alla salute e si sono impegnati a favore dell'universalità, della solidarietà e dell'equità di accesso, riconoscendoli come valori guida per l'organizzazione e il finanziamento dei propri sistemi sanitari. Il loro obiettivo è il conseguimento del livello di salute più elevato possibile, indipendentemente dall'etnia, dal sesso, dall'età, dallo stato sociale o dalle disponibilità economiche. Questi valori comprendono la sostenibilità, la qualità della vita, la responsabilità, l'equità di genere, la

---

<sup>21</sup> *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Pubblicato dall'WHO Regional Office for Europe nel 2013.

parità dei sessi, la dignità e il diritto a prendere parte ai processi decisionali. Ma le riposte non sono comprese esclusivamente nel funzionamento della tradizionale struttura sanitaria pubblica o le tradizionali professionalità in campo medico. Una migliore collaborazione fra i diversi settori che si occupano a diverso titolo di salute è di grande importanza ed è alla base della strategia “*Health in All Policies*”. Di fatto, si tratta di una strategia in cui i decisori dei diversi settori, prima di adottare politiche o interventi ponderano in modo congiunto questioni di salute, sostenibilità ed equità. Il processo decisionale è centrato sul miglioramento dei determinanti sociali di salute di una comunità e dei suoi ambienti di vita, come la scuola, il luogo di lavoro, i luoghi ricreativi e le aree verdi.

La qualità della vita è oggetto di una crescente attenzione da parte del mondo sanitario per la centralità che le persone stanno assumendo nelle decisioni che riguardano la salute. Il concetto di qualità della vita rappresenta non solo una prospettiva di buona salute in senso stretto ma assume altre importanti declinazioni. *Qualità dell’ambiente* di vita attraverso il quale si denunciano gli effetti del degrado ambientale e le conseguenze sociali. In quest’ultima declinazione si fa riferimento alla ricchezza economica e all’uguaglianza sociale attraverso le quali si evidenziano le condizioni di vita oggettive che dovrebbero rappresentare le premesse per una vita soddisfacente. *Qualità e benessere psico-fisico* che comprende un complesso di aspetti che condizionano la qualità della vita della comunità. In quanto tali, essi sono rappresentati dai dati fisico-ambientali delle componenti a cui si riferiscono (come qualità dell’aria, ambiente acustico, confort ambientale, ecc.), ma anche da indicatori di sintesi in grado di restituire un giudizio complessivo sulla vivibilità di un insediamento urbano. Anche in questo senso assume rilievo la percezione sociale, non sempre misurabile attraverso dati oggettivi, ma da leggere attraverso i processi partecipativi, come valore e patrimonio di una comunità. *Qualità delle prestazioni* con la quale si intende la capacità delle persone di assumere una predisposizione mentale positiva nell’affrontare la quotidianità. Con riferimento al punto di vista della persona, attraverso le sue percezioni, credenze, emozioni, esperienze di vita quotidiana, questa declinazione rappresenta un ulteriore parametro di qualità della vita che si affianca agli indicatori prettamente medici nella valutazione dello stato di salute di

persone affette da determinate patologie. Questo parametro si rivela tanto più importante oggi quanto più la pratica epidemiologica si trova di fronte a quadri clinici complessi, per i quali gli interrogativi sui dati quantitativi richiamano con interesse, sempre maggiore, quelli qualitativi (Niero, 2012). Da questo punto di vista si apre la questione della misurazione della qualità. Il concetto di qualità comprende aspetti concretamente misurabili come per esempio le condizioni di vita relative alla salute fisica, all'ambiente di vita, al reddito, alle relazioni sociali e al lavoro - specifici dell'ambito medico e sociologico - e gli aspetti legati alla soggettività, di difficile misurazione, come ad esempio il livello di gratificazione e soddisfazione delle proprie condizioni di vita, il benessere psicologico, i valori, le aspirazioni e le aspettative della singola persona - specifici dell'ambito psicologico -. Sia a livello scientifico che a livello di percezione diffusa e di dibattito culturale, l'attenzione si è spostata verso una dimensione soggettiva del benessere e verso una concezione della qualità della vita maggiormente basata sulla percezione del proprio star bene nel proprio ambiente<sup>22</sup>. Gli indicatori oggettivi hanno effettivamente il pregio di essere facilmente definibili e misurabili, agevolando, quindi, il lavoro di comparazione tra differenti popolazioni. Considerata la multidimensionalità con cui si caratterizza il concetto di qualità della vita e la difficoltà nel ricercare, sperimentare e provare modalità di relazione con i temi afferenti alla (ri)costruzione della città contemporanea, in generale la strada è complessa e ancora lunga.

La conversione delle città attraverso una nuova configurazione dello spazio urbano è ciò che viene richiesto e fonda i suoi principi su nuove riflessioni che vedono la salute delle persone il punto di partenza delle nuove trasformazioni. Uno dei punti nodali di grande attenzione e che si sta evolvendo in modo rilevante riguarda la valutazione degli

---

<sup>22</sup> Un gruppo di ricerca dell'OMS propone alcune chiarificazioni rispetto alle definizioni del concetto di qualità della vita. Premesso che non esiste una definizione universalmente condivisa, alcuni punti trovano i ricercatori fondamentalmente concordi: a) la qualità della vita è soggettiva; b) ha una natura multidimensionale (riflessa nelle sei aree in cui questo gruppo di ricerca è stato suddiviso: 1) fisica; 2) psicologica; 3) livello di indipendenza; 4) relazioni sociali; 5) ambiente; 6) spiritualità/religione/credenze personali.); c) La qualità della vita include sia dimensioni positive che negative (The World Health Organization Quality of Life Group, «Soc. Sci. Med.», voi. 41, n. 10, pp. 1403-1409).

impatti che queste trasformazioni possono avere sulla salute. In molti paesi europei, la valutazione degli impatti che le scelte progettuali possono comportare sulla salute delle persone e sulla loro qualità della vita è affidata a strumenti specifici e in alcuni casi è integrata negli strumenti di pianificazione che hanno il compito di valutare le scelte dei piani e dei progetti, correggerne o orientarne l'attuazione. In particolare, la HIA (Health Impact Assessment), è lo strumento attraverso il quale vengono valutate le politiche, i piani e i progetti rispetto agli impatti sulla salute. Le prime applicazioni della HIA (VIS in italiano) prendono il via, a livello europeo a partire dagli anni '80 del secolo scorso, ma è con la Conferenza di Göteborg nel 1999 che viene formulata una definizione di HIA in cui si dichiara che *«la HIA è costituita da un insieme di procedure, metodi e strumenti, che mirano a valutare i potenziali effetti positivi e negativi di un progetto sulla salute, così come la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione»*. (Göteborg consensus paper, 1999)

L'HIA tra il 2003 e il 2008 <sup>23</sup> è diventato un tema centrale affinché venisse utilizzato abitualmente per valutare gli impatti sulla salute di progetti, piani, politiche di scala regionale e locale e affinché fornisse raccomandazioni su come ridurre i rischi, promuovere i benefici e monitorare gli effetti sulla salute nel tempo. Ad oggi, la HIA non è supportata da leggi vincolanti, al contrario di altri strumenti come la EIA (Valutazione di Impatto Ambientale - VIA) e della SEA (Valutazione Ambientale Strategica - VAS)<sup>24</sup>. Sebbene inizialmente la HIA fosse integrata con questi due differenti strumenti di valutazione, l'affermazione della definizione più ampia di benessere, di una considerazione maggiore della salute e della qualità del benessere e degli impatti negativi o positivi dei piani e dei progetti sui determinanti della salute - comprendenti anche quelli di carattere sociale - ha fatto emergere a livello internazionale una metodologia specifica

---

<sup>23</sup> Fase IV (2003-2008) della rete europea "Healthy Cities"

<sup>24</sup> La VIA, Valutazione dell'Impatto Ambientale, e la VAS, Valutazione Ambientale Strategica sono due strumenti supportati e normati da legge al fine di proteggere l'ambiente dall'impatto che lo sviluppo umano può causare. Entrambi condividono la stessa finalità: garantire che lo svilupparsi delle attività umane sia compatibile con l'ambiente e prevedono atti e procedure amministrative di natura tecnico-scientifica e dal contenuto altamente descrittivo.

(Merseyside Guidelines <sup>25</sup>) che ha determinato una progressiva emancipazione della HIA rispetto alla VIA e alla VAS. L'uso di questi strumenti diventa fondamentale in una collaborazione tra urbanisti ed esperti della salute pubblica. Sperimentazioni recenti danno invece una certa importanza alla possibilità e opportunità di apprendere dalle esperienze sul campo (*learning by doing*) e dal confronto con la complessità dei temi che riguardano la salute, il benessere delle persone e l'equità sociale. La salute come prospettiva di qualità della vita ha una dimensione multisetoriale importante e di complessa gestione. Mettendo per un attimo da parte gli avanzamenti della ricerca e delle valutazioni in ambito strettamente sanitario, il nodo di questa riflessione riguarda le modalità con cui il concetto di qualità possa effettivamente essere declinato nell'operato della disciplina urbanistica chiamata in causa per migliorare la qualità della vita, la mobilità dolce, per sviluppare pratiche rispettose dell'ambiente e della salute, per garantire la qualità ambientale, prevenire l'inquinamento del suolo, ecc. Sono molti gruppi di ricerca che hanno condotto studi sulle relazioni che intercorrono tra salute e ambiente costruito (e naturale). La progettazione di ambienti urbani più sani richiede la considerazione di molteplici caratteristiche come ad esempio la connettività stradale, gli ambienti accoglienti, l'inclusione di uno sviluppo a uso misto, fattori non intenzionali come il rumore (ecc.). Varie componenti devono essere prese in considerazione al fine di creare un completo piano di uso del suolo e nessuno di questi problemi può essere considerato isolatamente. Nell'ambito delle politiche di rigenerazione e conversione dello spazio pubblico questi approcci hanno riscontrato grande validità dando origine a guide per la progettazione utili alle amministrazioni, ai politici e alla comunità.

Ritrovando una stretta relazione tra il concetto di benessere, salute e qualità della vita (Dodge et al., 2012), alcune ricerche hanno suscitato grande attenzione nel dibattito internazionale nello stabilire relazioni che legano al benessere la dimensione spaziale. Un

---

<sup>25</sup> Si tratta de "The Merseyside guidelines for health impact assessment" realizzata nel 1998 da Liverpool Public Health Observatory, Department of Public Health, University of Liverpool, Merseyside Health Impact Assessment Steering Group in occasione della prima Health Impact Assessment Conference del Regno Unito- Liverpool 1998.



gruppo di ricercatori tedeschi, in *Exploring wellbeing in human settlements - A spatial planning perspective* (2019), ha dimostrato che definendo degli attributi di benessere (partecipazione, accesso, identità e sicurezza) correlati agli aspetti insiti della qualità, è possibile stabilire una relazione misurabile tra benessere e dimensione spaziale (Shekhara et al., 2019). Questo studio ha condotto ad una griglia di corrispondenze tra gli elementi dello spazio fisico e i benefici sul benessere, suggerendo una variabilità di possibili interventi rivolti, ad esempio, alla dimensione e configurazione differente del layout stradale, alla riconfigurazione dello spazio e delle condizioni socioeconomiche, alla quantità e qualità degli spazi verdi, alla rete di trasporti e più in generale alle tipologie urbane.

Il concetto di qualità della vita risulta non soltanto complesso per sua natura ma è andato modificandosi nel tempo parallelamente al mutare dei bisogni, dei modelli culturali e valoriali rendendo ostica la formulazione di una definizione e delle soluzioni da introdurre per il suo raggiungimento. La natura di questo concetto pone radici in ambito filosofico in cui il filone di indagine riguarda i bisogni umani primari e secondari. La qualità della vita è definibile come l'insieme delle concrete possibilità di azione ed espressione, in sintonia con determinati valori e opportunità di scelta, concesse alle persone (Nuvolati, 2010).

## **1.5 Un approccio interdisciplinare. La città come leader per lo sviluppo di politiche urbane volte a promuovere la salute e il benessere**

Il Rapporto della University College of London (UCL) e della rivista The Lancet, nel periodo 2009-2011 e per conto dell'WHO, ha tentato di interpretare e di valutare il ruolo giocato dalla salute delle persone all'interno degli ambienti urbani nel mondo. L'obiettivo era quello di comprendere come i tessuti urbani e i luoghi della città potessero essere ripensati e riprogettati per ottenere ambienti urbani sani, e allo stesso tempo per capire cosa rende una città sana. Dal lavoro della commissione è emerso che molte città non soddisfano i requisiti di "città sana" e quindi i diritti fondamentali dei loro cittadini in materia di salute (Backman, 2008). Ciò che definisce una città sana è: l'acqua pulita e una buona igiene; una buona qualità dell'aria; un suolo decontaminato dagli inquinanti; edifici sicuri e confortevoli; quartieri sicuri e inclusivi; l'indipendenza dalle auto (buoni trasporti pubblici, presenza di percorsi ciclabili e pedonali); le infrastrutture verdi e blu per il controllo del clima locale, per la prevenzione delle inondazioni e del benessere mentale delle persone; servizi sanitari accessibili e funzionanti (The Lancet, 2012).

Nel considerare il nuovo concetto di salute, oltre che uno stato di assenza di malattie, come l'insieme degli aspetti psicologici, delle condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, della vita lavorativa, economica, sociale e culturale, è evidente come non sia più possibile trascurare il ruolo delle città come promotrici di salute. L'importanza della disciplina urbanistica nell'operare verso una pianificazione delle città favorevoli alla salute amplifica la necessità di una cooperazione tra le diverse discipline, i settori della pubblica amministrazione, gli attori pubblici e privati e tra sistemi di conoscenze multidisciplinari che vanno verso un rinnovamento. Le difficoltà di dialogo dovute a linguaggi differenti e la mancata integrazione di politiche che a diverso titolo si occupano della salute e del benessere nelle aree urbane ha condotto a conseguenze gravose per le città in termini di salute e in termini economici. L'enorme divario tra il pensiero teorico e le applicazioni concrete è rappresentato dalla mancanza di collaborazione tra le discipline e le amministrazioni abituate a lavorare in modo settorializzato (D'onofrio,

Trusiani, 2017). Non si può prescindere da una collaborazione intersettoriale, e alle città è riconosciuto un ruolo leader per lo sviluppo di politiche urbane e sanitarie<sup>26</sup> (Commissione UCL-Lancet (2012) e dalla Healthy City Europe Movement (2014-2018)) al fine di ricomporre forme urbane, capaci di porre al centro le moderne necessità delle comunità e di aumentare le caratteristiche di benessere e resilienza nei confronti dei cambiamenti ai quali gli interi sistemi urbani sono sottoposti. Sono obiettivi che negli anni '80 enunciava il movimento Healthy Cities che, in linea con la World Health Organization, aveva manifestato in diverse occasioni la convinzione che i piani urbanistici siano gli strumenti più appropriati per promuovere azioni concrete di salute e benessere nelle aree urbane, promuovendo il coinvolgimento delle comunità locali e dei diversi settori della pubblica amministrazione che si occupano, a diverso titolo, di salute e qualità della vita. Assunti come centrali, questi temi sono intesi non come *outcome* individuali ma di comunità, direttamente coinvolta nei programmi di miglioramento fisico e sociale dei propri contesti.

Nell'ottica di una rinnovata formulazione di una urbanistica favorevole alla salute, con l'avvio delle fasi del programma della rete Healthy Cities, si sottolineava l'importanza del supporto che la disciplina poteva fornire nell'integrazione delle diverse politiche e dei progetti favorevoli alla salute e alla qualità della vita nelle città. Di questo si parla nel libro di Barton and Tsourou, *Healthy urban planning* (2000) in cui si definiscono i principi base e i suggerimenti per integrare la salute e la pianificazione urbana. Molti sono i tentativi e le sperimentazioni portate avanti dalla stessa rete Healthy Cities e, malgrado i buoni propositi, si è verificata l'incapacità di influire – almeno in un primo momento - sui piani urbanistici delle città, di contrastare le iniquità presenti e tramandate nei piani, la mancanza di un approccio teorico chiaro e di strategie coerenti per guidare il cambiamento delle città in nome del benessere e della salute dei cittadini (Corburn, 2009). Si è trattato

---

<sup>26</sup> La strategia europea "Health2020" riconosce l'importante ruolo di leadership delle città nello sviluppo di politiche urbane sanitarie. Riorganizzare la città esistente ponendo la salute al centro delle politiche di rigenerazione urbana rappresenta una risposta al contrasto con gli effetti del cambiamento climatico in quanto colpisce le città e la salute degli abitanti.

perlopiù di approcci a scala di quartiere che prevedevano piccoli progetti o iniziative esclusivamente dedicate alla promozione di stili di vita più sani, accesso al cibo sano, attività con scopi sociali e ricreativi rivolte alle fasce più deboli. Da qualche tempo le città hanno iniziato a mettere in relazione i diversi interventi, interrogandosi sui risultati ottenuti dalle diverse politiche messe in atto, in relazione ai determinanti sociali della salute, alla governance e alla equità. Ed è negli ultimi anni che si assiste al progressivo passaggio da progetti alla piccola scala a politiche e programmi più estesi, che insistono sulle questioni della sostenibilità urbana, della pianificazione urbanistica e della equità. Di fronte questa esigenza, gli Stati europei membri della WHO hanno adottato la politica “Health 2020” un quadro strategico per il XXI secolo. Questo prevedeva quattro ambiti prioritari di azione:

- investire sulla salute adottando un approccio rivolto all’intero ciclo di vita e mirando all’*empowerment* delle persone;
- affrontare le principali sfide per la salute relative alle malattie trasmissibili e non trasmissibili con strategie e approcci integrati;
- rafforzare i servizi sanitari ponendo al centro la persona, le capacità assistenziale della sanità pubblica;
- creare comunità resilienti e ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.

L’esigenza di una forte cooperazione multisetoriale, che vede le città protagoniste nello sviluppo sostenibile (Urban@it, 2021) e nel recuperare gli obiettivi di salute e benessere nel senso più ampio del termine, viene confermata e sostenuta dal programma d’azione per le persone (Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile) sottoscritto nel 2015 dai 193 Paesi membri dell’ONU i quali si impegnano a declinare nelle loro politiche gli obiettivi di sviluppo sostenibile previsti. Gli SDGs mirano ad affrontare una vasta gamma di questioni relative allo sviluppo economico e sociale, che includono la povertà, la fame, il diritto alla salute e all’istruzione, l’accesso all’acqua e all’energia, il lavoro, la crescita economica inclusiva e sostenibile, il cambiamento climatico e la tutela dell’ambiente, l’urbanizzazione, i modelli di produzione e consumo, l’uguaglianza sociale e di genere, la

giustizia e la pace<sup>27</sup>. Ricomporre la forma urbana, ristrutturare le funzioni nello spazio, ricostruire il rapporto tra ambiente e paesaggio, rappresenta non solo il raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere della collettività e degli obiettivi definiti dall'Agenda Urbana 2030, ma soprattutto una prospettiva per un nuovo modello di pianificazione in salute.

Lo sviluppo di approcci innovativi per la salute e lo sviluppo sostenibile hanno trasformato le città in autentici laboratori di sperimentazione (Tsouros, 2015) anche se le difficoltà nel perseguire questi obiettivi sono molteplici. In maniera abbastanza diffusa, i settori che a livello tecnico si occupano di salute pubblica non convergono e, in mancanza di dialogo, il perseguimento degli obiettivi diventa complesso e l'approccio integrato utopia (Barton ed Tsourou, 2003). Un cambiamento è necessario; l'integrazione è indispensabile per superare l'approccio deterministico con cui ci si approccia ai temi della salute. L'attuazione di politiche intersettoriali e un cambio di governance non sono di semplice realizzazione (De Leeuw E., Skovgaard T., 2008) ma nonostante tutto l'urbanistica è chiamata ad interrogarsi sui valori, sui fini e sugli obiettivi della pianificazione e sulle strategie di riorganizzazione spaziale delle città. Dal progetto "Healthy Cities" si fa strada una nuova "idea" di città, un nuovo modo di strutturare le funzioni nello spazio, di comporre la forma urbana, di organizzare il rapporto con l'ambiente e il paesaggio; in breve, un nuovo modello di pianificazione.

### ***Modelli, scenari globali e approcci alla scala di quartiere***

Nella definizione di un *modello* di città l'urbanistica ha indubbiamente un ruolo chiave, soprattutto oggi quando parliamo di città equa, sana e sostenibile. Sebbene esistano prove scientifiche sempre più rilevanti e convergenti sul legame tra salute e ambiente, non è semplice, e soprattutto immediato, collegare queste prove alle politiche urbane e molti sono i fallimenti. Come anticipato pocanzi solo dopo vent'anni dalla nascita della rete

---

<sup>27</sup> Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable development. [sustainabledevelopment.un.org A/RES/70/1](https://sustainabledevelopment.un.org/A/RES/70/1)

europea “Healthy Cities” il “modello healthy” iniziava a destare già qualche perplessità sulla reale possibilità di guidare positivamente il cambiamento verso città eque, sane e sostenibili (Corburn, 2009). Dall’implementazione delle fasi del programma<sup>28</sup> sono emersi

---

<sup>28</sup> Le fasi del programma Healthy Cities sono servite come processo e piattaforma di ispirazione, apprendimento e accumulo di esperienza pratica su come migliorare la salute e il benessere.

Fase I (1988-1992) Questa prima fase si è concentrata sulla creazione di strutture, come le reti nazionali che potrebbero essere utilizzate come piattaforma per il cambiamento.

Fase II (1993-1997) Le città hanno avanzato l'approccio “città sane” sviluppando politiche pubbliche sane ed elaborando piani sanitari globali incentrati sull'equità e lo sviluppo sostenibile.

Fase III (1998-2002) Questa fase ha segnato la transizione dalla promozione della salute a piani integrati di sviluppo della salute della città. Le città hanno creato politiche basate sul partenariato, con una forte enfasi sull'equità, i determinanti sociali della salute, lo sviluppo della comunità e le iniziative di rigenerazione. Le città dovevano adottare approcci sistematici al monitoraggio e alla valutazione.

Fase IV (2003-2008) La partecipazione alla fase IV ha richiesto un impegno globale per lo sviluppo della salute, con particolare attenzione all'equità, affrontando i fattori determinanti della salute, dello sviluppo sostenibile e della governance partecipativa e democratica. Le città si sono impegnate a lavorare su un invecchiamento sano, una pianificazione urbana sana, una valutazione dell'impatto sanitario e una vita attiva.

Fase V (2009-2013) La priorità è stata data alla salute e all'equità sanitaria in tutte le politiche, che, come in altre fasi, riconosce che la salute della popolazione è in gran parte determinata da politiche e azioni al di fuori del settore sanitario. La fase è stata costruita sulla precedente pianificazione dello sviluppo della salute della città e si è focalizzata su tre temi fondamentali: ambienti premurosi e di sostegno, vita sana e progettazione urbana sana.

Fase VI (2014-2018) L'influenza di *Health 2020*, il quadro politico generale della WHO/Europa, ha guadagnato terreno nel movimento Healthy Cities. Ciò dà priorità agli approcci da utilizzare durante il ciclo di vita delle politiche e dei piani delle città, concentrandosi su: sviluppo precoce dei bambini; invecchiamento e vulnerabilità; affrontare le principali sfide di salute pubblica quali l'inattività fisica, l'obesità, il tabacco, l'alcol e le difficoltà di salute mentale; rafforzare i sistemi sanitari incentrati sulle persone e promuovere comunità resilienti.

Fase VII (2019-2025) La Fase VII darà priorità ai temi presentati nel Copenhagen Consensus of Mayors, che è ispirato e allineato con Health 2020, l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Sostenibile e la WHO's Thirteenth General Programme of Work. Questa coerenza rappresenta il significativo allineamento della rete con le strategie globali e regionali. Essa posiziona strategicamente la rete per continuare a mettere in evidenza e promuovere l'importante ruolo che i governi locali hanno nello sviluppo della salute e del benessere attraverso approcci di tutto il governo e dell'intera società.

però risultati apprezzabili (revisione de Leeuw et al., 2015); politiche urbane e programmi più articolati hanno iniziato a diffondersi nella necessità di costruire strategie di approccio efficaci e lungimiranti rivolte alla sostenibilità urbana e ad una pianificazione urbanistica equa e sana. Il periodo di sperimentazione delle pratiche sulla promozione della salute e sugli stili di vita sani, insieme agli interventi temporanei e di tipo esplicativo è stato superato dalla necessità di predisporre politiche più strutturate. Questo passaggio ha consentito però di mettere in relazione le diverse tipologie di intervento e di interrogarsi sui risultati ottenuti dalle politiche messe in atto e in relazione ai determinanti sociali della salute, alla governance e all'equità.

Uno dei problemi da segnalare riguarda la persistenza di approcci tradizionalisti per cui si incorre nell'errore di semplificare eccessivamente la causalità nei problemi di salute. La semplicità con cui spesso si parla dei determinanti della salute non rende giustizia alle relazioni complesse e reciproche che incidono sul benessere umano (de Leeuw 2011). Applicare la stessa logica di approccio, affrontando i temi della città secondo un procedimento lineare di causa-effetto, non porta la disciplina urbanistica a soluzioni di progettazione soddisfacenti. Per rimediare a questo fallimento, e nel tentativo di fornire una panoramica delle relazioni e delle evidenze riguardanti gli impatti sulla salute dell'ambiente costruito e naturale, sono state messe a punto delle guide a supporto della progettazione.

Il caso inglese presenta come esempio la guida - *Public Health England "Spatial planning for health: An evidence resource for planning and designing healthier places"* - (Public Health England, 2017). Questa si basa su una metodologia che sviluppa cinque macro-temi: progettazione del quartiere; abitazioni; ambiente alimentare sano; ambiente naturale e sostenibile; trasporti; a questi vengono associati i principi di pianificazione, gli impatti sulla salute e i relativi risultati, con lo scopo di informare le politiche e le azioni di progetto. Il senso di questa guida è quello di rendere il più possibile chiaro il collegamento tra assetti fisici della città e implicazioni sulla salute raccogliendo le prove dai più recenti studi scientifici. Il fine ultimo è quello di essere un riferimento di buone pratiche per una corretta progettazione e non di identificare un sistema rigido di interventi predeterminati

su base scientifica e trasferibili in qualsiasi contesto urbano. Infatti, coscienti delle diversità che presentano le città, ma soprattutto parti della essa, è utile specificare che la natura soggettiva e individuale dell'ambiente costruito e naturale rende difficile lo sviluppo di approcci basati sull'evidenza e replicabili in maniera universale. Proprio a proposito di queste precisazioni la Bianchetti vede il rischio di un “nuovo funzionalismo” (Bianchetti, 2016), ovvero l’identificazione di un modello basato su principi codificati inerenti alla salute da replicare nei vari contesti, processo che rischia di cadere in un nuovo determinismo.

Anche il nuovo modello “healthy city” recentemente proposto dal programma Healthy New Towns<sup>29</sup> desta qualche preoccupazione. In considerazione del fatto che nessun modello è capace di rappresentare facilmente la complessa rete di processi dinamici urbani - attraverso i quali i vari determinanti della salute esplicitano i loro effetti - (Evans e Stoddart, 2003; Glouberman et al., 2006) e che la proposta di tali modelli può risultare inefficace o determinare un’accelerazione in tema di disuguaglianze sanitarie, pensare di determinare un livello di controllo della pianificazione per lo sviluppo di ambienti urbani a sostegno della salute e del benessere è piuttosto utopico. Contrariamente, altri autori concordano nel pensare che un approccio complesso, che riconosce la multidimensionalità della salute e delle città, sia la strada da percorrere (Corburn, 2005; Galea et al, 2005; Glouberman et al., 2006). Contrastare l’idea di linearità e regolarità che sta alla base delle politiche costruite sull’evidenza e che sottolineano i limiti della capacità di prevedere, pianificare e controllare il comportamento dei sistemi sociali, è l’occasione per sperimentare nuovi approcci per una pianificazione più adattiva e co-evolutiva (Boelens, 2010). Nel promuovere un’evoluzione verso una pianificazione

---

<sup>29</sup> Il National Health Service (NHS), ovvero il sistema sanitario nazionale britannico, ha recentemente resa pubblica la propria intenzione di promuovere la costruzione di nuovi insediamenti residenziali denominati *Healthy New Towns* che hanno l’obiettivo di incoraggiare le persone a fare più esercizio fisico, a mangiare meglio e a vivere in modo indipendente anche in età avanzata. Nel 2015, sono state individuati dieci siti dimostrativi in tutta l’Inghilterra per esplorare in che modo lo sviluppo di nuovi città e/o quartieri potrebbe creare comunità più sane e connesse con servizi integrati e di alta qualità. Più di recente è stato diffuso il “Healthy New Towns guidance leaflet” che discute dieci principi per creare città sane.



urbana in termini di equità e salute, Corburn invita a superare l'eccessiva dipendenza dalla razionalità scientifica passando ad una produzione congiunta di conoscenze intersettoriali e a nuovi sistemi di misurazione e monitoraggio; suggerisce di passare da un atteggiamento deterministico ad una visione relazionale dei luoghi, le cui interazioni sono la chiave per comprendere come l'ambiente urbano influenza il benessere delle persone. Altri, invece, vanno nella direzione del *learning by doing*: imparare di volta in volta dall'esperienza sul campo - proponendo interventi alla piccola scala supportati da informazioni contestualizzate a livello locale - consentirebbe di selezionare le azioni che si dimostrano più efficaci, di imparare dagli errori e di incoraggiare la partecipazione degli abitanti delle città, modificando in modo costante gli approcci, adattandoli al sistema urbano e sociale in continua trasformazione (Rydin et al., 2012). Senza dubbio i diversi punti di vista delineano una visione diversificata del tradizionale ruolo della disciplina urbanistica. Il processo lineare e ben strutturato acclamato dalla pianificazione urbanistica viene in qualche modo messo da parte aprendo la strada alla sperimentazione di pratiche promosse nel tempo in cui il ruolo del cittadino come decisore è di grande importanza.

Ciò che sarebbe auspicabile perseguire, attraverso le pratiche, le azioni e le guide che fino ad ora hanno mosso rilevanti passi in avanti, è l'individuazione di possibili prestazioni di qualità che le città, nei loro processi di trasformazione, dovrebbero garantire in termini di salute e benessere. In questi termini, non di secondaria importanza è la partecipazione della comunità come rappresentativa de "l'intelligenza del contesto" (Corburn, 2009) per una comprensione effettiva dei luoghi che a volte può rivelarsi in disaccordo con le conoscenze degli amministratori, della comunità e degli esperti. Dal confronto deve nascere la "co-produzione del sapere" affinché i problemi tecnici non siano distanti dal contesto sociale e una pluralità di partecipanti al processo decisionale si impegni attivamente contribuendo a prendere decisioni legittime e condivise che responsabilizzino la comunità riguardo al tema della salute. Utilizzando la conoscenza degli esperti e quella della comunità, aumenterebbe, secondo Corburn, la possibilità di trovare soluzioni efficaci, migliorerebbe la stessa fiducia dei cittadini e la credibilità delle istituzioni pubbliche. Pur riconoscendo l'importanza di un progetto urbano unitario,

indispensabile per non correre il rischio di rimanere con lo sguardo fisso in basso dove si perde la “visibilità” (Gabellini, 2018), l’approccio necessario per un’efficace conoscenza e partecipazione della popolazione è da intercettare nella piccola scala. Quella del quartiere è una dimensione ideale per rintracciare le abitudini e le necessità delle città e della popolazione, in quanto vi si concentrano povertà, percezione di insicurezza, carenza di servizi e di luoghi di socialità (Sennet, 2018).

Già da tempo alcuni ricercatori hanno sostenuto linee di ricerche su alcuni dei temi chiave riguardanti la progettazione di città sane con riferimento alla dimensione del quartiere e gli effetti in salute. Ad esempio, per quanto riguarda la relazione tra attività fisica e il verde, è stato evidenziato che i residenti in quartieri con molto verde, rispetto ai residenti in quartieri degradati, hanno la probabilità di eseguire una significativa attività fisica tre volte più alta e hanno probabilità di avere ripercussioni in salute -ad esempio rispetto al sovrappeso o all’obesità- minore del 40%. Al contrario, nei quartieri degradati e con poco verde la probabilità di una significativa attività fisica è del 50% in meno e la probabilità di ripercussioni in salute è del 50% in più (Ellaway et al., 2005). Un’altra ricerca ha studiato l’associazione tra la presenza di aree verdi vicino alle residenze e la longevità di 3.144 anziani di Tokio mostrando che la probabilità di sopravvivenza a 5 anni era direttamente proporzionale allo spazio disponibile per camminare ( $p<0.01$ ), al numero di parchi e di strade alberate ( $p<0.05$ ) vicino al domicilio, alle ore di esposizione al sole della casa ( $p<0.01$ ) e al fatto che il soggetto affermasse di voler continuare a vivere nella stessa comunità ( $p<0.01$ ) (Takano et al., 2002).

Per quanto riguarda il tema dell’accessibilità e della sicurezza, evidenze scientifiche hanno dimostrato significative correlazioni tra l’uso del trasporto pubblico, gli stili di vita e la salute. L’accessibilità associata al trasporto pubblico, ovvero la facilità di raggiungere altre zone della città utilizzando esclusivamente mezzi pubblici, è tra i determinanti più influenti della salute. Rispetto al tema delle malattie sociali, è stato comprovato che nelle aree meglio servite le donne di qualunque fascia d’età e gli anziani consumano meno antidepressivi rispetto a coetanei che risiedono in aree con un servizio di trasporto pubblico meno efficiente (Melis et al., 2015). Sempre sul tema

dell'accessibilità e della sicurezza è stato dimostrato che esiste una correlazione tra i pericoli reali e percepiti dalle persone e gli stili di vita sedentari (soprattutto in donne, bambini e anziani). Una ragionevole considerevole densità abitativa e una mixité funzionale consentono ai quartieri di mantenere una dinamica attiva (in termini economici, sociali e di salute) disincentivando situazioni di isolamento caratteristici di alcune zone. Dal punto di vista della sicurezza, questo tipo di organizzazione, consente un maggior controllo *sociale* del territorio. Per quanto riguarda i pericoli reali, l'introduzione di sistemi di limitazione del traffico - in termini numerici e di velocità dei mezzi - consente di privilegiare la mobilità pedonale e ciclabile, elementi chiave per un ambiente urbano più sicuro. Un disegno attento e dettagliato del layout di aree residenziali e commerciali può assicurare un naturale processo di sorveglianza sugli spazi pubblici al punto da ridurre l'incidenza della criminalità e la paura di essa nelle persone (*The healthy urban Planning Manual DRAFT*, WHO). Un'altra ricerca ha dimostrato che nelle città dense la popolazione è maggiormente propensa a muoversi a piedi e che una buona dotazione del trasporto pubblico e la presenza delle aree verdi - nel raggio di 0-5 km - incentiva il raggiungimento a piedi dei servizi, delle attività o dei luoghi di aggregazione incoraggiando l'attività fisica. Pertanto, promuovere l'attività fisica vuol dire, oltre che migliorare la salute degli abitanti delle città, ridurre i consumi di energia, le emissioni di gas e l'inquinamento atmosferico. (Sallis et al., 2016).

Oltre che in termini di effetti sulla salute "fisica", il tema del quartiere ha generato sempre grande interesse, soprattutto nel dibattito sociologico, per gli effetti dei processi di modernizzazione e di urbanizzazione sui comportamenti degli individui e le forme di coesione e radicamento locale (Forrest e Kearns, 2001). In ambito sociologico è possibile rintracciare almeno tre ambiti di osservazione riguardanti questo tema. Un primo ambito che interessa la morfologia sociologica della città, i processi di differenziazione e caratterizzazione dei territori che la compongono, inquadrano il quartiere come una parte del sistema urbano in cui è possibile rintracciare e classificare le variazioni relative agli indicatori sulla popolazione residente, la struttura urbana e abitativa, la periodicità temporale delle attività e delle funzioni presenti. Un secondo ambito vede il quartiere

come sistema di relazioni formali e informali in cui l'attenzione è rivolta alle reti sociali, ai processi di riconoscimento e distinzione reciproca, di inclusione/esclusione e agli effetti che ne discendono sulle opportunità di vita degli abitanti. Il terzo ambito interessa il quartiere come luogo da cui emergono i processi di organizzazione, fruizione e appropriazione dello spazio da parte delle persone e della comunità; luogo nel quale hanno origine dinamiche "percettive" differenziate dell'ambiente urbano, analisi delle forme di appartenenza, di identità e di radicamento/inserimento sociale. Sottolineando le evidenti difficoltà nell'interpretare le dinamiche sociali e il legame che le persone o le comunità stabiliscono con il proprio territorio, in riferimento ai processi di organizzazione e trasformazione della città, la questione della dimensione del quartiere come scala di approccio è evidentemente centrale. Per quanto l'unità sociale del quartiere si stia devastata dalla città contemporanea, nel contesto odierno, caratterizzato dalla diversificazione delle disuguaglianze interne alla città, dai rischi di fragilità e di precarietà delle diverse categorie sociali, inclusi i ceti medi tradizionalmente più garantiti (Bagnasco, 2008), sono emersi nuovi gruppi sociali, nuove identità, nuove forme di relazione sociale e modi di abitare la città. A partire da questo, e dalla considerazione che risolvere le disuguaglianze di salute significa approcciarsi alla scala di quartiere (Marmot, 2016), questa dimensione svolge un ruolo fondamentale e offre contributi ed esperienze utili alla comprensione dei cambiamenti che intercorrono nelle pratiche sociali di uso degli spazi, per intercettare i segni del cambiamento analizzando i problemi negli specifici contesti e situazioni. Diversi sono i pareri contrastanti verso questa tipologia di approccio. Da un lato c'è la preoccupazione nei confronti della disciplina alla quale si richiede nuovamente un confronto con una dimensione minima e con azioni di breve durata recuperando un approccio bottom up. In passato, il nodo del rapporto top down e bottom up aveva già sollevato delle riflessioni che portarono alla formazione dei piani strategici per rilanciare le città. Ma l'esperienza e le valutazioni hanno anche dimostrato che una pianificazione orientata solo all'efficacia delle prestazioni non riesce a fronteggiare le incertezze e le diversità delle previsioni sul futuro delle città e che è necessario costruire nuovi percorsi di co-produzione, considerare le progettualità esistenti, osservarne i feedback e predisporre la ridefinizione delle strategie in un processo di apprendimento continuo

(Gabellini, 2018). L'adozione di un approccio aperto al confronto e all'autenticità del contesto può ridurre il rischio di errare nella costruzione di uno scenario deterministicamente definito nella progettazione fisica della città e nella definizione di misure predeterminate di salute e benessere.

Nello scegliere la scala di quartiere il rischio del manifestarsi dei processi di gentrification è all'attenzione di diversi studiosi. Ampiamente studiato da urbanisti e sociologi, i quali hanno proposto spiegazioni diverse e complesse, si manifesta in maniera diversificata di nazione in nazione e di città in città e rappresenta una conseguenza diretta del rinnovato interesse per le dinamiche di vita nelle città che ha interessato, soprattutto negli ultimi anni, le classi medie. Gli interventi volti alla rigenerazione degli ambienti urbani, nella dimensione del quartiere, hanno condotto spesso ad una redistribuzione sul territorio dei fenomeni di esclusione sociale invece che al beneficiare dei nuovi servizi e dei miglioramenti in generale. Studi recenti sui processi di gentrification hanno constatato effetti differenziali sulla salute dei residenti svantaggiati - di quartieri gentrificanti - rispetto a quelli con privilegi maggiori dove la dimensione sociodemografica e lo stato socioeconomico sono utilizzati come indicatori di benessere. In generale, gli studi dimostrano che la gentrification può essere tanto benefica per la salute dei residenti più privilegiati, quanto dannosa per la salute dei residenti svantaggiati (Cole et al., 2021). I casi di iniquità sanitaria, o di differenze evitabili e ingiuste nei risultati di salute<sup>30</sup>, sono spesso il risultato di differenze anche delle condizioni ambientali, distribuite in modo non uniforme nelle aree urbane. Sebbene alcuni sostengano che la gentrification dovrebbe ridurre le disuguaglianze sociali, fisiche e sanitarie mediante un *melting pot* sociale e un miglioramento dell'accesso alle risorse e ai servizi - in riferimento ai gruppi che con basso reddito rimangono a vivere nei propri quartieri -, ricerche mostrano che la segregazione socioeconomica residenziale è in aumento nei quartieri che vivono il fenomeno di

---

<sup>30</sup> Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *Am J Public Health*. 2011;101:S149–55. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300062>.

gentrification (Musterd et. al., 2017)<sup>31</sup>. La redistribuzione socio-spaziale a cui conduce la gentrification, influisce sullo spostamento dei residenti (solitamente svantaggiati) di un quartiere quando il costo della vita diventa ingestibile e sull'esclusione sociale e culturale. Tra le conseguenze, l'aumento del costo della vita può essere collegato a una maggiore paura, ansia, stress e privazione del sonno per i residenti più svantaggiati (Krieger, 2014)<sup>32</sup>, causano dunque ripercussioni in salute. Gli effetti della gentrification, in realtà, sono abbastanza complessi e contraddittori: generalmente, un quartiere che viene riqualificato e attrezzato con infrastrutture più moderne e attraverso una mixité di funzioni, assume connotati qualitativamente migliorati, raggiungendo una riduzione delle situazioni di pericolosità e quindi una percezione di sicurezza spesso migliorata. La maggior parte degli studiosi è d'accordo però nel ritenere che il problema principale della gentrification è che a beneficiare di tutti questi miglioramenti sono soprattutto - se non esclusivamente - i "nuovi" abitanti, quelli più ricchi, e non quelli più poveri. Per cercare di affrontare la complessità di questo fenomeno, studi più recenti hanno assunto linee di ricerca in cui si analizzano i diversi cambiamenti fisici dei quartieri, risultanti da fattori distinti di gentrification, correlati a conseguenze specifiche per l'equità nella salute. Questo tipo di analisi si pone l'obiettivo di prevenire, per quanto possibile, conseguenze indesiderate e dannose per la salute nell'attivazione dei processi di rigenerazione urbana. In vista dei nuovi approcci, della complessità del tema e considerati i tempi mediamente lunghi delle trasformazioni urbane, giungere a conclusioni sugli esiti finali a cui i processi di gentrification possono condurre è evidentemente prematuro.

---

<sup>31</sup> Musterd S, Marcinićzak S, van Ham M, Tammaru T. Socioeconomic segregation in European capital cities. Inverso cui precreasing separation between poor and rich. *Urban Geogr.* 2017;38:1062–83. <https://doi.org/10.1080/02723638.2016.1228371>.

<sup>32</sup> Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv.* 2014;44:643–710. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.b>.

### ***La comunità come punto di forza nei nuovi processi “health based”***

Tutti i temi fino ad ora trattati sottolineano l'importanza e la necessità per la disciplina urbanistica di considerare, oltre che la salute, le comunità e le singole persone in un approccio integrato. Per pianificare azioni di trasformazione dello spazio urbano, consapevoli che l'ambiente fisico influenza la salute delle persone, il ruolo della comunità diventa centrale nell'ottica di una revisione delle politiche urbane e di una governance multilivello basate sulla partecipazione condivisa. Per un'integrazione delle conoscenze, degli strumenti e degli approcci è opportuna lasciare la strada dell'*approccio silos* per far posto ad una rinnovata modalità di lavoro intersettoriale. Le persone sono al centro delle politiche sanitarie rivolte al raggiungimento di uno stato di salute e benessere il più possibile ottimale. Rappresentano il fulcro del diritto alla vita e ad una città bene progettata; rappresentano “l'intelligenza” per una comprensione concreta dei luoghi. Per la disciplina urbanistica, rappresentano una tradizione da recuperare in chiave rinnovata, una tradizione di cui si è sempre tenuto conto nel considerare le dinamiche e le trasformazioni urbane. Recuperare il principio della partecipazione e della (co)creazione condivisa diventa costruttivo nell'approccio alle tipologie di insediamento urbano evidentemente distinte tra loro.

Le persone assumono un maggior controllo sulla propria salute, quando hanno maggior grado di libertà, di consapevolezza e di autodeterminazione nel gestire i propri comportamenti e gli stili di vita. Questa capacità aumenta quando il contesto sociale ha una dimensione solida in termini di aiuti e sostegno alla persona. In questo caso le relazioni sociali e le comunità diventano un alleato chiave per cambiare le abitudini di vita in direzione della promozione della salute. Il coinvolgimento attivo, la partecipazione e l'empowerment della comunità sono una priorità nei documenti di indirizzo delle politiche per la salute e del contrasto alle disuguaglianze (*Salute 2020*, OMS, 2013). Il coinvolgimento attivo delle comunità, attraverso processi partecipativi, è considerato un valore ed una strategia utile per migliorare gli stili di vita, la salute e per ridurre le disuguaglianze sociali dei cittadini stessi (WHO, 2016; ONU, 2015). Attraverso azioni politiche e interventi efficaci volti alla riduzione delle disuguaglianze sociali della salute,

favorendo l'empowerment delle persone, dei gruppi e delle comunità locali in un'ottica di equità, sono state sperimentate, e ancora sono in corso, diverse modalità di integrazione tra il settore sanitario, urbanistico, le amministrazioni pubbliche e i diversi attori sulla scena urbana. La valorizzazione delle iniziative di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini nello sviluppo e nella cura di beni comuni, costituisce una strategia promettente per incidere sui meccanismi che generano la salute diseguale (Marmot Review Team, 2010).

Prima di considerare la partecipazione delle persone come un valido strumento di approccio "health based", gli interventi finalizzati a promuovere la salute si avvalevano solo in minima parte - se non nessuna - del contributo proveniente dalle popolazioni destinatarie di tali interventi e azioni (Tengland, 2007). Oggi, la modalità alternativa, adottata dai professionisti, dai decisori politici e dai ricercatori, consiste nel coinvolgere le comunità negli interventi di sanità pubblica. Questo approccio, si avvale del coinvolgimento attivo delle comunità all'interno dei processi decisionali e della pianificazione, progettazione, amministrazione ed erogazione dei servizi (Swainston, 2008).

Le pratiche di coinvolgimento delle comunità possono assumere varie forme e differenti livelli di partecipazione: dalla semplice raccolta di informazioni, alla consultazione, ai processi decisionali partecipati, fino all'azione congiunta per sostenere i bisogni e gli interessi e per affrontarli in termini di azioni e politiche (Wilcox, 1994). Laddove l'integrazione tra le politiche e la partecipazione cittadina è efficace, i piani e i progetti rispondono - o per lo meno è auspicabile - alle esigenze delle comunità locali.

La (re)introduzione delle comunità come questione basilare dell'integrazione delle politiche urbane presuppone la necessità di sensibilizzare amministratori locali, comunità e stakeholder sui piani, i progetti, lo stretto rapporto con i determinanti della salute e il tema della qualità della vita nelle città. È da qui che si consolida la necessità delle integrazioni tra le politiche nell'ottica di un confronto tra i settori sanitari e l'urbanistica superando i limiti del mancato dialogo. Inoltre, nel percorso di definizione dei processi di integrazione virtuosi, l'azione di coinvolgimento della comunità viene riconosciuta oltre che come opportunità di azione concreta, estesa anche alla fase di monitoraggio dei piani e dei progetti, come opportunità di sensibilizzazione e responsabilizzazione diretta dei cittadini stessi sui temi della salute e del benessere.



L'importanza delle persone e della comunità, dapprima convalidata dalla centralità che assumono nelle pratiche di salute, nella revisione delle politiche di governo del territorio, viene messa alla prova attraverso l'attuazione di diversi programmi e previsioni che ne stabiliscono il ruolo attivo all'interno delle trasformazioni urbane. Le forme di coinvolgimento della comunità hanno aiutato ad elaborare forme di progettazione e di gestione della città basate ovviamente sull'integrazione tra i diversi settori e i cittadini di tutte le fasce d'età e condizioni sociali. È a partire da questo che sono state sviluppate progettazioni orientate alla prevenzione e promozione della salute.

Nell'ottica di un cambio di paradigma disciplinare dell'urbanistica, questa tipologia di approccio percorre una strada probabilmente rischiosa, semplificata dal punto di vista organizzativo e gestionale, ma più progettuale e maggiormente responsabile in termini politici, capace di contribuire direttamente alla qualità delle trasformazioni effettive (D'Onofrio, Trusiani, 2017). Nel pensare ad una pianificazione più adattiva e co-evolutiva, la questione centrale riguarda la possibilità per la disciplina di operare in modo efficace sul tema urbanistica e salute, in termini "health based". Questo scenario si potrebbe tradurre in un duplice approccio, in cui il livello base (top down) composto da norme e regolamenti generali è integrato da un secondo livello (bottom up) che consente un'applicazione flessibile, adattiva e pratica delle soluzioni attraverso propri e diversificati spazi e tempi, e attraverso l'auto-individuazione dei problemi in tema di salute. A seconda dello specifico contesto spaziale, sociale, temporale e relazionale ogni quartiere segue il proprio percorso verso un ambiente più sano, tenendo conto delle regole e delle norme socio-ambientali minime generiche (Verbeek, 2014).

### ***Prospettive di salute in azione tra pratiche e rinnovate politiche di pianificazione***

La necessità di integrazione tra disciplina urbanistica e salute ha stabilito, nel corso del tempo, una serie di condizioni base necessariamente da applicare: l'esigenza di affrontare le sfide della città contemporanea e dei territori in maniera trasversale; l'esigenza di leggi e regolamenti che incoraggiano l'attenzione e l'interesse verso i temi della città e della salute; l'esigenza di un ruolo attivo da parte delle comunità da integrare

con gli attori del territorio. Da questo punto di vista la rete Healthy Cities ha fornito l'occasione, soprattutto per le città aderenti al programma, di sperimentare azioni e progetti sensibili al miglioramento dei contesti fisici e sociali, ai temi della salute e del benessere.

Per costruire e garantire l'integrazione in maniera efficace, Barton e Tsourou nel libro *Healthy Urban Planning: A WHO Guide to Planning for People* (2000), avevano individuato dapprima gli ambiti di confronto tra le diverse competenze di settore (uso del suolo e pianificazione dei trasporti; servizi sociali; rigenerazione economica; trasporto integrato; pianificazione integrata delle risorse per l'energia, acqua, cibo, rifiuti, ecc.). A questi avevano legato degli obiettivi chiave (stili di vita sani; coesione sociale; qualità dell'abitare; accesso e opportunità di lavoro; accessibilità alle strutture sociali e di mercato; produzione locale del cibo; sicurezza stradale e delle comunità; equità; qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo; qualità dei luoghi; stabilità delle condizioni climatiche) da perseguire nell'ambito della disciplina urbanistica e, consapevoli che non esistono soluzioni standard e di veloce realizzazione - e probabilmente è auspicabile che non esistano -, sono state stabilite delle indicazioni che costituiscono un suggerimento per le buone pratiche. Queste devono necessariamente adattarsi ai contesti di riferimento ma tuttavia sono state stabilite delle buone regole di base con le quali è opportuno confrontarsi. Alcuni temi cardine, il cui principale interesse coinvolge direttamente la disciplina urbanistica, possono essere raggruppati in *densità urbana, sistema dei trasporti, spazi pubblici /spazi urbani verdi*.

Con il tema della densità urbana si fa riferimento alla necessità di intervenire nei confronti dei continui processi di urbanizzazione delle città. Nell'ottica di una crescita dei sistemi urbani, il tema suggerisce di concentrare i nuovi sviluppi insediativi nelle aree prossime alla città, prevedendo una buona mobilità ciclo-pedonale e un trasporto pubblico sostenibile. In alternativa alle aree di prossimità si suggerisce il recupero di zone all'interno della città stessa prevedendo processi di rigenerazione urbana con la garanzia di mantenere o recuperare gli spazi aperti pubblici e di prevedere una nuova connettività all'interno dell'insediamento costruito.

Il tema del trasporto si rivela una componente chiave della pianificazione urbanistica in termini di salute. Considerata la necessità di migliorare la qualità ambientale, di incoraggiare una maggiore attività fisica a piedi o in bicicletta, di ridurre i livelli di incidenti stradali, di migliorare l'accessibilità ai posti di lavoro e ai servizi, di migliorare le opportunità di interazione sociale, di ridurre il consumo delle risorse energetiche e le emissioni di CO<sub>2</sub>, il tema richiama l'urgenza dell'invertire la tendenza all'uso del trasporto individuale a favore di una rete di trasporti pubblici sostenibili.

Gli spazi pubblici e gli spazi urbani verdi sono un'altra fondamentale per le sfide della città odierna e rappresentano una centralità, a diverso titolo, all'interno di molte ricerche. Studi internazionali hanno evidenziato, negli ultimi anni, la necessità e l'importanza della presenza di aree verdi e di spazi aperti nelle aree urbane per migliorare la salute ed il benessere delle persone. Le limitazioni prodotte dalla città razionalista in termini di usi degli spazi aperti pubblici e degli ambienti naturali hanno generato disuguaglianze sanitarie in diverse parti all'interno delle città stesse (Takano et al., 2002).

Questi temi richiamano ancora una volta l'importanza della dimensione del quartiere. Soprattutto per le fasce più deboli, costituisce il luogo per eccellenza per una migliore qualità della vita: per la presenza di spazi aperti in cui coltivare le reti sociali, per la presenza di attività ricreative, educative e commerciali, per i servizi, ecc.; questi sono elementi significativi e indicativi per la salute e il benessere delle persone. I quartieri dovrebbero essere tutti vivibili, accessibili e pedonabili e questo richiama l'attenzione della pianificazione urbanistica che deve in qualche modo aggiornare le dinamiche ereditate dalla città funzionalista.

Le prime pratiche di salute introdotte sono da riferirsi a progetti che incoraggiano l'attività fisica delle persone, che riducono le disuguaglianze in relazione al diritto alla salute, sensibilizzano la popolazione locale ad una sana alimentazione, o anche agli interventi rivolti allo sviluppo della coesione sociale o allo sviluppo di parchi ed aree verdi. Queste pratiche sono per lo più rappresentative di approcci disgregati, rivolti a interventi di riqualificazione urbana che spesso non raggiungono pienamente gli obiettivi di salute e benessere. Tuttavia, da queste nascono delle raccomandazioni che rappresentano la base per gli strumenti da introdurre per realizzare strategie volte al miglioramento della qualità della

vita nelle città. Le buone pratiche hanno una duplice caratterizzazione e funzione: top down perché richiedono una prefigurazione di strategie e obiettivi generali e bottom up perché costruite sulle esperienze presumibilmente trasferibili in contesti diversi.

Dopo le prime esperienze si è iniziato a sollecitare il passaggio dalle pratiche “basate” su prove di efficacia scientifica, alle pratiche “informate” dalle prove scientifiche, ovvero il passaggio ad una pratica che adatta le evidenze in maniera critica e ragionata al contesto di applicazione (Tannahill, 2008). Dal dibattito internazionale sul tema delle buone pratiche emergono due punti di vista distinti. Da una parte ci sono coloro che le considerano all'interno del dominio delle pratiche *evidence-based*, definendole sulla base delle efficaci prove scientifiche esistenti - anche se non esistono in letteratura prove univoche che dimostrano che un intervento di efficacia dimostrata garantisca un reale impatto sulla salute pubblica della popolazione (Bauer & Kirchner, 2020) -; dall'altra parte c'è chi considera le buone pratiche come interventi che rispondono, in tutte le fasi della progettazione, applicazione e valutazione, a criteri di qualità descritti e arricchiti da documenti contenenti gli strumenti e materiali consultati, tali da poter essere trasferibili in altri contesti e situazioni (Kahan B., Goodstadt, 2001). In accordo con questa seconda voce, si considera un esempio di buone pratiche quell'insieme di processi, attività e strategie che, coerenti con i valori, principi, teorie e credenze della promozione della salute permettono di raggiungere, con molta probabilità, il miglior risultato possibile in una data situazione.

Come segnalavano Barton and Grant (2011) nella valutazione delle esperienze promosse dalla rete Healthy Cities, per ottenere una reale promozione della salute e del benessere dei cittadini è necessario che le misure da prendere siano completamente integrate nei processi di pianificazione, in perfetta sinergia con i temi della sostenibilità ambientale, della giustizia sociale e dello sviluppo economico. Questa condizione è il risultato di una stretta collaborazione tra le diverse competenze disciplinari, i settori della pubblica amministrazione e i dipartimenti che, a diverso titolo, si occupano di salute e qualità della vita (Barton, 2011). Se questa collaborazione risulta proficua ed è sostenuta da una gestione attenta ai cambiamenti e adattabile nel tempo, solitamente ci troviamo davanti a progetti e strategie a lungo termine i cui obiettivi sono quelli di trasformare le città in luoghi maggiormente vivibili, sani e sostenibili. Da un resoconto effettuato nel 2015 (de Leeuw et

al., 2015) è emerso che, in questo senso, ci sono stati dei progressivi miglioramenti e che sono stati raggiunti dei risultati apprezzabili. Le pratiche attivate alla piccola scala sono diventate parte di politiche e programmi più estesi e rivolti al governo di città più salutari, attente alle questioni della sostenibilità urbana, della pianificazione urbanistica e dell'equità. Il coinvolgimento e le consultazioni con gli amministratori in relazione ai diversi interventi promossi, con gli stakeholder per lo sviluppo di visioni e strategie, con le comunità locali nell'influire sullo sviluppo dei progetti e la diffusione delle conoscenze e delle esperienze sul tema ha generato, e genera tuttora, collaborazioni virtuose tra le città.

La collaborazione fra i diversi settori, soprattutto a livello locale, che si occupano a diverso titolo di salute è di grande importanza e molto spesso le maggiori difficoltà si incontrano nel sensibilizzare le pubbliche amministrazioni e nel far comprendere loro la complessità del tema. Inoltre, la differenza culturale e di linguaggio nell'approccio al tema è un ostacolo importante da dover superare (D'Onofrio Trusiani, 2017). Da questo punto di vista il ruolo delle amministrazioni (a scala generale e locale) è centrale per consentire un dialogo di confronto sulle questioni della salute e del benessere e per una consapevole assunzione di responsabilità comuni. Dei passi in questa direzione sono stati compiuti e in alcuni paesi sono state affrontate importanti revisioni a livello di riforme, tali da generare trasformazioni a livello locale con ricadute positive per la disciplina urbanistica.

Questo è il caso del Regno Unito che, a partire dal 2010, con il "Marmot Review" e con il *White Paper "Healthy Lives, Healthy People"*, promuove l'impegno verso l'attivazione di azioni in tema di salute con la prerogativa di un approccio trasversale. L'opportunità nasce dall'approvazione di importanti riforme legislative e sociali promosse negli stessi anni dal governo inglese e in linea con l'approccio di Marmot. Si tratta di tre testi legislativi che stabiliscono: linee generali entro cui le amministrazioni locali predispongono piani urbanistici propri con la prospettiva di salute, valutandone trasformazioni ed effetti in collaborazione con le autorità sanitarie (National Planning Policy Framework - NPPF); un trasferimento delle responsabilità della salute pubblica alle comunità locali e la formazione di commissioni miste della salute e del benessere per la programmazione dei servizi socio sanitari (Health and Social Care Act, 2012); un trasferimento dei poteri decisionali agli enti locali e alle comunità per la formazione e

redazione partecipata dei “Neighbourhood plan”<sup>33</sup> (Localism Act, 2011). Alla luce delle opportunità legate alle importanti riforme, la *Town and Country Planning Association* (TCPA) - associazione che promuove la conoscenza e la disseminazione sui temi della pianificazione, del territorio e dello sviluppo sostenibile - a partire dal 2012 e con il progetto “*Reuniting Health with planning*” si era impegnata a far comprendere l’importanza della necessaria collaborazione tra la pianificazione urbanistica e le politiche per la salute. Con un’intensa attività divulgativa, la TCPA ha promosso un dialogo per sensibilizzare l’opinione pubblica riguardo i benefici che, le riforme legislative introdotte, potevano apportare alle comunità locali in termini di salute e benessere e come questi potessero essere compiuti attraverso la pianificazione alla scala locale. In proposito la TCPA ha elaborato un importante supporto pratico alle amministrazioni locali nell’elaborazione di piani e di linee guida. Ad affiancare il “London Local Plan”, principale piano urbanistico di Londra, la *Good Practice Guide* (TCPA, 2015a) ha avuto il fine di fornire riferimenti utili per la pianificazione alla scala locale in termini di salute. La guida è dotata di un modello utile ad una valutazione iniziale dei processi di pianificazione con l’obiettivo di individuare tra le scelte di piano i potenziali rischi per la salute e le soluzioni per ridurre o per lo meno attenuare i possibili impatti. Oltre questo, la guida fornisce dei riferimenti sul tipo di valutazione di impatto sanitario (HIA) da utilizzare e sulle azioni di piano da intraprendere a seguito dello screening iniziale. Predisporre una ricognizione dello stato di fatto dei piani locali e suggerisce le strategie da applicare sulla progettazione degli spazi aperti, degli spazi verdi, delle infrastrutture, negli interventi di rigenerazione urbana e quelle per garantire un processo attivo di valutazione degli effetti sulla salute delle persone. Quest’ultimo aspetto

---

<sup>33</sup> Il *Neighbourhood plan* è una parte fondamentale del *Localism Act*, non è un requisito legale, ma un diritto che le comunità in Inghilterra possono scegliere di utilizzare. Per la prima volta, la popolazione locale può attivamente partecipare alla costruzione del piano; il suo parere ha un valore legale nella progettazione del quartiere. Possono scegliendo dove vogliono che vengano costruite nuove case, negozi e uffici, esprimendo pareri su come dovrebbero essere i nuovi edifici e quali infrastrutture dovrebbero essere fornite e concedere il permesso di pianificazione per i nuovi edifici secondo pareri personali. Il *Neighbourhood plan* fornisce un potente insieme di strumenti per le persone per pianificare i tipi di sviluppo al fine di soddisfare i bisogni della comunità e l’ambizione del quartiere di essere allineato con le esigenze e le priorità strategiche dell’area locale più ampia.

raccomanda una partecipazione attiva dei responsabili della salute pubblica locale nella redazione dei piani urbanistici e fornisce indicazioni sul monitoraggio a cui lo strumento di pianificazione deve essere sottoposto negli anni successivi.

La guida a supporto della pianificazione in termini di salute è uno strumento che già dal 2012 era stato in qualche modo sperimentato dalla città di Londra in occasione dei Giochi Olimpici. Al tempo, per garantire che i piani locali fossero esplicitamente orientati al miglioramento della salute e del benessere, fu sviluppata una lista di controllo, la *London Healthy Urban Planning Checklist* (Figura 6), come riferimento per i progettisti e per facilitare la comprensione e la valutazione sulla relazione trasformazioni urbane-implicazioni di salute.

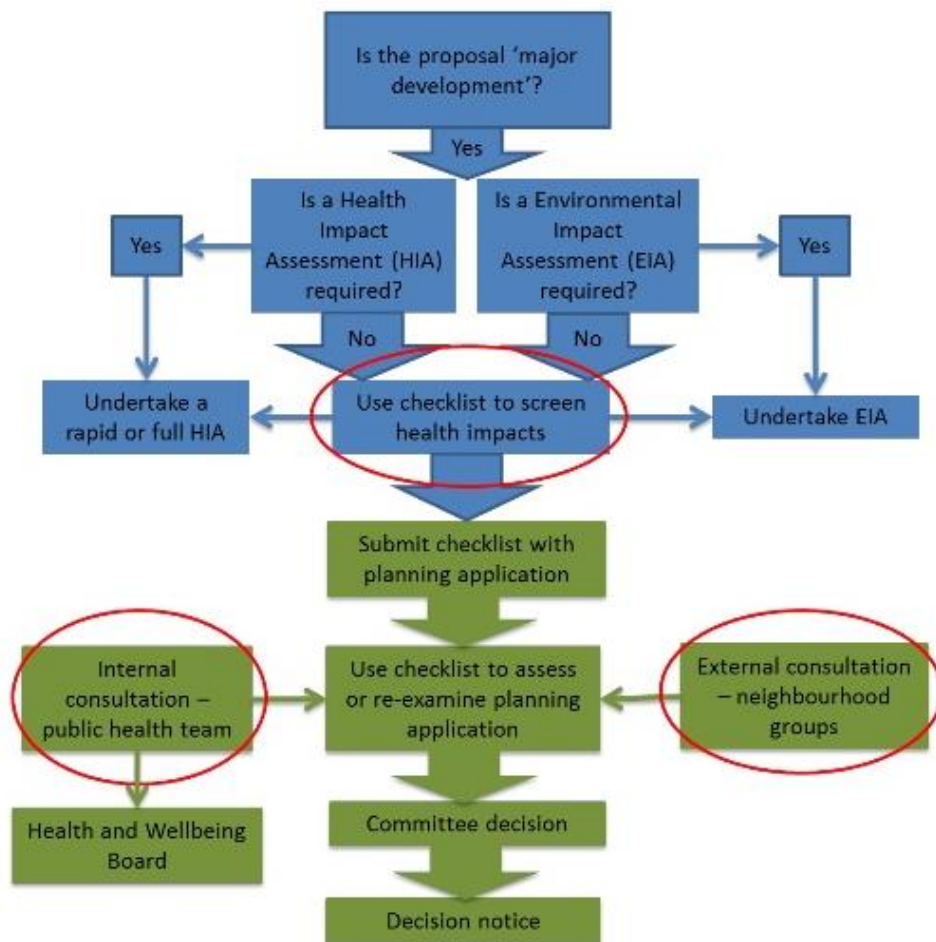


Figura 6\_London Healthy Urban Planning Checklist. NHS Healthy Urban Planning Checklist. Lo schema illustra come la lista di controllo può essere utilizzata all'interno del processo di pianificazione ed evidenzia tre settori chiave in cui potrebbe essere utilizzata.

La checklist aveva individuato quattro temi di riferimento (abitazioni sane; spostamenti attivi; ambiente sano; quartieri “vivaci”), evidenziando di ciascuno le questioni importanti riguardanti la pianificazione, la salute e il benessere<sup>34</sup> (Figura 7). Questa checklist aveva il compito di attivare un dialogo e le attività di negoziazione tra i diversi attori della scala urbana, attraverso un processo di consultazione in cui la comunità locale assume un ruolo centrale.

<sup>34</sup> Nell'ambito di ciascun tema vi sono una serie di questioni relative alla salute e al benessere, molte delle quali sono individuate nelle valutazioni delle esigenze strategiche locali e nelle strategie per la salute e il benessere, come quelle relative a: obesità e malattie legate all'inattività fisica e a una cattiva alimentazione; l'eccesso di decessi; l'inquinamento atmosferico e acustico; la sicurezza stradale; l'isolamento sociale.



Theme	Planning issue	Health and wellbeing issue
1. Healthy housing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Housing design</li> <li>• Accessible housing</li> <li>• Healthy living</li> <li>• Housing mix and affordability</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lack of living space - overcrowding</li> <li>• Unhealthy living environment – daylight, ventilation, noise</li> <li>• Excess deaths due to cold / overheating</li> <li>• Injuries in the home</li> <li>• Mental illness from social isolation and fear of crime</li> </ul>
2. Active travel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoting walking and cycling</li> <li>• Safety</li> <li>• Connectivity</li> <li>• Minimising car use</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Physical inactivity, cardiovascular disease and obesity</li> <li>• Road and traffic injuries</li> <li>• Mental illness from social isolation</li> <li>• Noise and air pollution from traffic</li> </ul>
3. Healthy environment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construction</li> <li>• Air quality</li> <li>• Noise</li> <li>• Contaminated land</li> <li>• Open space</li> <li>• Play space</li> <li>• Biodiversity</li> <li>• Local food growing</li> <li>• Flood risk</li> <li>• Overheating</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbance and stress caused by construction activity</li> <li>• Poor air quality - lung and heart disease</li> <li>• Disturbance from noisy activities and uses</li> <li>• Health risks from toxicity of contaminated land</li> <li>• Physical inactivity, cardiovascular disease and obesity</li> <li>• Mental health benefits from access to nature and green space and water</li> <li>• Opportunities for food growing – active lifestyles, healthy diet and tackling food poverty</li> <li>• Excess summer deaths due to overheating</li> </ul>
4. Vibrant neighbourhoods	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Healthcare services</li> <li>• Education</li> <li>• Access to social infrastructure</li> <li>• Local employment and healthy workplaces</li> <li>• Access to local food shops</li> <li>• Public buildings and spaces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Access to services and health inequalities</li> <li>• Mental illness and poor self-esteem associated with unemployment and poverty</li> <li>• Limited access to healthy food linked to obesity and related diseases</li> <li>• Poor environment leading to physical inactivity</li> <li>• Ill health exacerbated through isolation, lack of social contact and fear of crime</li> </ul>

Figura 7\_Lista di Controllo - Planning application information requirements, NHS-London Healthy Urban Development Unit - Healthy Urban Planning Checklist

Negli ultimi anni, sempre nel Regno Unito, altre sperimentazioni hanno implementato i temi della salute e del benessere in un rinnovato clima culturale. L’iniziativa “*Good Places, Better Health*”, messa a punto dalla Scozia, proponeva una strategia governativa il cui scopo era quello di partecipare attivamente alla realizzazione di luoghi “healthy friendly” attraverso un approccio che andasse oltre la tradizionale attenzione ai rischi della salute insiti negli ambienti urbani. Questa sperimentazione prendeva in esame la salute dei bambini per combattere malattie come: l’obesità, l’asma, la salute mentale e il

benessere. L'obiettivo fondamentale era quello di collaudare nuovi e più efficaci approcci nella progettazione degli ambienti urbani contribuendo alla creazione di luoghi più favorevoli alla salute e al benessere delle persone, riducendo le disuguaglianze sanitarie. La *NHS Health Scotland*, agenzia nazionale scozzese per l'educazione e la promozione della salute, e la *Architecture and Design Scotland*, organizzazione non governativa, ispirate da questi obiettivi e dai principi enunciati dal governo stesso sull'architettura e la progettazione dei luoghi si sono attivate per promuovere questa strategia.

Intanto, un avanzamento dell'approccio a livello legislativo ha prodotto novità nei contenuti della pianificazione urbanistica. Infatti, il governo scozzese ha individuato alcune priorità del sistema di pianificazione nazionale e dello sviluppo sostenibile attraverso il *National Planning Framework 3 (NPF3)*<sup>35</sup> e lo *Scottish Planning Policy (SPP)*<sup>36</sup>. Quest'ultimo introduce principi per incoraggiare lo sviluppo sostenibile integrati con i temi della salute, ai quali si affiancano in particolare tre documenti: il *Creating Places* che definisce politiche e linee guida sull'importanza dell'architettura e del design; il *Designing*

---

<sup>35</sup> Lo scopo centrale del governo scozzese è rendere la Scozia un paese di maggior successo, con opportunità per tutti di prosperare attraverso una crescente crescita economica sostenibile. Il terzo quadro di pianificazione nazionale scozzese - NPF 3 - è l'espressione spaziale della strategia economica del governo e dei nostri piani per gli investimenti infrastrutturali. Riguarda l'ambizione di creare luoghi che supportino la crescita economica sostenibile in tutto il paese.

NPF 3 è una strategia per tutta la Scozia: difendere i luoghi di maggior successo e sostenere il cambiamento nelle aree in cui, in passato, c'è stato un retaggio di declino. Si basa sul successo delle città-regioni e contribuirà a trasformare le città. Evidenzia le opportunità di sviluppo rurale che rafforzeranno le comunità. E definisce un'agenda ambiziosa per garantire investimenti nelle risorse uniche della costa e delle isole.

NPF 3 riunisce i piani e strategie in materia di sviluppo economico, rigenerazione, energia, ambiente, cambiamento climatico, trasporti e infrastrutture digitali per fornire una visione coerente di come la Scozia dovrebbe evolversi nei prossimi 20-30 anni. A sua volta, questa visione aiuterà a informare le politiche future e a dare priorità alle decisioni di investimento.

<sup>36</sup> Lo scopo dell'SPP è definire politiche di pianificazione nazionale che riflettano le priorità scozzesi per il funzionamento del sistema di pianificazione e per lo sviluppo e l'uso del territorio. L'SPP promuove la coerenza nell'applicazione della politica in tutta la Scozia, pur consentendo una flessibilità sufficiente per riflettere le circostanze locali. Riguarda direttamente: 1- la predisposizione di piani di sviluppo; 2- la progettazione dello sviluppo, dal concept iniziale fino alla consegna; 3- la determinazione delle istanze e dei ricorsi urbanistici.

*Streets* che definisce politiche e linee guida sulla progettazione di strade nuove o esistenti e sulla loro costruzione, adozione e manutenzione; *Circulars* che stabilisce i principi di attuazione della legislazione o delle procedure. La redazione dei piani di sviluppo locali, prevedeva una implementazione diversificata sulla base dei contenuti dell'SPP (Local Development Plan-SDP).

Le esperienze a livello europeo e internazionale hanno fatto grandi progressi in tema di urbanistica e salute anche se i problemi di comunicazione tra i tecnici del settore sanitario e del governo del territorio persistono. Nonostante tutto, sembra confermarsi una concreta volontà di sostenere l'integrazione tra piani, salute e qualità della vita delle persone. A testimoniarlo sono le importanti modifiche in termini di contenuti dei piani locali e della progettazione urbana, della legislazione nazionale e la produzione di documenti e linee guida specifici per la pianificazione locale che svolgono il ruolo di richiamare costantemente l'attenzione su questi temi per un'applicazione concreta da parte delle pubbliche amministrazioni, dei tecnici e delle comunità.

Con gli avanzamenti della ricerca ma soprattutto delle sperimentazioni e delle applicazioni si è fatto avanti un modo di "fare" urbanistica che si sta consolidando nel tempo. L'esempio inglese sugli sviluppi in materia di salute e urbanistica rappresenta soltanto uno dei tanti riferimenti che fornisce il contesto internazionale. Rimanendo nel contesto europeo, in molti paesi sono state elaborate forme di progettazione, conversione e gestione delle città basate sull'integrazione dei vari settori della pubblica amministrazione, sulla partecipazione e il coinvolgimento delle comunità, sull'ascolto delle esigenze dei cittadini di tutte le fasce d'età e condizioni sociali. Questo tipo di approccio, in linea con gli obiettivi europei e internazionali di città sane, vivibili e sostenibili, ha consentito di pianificare reale un cambiamento verso la progettazione e rigenerazione delle città orientato alla prevenzione e promozione della salute. Attraverso una combinazione di azioni e progetti mirati sulla salute e che intercettano il campo della pianificazione, la disciplina urbanistica, le amministrazioni, hanno dato il via a progetti più estesi e complessi che affrontano i temi e le sfide caratteristici della città contemporanea.

## **Parte 2 - Nuove categorie interpretative applicate alla rigenerazione urbana delle città.**

In considerazione della chiara e urgente esigenza di recuperare una nuova dinamica delle città - che rivendichi le fondamentali del diritto alla città, che le renda accessibili ed inclusive, abitabili economicamente e socialmente, che recuperi una spazialità i cui connotati siano conformi ai principi di qualità, salute e benessere - sono emerse, ormai da alcuni decenni, nuove prospettive di sviluppo che hanno condotto a nuovi approcci e sperimentazioni nei piani, programmi e progetti. Varie esperienze in tutto il mondo si sono approcciate secondo chiavi di lettura diverse, valutate in considerazione degli scenari generali e delle specifiche problematiche che si distinguono di paese in paese, di città in città.

### ***2.1 Un quadro d'insieme internazionale, l'obiettivo comune di salute e benessere***

Nell'ambito della ricerca scientifica e nei documenti delle organizzazioni internazionali è ormai diventato centrale considerare la salute e il benessere come obiettivo fondamentale all'interno di tutte le politiche (sociali, economiche, ambientali, urbane, etc.). Ribadita l'importanza che l'ambiente costruito costituisce per la salute e il benessere delle persone, in molti si sono allineati alle politiche d'integrazione di questi temi attraverso l'elaborazione di programmi, piani e progetti per rigenerare le città esistenti.

In alcuni paesi, l'approccio per l'integrazione di questi temi è stato realizzato attraverso la definizione di quadri normativi e regolamenti stabiliti a livello nazionale che sanciscono la trattazione del tema all'interno dei piani e progetti di trasformazione urbana. In altri casi, sebbene l'assenza di un quadro normativo ufficiale, i temi di salute e benessere sono stati integrati attraverso attività di sperimentazione rivolte alla programmazione di piani e progetti con il coinvolgimento diretto delle pubbliche amministrazioni, in particolare della sanità pubblica, e delle comunità locali. In altri casi ancora, anche davanti

a rivoluzioni normative importanti ma carenti di decreti o discipline attuative, è stata prediletta la strada della sperimentazione di questi temi tramite azioni dirette alla scala locale.

Nonostante la sperimentazione di approcci diversi, l'integrazione e lo sviluppo dei temi di salute e benessere all'interno delle politiche urbane rimane ad oggi un tema sicuramente complesso da sciogliere. Tra le perplessità resta il dubbio se siano realmente efficaci le modalità di integrazione e applicazione del tema in relazione alla formazione dei piani e dei progetti di trasformazione urbana e ai loro iter procedurali, e sull'effettiva capacità di coinvolgimento dei diversi settori e delle comunità locali. Tra le maggiori complessità riscontrate si segnala senza dubbio la laboriosità nella trattazione di alcuni indicatori all'interno dei principi di pianificazione, come ad esempio quelli strettamente legati a relazioni non oggettive, o ad esempio quelli socioculturali. Questo è uno degli aspetti che desta non poche perplessità. Lo sviluppo degli indicatori di salute basati sulla raccolta di dati qualitativi è condizionato da fattori di soggettività difficili da quantificare, validare e comparare; essi però hanno l'importante funzione di integrare, nel profilo di salute, i dati provenienti da indicatori quantitativi insieme con la percezione degli stessi cittadini sul contesto di vita e sullo stato di salute della loro comunità.

Nonostante la definizione di quadri di riferimento che illustrano la relazione che intercorre tra ambiente e salute, la selezione di temi chiave tramite cui si individuano le azioni da intraprendere e da includere nei processi di rigenerazione urbana, delle linee guida di supporto alla progettazione urbana in chiave di salute, si ritiene utile stabilire un linguaggio univoco che traduca il linguaggio strettamente legato alla salute con un linguaggio più specifico da declinare in termini più generali all'interno della disciplina urbanistica e che, coerentemente con le normative vigenti di ciascun contesto, renda l'approccio e la comprensione della nuova declinazione del tema accessibile a tutti i settori e attori coinvolti, popolazione compresa. La questione del linguaggio rimane probabilmente tra le questioni più aperte. Davanti alla complessità del tema e della materia urbanistica è necessario estendere le conoscenze e la comunicazione a quante più persone possibili. Questo aspetto in qualche modo ribadisce l'importante ruolo che l'approccio trasversale e interdisciplinare ha nella gestione di questi nuovi temi. Una conoscenza

integrata ed estesa a tutte le discipline è parte integrante dell'approccio interdisciplinare ed è fondamentale non solo per tentare di superare le sfide a cui le città contemporanee sono sottoposte ma anche per apportare un cambiamento radicale all'interno della disciplina urbanistica.

Raggiunta la comune consapevolezza che la salute e il benessere delle persone sia un tema estremamente importante e centrale nelle politiche urbane -confermato anche dall'attuale crisi mondiale causata dalla pandemia Covid-19- ad oggi sicuramente molto è stato fatto nonostante rimangano ancora tanti nodi da sciogliere. Proprio per questo, nella consapevolezza che ogni città rappresenta un caso distinto e che la conoscenza delle buone pratiche può generare valide/virtuose collaborazioni è necessario approfondire e sperimentare le esperienze avviate/introdotte.

## *2.2 Criteri di selezione e l'approccio ai casi di studio*

Gruppi di ricerca internazionali hanno adottato le questioni di salute e benessere e la partecipazione attiva della popolazione come chiavi di lettura per interpretare i reali bisogni delle comunità e per valutare le azioni da mettere in atto nelle politiche di trasformazione urbana delle città. Le chiavi di lettura utilizzate assegnano alla salute e al benessere il ruolo di nuove categorie interpretative e progettuali delle problematiche da risolvere. In alcuni casi gli approcci sperimentati si sono consolidati nel tempo e sono diventati emblematici al punto di doverli approfondire per capire alcune questioni.

In questa seconda parte, scelti due casi di studio europei -rispettivamente uno catalano e uno inglese-, sono state assegnate delle chiavi di lettura ritenute strumentali per capire quali potrebbero essere le novità per un avanzamento della disciplina urbanistica in tema di città in salute, vagliando gli approcci più efficaci rispetto alle necessità enunciate nella prima parte e le effettive difficoltà che si presentano nella loro applicazione. A partire dalla chiave di lettura del problema, dalla scelta dell'approccio adottato, dagli strumenti messi in atto, dagli obiettivi stabiliti fino alla definizione e attivazione delle azioni concrete si è cercato di valutare l'effettiva efficacia e dove possibile i risultati ottenuti procedendo con alcune considerazioni.

All'interno delle politiche continuano a svilupparsi piani e progetti di sviluppo delle città che intendono recuperare l'importanza della salute ponendola al centro delle dinamiche della città. Diversi sono stati gli approcci e le sperimentazioni maturate nel tempo. Sicuramente un concetto chiave e comune a diverse esperienze riguarda l'integrazione delle conoscenze, degli strumenti e degli approcci che lasciano la strada dell'approccio silos per far posto ad una rinnovata modalità di lavoro intersettoriale.

Le sperimentazioni in corso sono incoraggianti così come lo sono quelle esperienze che hanno visto, o stanno vedendo negli ultimi anni, una riforma dei contenuti dei programmi, progetti e piani urbanistici attraverso una rinnovata integrazione e forma di dialogo tra i temi della salute e la pianificazione alla scala locale e generale. Il conseguente

e crescente interesse da parte delle amministrazioni pubbliche è stato alimentato non solo dall'esigenza di rinnovare i contenuti e le azioni delle politiche urbane, ma anche dal riscontro positivo in termini di risparmi che un quartiere, una comunità e a larga scala una città sana hanno sui bilanci pubblici in termini economici, sociali e sanitari. Questo è parte delle motivazioni che hanno condotto ad una riconsiderazione del ruolo delle comunità locali che iniziano a svolgere il ruolo di attori principali della rinascita delle città nella direzione della salute e del benessere.

Per capire le questioni cruciali intorno alle quali ruota il cambiamento di rotta della disciplina urbanistica che rimette a fuoco i temi di salute e benessere come richiesto dalle sfide del XXI secolo, per capirne le difficoltà e i validi suggerimenti, sono state individuate alcune chiavi interpretative utili all'analisi e alla comprensione dei casi di studio scelti e dei relativi notevoli aspetti sollevati.

La prima chiave di lettura si appropria al tema degli strumenti di piano e di progetto avviati per affrontare i temi della salute e del benessere alla scala locale e per stabilire una collaborazione interdisciplinare tra i diversi settori delle amministrazioni e le comunità locali. In particolare, si intende verificare quanto la salute sia diventato realmente un tema di riferimento per le politiche o se invece è ancora considerata in modo marginale e di responsabilità esclusiva del settore sanitario. Questo primo criterio di indagine individua il livello di coinvolgimento e le modalità con cui la salute entra a far parte delle politiche delle pubbliche amministrazioni, attraverso quali strumenti o quali riforme legislative. Questa chiave di lettura intende inoltre verificare se e come le politiche in salute introdotte siano state efficaci nel rinnovare i contenuti delle proposte e dei piani e se siano riuscite in qualche modo a stabilire una collaborazione integrata tra i diversi settori coinvolti nella formulazione di progetti e dei piani.

La seconda chiave di lettura individua, all'interno dei casi studio, quali strumenti di pianificazione hanno preso effettivamente in carico il tema della salute e le modalità con cui questo aspetto viene declinato al loro interno. Inquadra nel dettaglio gli strumenti e le metodologie messe appunto dalle amministrazioni, utili a strutturare una nuova



modalità di approccio e gestione dei temi di salute e benessere applicati alle politiche di trasformazione urbana. In particolare, si fa riferimento all'impostazione, alla struttura organizzativa degli strumenti e ai criteri utilizzati per operare attraverso un rinnovato approccio trasversale e intersettoriale. Gli strumenti stabiliscono le modalità di approccio, di sviluppo e di applicazione delle azioni stabilite; stabiliscono criteri e modalità di partecipazione di tutti gli attori coinvolti e della comunità nelle fasi di indagine, progettazione e realizzazione. Inoltre, predispongono la metodologia per la disamina e soluzione delle questioni emergenti. Questa chiave di lettura intende valutare il livello di integrazione del tema della salute e del benessere all'interno degli strumenti, i relativi punti di forza e i limiti e la loro reale efficacia nella gestione dei processi di trasformazione urbana.

La terza chiave di lettura riguarda il ruolo che le comunità locali, le associazioni cittadine e gli stakeholder hanno assunto nel confronto con i temi della salute e del benessere. In particolare, si intende approfondire le forme e le modalità attraverso cui i piani e gli strumenti hanno previsto il coinvolgimento delle comunità e dei soggetti coinvolti nella formulazione dei piani, dei progetti e delle valutazioni d'impatto sanitario, verificandone la loro effettiva capacità di orientare i processi e di influire sulle decisioni oltre che la reale possibilità di partecipare alle fasi di monitoraggio e di controllo degli esiti delle trasformazioni.

La scelta dei due casi studi proposti deriva dall'interessante processo che queste due esperienze stanno portando avanti. Il primo motivo di interesse ha riguardato la sostanziale differenza nelle modalità di approccio e di sviluppo del tema della salute e del benessere all'interno delle politiche. Le impostazioni sono diverse: il caso inglese si caratterizza per un approccio che, dopo alcune indagini preliminari, vede protagonista una riorganizzazione interna della legislazione centrale in chiave di salute. La rivoluzione normativa stabilisce i compiti e le responsabilità da affidare ai piani e progetti a scala locale che, attraverso il supporto delle linee guida alla progettazione, integrano e strutturano in maniera organica i temi di salute e il nuovo approccio ai processi di trasformazione urbana. L'interesse verso il caso catalano proviene da un input diverso.

Senza stabilire una riorganizzazione normativa generale, l'approccio ai temi della salute si concretizza inizialmente attraverso interventi alla piccola scala rivolti prevalentemente alla promozione di stili di vita sani e alla riduzione delle disuguaglianze sociali. Solo successivamente viene sviluppata l'idea di un sistema organizzativo e strutturato atto a gestire diverse tipologie di intervento, prima fra tutte la rigenerazione urbana nei quartieri. L'idea - ancora molta lontana dall'essere definita - di strutturare un quadro normativo che sia realmente efficace e che definisca e strutturi gerarchicamente i ruoli delle amministrazioni, dei piani e dei progetti nella gestione delle azioni rivolte alla trasformazione di città in salute arriva solo dopo aver avuto dei riscontri dalle sperimentazioni messe in atto.

### ***2.3 Il caso Catalano: Barcellona***

#### *Quadro generale*

Barcellona, a partire dagli anni '80, attraverso una stretta cooperazione tra governo e attori locali, avvia importanti strategie di sviluppo e di trasformazione del territorio ottenendo progressivamente un importante ruolo leadership a scala internazionale nelle politiche per lo sviluppo economico e crescita sociale della città. Contemporaneamente, il governo mostra attenzione verso situazioni particolarmente problematiche presenti in città portando avanti azioni di rigenerazione urbana volte a migliorare la qualità della vita in alcuni quartieri della città. Attraverso l'attuazione di politiche rivolte a promuovere l'accessibilità ai servizi, l'uso dello spazio pubblico, l'equità e l'inclusione sociale, lo sviluppo di nuove attività economiche, misure a supporto delle fasce più deboli e tenendo in considerazione una maggiore partecipazione dei cittadini nei processi decisionali, il governo genera una rinnovata dimensione etica, sociale e partecipativa fondamentale per un rinnovato approccio alla rigenerazione urbana. Nonostante l'attenzione verso le disuguaglianze presenti sul territorio -analizzate in ambito demografico, sociale, economico e considerate concausa del degrado fisico di intere aree e quartieri della città- e l'attivazione di politiche volte alla risoluzione di queste problematiche, è solo in un secondo momento che il governo catalano integra in maniera più esplicita e concreta le politiche in chiave di salute. Al contrario, si sviluppa sin da subito la necessità di instaurare collaborazioni interdisciplinari tra i settori, capendo che le questioni emergenti sono strettamente legate tra di loro ed è necessario una cooperazione tra tutti gli attori coinvolti per tentare di rispondere in maniere risolutiva alle sfide del XXI secolo.

I recenti obiettivi di sviluppo globale delle Agende politiche internazionali e il programma della Nuova Agenda Urbana, che pone il diritto alla città e alla salute al centro delle azioni politiche, assegnano ai governi locali un ruolo cruciale nella gestione delle azioni da introdurre all'interno delle proprie strategie. In considerazione della necessità di far fronte alle complesse sfide internazionali e di porre la salute e il benessere delle persone

al centro delle politiche, l'Área metropolitana de Barcelona (AMB) avvia una revisione del Piano Strategico Metropolitano stabilendo soprattutto due passaggi importanti: la necessità di rivedere la relazione tra pianificazione strategica, territoriale e urbana e di promuovere la partecipazione di tutti i settori e parti interessate, coinvolgendo un gruppo di attori più ampio. Insieme con il governo della Catalogna, l'AMB ha dato il via a strategie in cui la collaborazione dei diversi settori coinvolti della pianificazione, dei trasporti, dell'ambiente e della salute si è rivelata essenziale per affrontare le sfide poste dall'urbanizzazione.

Il *Programa Actuación Municipal 2012-2015* (PAM) -Programma d'azione municipale- definisce la tabella di marcia per la costruzione di una città più equa e inclusiva e stabilisce le linee prioritarie, gli obiettivi e le azioni che il governo deve garantire. Tra le strategie, che hanno tra gli obiettivi il superamento delle disuguaglianze in salute, si stabiliscono linee d'intervento in riferimento alle raccomandazioni enunciate dalla *Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España* - Commissione per la Riduzione delle Disuguaglianze sociali e in salute- e dal *Pla de Salut de Catalunya* -Piano della Salute della Catalogna- (con particolare riferimento ai *Planes Locales de Salud de los municipios de la província de Barcelona* -Piani sanitari locali dei comuni della provincia di Barcellona). Alcune raccomandazioni sottolineano l'importanza di introdurre nella pianificazione degli ambienti urbani la prospettiva dell'equità nella salute, utilizzando quadri di valutazione dell'impatto sulla salute della pianificazione urbana e prevedendo la partecipazione dei cittadini<sup>37</sup>. In questa direzione il PAM elabora quindi strategie per contenere l'inquinamento atmosferico, per lo sviluppo e il miglioramento del verde e dello spazio pubblico, per la mobilità sostenibile e l'accessibilità pedonale in un'ottica di salute e benessere in tutte le politiche.

---

<sup>37</sup> Recomendaciones de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, Programa de Actuación Municipal y Plan de Salud de Barcelona n. 16

***Gli strumenti di pianificazione verso la “salute in tutte le politiche”. Il punto di partenza: Ley Barris 2/2004***

Nel 2004, con l'approvazione della *Ley Barris 2/2004* -Legge dei Quartieri-, concepita per avviare misure di miglioramento globale nei quartieri, incentrate su problemi urbani, sociali, economici e ambientali<sup>38</sup>, la città di Barcellona iniziava a promuovere piani, programmi e progetti per migliorare situazioni vulnerabili nei quartieri dell'area metropolitana. La Legge 2/2004 del 4 giugno, elaborata dal Decreto 369/2004 ed approvata dalla Generalitat della Catalunya, forniva alle amministrazioni catalane gli strumenti per intervenire nel miglioramento dei quartieri, aree urbane e piccoli centri urbani che, per particolari condizioni, richiedevano un'attenzione particolare da parte dei poteri pubblici. Il quadro normativo evidenziava la necessità di rigenerare il territorio attraverso *Proyectos de Intervención Integral* -Progetti d'intervento integrato- che andassero oltre gli interventi settoriali fino a quel momento realizzati. Proponeva azioni di rigenerazione urbana attraverso un piano quadriennale, elaborato e realizzato dai Comuni, che usufruiva di un finanziamento attraverso il "*Fons de Barris*" -Fondi di Quartiere- stanziato dalla Generalitat de Catalunya, e che stabiliva i contenuti, i meccanismi di sviluppo e la selezione dei distretti beneficiari del fondo. Secondo quanto stabilito, ogni città doveva individuare i quartieri che devono essere migliorati per evitare la loro progressiva ghettizzazione. La legge stabiliva una lista di parametri e criteri sociali, economici e fisici<sup>39</sup>, da verificare in ambito locale, in modo da consentire la selezione delle aree su cui intervenire. I piani sviluppati dovevano rispettare otto campi di azione specificati nel documento del Progetto d'intervento integrato: 1. Miglioramento dello spazio pubblico e fornitura di spazi verdi. 2. Riabilitazione degli elementi comuni degli edifici. 3. Fornitura di attrezzature per uso collettivo. 4. Incorporazione di tecnologie dell'informazione negli edifici per consentire l'installazione di cablaggi o altri sistemi. 5. Promuovere la sostenibilità dello sviluppo urbano. 6. Equità di genere nell'uso dello spazio

---

<sup>38</sup> "Ley Barris", 2/2004, de 4 de Junio

<sup>39</sup> Ley 2/2004, Artículo 5. Definición de áreas urbanas de atención especial

e delle strutture urbane. 7. Programmi di miglioramento sociale, urbano ed economico. 8. Accessibilità e rimozione delle barriere architettoniche.

### ***Plan de Barrios de Barcelona***

A seguito della Legge, la Diputació de Barcelona avvia una linea di assistenza a supporto delle amministrazioni comunali tanto nella definizione dei progetti quanto nella loro esecuzione in un'ottica ambiziosa e inclusiva. Tra le azioni stabilite nasce, per iniziativa comunale, il *Plan de Barrios* -Piano di Quartiere- una strategia di coesione globale, innovazione sociale e miglioramento urbano con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sociali e territoriali, di aumentare l'accesso al reddito e ai servizi, la qualità urbana e il benessere per l'intero quartiere. Davanti all'evidente necessità di integrare il lavoro dei diversi settori coinvolti e considerata la complessità e la trasversalità con cui le nuove sfide urbane e di salute sono strettamente connesse tra di loro, il Piano stabilisce un nuovo modo di lavorare tra amministrazione e quartieri, attraverso un modello di azione in cui i processi diventano più efficaci e le sfide di ogni quartiere vengono risolte in modo organico, sostenibile e dall'interno dello stesso contesto ambientale. In particolare, si evidenziano due caratteristiche fondamentali del Piano: la trasversalità del progetto e la co-produzione tra quartiere e istituzioni. Trasversalità relativa alle esigenze specifiche di un determinato quartiere che cerca un'azione globale di tutti i settori coinvolti (istruzione, diritti sociali, occupazione e promozione economica, pianificazione urbana e spazio pubblico). Co-produzione come metodologia di ricerca di un dialogo e una cooperazione permanente tra cittadini e tecnici comunali, al fine di garantire l'adattamento di tutte le azioni alle esigenze particolari di ogni quartiere. Queste caratteristiche si rivolgono a due obiettivi essenziali e complementari: il miglioramento delle condizioni di vita del territorio (in termini di opportunità educative, sociali, lavorative e di qualità dello spazio pubblico) e il miglioramento e l'espansione del capitale sociale di quartiere (rafforzamento del tessuto associativo, miglioramento della vita comunitaria e consolidamento della leadership sociale nel territorio). Tutto ciò contribuisce certamente a un elemento intangibile ma essenziale: il sentimento di appartenenza del posto in cui si vive.

Barcellona è composta da 73 quartieri che hanno origini storiche ed evoluzioni molto diverse. Lo sviluppo asimmetrico di alcuni quartieri nel tempo ha generato significative disuguaglianze socioeconomiche e negli ultimi anni, nonostante la ripresa segnalata da alcuni indicatori, le differenze territoriali sono aumentate. La crescita in termini macroeconomici globali della città negli ultimi anni è stata accompagnata da un aumento delle differenze tra redditi alti e bassi, dal conseguente assottigliamento delle classi medie e dalla conseguente disuguaglianza territoriale. Le conseguenze di questa situazione sono diventate particolarmente gravi nei quartieri più svantaggiati di Barcellona in relazione a l'aumento della povertà e dell'esclusione sociale, alla mancanza di occupazione e dell'impatto della disoccupazione a lungo termine sulle famiglie, del progressivo peggioramento delle condizioni di lavoro, della perdita dei servizi del sistema di protezione sociale e della mancanza di mezzi per le politiche preventive e previdenziali.

Per ridurre le disuguaglianze, evidenti attraverso l'analisi di specifici indicatori quantificabili (come la distribuzione territoriale del reddito, il livello di istruzione della popolazione, il tasso di disoccupazione, stato del patrimonio abitativo, etc.), il governo interviene attraverso quattro aree tematiche che inquadrano i contenuti del Piano: diritti sociali, istruzione, attività economica ed ecologia urbana. Nel dettaglio, all'interno delle aree tematiche si stabiliscono le linee strategiche rivolte ai livelli di reddito medio del quartiere rispetto alla città; agli indicatori socio-economici, educativi e socio-sanitari; all'economia locale, al recupero della capacità produttiva locale e al miglioramento dell'occupazione; ai deficit urbani e agli spazi pubblici; allo stato di conservazione ed alla qualità del patrimonio abitativo; alle opportunità educative; alle condizioni di salute fisica e mentale; all'assistenza verso le fasce più deboli. Questi rappresentano i criteri di selezione dei quartieri per la redazione dei programmi specifici. Il programma del Piano contribuisce a raggiungere i seguenti obiettivi principali:

- Rafforzare la rete educativa nei quartieri attraverso progetti educativi completi, sostenere le scuole in compiti socioeducativi complementari.
- Recuperare e rilanciare l'attività economica nei quartieri, in particolare attraverso i piani per l'occupazione della comunità, la promozione dell'economia

sociale e cooperativa, la riattivazione e la promozione delle piccole imprese, nonché il consolidamento e il rafforzamento dell'attività produttiva locale.

- Affrontare deficit urbani come il degrado dello spazio pubblico, l'accessibilità, la scarsità di aree verdi, la bassa qualità degli alloggi, la mancanza di strutture e deficit di mobilità, accessibilità e connessione all'interno quartieri e in relazione al resto della città.

- Stabilire azioni per migliorare le condizioni di vita della popolazione che vive nei quartieri, con particolare attenzione alle fasce più deboli (bambini, anziani, giovani in situazione di disoccupazione, popolazione immigrata).

- Consentire ai residenti di organizzare e fissare obiettivi e azioni per migliorare la vita collettiva nel vicinato, promuovendo pratiche di innovazione sociale e l'azione dei cittadini.

Dal 2016, oltre alla metodologia per la redazione del piano, sono stati messi a punto dieci Piani di Quartiere<sup>40</sup> che agiscono su 16 quartieri della città e interessano sei distretti. Nello stesso anno sono stati avviati i quattro strumenti che hanno garantito la governance del Piano e la sua particolarità metodologica: l'incarico alla società municipale "Foment de Ciutat" quale ente propulsore e coordinatore del Piano con l'assunzione di nove project leader; un consiglio consultivo composto da esperti delle diverse discipline responsabili delle trasformazioni urbane; un comitato direttivo con la presenza di tutte le aree comunali coinvolte; la formazione di gruppi guida per ciascun quartiere composti da tecnici e rappresentanti di quartieri, diventati l'epicentro delle decisioni di progetto e della coproduzione.

---

<sup>40</sup> il Trinitat Nova, il Bon Pastor e Baró de Viver, il Besòs e il Maresme, il Roquetes, la Marina (che comprende i quartieri di Marina de Port e La Marina del Prat Vermell), il Raval meridionale e il gotico meridionale, Sant Genís dels Agudells e Teixonera, la Zona Nord (formata dai quartieri di Ciutat Meridiana, Torre Baró e Vallbona), Trinitat Vella, Verneda e La Pau. Pertanto, questi piani di quartiere agiscono su 16 quartieri della città e interessano sei distretti: Sant Martí, Sant Andreu, Nou Barris, Ciutat Vella, Horta-Guinardó e Sants-Montjuïc.



Ad oggi, è ancora troppo presto valutare il reale impatto del Piano di vicinato e la sua capacità di ridurre la segregazione territoriale. Tuttavia, è stato notato che i dati sulle disuguaglianze nella città hanno subito un leggero miglioramento. È insignificante in termini quantitativi e tanti sono gli elementi che possono aver contribuito, ma va notato che la variazione dei dati è avvenuta in concomitanza della promozione di questi programmi.

L'istituzione del Piano di vicinato ha cambiato il modo di lavorare delle amministrazioni. È lo strumento che ha generato una dinamica di approccio dal basso in cui la gestione, a partire dalla diagnosi, dalla definizione degli obiettivi e dei progetti di azione e fino alla loro realizzazione, è ad opera di un gruppo multidisciplinare che si avvale del supporto attivo dei cittadini. Il Piano di vicinato introduce un importante cambio di rotta: gli obiettivi specifici e la progettazione sono stabiliti dall'interno del territorio interessato, le amministrazioni e i dipartimenti sono i responsabili della loro attuazione. Sembra un semplice cambiamento, ma è una piccola rivoluzione che in gran parte attira un decentramento necessario nel funzionamento municipale. La vecchia idea sistemica in cui un cervello centrale eminentemente tecnico definisce e pensa, e alcuni quartieri e territori eseguono, viene superata se si mette in gioco l'intelligenza dei quartieri e di tutti i loro cittadini, con l'obiettivo di trovare risposte adeguate ad ogni contesto. Non è affatto un cambiamento facile, poiché modifica i ruoli e costringe a lavorare in modo diverso.

Un aspetto non trascurabile introdotto dal Piano è l'interrelazione tra l'approccio alla piccola scala e l'adozione di strategie secondo assi distribuiti lungo diverse aree della città. Sulla base delle caratteristiche della città, nell'applicazione del Piano si coniugano due diverse scale territoriali: i quartieri e gli assi urbani. Questi assi diventano il quadro di riferimento territoriale in cui si inserisce il programma del Piano di quartiere, si stabilisce un nesso tra i programmi, viene fornito uno strumento aggiuntivo per affrontare le disuguaglianze territoriali. Sono due linee di azione complementari che si arricchiscono a vicenda in quanto agiscono su scale territoriali differenti (quartiere e asse), hanno orizzonti

temporali diversi (quattro anni per il Piano di vicinato, e medio-lungo termine per gli assi), si differenziano per il tipo di azioni da prevedere e per gli attori che vi intervengono.

### ***Taula per a la Millora Urbana (TxMU)***

Uno strumento importante che spiega la scelta del caso di studio spagnolo è rappresentato da ciò che è alla base di questi piani. Infatti, considerata la complessità e la trasversalità delle nuove sfide che le città devono affrontare, viene messo a punto uno strumento utile alla comprensione dei contesti e alla redazione dei piani integrando il lavoro dei diversi settori coinvolti. Con l'approvazione della Legge 2/2004, l'Àrea de Territori i Sostenibilitat della Diputación de Barcelona, attraverso la *Gerencia de Servicios de Vivienda, Urbanismo y Actividades* (GSHUA) -Gestione dei Servizi per l'edilizia abitativa, l'urbanistica e le attività-, mette a punto uno strumento per l'assistenza tecnica ai comuni della provincia, per la stesura e l'esecuzione di progetti di intervento globale nelle aree in cui si concentrano problemi urbani, sociali, economici e ambientali.

La necessità e la volontà di affrontare le questioni nella loro totale complessità e trasversalità (a tuttotondo) hanno condotto allo sviluppo della *Taula per a la Millora Urbana* (TxMU) -Tavolo per il Miglioramento Urbano-, costituita come spazio di comunicazione, cooperazione e lavoro comune tra i servizi e gli uffici delle istituzioni responsabili del miglioramento dell'ambiente urbano, raggruppando un totale di 37 uffici e servizi del Consiglio provinciale. L'istituzione del tavolo di lavoro TxMU ha l'obiettivo di incoraggiare la cooperazione tra le diverse aree del Consiglio provinciale di Barcellona nella progettazione e attuazione di progetti di intervento globale legati al miglioramento urbano del territorio, fornendo un servizio di supporto ai comuni attraverso la collaborazione, lo scambio e un lavoro trasversale multidisciplinare.

## *TxMU e il programma di sostegno ai consigli comunali per il miglioramento dei quartieri*

La struttura dello strumento prevede che nelle fasi di redazione dei piani venga garantito: un sistema informativo di base dei quartieri (qualitativo e quantitativo) con accessibilità telematica, un supporto continuo relativo alla proposta delle azioni, l'assistenza tecnica ai processi di partecipazione civica inerenti al processo di redazione del piano. Per quanto riguarda la fase di sostegno all'attuazione dei progetti selezionati, il TxMU garantisce: il monitoraggio periodico dell'attuazione del progetto; l'assistenza tecnica e/o economica allo sviluppo di azioni specifiche da parte di uffici o dei servizi; un catalogo di possibili soluzioni assistenziali da parte dei diversi membri della Txmu; il sostegno continuativo della gestione del progetto, solitamente a carico della GSHUA; un servizio di offerta formativa specifica per i comuni; la creazione e il mantenimento di canali di comunicazione tra i comuni.



Figura 8\_Support to town councils in defining comprehensive intervention projects. Disputació de Barcelona

Il Tavolo di Miglioramento Urbano si articola e organizza tenendo in conto tre punti fondamentali:

1. Le diverse fasi di intervento: la redazione dei progetti di intervento integrato nei quartieri, la successiva attuazione e il monitoraggio dei progetti finanziati.
2. La necessità di approfondire progressivamente la complessità e la formalizzazione dello strumento stesso in modo da migliorarne la funzionalità.
3. Il ruolo dei vari agenti coinvolti nel progetto: l'Amministrazione Comunale responsabile e capofila del progetto; la *Generalitat de Catalunya*, che regola i requisiti dei progetti, cofinanzia l'esecuzione, ne effettua il controllo e il monitoraggio, consiglia e risolve i dubbi che possono avere i Consigli Comunali e il Consiglio Provinciale; il *Consiglio Provinciale di Barcellona*, che attraverso il TxMU promuove, sviluppa, e commissiona la redazione di progetti di intervento integrato (attraverso il lavoro del GSHUA) e che fornisce supporto tecnico e finanziario complementare per l'esecuzione dei diversi progetti; i cittadini, sia in forma individuale che tramite associazioni di quartiere, coinvolti nei processi partecipativi per la definizione del progetto, per l'esecuzione di buona parte delle sue azioni e per il monitoraggio e la valutazione del piano; il settore privato specializzato, che partecipa alla redazione dei progetti e alla realizzazione di molte delle sue azioni.

Dal 2004 al 2011, la *Taula per a la Millora Urbana* ha sostenuto la redazione di 55 progetti di intervento integrato nei quartieri più problematici, 41 dei quali beneficiari del contributo finanziario del fondo di vicinato della *Generalitat de Catalunya*. Questi 41 progetti rappresentano il 44,12% del totale dei progetti finanziati nella provincia e il 100% dei progetti relativi a quartieri situati in comuni con una popolazione inferiore a 10.000 abitanti. Ad oggi, per quanto riguarda il supporto all'esecuzione dei progetti hanno beneficiato 33 Comuni. Rispetto al totale delle azioni messe in atto, il 44% corrisponde ad azioni legate al miglioramento di spazi e strutture pubbliche, il 27% è legato a programmi sociali o di stimolo economico, il 16% è legato alla riabilitazione delle parti comuni degli

edifici e alla sostenibilità dello sviluppo urbano e quasi il 13% alla creazione di processi e spazi per la partecipazione dei cittadini.

Il carattere aperto dello strumento, il suo modello di coordinamento orizzontale e cooperativo, la flessibilità, il rigore, la continua valutazione del processo, la libertà e l'autonomia di coinvolgimento dei membri, continua a rappresentare un valido approccio nel promuovere il miglioramento urbano dei quartieri, sia in relazione alla *Legge 2/2004 per il miglioramento di quartieri, aree urbane e centri urbani che richiedono particolare attenzione*, sia verso altre iniziative legate alla rigenerazione urbana.

Nel corso degli anni il TxMU ha sviluppato e ampliato la propria azione, contribuendo a migliorare la quantità e la qualità del sostegno alle amministrazioni locali diventando uno strumento complesso, utile e innovativo per il progresso del lavoro cooperativo e trasversale all'interno delle pubbliche amministrazioni.

### ***Progetti complementari alla legge sul vicinato: Salud en los Barrios***

Di fronte all'esperienza maturata dopo l'approvazione della Legge sul Vicinato, al fine di dare ancora più completezza alle azioni intraprese, altri dipartimenti della Generalitat de Catalunya hanno avviato una serie di progetti complementari allo spirito della Legge e con il carattere "integrale" della rigenerazione urbana. Tra questi il programma *Salut als Carrers* -Salute nelle strade-, del Dipartimento della Salute della Generalitat de Catalunya, che nel caso di Barcellona è gestito dall' *Agència de Salut Pública* (ASPB) -Agenzia per la Salute Pubblica di Barcellona-. Con il coordinamento dall'ASPB si stabiliscono strategie e linee di intervento focalizzate sulla salute, prerequisito fondamentale per migliorare le condizioni di vita e il benessere delle persone del quartiere. Queste azioni normalmente non sono incluse nei piani, ma sono svolte in collaborazione con i responsabili del piano, attraverso un processo trasversale e interdisciplinare al fine di attuare azioni di comunità agendo in questo modo sui determinanti -che causano disuguaglianze sanitarie- e migliorando la salute della popolazione del quartiere. Uno degli obiettivi del programma è quello di contribuire a

ridurre le disuguaglianze sociali nella salute della popolazione. Pertanto, con la partecipazione dei diversi agenti del territorio, viene effettuata un'analisi dei bisogni sanitari che maggiormente influenzano l'area e solo a seguito di una valutazione, basata su indicatori stabiliti, si applica un piano di azione successivamente rivalutato.

I quartieri in cui viene effettuata la diagnosi dei bisogni sanitari soffrono di diversi processi di rischio che generano disuguaglianze. I processi di rischio sono legati alle politiche sociali, alle condizioni di vita precarie e alle disuguaglianze sociali (genere, classe sociale, origine ed età) e prendono la forma di particolari abitudini e stili di vita delle persone. Conoscere i processi di rischio permette di inserire nel programma "Salute nei quartieri" azioni finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario.

Di questo programma le azioni più importanti sono state promuovere iniziative denominate: "Diventa attivo". Attività fisica per adulti e anziani, che mira a far praticare sport agli adulti e a migliorare la salute mentale e la qualità della vita degli anziani. • Su e giù. Progetto per persone con problemi di mobilità che invita le persone anziane che non possono lasciare la propria casa ad uscire e migliorare la propria salute percepita. • Attività fisica extracurricolare. Vuole ridurre lo stile di vita sedentario dei bambini della scuola primaria. • Camminare facendo sport. Prevenzione dell'uso di sostanze che creano dipendenza negli adolescenti, per prevenire comportamenti a rischio attraverso lo sport.

### ***Entorn Urbà i Salut***

Seguendo la strategia dell'OMS di "Salute in tutte le politiche", nel 2010 nell'ambito del TxMU è stato creato un gruppo di lavoro tecnico<sup>41</sup> per promuovere

---

<sup>41</sup> L'Università di Vic-Central University of Catalonia (Center for Social and Health Studies; Research Group on Sport and Physical Activity, ICT-Health Chair) ha preso in carico lo sviluppo della Guida in base alla sua effettiva applicazione nei POUM delle città di Vic, Sant Pere Sallavinera e Caldes d'Estrac. Questo ha consentito di incorporare le prove scientifiche in una sana pianificazione urbana e ha facilitato il trasferimento di conoscenze tra il campo scientifico e il processo decisionale politico e tecnico.

ambienti urbani sani. Nell'ambito di un processo di lavoro noto come “nuovo impulso”, il Consiglio provinciale di Barcellona ha avviato un nuovo lavoro coinvolgendo diversi ambiti<sup>42</sup> -quali l'urbanistica, le infrastrutture e l'edilizia abitativa, lo sport, l'ambiente, lo sviluppo economico e l'assistenza sociale- per sviluppare il progetto *Entorn Urbà i Salut* che mira a creare ambienti urbani che incoraggino la popolazione a vivere in modo sano e che minimizzino quei fattori ambientali che rappresentano un rischio per la salute delle persone che ci vivono. Il lavoro ha condotto allo sviluppo di uno strumento in grado di incorporare la prospettiva sanitaria nella pianificazione urbana dei diversi elementi dell'ambiente urbano. Lo strumento è stato introdotto come facilitatore nella formulazione di progetti di intervento integrati nei quartieri e nelle aree urbane che richiedono particolare attenzione per la presenza di problemi relativi agli scenari demografici, alle condizioni urbane, agli aspetti socioeconomici, che generano - o possono generare - una spirale di segregazione e di esclusione sociale.

Il progetto “*Entorn Urbà i Salut*” ha sviluppato in partenza due linee di azione. La prima prevede dei corsi di formazione su "ambienti urbani sani" per indirizzare, migliorare ed incrementare la consapevolezza dei tecnici locali delle diverse discipline in tema di salute e città. La seconda linea di azione è la *Guía en línea Entorno urbano y salud*. La guida si configura come uno strumento online che suggerisce l'approccio per la progettazione di ambienti urbani sani e per incoraggiare le persone a vivere in modo sano.

---

<sup>42</sup> Serveis de Salut Pública, d'Urbanisme, d'Equipaments i Espai Públic, de Convivència, Diversitat i Participació Ciutadana, les Oficines Tècniques d'Avaluació i Gestió Ambiental, de Mobilitat i Estratègia Internacional, d'Habitatge, d'Europa i Estratègia Internacional i Gerències de Parcs Naturals i d'Esports



Figura 9\_Costruzione di una metodologia per valutare il potenziale impatto sulla salute delle azioni e il miglioramento di uno spazio pubblico. Laura Hidalgo ISGLOBAL.

Per raggiungere l'obiettivo di salute in ogni fase della pianificazione e della progettazione dell'ambiente urbano, la guida mette in relazione le caratteristiche dell'ambiente fisico con gli indicatori di salute; con riferimento alle esperienze in cui sono state applicate le raccomandazioni proposte dalla guida -o con caratteristiche simili-, fornisce esempi e documentazione tecnica di supporto. Strutturata in cinque ambiti che caratterizzano l'ambiente urbano -*partecipazione dei cittadini, pianificazione urbana, spazio pubblico, servizi e alloggi*- è organizzata in 72 schede, ognuna delle quali suddivisa in sette sezioni. Il *contesto* che descrive l'oggetto della scheda in chiave di salute; gli *obiettivi* sviluppati in chiave di salute; le *proposte e raccomandazioni* che suggeriscono risposte rispetto alla necessità esplicitate, agli interventi da applicare e alla valutazione sull'applicazione a livello locale; le *esperienze di riferimento* in cui si applicano le raccomandazioni e soluzioni suggerite; la *legislazione e i regolamenti* di riferimento per una chiara gestione del lavoro; gli *studi e la documentazione tecnica* a supporto della comprensione e attivazione delle proposte; *corrispondenze con altre tabelle della guida*, sezione che integra le informazioni di ogni singola scheda con altri temi trattati in altre



schede quando esiste una forte relazione tra essi. L'organizzazione e l'interrelazione delle varie tematiche tiene conto anche degli effetti del cambiamento climatico sulla salute e il benessere.

The image shows a screenshot of the website 'Entorno urbano y salud'. At the top, there is a navigation bar with links for 'Reconocimiento (créditos)', 'Bibliografía y enlaces', 'Glosario', and 'Agenda'. Below this, there are five main categories represented by icons: 'PARTICIPACIÓN CIUDADANA', 'PLANIFICACIÓN URBANA', 'ESPACIO PÚBLICO' (highlighted in green), 'EQUIPAMIENTOS', and 'VIVIENDA'. On the left side, there is a sidebar with a 'Guía online' section containing sub-links for 'Ámbitos de actuación', 'Cambio climático', and 'Buscador de actuaciones', along with 'Publicaciones del proyecto' and 'Denos su opinión'. Below the sidebar is contact information for 'Servei de Salut Pública' in Barcelona. The main content area features an 'INTRODUCCIÓN' section with text about the expansion of the automobile and its impact on public space and social life. Below this is a section titled 'FICHAS QUE CONFORMAN ESTE ÁMBITO DE LA GUÍA' which lists various topics under three main headings: 'Seguridad en el espacio público', 'Medio ambiente, cambio climático y sostenibilidad', and 'Promoción de la salud'. Each heading has a list of specific topics with hyperlinks.

**Entorno urbano y salud**

Reconocimiento (créditos) | Bibliografía y enlaces | Glosario | Agenda

▶ Novedades  
 ▶ Presentación  
 ▶ Relación entre la salud y el entorno urbano  
 ▶ **Guía online**  
 • Ámbitos de actuación  
 • Cambio climático  
 • Buscador de actuaciones  
 ▶ Publicaciones del proyecto  
 ▶ Denos su opinión

Servei de Salut Pública  
 Diputació de Barcelona  
 Pg. de la Vall d'Hebron, 171  
 Recinte Mundet - Edifici Serradell  
 Trabal, 2a planta  
 08035 Barcelona  
 Tel. 934 022 468  
 Fax 934 022 491  
[Formulario de contacto](#)

**INTRODUCCIÓN**

La expansión del automóvil a partir de la década de 1960 supuso una transformación del espacio público y de las conductas sociales. El acceso universal del vehículo a todos los lugares, sumado a un cambio en la gestión del tráfico viario, facilitó una zonificación para usos que se tradujo en una expansión desmesurada de la ciudad gracias a la nueva movilidad conquistada.

Más allá de los «males» asumidos por la sociedad —como el aumento de la contaminación ambiental y acústica, la apropiación de superficie de suelo y las nuevas zonas suburbanas—, hasta ahora no habíamos sido conscientes de las consecuencias que dicha expansión comportaba ni de los «vicios ocultos» del sistema: la erosión en nuestra salud física y mental, la pérdida de autonomía personal, la disminución de las relaciones sociales, o la dificultad de los ayuntamientos para mantener los servicios básicos de sus municipios, entre otros.

Leer +/-

**FICHAS QUE CONFORMAN ESTE ÁMBITO DE LA GUÍA**

<p><b>Seguridad en el espacio público</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Movilidad segura y saludable</a></li> <li>• <a href="#">Espacio público seguro</a></li> <li>• <a href="#">Accesibilidad</a></li> </ul>	<p><b>Medio ambiente, cambio climático y sostenibilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Plagas urbanas en el espacio público</a></li> <li>• <a href="#">La contaminación acústica</a></li> <li>• <a href="#">La gestión de los beneficios del verde y el azul urbano</a></li> <li>• <a href="#">La gestión de riesgos del verde urbano: alergias al polen y accidentes</a></li> <li>• <a href="#">La contaminación por residuos urbanos</a></li> <li>• <a href="#">La contaminación atmosférica</a></li> <li>• <a href="#">Los animales de compañía</a></li> <li>• <a href="#">Las actividades alimentarias en el espacio público</a></li> </ul>	<p><b>Promoción de la salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Rutas saludables</a></li> <li>• <a href="#">El espacio público para gestionar la cohesión social</a></li> <li>• <a href="#">Itinerarios periurbanos saludables, principalmente en el entorno de los espacios naturales protegidos</a></li> <li>• <a href="#">Los huertos urbanos</a></li> <li>• <a href="#">Fomento de la actividad física</a></li> <li>• <a href="#">Los caminos escolares</a></li> </ul>
---	---	---

Figura 10\_Ejemplo explicativo della guida Entorno Urbano y salud. Sezione Spazio pubblico  
<https://www.diba.cat/es/web/entorn-urba-i-salut/fitxes-de-la-guia>

Attraverso un motore di ricerca impostato su due opzioni di indagine: *fasi di intervento* (riferite a gestione, promozione, progettazione, manutenzione, utilizzo) e *campi d'azione* (riferite a cambiamento climatico, spazio pubblico, partecipazione, strutture, alloggi, pianificazione urbana), la guida risulta essere di semplice accesso per la ricerca di informazioni facilitando una rapida risposta agli utenti. Questo progetto integra le competenze e le prospettive di varie discipline, facilitando la redazione di progetti che riducono le disuguaglianze di salute e migliorano la salute delle persone. Il progetto “*Entorn Urbà i Salut*” è uno strumento prezioso per costruire capacità di azione trasversale tra settori pubblici e privati e per promuovere città e paesi sani; come paradigma di lavoro trasversale nel 2015 gli è stato riconosciuto il premio europeo European Public Sector Award (EPSA 2015).

### ***Superilles de Barcellona***

La Superilles di Barcellona rappresenta un progetto importante di trasformazione urbana a scala di quartiere, premiato nel 2018 con menzione da *El Premio Europeo del Espacio Público Urbano*, che oggi può considerarsi un test/modello pilota per una strategia di trasformazione urbana estesa alla grande scala.

Si tratta di un programma sviluppato attraverso un lavoro interdisciplinare per opera del “Barcelona Commitment to Climate”, “Barcelona Urban Mobility Plan for 2013-2018” e del “Barcelona Green and Biodiversity Plan for 2020” che nasce in primis dall’esigenza di ridurre i livelli di inquinamento acustico e atmosferico della città, arrivati oltre i limiti massimi raccomandati sia dalla WHO che dall’Unione Europea<sup>43</sup>. L’idea alla base del progetto rispondeva a una logica binaria abbastanza ovvia: dove ci sono le auto c’è il rumore e un maggior livello di inquinamento, dove non ci sono automobili c’è

---

<sup>43</sup> Il limite stabilito dall’Unione Europea nel 2013 è di 68 decibel. La decisione è arrivata in seguito a uno studio, presentato dall’Agenzia europea per l’ambiente, il quale ha dimostrato come il rumore eccessivo del traffico cittadino contribuisca, tra le altre cose, addirittura ad alterare la funzionalità degli organi umani, favorendo così lo sviluppo di malattie cardiovascolari. Secondo lo studio i problemi possono insorgere già dopo i 55 decibel.

silenzio, sinonimo di salute e benessere. Inoltre, la città risultava avere una quantità di spazi verdi insufficiente ed una occupazione del suolo da parte dei mezzi di trasporto compresa tra il 50 ed il 70% della superficie pubblica. La riflessione sulle criticità riscontrate e sulla scomparsa delle caratteristiche di dinamicità e vitalità attribuite storicamente alle strade ha condotto ad una necessaria reinterpretazione della mobilità, delle strade e degli spazi pubblici. Risolvere programmaticamente queste criticità significava migliorare la qualità della vita delle persone, rendere la città più salubri e vivibili, raggiungere un'integrità ambientale indispensabile (Camaioni, Odoguardi, 2018). A partire da queste considerazioni si è costituito il modello Superilles. Lo schema ritrova le sue antiche origini nel piano urbanistico di Cerdà e si caratterizza come un nuovo modello di organizzazione urbana composto da blocchi di dimensioni pari a circa 400 x 400 m e da sotto blocchi. Si tratta di una modalità di organizzazione della città che interviene sulla necessità di recuperare e rendere vivibili gli spazi pubblici, di migliorare la qualità della vita e le condizioni ambientali, invertendo lo spazio pubblico dei veicoli con quello dei cittadini. L'inversione e successiva diversificazione dello spazio urbano fa sì che le Superilles siano una rete di "tartan" costituita da layer sovrapposti di spazi verdi, punti di aggregazione, strutture, nodi pedonali, strade e reti di mobilità che collegano tutto il tessuto urbano.

Il programma Superilles definisce gli obiettivi, i metodi e gli strumenti di valutazione necessari a portare a termine le prime iniziative che vedono come protagonisti l'azione partecipativa dei cittadini e alcuni interventi di pianificazione urbana tattica. Definite le aree di intervento e i soggetti da coinvolgere in maniera attiva, l'approccio metodologico lavora mettendo in relazione *interventi tipologici e livelli di cambiamento*. I primi sono applicati in modo proporzionale alla capacità di un quartiere di recepire il cambiamento attivando iniziative di miglioramento tattico fino ad arrivare ad un progetto strutturato di riqualificazione urbana. Con l'implementazione del modello, attualmente esteso a cinque aree della città, ognuna in una fase diversa di implementazione, è stata riscontrata una certa difficoltà di applicazione del modello originale. Le Superilles non sono più identificate da blocchi quadrati ma corrispondono ad aree più grandi, non necessariamente di matrice regolare, in cui la funzione di ogni strada assume priorità e pertanto viene rafforzata (circa

1 strada su 3 diventa pedonale con una riduzione del traffico prevista del 20% all'interno dell'area delimitata dalla Superilles).

Nel 2016, il Comune di Barcellona ha implementato il modello Superilles in diverse zone della città nell'ambito della misura del governo: “*Llenamos de vida las calles*” -Riempiamo le strade di vita-. La valutazione delle trasformazioni urbane introdotte dal modello è fondamentale per comprendere i reali effetti sull'ambiente, sulla salute e sul benessere della popolazione. L'Agenzia per la sanità pubblica di Barcellona (ASPB) è responsabile della valutazione di queste misure e lo fa realizzando il progetto *Salut als Carrers* -Salute nelle strade- di valutazione ambientale e sanitaria in alcuni quartieri della città. Partendo da un quadro concettuale sono state messe in relazione le azioni di trasformazioni delle Superilles e i relativi effetti sulla salute delle persone.

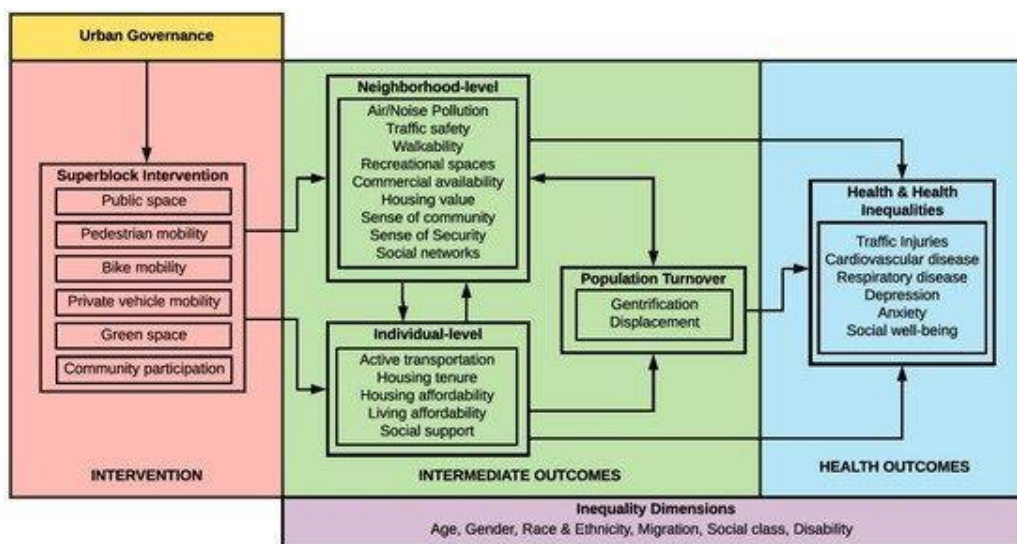


Figura 11\_ Quadro concettuale dell'effetto delle Superilles sulla salute. Fonte: Mehdipanah R, The effects of superblocks on health and health inequities: a project framework for evaluation.

Il miglioramento dello spazio pubblico con relativo aumento dell'uso da parte dei pedoni; la diversificazione della mobilità pedonale e ciclabile con riduzione della circolazione dei veicoli privati; l'aumento e miglioramento del verde urbano e della biodiversità; la partecipazione della comunità coinvolta nella progettazione, esecuzione e

valutazione delle superilles sono cambiamenti che possono avere degli effetti sulla salute a livello di quartiere. Tra gli effetti si valuta anche una riduzione dell'inquinamento atmosferico, acustico e un aumento della sicurezza del traffico pedonale e ciclabile; un maggiore senso di comunità grazie all'aumento di spazi ricreativi e della partecipazione cittadini all'intero dei processi; un aumento della percezione di sicurezza legata alla presenza di più persone e di meno auto; un incremento del commercio e delle relazioni tra le persone nello spazio pubblico grazie alla pedonalità delle strade. A livello individuale si prevedono miglioramenti nel trasporto attivo, nell'attività fisica e nel supporto sociale. La combinazione di tutti questi fattori può rendere il quartiere più attraente, ma il livello di accessibilità che ne consegue, ad esempio in termini di costo della vita e accesso alle abitazioni possono influenzare negativamente e produrre effetti come gentrificazione e sfollamento. La maggior parte degli effetti sopra esplicitati implicano effetti sulla salute e sulle disuguaglianze di salute, attraverso una riduzione delle malattie cardiovascolari e respiratorie, depressione e ansia e un miglioramento del benessere sociale.

L'obiettivo del progetto *Salut als Carrers* è valutare gli effetti sull'ambiente e sulla salute del modello Superilles in una prospettiva di equità. Nello specifico sono: 1. Valutare i cambiamenti nei determinanti della salute auto-riferiti e della salute mentale (attività fisica, sostegno sociale, accessibilità alla vita, etc.) prima e dopo gli interventi. 2. Valutare se questi cambiamenti differiscono in base alle caratteristiche socioeconomiche. 3. Valutare le variazioni dei livelli degli inquinanti atmosferici prima e dopo gli interventi. 4. Valutare l'impatto delle trasformazioni sulla sicurezza stradale. 5. Valutare i cambiamenti nelle caratteristiche, percezioni e uso degli spazi pubblici a seguito di interventi. 6. Migliorare i modelli di valutazione dell'impatto sulla salute (HIA) sull'ambiente costruito e sugli interventi delle Superilles.

I differenti metodi utilizzati per le azioni di monitoraggio e valutazione, incrementano la possibilità di formulare raccomandazioni e indicatori sempre più specifici da applicare/integrare nei successivi sviluppi del progetto e nei piani di trasformazione del territorio.

Un ulteriore punto di approfondimento del caso spagnolo ha riguardato un lavoro ancora in fieri da parte della Generalitat de Catalunya.<sup>44</sup> Nel Dipartimento del Territorio e Sostenibilità della Generalitat de Catalunya, è in corso una revisione della *Evaluación Ambiental Estratégica* (EEA) -valutazione ambientale strategica (VAS)- che prevede l'integrazione dei temi di salute e benessere all'interno dell'iter del processo valutativo dei piani e progetti. In Catalunya, affinché un piano o un progetto venga approvato è necessaria la dichiarazione ambientale strategica. L'elemento di novità è l'implementazione dello strumento che, a partire dalla prima parte dell'iter di approvazione, tenga conto oltre che della prospettiva di sostenibilità ambientale, dei nuovi aspetti legati alla salute e al benessere.

Partendo da un'analisi sulle evidenze scientifiche che mettono in relazione la salute con gli aspetti della pianificazione e con la collaborazione dell'ISGlobal di Barcellona e dell'OMS, il Dipartimento del Territorio e Sostenibilità della Generalitat avvia un processo di collaborazione e coordinamento tra i diversi settori interessati per capire come declinare le più importanti evidenze in salute, come utilizzarle nei programmi e nei piani per costruire un intorno urbano in una prospettiva di salute più ampia. L'input deriva dalla consapevolezza maturata dopo anni di valutazione ambientale strategica in cui si è visto che la questione più complessa era rompere la barriera istituzionale tra i settori ed il loro territorio di azione al quale costava molto pensare in un'altra forma. La valutazione ambientale, limitata troppo spesso ad una valutazione del solo ambiente naturale, doveva essere estesa ad un'idea di sostenibilità in senso più ampio, verso una prospettiva di salute. L'intenzione di inserire una lista di indicatori di salute nella fase iniziale dello strumento è un'azione molto forte che obbliga i piani urbanistici e i progetti a rispettare questa checklist per ottenere l'approvazione e la dichiarazione ambientale strategica.

---

<sup>44</sup> In occasione del periodo di ricerca in Spagna ho avuto modo di mettermi in contatto con la Dott.ssa Irene Martin, Technical Officer for Planning and Programs, Generalitat de Catalunya. Il contatto, preso in occasione del convegno Healthy City Design del 2019, mi ha dato modo di approfondire un aspetto molto interessante per lo sviluppo della ricerca ma trattandosi di materiale non ancora ufficiale si riscontra una carenza di fonti.

Molte sono le guide e gli orientamenti generali per creare città sostenibili e in salute. Lo studio portato avanti dalla Generalitat si focalizza sul contesto mediterraneo e sui luoghi che manifestano situazioni complesse. Pensare ad uno strumento applicabile a tutti i piani urbanistici della Catalunya (più di 900) risulta complicato, per cui è stata stabilita un'applicazione rivolta a tutti i comuni che hanno problemi di salute associati alla pianificazione più evidenti (inquinamento acustico, contaminazione atmosferica, cambiamento climatico, isola di calore quali principali cause che influiscono di più sulla salute). Lo strumento è stato pensato per comuni che hanno una popolazione superiore a 30-40 mila abitanti. A partire da questo si stabiliscono non soltanto le azioni ma degli orientamenti definiti attraverso intervalli di valori. Ad esempio, non si tratta soltanto di garantire la presenza o meno dello spazio aperto pubblico, ma è necessario assicurare una specifica percentuale di spazio aperto per l'intera superficie oggetto di piano o progetto. L'idea è quella di passare per tutti i punti della lista introdotta nello strumento e verificarli; bisogna verificare in quale range si inserisce il piano, ogni range ha un massimo e un minimo all'interno del quale il piano si adatta. Questo approccio deve essere applicato per tutti i punti dello strumento (1. Land use mix, 2. Street connectivity, 3. Density, 4. Traffic calming, 5. Walking, 6. Cycling, 7. Public transport, 8. Multi-modality, 9. Green and public open space, 10. Integration of all planning principles) in maniera specifica e concreta. La prima versione della proposta è in fase di approfondimento e di traduzione dal linguaggio strettamente legato alla salute al linguaggio più specifico urbanistico sulla base della normativa catalana. La traduzione del linguaggio è un aspetto chiave di questa revisione perché deve consentire l'accessibilità allo strumento da parte di tutti i settori coinvolti abituati a lavorare in maniera settoriale secondo proprie regole e linguaggi.

### ***Conclusioni***

Da quanto emerge dal caso spagnolo, è chiaro come la città di Barcellona abbia delineando politiche, interventi e strumenti -alcuni ancora in itinere- volte a raggiungere progressivamente l'obiettivo di "salute in tutte le politiche". Sperimentando diversi approcci e strumenti, supera sin dal principio l'approccio silos per un nuovo approccio

integrato che coinvolge gli attori protagonisti dei processi di trasformazione urbana e la partecipazione attiva della cittadinanza. La città struttura nel tempo approcci e interventi che se in un primo momento hanno obiettivi prevalentemente a sfondo sociale ed economico, in una seconda fase si articolano in maniera complessa con i temi di salute e benessere, obiettivi al centro dell'attenzione delle politiche internazionali.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute viene progressivamente tradotto in miglioramento della qualità urbana e ambientale. Il caso di studio descritto suggerisce che il punto di svolta che ha introdotto il vero cambiamento è stato la messa a punto degli strumenti basati sulla cooperazione interdisciplinare, arricchiti di nuovi metodi di comunicazione, scambio e collaborazione. La messa a punto di uno strumento complesso può contribuire, integrato a piani di rigenerazione urbana ~~come fa la città di Barcellona~~, al miglioramento della qualità urbana e ambientale delle città, della salute e del benessere dei cittadini. Per rispondere alle criticità che caratterizzano le città del XXI secolo, è indispensabile pensare ad una struttura programmatica di obiettivi e azioni, ma soprattutto è fondamentale il supporto di rinnovati strumenti strutturati per indagare le nuove questioni emergenti. Barcellona, in primis si approccia al tema di salute e rigenerazione della città attraverso una reimpostazione del modello urbano esistente tramite strumenti che indagano la piccola scala, inteso come modalità più rapida ed efficace per proporre soluzioni che migliorino i contesti urbani che in realtà urbane come Barcellona, si differenzia di quartiere in quartiere per caratteristiche, possibilità, capacità di cambiamento e gestione delle problematiche. Non viene però lasciata indietro la strada di una strategia generale a più ampia scala. Inoltre, è evidente la necessità di non poter tralasciare l'approccio bottom up che deve essere capace di gestire a livello generale e strategico la complessità del tema concedendo alla disciplina urbanistica l'occasione di recuperare il suo significato originale come progetto della qualità e del benessere nella sua dimensione spaziale e nei suoi valori collettivi migliorando il senso di appartenenza ai luoghi (Carta, 2019).



## **2.4 Il caso inglese: Belfast**

### *Quadro generale sul tema della salute nel Regno Unito*

L'introduzione del concetto della salute e del benessere nelle città all'interno del sistema legislativo inglese ha permesso al governo di formulare guide, rinnovare piani e azioni di rigenerazione urbana con obiettivi rivolti al benessere e alla salute dei cittadini. Attraverso la riorganizzazione del sistema sanitario promossa da una importante collaborazione chiave tra il governo inglese e il Dott. Michael Marmot, il Regno Unito apporta innovazioni di rilievo all'interno della propria struttura governativa in relazione al tema della salute in tutte le politiche.

Su richiesta del governo inglese, Michael Marmot<sup>45</sup> affiancato da un gruppo di esperti aveva elaborato una strategia - basata sulle evidenze scientifiche più efficaci - per ridurre le disuguaglianze sanitarie (Marmot, 2005) procedendo in relazione ad aree tematiche come: l'ambiente costruito, l'occupazione, il lavoro e i primi anni di vita dei bambini, l'aspettativa di vita.

La *Marmot Review*, pubblicata nel 2010, aveva il compito di identificare prove pertinenti per affrontare i determinanti sociali della salute, mostrare come queste potessero essere tradotte in politiche e fornire una consulenza sulla determinazione di indicatori e obiettivi. Il rapporto finale, *Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequality in England Post-2010*<sup>46</sup>, stabiliva sei obiettivi politici principali, basati sui determinanti sociali della salute:

---

<sup>45</sup> Professore di epidemiologia e sanità pubblica all'University College di Londra e Direttore dell'International Institute for Society and Health, Sir Michael Marmot è uno dei più noti epidemiologi a livello mondiale. Ritenuto un luminare, il medico ha guidato un gruppo di ricerca sulle disuguaglianze sanitarie negli ultimi 30 anni. Inoltre, è stato presidente della Commission on Social Determinants of Health (CSDH), istituita dalla World Health Organization nel 2005.

<sup>46</sup> Marmot, M. Fair society, sane lives: the Marmot Review: strategy review of health inequalities in England post-2010. Londra: The Marmot Review; 2010. ISBN 9780956487001 Panoramica pubblicata come:

- a) dare ad ogni bambino il miglior inizio di vita;
- b) consentire a tutti i bambini, i giovani e gli adulti di massimizzare le proprie capacità e di avere il controllo sulle proprie vite;
- c) creare un'occupazione equa e un buon lavoro per tutti;
- d) garantire un tenore di vita sano per tutti;
- e) creare e sviluppare luoghi e comunità sani e sostenibili;
- f) rafforzare il ruolo e l'impatto della prevenzione della cattiva salute.

La *Marmot Review* ha cambiato radicalmente il discorso sulle disuguaglianze sanitarie nel Regno Unito e a livello internazionale. Il report e le relative linee guida prodotte hanno condizionato il sistema sanitario pubblico in tutta l'Inghilterra e in tutto il mondo, hanno guidato il governo e la politica internazionale dando origine a un nuovo impegno da parte dei fornitori di servizi e degli operatori sanitari per ridurre le disuguaglianze sanitarie e affrontare i determinanti sociali della salute.

Dopo la pubblicazione e un'intensa fase di supporto all'implementazione delle proposte a livello nazionale e locale, per garantire che la revisione fosse sviluppata e portata avanti, nel novembre 2011, è stato istituito l'*UCL Institute of Health Equity* a supporto di questa fase. L'istituto, conducendo ulteriori ricerche, ha continuato a costruire la base di prove per professionisti e responsabili politici in relazione ad altre tematiche importanti come l'assunzione di alcool, l'obesità e il fumo, le malattie cardiovascolari (CVD), gli impatti della recessione economica, la salute mentale, prevedendo suggerimenti per i governi locali, per una migliore sanità e per i gruppi cronicamente esclusi. I risultati della *Marmot Review* e il successivo lavoro condotto attraverso l'*UCL Institute of Health Equity* (IHE) hanno contribuito alla definizione della nuova politica sanitaria inglese. Nel 2011, il quadro dei risultati sulla salute pubblica del Dipartimento di sanità ha definito la strategia per raggiungere l'obiettivo di migliorare le disuguaglianze in salute attraverso la messa a punto di una serie di indicatori, che riflettono fattori che

---

Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Salute pubblica*. 2012 settembre; 126 Suppl 1: S4-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>.

possono avere un impatto significativo sulla salute e il benessere. Questi indicatori sono in linea con quelli approfonditi e raccomandati dalla ricerca sui determinanti sociali di Marmot e si concentrano sulle “cause delle cause” delle disuguaglianze sanitarie<sup>47</sup> (Marmot, 2005). L'*UCL-IHE*, collaborando con il *National Health Service* (NHS), enti nazionali e governi locali, ha contribuito all'introduzione dell'approccio dei determinanti sociali delle disuguaglianze di salute all'interno di tutto il sistema sanitario in Inghilterra. Il lavoro dell'*IHE* ha avuto impatti misurabili e importanti in tutto il paese, inclusa l'influenza sul governo nazionale e locale, sul *National Health Service* e sulle organizzazioni del settore privato. Ad oggi, oltre il 70% delle autorità locali lavora per incorporare i "principi Marmot" nei propri approcci per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze in salute.

La divulgazione degli studi e dei risultati su questo rinnovato campo di indagine e le puntuali revisioni dei dati sugli impatti sanitari commissionate dall'Ufficio regionale per l'Europa della WHO all'*UCL Institute of Health Equity* sono state la base fondamentale per supportare lo sviluppo e l'implementazione del nuovo quadro politico sanitario comune per l'Europa: *Health 2020*. Il lavoro, degno di nota, è stato condotto con l'obiettivo di rispondere alle richieste dei responsabili delle politiche e dei sostenitori della salute pubblica riguardo gli obiettivi e le azioni da mettere in pratica all'interno di rinnovate politiche predisposte alla riduzione delle disuguaglianze di salute tra e all'interno dei paesi europei a basso, medio e alto reddito. Inoltre, l'*IHE* - stabilite delle partnership internazionali a supporto del lavoro di implementazione sui determinanti sociali - ha il compito di esaminare i progressi compiuti dagli stati membri della WHO

---

<sup>47</sup> Poiché le “cause delle cause” non sono ovvie, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha chiesto a un gruppo dell'University College di Londra di riassumere le prove sui determinanti sociali della salute, pubblicate come *The Solid Facts* che costituisce la selezione dei determinanti sociali della salute basati su: il gradiente sociale; stress; primi anni di vita; esclusione sociale; lavoro; disoccupazione; supporto sociale; dipendenza; cibo; trasporto. *The Solid Facts* ha esaminato le prove provenienti dall'Europa, volte principalmente a ridurre le disuguaglianze nella salute all'interno dei paesi. Il compito della Commissione è stato quello di rivedere le prove sui determinanti sociali della salute che sono rilevanti per la salute globale: le disuguaglianze tra i paesi e all'interno degli stessi.

*Europe* nell'azione di riduzione delle disuguaglianze sanitarie e raccomanda una collaborazione costante da parte dei governi e della comunità europea.

La *Marmot Review 10 Years On* (2020) - commissionata dalla *Health Foundation* - costituisce un importante monitoraggio dei dati e dei fattori che alimentano la diffusione delle disuguaglianze di salute e suggerisce quali obiettivi dovrebbero essere presenti nelle agende urbane. Di fatto, la revisione mostra, a distanza di dieci anni, l'andamento dei cambiamenti relativi ai fattori chiave che hanno un potente impatto sulla salute come povertà, istruzione, occupazione, alloggi e senzatetto, cambiamento climatico, cosiddetti *determinanti modificabili*. A dieci anni dalla pubblicazione della *Marmot Review* l'aspettativa di vita non è scesa in tutto il Paese britannico, e per il 10% relativo alla fascia più povera delle donne è effettivamente diminuita. Nell'ultimo decennio le disuguaglianze sanitarie sono complessivamente aumentate e la quantità di tempo che le persone trascorrono in cattive condizioni di salute è incrementata dal 2010. Come sottolineano le ricerche condotte da Marmot, la riduzione della spesa nel settore pubblico per la "protezione sociale", verso il sostegno per i bambini nei loro primi anni di vita e per le prestazioni sociali ha sicuramente contribuito ad incrementare i danni sulla salute che si riscontrano ora. Altri cambiamenti strutturali a lungo termine del settore economico, notati di recente da Angus Deaton e Anne Case (2020), come la deindustrializzazione, la concorrenza globale e il lavoro cronicamente insicuro e di basso salario, hanno schiacciato alcune famiglie e comunità. Nella revisione sono individuati anche altri cambiamenti della sfera sociale che potrebbero aver contribuito negativamente; il 2010, per coincidenza, ha segnato un notevole aumento dello stress e dei disturbi emotivi nelle ragazze adolescenti, con collegamenti al crescente utilizzo dei social media. Nell'ottica di stabilire linee guida e obiettivi conformi con la prospettiva di salute nelle città e attraverso il monitoraggio dei dati e delle problematiche in costante evoluzione, Marmot fornisce suggerimenti pratici

per le politiche suddivise in aree tematiche per affrontare i *determinanti modificabili* della salute<sup>48</sup>.

Soprattutto, la richiesta rivolta al governo prevedeva lo sviluppo di strategie esplicite per ridurre le disuguaglianze sanitarie facendo il punto della situazione esistente, coordinando, ridimensionando e promuovendo nuove azioni. Alcuni obiettivi, già presenti in precedenza, sono risultati tuttavia frammentati e sottodimensionati. Avere una strategia chiara e ben strutturata, richiede un maggiore impegno intergovernativo, coordinamento e coerenza in maniera continuativa all'interno dei governi. Gli elementi chiave richiesti di questo nuovo approccio alla salute riguardano soprattutto la responsabilizzazione dei governi locali, l'incoraggiamento alle imprese per contribuire di più e investire nella prevenzione, la partecipazione attiva delle comunità locali.

### ***Il quadro generale: Belfast***

La città di Belfast, capitale dell'Irlanda del Nord dal 1921, successivamente al periodo conosciuto in inglese come “The Troubles” e risalente all'ultimo trentennio del XX secolo, ha subito enormi cambiamenti ed è stata protagonista di una importante crescita economica e commerciale. Importante centro industriale e commerciale, la sua posizione geografica ha favorito un intenso sviluppo del settore secondario (navale, aeronautico, tessile e ingegneristico).

---

<sup>48</sup> La Marmot Review 2020 raccomanda sei politiche chiare da adottare per l'attuale governo, raccolte da dieci anni di dati sanitari. Partendo dall'obiettivo di migliorare la salute delle persone che vivono in aree svantaggiate, in particolare di quelle al di fuori delle aree ricche delle città (affrontando la realtà delle divisioni regionali) e di ridurre le disuguaglianze socioeconomiche nella vita e nella salute (quindi affrontando la classe, la razza e altre divisioni) si stabiliscono sei strategie politiche. 1. Strategia d'azione nazionale sulle determinanti sociali della salute allo scopo di ridurre le disuguaglianze sanitarie; 2. Allocazione universale proporzionata delle risorse e attuazione delle politiche; 3. Interventi precoci per prevenire le disuguaglianze sanitarie (aumento della spesa pubblica per la salute); 4. Sviluppare i determinanti sociali della forza lavoro sanitaria; 5. Coinvolgimento dei singoli e delle comunità; 6. Monitoraggio di interi sistemi e rafforzamento della responsabilità per le disuguaglianze sanitarie.

È una città caratterizzata da un indice di invecchiamento in aumento mentre la popolazione più giovane si sposta verso le aree suburbane esterne della città. Il livello di disoccupazione risulta elevato nelle zone più svantaggiate della città e con 12 dei 51 quartieri di Belfast (24%), rappresenta il 40% della disoccupazione totale all'interno della città. Il tasso di inattività economica è pari a circa il 30%, uno dei più alti del Regno Unito. Per contro, Belfast si presenta come una città attenta agli spazi verdi – e vanta numerosi parchi pubblici - considerati una questione chiave per raggiungere benefici economici, sociali e ambientali. Un altro punto di forza riguarda l'economia del turismo attraverso il quale l'amministrazione pubblica ha indirizzato la crescita economica della città e la creazione di nuove opportunità di lavoro.

Belfast aderisce alla *WHO European Healthy Cities Network* nel 1988 e partecipa a tutte le fasi del programma che nel tempo hanno definito un impulso sempre più forte e radicato da parte della città in relazione ai temi della salute e del benessere attraverso la proposta di approcci innovativi (Fig. 7). Nello stesso anno veniva fondata l'organizzazione *Belfast Healthy City (BHC)* che, diretta da un Consiglio di Amministrazione rappresentativo dell'università, del settore pubblico, delle associazioni e della comunità, aveva come obiettivo quello di attuare i temi fondamentali della *WHO European Healthy Cities Network* insieme al *Belfast City Council* e al *Public Health Agency*. Fin da subito, il *Belfast Healthy City* aveva stabilito il programma *Healthy Urban Environments (HUE)* per promuovere ambienti urbani e insediamenti sani e sostenibili attraverso la ricerca, l'insegnamento, la consulenza, lo scambio di conoscenze e le pubblicazioni. Di particolare interesse all'interno della *BHC* è il *Regeneration and Healthy Urban Environment group*, che attiva programmi i cui temi centrali riguardano come la pianificazione, il trasporto e la rigenerazione influenzano la vita e la salute delle persone di Belfast e su come questo modelli svantaggi e disuguaglianze. Il programma di lavoro si concentra sullo sviluppo di capacità e su progetti dimostrativi innovativi con la collaborazione di partenariati costituiti da organizzazioni e/o enti locali. Ogni progetto mira a dimostrare come la pianificazione e la rigenerazione incentrate sulle persone possano contribuire efficacemente alla salute e all'equità, sostenendo al contempo l'ambiente e l'economia.

FASE	ANNI	OBIETTIVI	AZIONI
I	1988-1992	Avviare nuove modalità di azione per garantire la salute nelle città.	1) Predisporre un <i>Home Safety Check Scheme</i> . 2) Sviluppare una politica per i bambini, che porti all'adozione di <i>Statement on Play</i> . 3) Predisporre il <i>Travelers' Health project</i> .
II	1993-1997	Avviare lo sviluppo di un piano della città sul tema della salute e le relative consultazioni.	1) Elaborare tre documenti come risultato delle consultazioni che hanno fornito un quadro dello stato di salute della città e delle priorità dei cittadini sul tema della salute. 2) Attuazione di una politica sulla salute delle donne.
III	1998-2002	Sviluppare un piano inter-settoriale di sviluppo della città con lo scopo di promuovere la pianificazione strategica basata sul principio della salute che coinvolga tutti i settori della città.	1) Pubblicare il " <i>Planning for a Healthy City</i> " (2002) che delinea azioni congiunte su quattro temi prioritari individuati dopo un'ampia consultazione. I 4 temi trattati sono stati: i trasporti, l'ambiente, la pianificazione e gli alloggi; informazioni integrate; l'apprendimento permanente e la salute mentale; i giovani.
IV	2003-2008	Attivare una strategia per lo sviluppo sostenibile affrontando le determinanti della salute, e la <i>governance</i> partecipativa e democratica.	1) Organizzare l' <i>International Healthy Cities Conference</i> (ottobre 2003) per identificare azioni su: -invecchiamento sano; -pianificazione urbana e salute; - <i>Health Impact Assessment</i> (HIA); -attività fisica e vita attiva della comunità. 2) Elaborare il <i>Divided by Health: a City Health Profile</i> e l' <i>Investing for Health Indicators</i> .
V	2009-2013	Potenziare il tema della salute e dell'equità in tutte le politiche urbane.	Sviluppare aree di lavoro principali relative ai temi: 1) <i>Better Outcomes for Children</i> ; 2) <i>Healthy Urban Environments and Climate Change and Health</i> .
VI	2014-2018	Migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze in tema di salute.  Migliorare la <i>leadership</i> e una <i>governance</i> partecipativa in tema di salute.	1) Investire nella salute per l'intero ciclo di vita del cittadino e per l'emancipazione della comunità. 2) Affrontare il problema delle malattie infettive e non trasmissibili. 3) Potenziare le capacità della sanità pubblica, le procedure di emergenza e di controllo; la creazione di comunità resilienti e ambienti favorevoli.

Figura 12\_Obiettivi e azioni della Belfast Healthy City

Tra tutti gli obiettivi e le azioni messe in atto dalla Belfast Healthy City nelle diverse fasi del programma, nel periodo 2014-2018 (Fase VI), sulla base degli obiettivi della strategia europea *Health 2020*, si iniziava a sostenere la promozione della salute e del benessere attraverso una reale collaborazione tra i diversi settori e delle buone politiche caratterizzate da azioni e strategie che perseguivano i quattro obiettivi generali della relativa fase del programma<sup>49</sup>. Per il raggiungimento degli obiettivi di questa fase Belfast ha attivato i processi di *leadership e governance* di tipo partecipativo, sviluppato programmi di formazione e accesso diretto alle esperienze della WHO, divulgato ricerche, pubblicazioni e progetti innovativi pilota. In termini di azioni, tutto questo si è tradotto nella promozione del concetto di salute equa in tutte le politiche, nella costruzione di comunità adattive e di ambienti urbani attraenti, sostenibili e favorevoli alla salute - che intendono risolvere le problematiche relative ai cambiamenti climatici – e un processo di sensibilizzazione sul tema della salute e sul potenziamento delle capacità del settore sanitario pubblico.

### ***Gli strumenti di pianificazione e l'integrazione con i temi della salute***

La terza fase del programma Healthy Cities (1998-2002) stabiliva, tra i requisiti chiave, che la salute e il miglioramento della qualità della vita dovevano essere considerati obiettivi fondamentali per promuovere e sviluppare una pianificazione urbana sana. La *Belfast Healthy Cities*, nel condividere questo principio, porta avanti una revisione importante degli strumenti di pianificazione generale ponendo la salute e la qualità della vita nella propria agenda urbana. Nell'ottobre 2003, la fine della terza fase del programma, fornì una piattaforma per condividere esperienze di integrazione della salute nella

---

<sup>49</sup> Fase VI (2014-2018) L'influenza di Health 2020, il quadro politico generale della WHO/Europa, ha guadagnato terreno nel movimento Healthy Cities. Ciò dà priorità agli approcci da utilizzare durante il ciclo di vita delle politiche e dei piani delle città, concentrandosi su: sviluppo precoce dei bambini; invecchiamento e vulnerabilità; affrontare le principali sfide di salute pubblica quali l'inattività fisica, l'obesità, il tabacco, l'alcol e le difficoltà di salute mentale; rafforzare i sistemi sanitari incentrati sulle persone e promuovere comunità resilienti.



pianificazione urbana e il primo piano intersettoriale di sviluppo sanitario per Belfast - il *Planning for a Healthy City* - successivamente utilizzato come esempio per i piani di miglioramento della salute sviluppati in tutta l'Irlanda del Nord nell'ambito degli Investing for Health Partnerships. L'approccio del City Health Development Plan si riflette, oggi, nei Community Plans guidati dai Consigli di tutta l'Irlanda del Nord<sup>50</sup>. Molto è stato fatto nel decennio successivo per predisporre una pianificazione urbana sana a Belfast e le questioni sanitarie fanno ora parte integrante dell'agenda urbana della città. Il principale documento politico dell'Irlanda del Nord, *Programme for Government*, suggerisce un impegno politico a favore dei principi che sostengono una sana pianificazione urbana e riconosce la necessità di affrontare i più ampi fattori determinanti della salute per garantire ambienti di vita sani. I diversi ambiti della pianificazione riconoscono esplicitamente i problemi relativi alla salute nei diversi piani di sviluppo urbano.

Nella città di Belfast, la pianificazione è gestita da molti settori e agenzie governative diverse. Ciò era dovuto principalmente ai poteri limitati del Consiglio comunale della città e dallo svolgimento delle principali funzioni governative a livello regionale. Sebbene il lavoro principale di pianificazione urbana fosse svolto all'interno del Dipartimento di Pianificazione Ambientale, con l'avvio del programma Healthy Cities, altri dipartimenti acquisirono un ruolo importante nella promozione di una sana pianificazione urbana. Il dipartimento per lo Sviluppo regionale, ad esempio, era responsabile dell'assetto territoriale e dei trasporti, il ministero dello Sviluppo sociale era responsabile della rigenerazione e dell'edilizia abitativa mentre il consiglio comunale di Belfast manteneva un ruolo consultivo sulle questioni di pianificazione. Nell'ottica di una integrazione dei temi della salute e del benessere e di una cooperazione interdisciplinare,

---

<sup>50</sup> Nell'aprile 2015, la riforma del Local Government ha portato alla creazione di 11 nuovi Consigli. Ai nuovi consigli fu data la responsabilità di guidare il processo di pianificazione della comunità per il loro distretto. Il *Community Planning* mira a migliorare il collegamento tra tutti i livelli di governo e la società in generale attraverso il partenariato che lavora per ottenere congiuntamente risultati migliori per tutti. I *Community Planning* individuano priorità a lungo termine per migliorare il benessere sociale, economico e ambientale dei distretti e delle persone che vi vivono.

i pianificatori e i soggetti responsabili della progettazione della città iniziarono a contribuire ad una sana pianificazione urbana in due modi principali:

- incorporando le questioni sanitarie nei piani regionali e di zona;
- assumendo un ruolo rappresentativo e distaccato presso altri organismi, quali il gruppo di pianificazione strategica per i trasporti, l'ambiente, la pianificazione e l'edilizia abitativa di Belfast Healthy Cities e le West Belfast/Greater Shankill Task Forces<sup>51</sup>.

Nel corso degli anni Belfast sviluppa una revisione dei principi di pianificazione urbana basata sulla salute e il benessere soprattutto a livello locale e, nel contesto europeo, raggiunge un buon livello di riconoscimento in termini di buone pratiche per la città. Infatti, con il *Planning ACT 2011*<sup>52</sup>, principale riferimento normativo per la pianificazione in Irlanda del Nord, sono state conferite nuove responsabilità e maggiori poteri alle amministrazioni locali, compresa l'assunzione del ruolo di decisori chiave in termini di pianificazione e sviluppo della città con la redazione dei *Local Development Plan (LDP)*.

---

<sup>51</sup> Le *West Belfast/Greater Shankill Task Forces*, istituite nel 2001 per affrontare la povertà e il tema dell'occupazione in alcune comunità, sono agenzie di rigenerazione che riuniscono rappresentanti della comunità, eletti del settore privato insieme a funzionari del settore pubblico. Le operazioni e i progetti promossi hanno l'obiettivo di portare avanti azioni di rigenerazione specifiche per i quartieri; servizi integrati per bambini e giovani; sviluppo della salute e del benessere; istruzione comunitaria e, naturalmente, il rinnovamento del quartiere stesso.

<sup>52</sup> Questa legge fornisce la base legislativa per la riforma del sistema di pianificazione dell'Irlanda del Nord. Le riforme riguardano ogni aspetto della pianificazione, compreso come vengono elaborati i piani di sviluppo, come vengono gestite le proposte di sviluppo e le applicazioni e il modo in cui queste funzioni vengono fornite. Il piano di sviluppo e i sistemi di gestione dello sviluppo vengono modificati in modo da migliorarne l'efficienza e l'efficacia. La legge trasferisce la maggior parte delle funzioni di pianificazione e responsabilità decisionali per i piani di sviluppo locale, la gestione dello sviluppo e l'applicazione della pianificazione ai consigli.

La Legge, tra l'altro: definisce le funzioni del Dipartimento dell'Ambiente in materia di sviluppo del territorio; attribuire al Dipartimento la facoltà di prevedere, con Regolamento, la considerazione degli effetti ambientali in relazione alla concessione edilizia; fornire in merito alla concessione del permesso di pianificazione mineraria e alle condizioni di post-cura per i terreni soggetti a sviluppo minerario; fornire il consenso per le sostanze pericolose; definisce i poteri dei Consigli o dei Dipartimenti di emanare Ordini di Conservazione degli Alberi e provvede alla conservazione degli alberi o dei boschi in genere; e prevedere i ricorsi.

A seguito del Planning ACT 2011, con la dichiarazione sulla politica di *Strategic Planning Policy Statement* (SPPS) per l'Irlanda del Nord, il sistema di pianificazione viene riformato e ristrutturato passando da un sistema di attuazione unitario a un sistema a due livelli con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo sostenibile. La SPPS stabilisce la direzione strategica per le amministrazioni al fine di facilitare la definizione delle politiche operative dettagliate all'interno dei nuovi piani di sviluppo locale; stabilisce i principi da seguire per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile che sono da riferire al miglioramento della salute e del benessere; alla conservazione e valorizzazione dell'ambiente costruito e naturale attraverso una buona (ri)progettazione dei luoghi per il cittadino; all'utilizzo della HIA, quale strumento fondamentale per valutare gli impatti sulla salute di progetti, programmi e politiche urbane. Il principio chiave è il miglioramento della salute secondo i determinanti della salute delineati dalla WHO e gli obiettivi sono: salvaguardare e facilitare la qualità dello spazio aperto per le attività sportive e ricreative; fornire percorsi pedonali sicuri e protetti; sostenere l'integrazione tra pianificazione territoriale e trasporti sostenibili; fornire una distribuzione di alloggi per soddisfare le esigenze abitative contribuendo all'equilibrio delle comunità e incoraggiando l'offerta di posti di lavoro, di servizi e di crescita economica; sostenere le politiche governative volte a contrastare l'obesità, le malattie non trasmissibili e l'impatto dell'inquinamento sulla salute e sul benessere. L'importanza dei determinanti della salute nei processi decisionali è comprovata dal sostegno dell'UK Healthy Cities Network (UKHCN) istituito nel 2011 con il supporto della Belfast Healthy Cities.

Oltre ad una revisione del sistema di pianificazione generale, nel 2004, il consiglio comunale di Belfast aveva dotato la città del *Belfast City Masterplan* con l'obiettivo di orientare un processo di rigenerazione urbana e di ripresa a seguito di un lungo periodo di conflitti civili. Il Masterplan, aggiornato nel 2011 per adeguamento alle nuove esigenze relative ai cambiamenti economici e per (ri)prefigurare il ruolo della città all'interno del territorio regionale, stabiliva una nuova *vision* con importanti indicazioni rivolte ad alcune priorità strettamente legate al rinnovato rapporto tra salute e urbanistica, ai temi sociali e dello spazio pubblico accessibile, sano e sostenibile. L'oggetto principale del lavoro di

revisione del Masterplan riguardava la ridefinizione degli obiettivi ristabiliti sulla base dei principi di miglioramento della salute, della qualità della vita e del benessere per tutti i cittadini, considerando, come presupposto, che l'indice di qualità della vita grava sullo sviluppo della città in termini di ricchezze materiali ma anche in termini di salute, inclusione sociale, sicurezza, accesso al lavoro e ai servizi.

### ***Local Development Plan (LDP)***

Un altro passaggio che sottolinea l'importante processo di cambiamento del sistema di pianificazione verso i temi della salute e del benessere è l'introduzione del *Local Development Plan* (LDP). Il Piano di Sviluppo Locale (LDP) rappresenta uno degli strumenti fondamentali per lo sviluppo sostenibile della città in condivisione con la visione e le aspirazioni delle comunità locali.

*“Belfast will be a globally successful, dynamic, smart, 21st Century Regional City, that is environmentally resilient with a vibrant economic heart, bustling with sustainable mixed use businesses that attracts investment, talent and visitors; and is surrounded by thriving well connected neighbourhoods where people love to live. The City will be a gateway to opportunities locally, nationally and worldwide with a strong local economy supporting progressive, healthy, safe and vibrant communities.”<sup>53</sup> (Belfast LDP vision)*

Il piano, nelle strategie e negli obiettivi, risponde ai bisogni e alle opportunità di Belfast in termini di alloggi, economia, strutture e infrastrutture comunitarie, nonché in termini di salvaguardia ambientale, di adattamento ai cambiamenti climatici e di una progettazione urbana di qualità. Il piano, guidato da una *vision* generale ~~che descrive lo scopo ultimo della città~~ al 2035, definisce come le questioni economiche, sociali e

---

<sup>53</sup> “Belfast sarà una città regionale del XXI secolo di successo globale, dinamica, intelligente, resiliente dal punto di vista ambientale con un cuore economico vivace, piena di attività sostenibili a uso misto che attraggono investimenti, talenti e visitatori; ed è circondato da fiorenti quartieri ben collegati in cui le persone amano vivere. La città sarà una porta di accesso alle opportunità a livello locale, nazionale e mondiale con una forte economia locale a sostegno di comunità progressiste, sane, sicure e vibranti.”

ambientali possono essere bilanciate per realizzare uno sviluppo sostenibile. La *NI Executive* e il *Council Strategies* delineano la visione e gli obiettivi politici rilevanti per guidare il futuro sviluppo di Belfast<sup>54</sup>. In linea con il *Planning ACT (Northern Ireland)* 2011, all'interno del piano si delineano inoltre le procedure per il coinvolgimento attivo delle comunità e di tutte le parti interessate. Con la pubblicazione della *Statement of Community Involvement* – che regola il coinvolgimento della comunità - e con la pubblicazione ufficiale del *Local Development Plan (LDP)*, nel giugno 2016 viene formalmente avviato il nuovo processo di pianificazione.

Tra le strategie previste dal nuovo strumento sono di particolare importanza la predisposizione della *Belfast Agenda* e l'istituzione del *Community Plan*. Il *Local Development Plan* ha l'obbligo legale di tenere conto del *Community Plan* stabilito dalla Belfast Agenda. Il piano consente al sistema di pianificazione di allontanarsi da un'impostazione incentrata sull'uso del territorio eleggendo un approccio “*place-shaping*” di modellazione dei luoghi che incorpora un processo di analisi e di visione dello spazio. Accanto al potere della pianificazione comunitaria, l'amministrazione di Belfast sviluppa l'opportunità di adattare l'approccio congiunto ad altri strumenti come la rigenerazione urbana e lo sviluppo economico. Nel settembre 2015, Belfast sviluppa il *City Centre Regeneration and Investment Strategy*, un documento che definisce strategie e investimenti da destinare ai progetti di rigenerazione del centro città e delle aree circostanti, per sostenere sia lo sviluppo urbano che delle comunità. Partendo

---

<sup>54</sup> La *NI Executive* e il *Council Strategies* delineano le loro visioni e obiettivi politici che sono rilevanti per guidare lo sviluppo futuro di Belfast. Di seguito le strategie che hanno contribuito a informare e modellare la visione del piano di sviluppo locale: 1- Progetto di Programma per il Quadro di Governo 2016 – 2021 “per costruire un futuro condiviso e migliore per tutti”; 2- Strategia di sviluppo regionale 2035 – Piano territoriale globale per NI; 3- Dichiarazione sulla politica di pianificazione strategica; 4- Piano dell'area metropolitana di Belfast (BMAP); 5- Strategia per lo sviluppo sostenibile 2010; 6- Garantire un futuro dei trasporti sostenibile – Un nuovo approccio al trasporto regionale; 7- Consultazione pubblica sulla Belfast Conversation per informare l'emergente Belfast Agenda e il Community Plan; 8- Piano aziendale 2016-2017 del consiglio comunale di Belfast; 9- Strategia di rigenerazione e investimento del centro di Belfast 2015; 10- Programma di investimenti di Belfast 2015; 11- Belfast Future City Realizzarlo 2015; 12- Piano generale di Belfast 2014.

dall'importanza degli spazi aperti nelle città e dall'attenzione verso i temi della salute e del benessere, la strategia fornisce potenziali soluzioni per garantire il massimo impatto economico e sociale e stabilisce di: aumentare la popolazione attiva e la popolazione residente; gestire l'offerta retail; massimizzare l'opportunità turistica; creare un centro regionale per l'apprendimento e l'innovazione; creare un centro verde, pedonale, ciclabile; creare collegamenti con le aree circostante e realizzare spazi condivisi con forte impatto sociale.

In quanto strumento fondamentale per lo sviluppo di una città sostenibile attenta ai bisogni della popolazione in tema di salute e benessere, il *Local Development Plan*, nel periodo di costruzione è affiancato dalla *Sustainability Appraisal* (SA), un processo di valutazione metodico che promuove lo sviluppo sostenibile valutando la misura in cui il piano, se valutato rispetto ad alternative ragionevoli, contribuisce a raggiungere gli obiettivi ambientali, economici e sociali stabiliti dalla SA (Fig. 8); inoltre, segnala i potenziali effetti negativi e le potenziali soluzioni per mitigare o migliorare gli stessi. La differenza principale tra la *Sustainability Appraisal* (SA) e la *Strategic Environmental Assessment* (SEA) è che la prima ha un ambito di applicazione più ampio rispetto alla SEA, in quanto considera gli effetti sociali ed economici dei piani, oltre quelli ambientali tipici della valutazione ambientale strategica. Sebbene l'esigenza di effettuare una SA e una SEA siano distinte, è possibile soddisfare entrambe queste esigenze attraverso un processo di valutazione combinato. L'output chiave del processo SA/SEA è un Rapporto Ambientale<sup>55</sup> che presenta informazioni sui probabili effetti dei progetti del *Local Development Plan*. La valutazione delle alternative identifica le opzioni considerate e una matrice di compatibilità per ciascuna opzione rispetto agli obiettivi della SA. Le matrici identificano i potenziali significativi effetti positivi e negativi delle opzioni strategiche, considerano dove si verificano a breve, medio o lungo termine e se sono permanenti o temporanei. Le

---

<sup>55</sup> Il Rapporto di Scoping include i requisiti iniziali del Rapporto Ambientale come delineato nella Direttiva VAS e il Rapporto intermedio è la valutazione di alternative ragionevoli rispetto al Quadro SA/VAS. La conformità ai requisiti della direttiva VAS è consultabile all'interno del documento "*Sustainability Appraisal (Incorporating Strategic Environmental Assessment) - Local Development Plan 2020-2035*"

matrici considerano anche gli effetti cumulativi delle politiche, compresi quelli secondari e sinergici che possono avere un impatto indiretto sull'ambiente.

Theme	SEA Topic	SA Objective
SOCIAL	Population	1. Reduce deprivation & encourage an inclusive & equal society
	Population Human Health	2. Improve health & wellbeing for an improved quality of life
	Population	3. To provide opportunity for good quality housing & enable people to meet their housing needs
	Population	4. Increase community safety by supporting the reduction of crime & antisocial behaviour
	Population	5. To improve skills & education of residents through providing high quality, accessible lifelong learning opportunities
	Population	6. Retain & enhance access to local services & facilities
ECONOMIC	Population	7. To ensure local residents have access to employment opportunities
	Population	8. Support the economic development of Belfast as a competitive place & contribute to Belfast's roles as a regional economic driver
	Population Air Climatic Factors	9. Promote an integrated transport system & encourage sustainable travel
ENVIRONMENTAL	Biodiversity Flora Fauna	10. Maintain & enhance biodiversity assets & protect habitats & species
	Soil	11. Protect & enhance soil quality
	Cultural Heritage (including architectural & archaeological) Material Assets	12. Protect, conserve & enhance the historic environment, heritage assets & their settings
	Landscape	13. Protect, maintain & enhance the quality of Belfast's distinctive landscape & geodiversity
	Landscape	14. Protect & enhance open space & natural greenspace including Belfast's countryside asset
	Material Assets	15. Promote the sustainable management of waste
	Water Material Assets	16. Promote the quality, efficient use of water resources
	Air	17. Reduce air pollution & ensure continued improvements to air quality
	Climatic Factors	18. Support mitigation efforts to reduce greenhouse gas emissions and transition to a Low Carbon Economy
	Climatic Factors	19. Support measures to mitigate against the impact of climate change, support action to adapt to climate change, and effectively manage flood risk

Figura 13\_Obiettivi Sustainability Appraisal (SA)

Scoring Symbol	Predicted Effect	Suggested Mitigation
++	<b>Significant positive:</b> This option would significantly help in achieving the objective	Consider potential to further enhance significant positive effect
+	<b>Minor positive:</b> This option would help in achieving the objective	Consider potential to further enhance positive effect
0	<b>Neutral effect:</b> This option would neither help nor hinder achievement of the objective	Option likely to be acceptable. Consider whether potential intervention could result in positive effects
+/-	<b>Mixed:</b> Effect depends on how the option is implemented	Suggestions for implementation
?	<b>Uncertain:</b> More information required	Consider what stage this information will be available, from whom, and how it could be actioned
-	<b>Minor negative:</b> This option would conflict with the objective	Consider potential mitigation measures to prevent/reduce/offset effect, or reconsider option/alternatives
--	<b>Significant negative:</b> This option would significantly conflict with the objective	Consider significant mitigation measures to prevent/reduce/offset severity of effect, or reconsider option/alternatives

Figura 14\_Effect Significance & Mitigation (SA)

Il primo dei principi fondamentali nel “nuovo” sistema di pianificazione irlandese a due livelli è migliorare la salute e il benessere delle persone. Lo *Strategic Planning Policy Statement (SPPS)* afferma che «il sistema di pianificazione ha un ruolo attivo da svolgere nell'aiutare a migliorare la vita delle persone e delle comunità nell'Irlanda del Nord e nel sostenere la priorità chiave dell'Esecutivo di migliorare la salute e il



*benessere*»<sup>56</sup>. L'impostazione del *Local Development Plan* nelle strategie e negli obiettivi influenza le politiche che possono contribuire in maniera fattiva a migliorare la salute e il benessere delle persone, ad esempio, garantendo un accesso sostenibile a spazi verdi e aperti e considerando gli spazi pubblici una prerogativa da introdurre all'interno di tutti i progetti di sviluppo residenziale.

Sebbene la Health Impact Assessment (HIA) non sia un requisito formale del *Local Development Plan*, le disposizioni per la salute e il benessere sono state identificate ed esaminate all'interno del tema "sociale" della Sustainability Appraisal (SA) e sono una questione chiave all'interno della strategia e delle politiche del piano locale. La valutazione dell'impatto sulla salute (HIA) in Irlanda si è sviluppata in modo significativo dalla sua approvazione nelle strategie sanitarie della Repubblica d'Irlanda (2001) e dell'Irlanda del Nord (2002). Da quel momento, l'Irlanda del Nord ha introdotto la HIA come strumento di supporto per valutare gli impatti sulla salute di politiche, piani e progetti. Negli anni a seguire, l'Institute of Public Health attraverso la pubblicazione di studi e rapporti ha fornito le prime indicazioni guida per effettuare le valutazioni degli impatti sulla salute, successivamente implementate. L'introduzione della HIA è sostenuta a livello nazionale in quanto, in termini di processi decisionali, mira ad influenzare il contenuto e l'attuazione delle politiche concepite in modo da massimizzare i benefici per la salute e ridurre al minimo gli effetti dannosi identificati nelle proposte di progetti, programmi o politiche. La sua applicazione, secondo l'Institute of Public Health, deve avvenire attraverso la messa a punto di una cooperazione trasparente tra i settori e promuovendo la partecipazione attiva dei cittadini nella predisposizione di un progetto, programma e piano. Generalmente la Health Impact Assessment è definita dalle condizioni locali di ogni stato e dalla complessità dei programmi e/o progetti definiti, dalle diverse fasi dei programmi e progetti stessi in cui viene preordinata, dalla probabilità degli impatti sulla salute che si possono verificare, dalla rilevanza e gravità degli impatti, dalla disponibilità

---

<sup>56</sup> *Strategic Planning Policy Statement for Northern Ireland (SPPS) - Planning for Sustainable Development* - Department of the Environment - September 2015

delle risorse, dalla quantità e qualità dei dati di base a disposizione per la valutazione e dalle priorità e obiettivi di salute predeterminati all'interno delle disposizioni locali.

### ***Il ruolo della comunità locale***

La Belfast Agenda definisce la visione comune e le ambizioni a lungo termine da predisporre per il futuro della città, oltre a delineare le priorità d'azione per i successivi quattro anni. Creata da un partenariato scelto tra i principali partner chiave della città - residenti e organizzazioni comunitarie -, dopo un ampio periodo di consultazioni denominato *Belfast Conversation*, viene pubblicata come il primo *Community Plan* della città nel novembre 2017.

Il partenariato strategico di Belfast, istituito per affrontare le disuguaglianze di vita che hanno un impatto su Belfast, sviluppa piani e interventi efficaci per aiutare tutti i residenti. Di fatto è supportato dalla *Belfast Health Development Unit*, composta da personale del consiglio comunale di Belfast, della *Public Health Agency* e dal *Belfast Health and Social Services Trust*. I temi chiave del piano d'azione, delineati all'interno del documento strategico, riguardano: salute mentale e benessere emotivo; alcol e droghe; interventi a sostegno della prima infanzia ed anni successivi; formazione continua; rigenerare luoghi e spazi di vita in chiave di salute. Con lo sviluppo della Belfast Agenda si istituisce il Belfast Community Planning Partnership che coinvolge l'amministrazione locale, le agenzie, i settori comunitari e del volontariato che lavorano insieme per identificare le esigenze della comunità locale progettando e fornendo servizi per migliorare la vita delle persone, il benessere sociale, economico e ambientale della città.

Il processo di *Community planning* impone all'amministrazione e ai partner principali di ascoltare il punto di vista della comunità per la redazione del piano caratterizzato da obiettivi di salute e sostenibilità. Attraverso la *Belfast Conversation*, l'ascolto e il coinvolgimento della popolazione locale nella redazione della Belfast Agenda garantiscono la risposta ai bisogni e alle ambizioni della città e della sua gente in maniera condivisa, reale e significativa per l'interno sistema di pianificazione. Il dialogo e il

confronto con la cittadinanza sono strutturati attraverso una serie di workshop pubblici facilitati tenuti in quattro sedi locali in tutta la città e in un ulteriore workshop sulle pari opportunità nel municipio. Attraverso un questionario online, disponibile sul sito web del consiglio, le persone sono state anche incoraggiate a partecipare tramite social o e-mail. La *Belfast Conversation* ha coperto una gamma molto ampia di argomenti che riflettono questioni che incidono sulla qualità della vita e sul benessere in città. Gran parte dei feedback emersi riguardano le aspirazioni per il futuro della città, per rendere Belfast un posto migliore, con particolare riferimento ad un potenziamento delle infrastrutture per il trasporto pubblico, un maggiore sostegno per l'economia e l'occupazione, la diminuzione delle disuguaglianze sociali e sanitarie, il miglioramento del rapporto tra ambiente naturale e centro città, una maggiore emancipazione dell'individuo e della comunità.

Il processo di consultazione pubblica sul *Local Development Plan* è stato un passaggio fondamentale nella formulazione complessiva del progetto di piano, progettato per incoraggiare il coinvolgimento e la titolarità delle comunità locali che desiderano influenzare lo sviluppo futuro dei loro distretti e quartieri. La consultazione si è basata su un documento dettagliato ed esaustivo pubblicato nel dicembre 2001 dal gruppo del Department of the Environment, Belfast Metropolitan Area Plan, che ha illustrato le principali questioni sulle quali sono state avviate le consultazioni e formulate le opinioni. La consultazione ha incluso inizialmente riunioni pubbliche estese in tutta l'area del piano per aggiornare e informare il pubblico sulle problematiche e il processo di partecipazione, successivamente gli incontri sono serviti per discutere delle questioni principali, arrivando ad incontri mirati su specifiche tematiche, condivisi con particolari gruppi della popolazione. Da questo esercizio sono emerse questioni chiave relative a una sana pianificazione urbana:

- la necessità di tipologie di alloggi per soddisfare le esigenze piuttosto che la domanda;
- la necessità di allontanarsi dalla costruzione di case e verso la costruzione di comunità;

- la necessità di quartieri ben progettati con una buona illuminazione, sicurezza della comunità, coerenza visiva accanto all'attenzione e all'identità;
- un uso più sostenibile dei servizi pubblici;
- la necessità di collegare la pianificazione territoriale e i trasporti e di passare da una cultura automobilistica a un nuovo sistema integrato di trasporto pubblico; e
- il riconoscimento che la rigenerazione dovrebbe essere equamente distribuita in tutta la città e non dovrebbe frammentata o focalizzata sui siti “vetrina”.

Dall'avvio di questo processo sono stati successivamente stabiliti i principi di una sana pianificazione urbana incorporati nel piano pubblicato.

### ***Conclusioni***

Da quanto emerge dal caso inglese, sin dall'inizio la città di Belfast ha strutturato una nuova politica di pianificazione volta a raggiungere l'obiettivo di *salute in tutte le politiche*. Il cambiamento sostanziale all'interno del processo di pianificazione inglese, e nello specifico irlandese, ha delineato e sperimentato in maniera fattiva un nuovo approccio integrato tra gli strumenti, gli attori protagonisti dei processi di trasformazione urbana e soprattutto la popolazione, attraverso una partecipazione attiva strutturata. Il nuovo modello di pianificazione sperimentato dall'Irlanda del Nord articola, a partire dall'adesione alla Healthy Cities Network, approcci, piani e interventi il cui tema centrale e gli obiettivi aprono un focus importante sui temi della salute, del benessere delle persone e della sostenibilità ambientale. Questi temi, strutturati in maniera complessa, segnano un nuovo punto di partenza e di riflessione verso un'idea di pianificazione integrata e partecipativa, centrata sui temi che raccolgono le sfide delle città del XXI secolo e che sono evidentemente al centro del dibattito internazionale.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute si traduce progressivamente nel miglioramento della qualità urbana e ambientale, degli aspetti sociali ed economici, delle opportunità di lavoro e degli aspetti relativi alla salute e alle disuguaglianze sociali della comunità. Il punto di svolta, in relazione all'obiettivo di integrare la salute in tutte le

politiche, è da attribuire alla riforma del sistema di pianificazione nazionale che mette a punto rinnovati approcci e strumenti basati sulla cooperazione interdisciplinare e incrementati da nuovi metodi di scambio, comunicazione e collaborazione tra le parti interessate: pubblico, privato e comunità. Un altro punto di primaria importanza è costituito dall'integrazione della comunità già nelle prime fasi di discussione e stesura dei piani di sviluppo.

La messa a punto di uno sistema di pianificazione complesso, integrato alla rigenerazione urbana, può contribuire al miglioramento della qualità urbana e ambientale delle città, della salute e del benessere dei cittadini. La città di Belfast si avvicina alla rigenerazione urbana in chiave di salute secondo un duplice approccio: a partire da una reimpostazione del sistema legislativo e di pianificazione e contemporaneamente dall'indagine alla scala di quartiere attraverso la partecipazione della comunità, quale modalità imprescindibile per comprendere e migliorare i differenti contesti urbani. Attraverso questo duplice approccio si sottolinea come la città di Belfast abbia avuto la necessità e l'intenzione di lavorare integrando l'approccio top down a quello bottom up che, più in generale, concede alla disciplina urbanistica l'opportunità di ripristinare il proprio ruolo originale.

## **2.5 Casi di studio a confronto: similitudini, differenze e innovazione**

Dal confronto dei due casi studio e sulla base delle tre chiavi di lettura assegnate, si è voluto mettere in luce alcuni dei molteplici aspetti che questa ricerca ha evidenziato, nella trattazione di questo complesso di tema, con l'obiettivo di capirne i gap e cercare delle novità interessanti come spunto di riflessione per la disciplina urbanistica.

La scelta dei due casi, non esaustiva rispetto al complesso quadro che le esperienze internazionali propongono, introduce tre macro-temi ritenuti chiave che sottolineano similitudini e differenze in termini di approccio, struttura e sviluppo e che suggeriscono un interessante panorama di possibilità concrete per il raggiungimento di città in salute.

Se da un lato l'obiettivo comune di salute in tutte le politiche genera la prima similitudine, la prima differenza riguarda in che misura, all'interno degli strumenti di piano e di progetto, il tema della salute assume un ruolo di riferimento forte e non marginale. Da questo punto di vista Barcellona introduce il tema in maniera progressiva all'interno delle strategie di pianificazione a scala locale. Nella regione catalana l'impegno verso il miglioramento della prospettiva di equità, in primis urbana, è costante. Il primo segnale forte in termini di miglioramento globale nei quartieri arriva con l'emanazione della Ley Barris 2/2004 che stabiliva una lista di parametri e criteri -sociali, economici e fisici- da monitorare e utilizzare all'interno della redazione dei piani di quartiere. Il tema della salute viene introdotto in maniera sempre più incisiva all'interno dei piani attraverso la continua sperimentazione sul campo. In un'idea di completezza e complessità delle azioni da introdurre si strutturano molteplici progetti complementari con il carattere integrale delle azioni di rigenerazione urbana ma che definiscono linee di azione sempre più specifiche sul tema della salute. Di fatto è attraverso la definizione di criteri quali quantitativi stabiliti all'interno degli strumenti di indagine che il concetto di salute e benessere entra a far parte nelle linee di azione dei piani a scala locale. Per quanto riguarda il caso di Belfast, l'introduzione del tema di salute avviene in modo nettamente più incisivo; si assiste infatti alla definizione di una nuova politica sanitaria nel Regno Unito e ad una conseguente

revisione della struttura delle politiche governative. Con la definizione degli obiettivi divenuti indispensabili di salute, benessere e qualità della vita si avvia una revisione degli strumenti di pianificazione generale. In entrambi i casi di studio la salute non è un più un tema esclusivo della sanità seppur declinato in maniera diversa. Nel caso di Belfast si fa motore di una revisione normativa riorganizzando gli strumenti di pianificazione e promuovendo un'importante collaborazione intersettoriale tra tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione di ambienti di vita sani e in generale di città più sostenibili. Nel caso di Barcellona il tema della salute corre in maniera parallela e integrata alla redazione di piani e progetti alla piccola scala attraverso, anche in questo caso, una collaborazione con i diversi settori coinvolti a seconda dei casi; è chiaro che la complessità del tema rende indispensabile una collaborazione intersettoriale sulla quale è evidente che c'è ancora molto da fare in quanto verificarne la reale efficacia ha dei tempi di risposta mediamente lunghi. La complessità della materia urbanistica in generale, degli strumenti, dei piani e progetti è nota e senza dubbio l'introduzione di nuovi obiettivi - che già nel loro enunciato richiedono intrinsecamente un'interazione tra diversi settori coinvolti - non semplifica il sistema di pianificazione che diventa di estrema complessità e che necessita di un intenso lavoro di coordinazione trasversale tra le parti interessate. In questo senso l'approccio della Catalunya sembra essere molto attento: vista la complessità del sistema di pianificazione catalano, l'approccio e la sperimentazione alla piccola scala lascia il tempo di trovare le azioni e soluzioni più adatte ad una modifica a scala più generale solo in un secondo momento. L'integrazione intersettoriale è un tema centrale per il raggiungimento degli obiettivi ed è necessaria per far convergere il lavoro dei diversi settori che si occupano di salute e di governance urbana. Tutte le sperimentazioni in atto sono di fatto dei veri e propri laboratori in cui, oltre all'approccio innovativo al tema di salute, si sperimenta anche un nuovo modo di collaborazione tra i settori che devono necessariamente dialogare e superare la maniera semplicistica di affrontare i temi della salute secondo un approccio lineare di causa-effetto. Diversi studi hanno segnalano sin dall'inizio, la difficoltà della governance urbana di attuare politiche intersettoriali (De Leeuw E., Skovgaard T., 2008). In aggiunta, anche la necessità di ricercare un nuovo linguaggio pone la disciplina urbanistica di fronte

ad interrogativi sugli obiettivi della pianificazione, gli strumenti e le strategie di riorganizzazione spaziale delle città.

Sempre riguardo alla prima chiave di lettura, il contenuto dei piani nell'ottica degli obiettivi di salute è rinnovato sostanzialmente nelle linee strategiche e negli obiettivi. Nel caso di Barcellona il focus è incentrato più negli strumenti concepiti come facilitatori per l'inserimento della prospettiva di salute all'interno dei piani e progetti a scala locale. La ridefinizione delle aree tematiche d'intervento ristabilisce delle nuove linee strategiche che con l'introduzione di criteri di selezione conducono alla redazione di programmi specifici rispetto agli ambiti di intervento selezionati. Nel caso di Belfast, le questioni sanitarie vengono invece direttamente incorporate all'interno dei piani regionali e di zona partendo da una vera e propria revisione dei principi di pianificazione urbana basati sulla salute e il benessere considerando, come presupposto, quanto l'indice di qualità della vita grava sullo sviluppo della città.

Tra le innovazioni degne di nota troviamo l'introduzione di rinnovati strumenti di pianificazione - messi a punto dalle amministrazioni - che hanno preso in carico il tema della salute; in particolare risulta interessante come questo aspetto viene declinato al loro interno e come questa nuova modalità di approccio consente di applicare e gestire i temi della salute all'interno delle politiche di trasformazione urbana. Nella revisione di questi strumenti è inoltre interessante e di grande importanza l'introduzione del coinvolgimento attivo delle comunità locali, oltre che di tutti gli attori responsabili delle azioni di trasformazione urbana.

Barcellona mette in atto un vero e proprio strumento a sostegno dei piani - *Taula per a la Millora Urbana* (TxMU) - organizzato per seguire, dalla redazione alla realizzazione, tutte le fasi necessarie per ottemperare al reale compimento degli obiettivi prestabiliti di miglioramento urbano. L'impostazione dello strumento si base sull'idea di un modello complesso di coordinamento orizzontale e cooperativo. Lo strumento, accessibile a tutti, è strutturato in modo da garantire un sistema informatizzato, costantemente aggiornato, con le caratteristiche quali-quantitative dei quartieri; un'assistenza tecnica relativa ai processi di partecipazione inerenti alla redazione e attuazione dei piani; un supporto mirato relativo



alla proposta delle azioni da introdurre. Lo strumento garantisce una collaborazione tra gli interessati ed un monitoraggio continuo della redazione dei piani e progetti. Se il primo strumento è maggiormente incentrato sulla necessità di stabilire una cooperazione continua e costantemente aggiornata tra i diversi attori, il secondo è una vera e propria guida che mette a sistema le caratteristiche dell'ambiente fisico con gli indicatori di salute fornendo raccomandazioni, esempi guida e documentazione di supporto alla progettazione. Oltre a rappresentare un approccio estremamente chiaro e diretto relativo alle questioni da tenere in considerazione in fase di progettazione, questo strumento riesce ad integrare le competenze e le prospettive delle diverse discipline coinvolte, mettendo in relazione i temi di progettazione della città e della salute.

Nel caso di Belfast è il Local Development Plan (LDP) che rappresenta lo strumento fondamentale per lo sviluppo di città sostenibili, per la promozione di stili di vita sani basati sul benessere psico fisico delle persone e sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie. L'integrazione del piano con l'applicazione di altri strumenti, come la Sustainability Appraisal (SA) e la Strategic Environmental Assessment (SEA), consente all'amministrazione di intercettare i potenziali effetti negativi e le soluzioni più efficaci dei progetti previsti dal piano. Si tratta di strumenti che attraverso delle valutazioni combinate producono soluzioni alternative e una matrice di compatibilità per ciascuna delle azioni previste rispetto agli obiettivi della Sustainability Appraisal. Questo criterio di valutazione assorbe all'interno dei suoi obiettivi le disposizioni in materia di salute e benessere della Health Impact Assessment, strumento utilizzato dal governo dai primi anni duemila per la valutazione degli impatti sulla salute di politiche piani e progetti ma non inserito come requisito fondamentale dell'LDP.

La terza chiave di lettura è stata scelta per accendere i riflettori sui termini e le modalità di coinvolgimento delle comunità all'interno degli strumenti e dei piani cercando di capirne l'effettiva capacità di apportare un valido contributo nell'orientamento dei processi decisionali. In entrambi i casi di studio, il tema viene introdotto con forza nelle strategie e negli obiettivi generali sulla scia delle raccomandazioni europee ed internazionali della necessità di introdurre la partecipazione della popolazione come ruolo chiave per il

raggiungimento di un approccio integrato alle rinnovate politiche urbane in termine di salute e benessere.

La città di Barcellona introduce la partecipazione della popolazione all'interno della *Taula per a la Millora Urbana* (TxMU). Questo strumento attraverso l'impostazione di approccio integrato tra i settori consente ai cittadini di partecipare in maniera attiva alle diverse fasi di indagine e di definizione dei progetti, al monitoraggio e alle valutazioni dei piani attraverso riunioni coordinate dall'area di technical manager (GSHUA - *Dipartimento per l'edilizia abitativa, lo sviluppo urbano e i servizi per le attività*) preposta per l'assistenza tecnica ai comuni del territorio Catalano e come figura tramite di tutti i soggetti coinvolti. La logica è che le sinergie possono ridurre i costi, l'approccio partecipativo di coinvolgimento del settore privato e del pubblico nel progetto ne aumenta l'efficacia.

Un altro contesto in cui la partecipazione della cittadinanza è considerata una risorsa è il progetto *Entorn Urbà i Salut* in cui l'area tematica della partecipazione cittadina diventa uno strumento trasversale attraverso il quale, tramite processi di consultazione, deliberazione, decisione, attuazione e valutazione, i cittadini svolgono un ruolo attivo nelle diverse fasi del progetto preso in esame. Questo contribuisce a rafforzare la democratizzazione del processo decisionale nella sfera pubblica. Con l'obiettivo di conoscere la percezione dei cittadini in merito alla salute dell'ambiente urbano legata al progetto e di rilevare i punti di forza e di debolezza che influiscono sulla salute si stabiliscono le azioni per migliorare il benessere dei cittadini. I momenti di partecipazione e i livelli di intervento sono di diverso tipo: *informativo e analitico* (momento di divulgazione e informazione previsto all'inizio dei processi di partecipazione per l'interesse pubblico della salute nell'ambiente urbano); *diagnosi* (momento di valutazione della qualità della salute dall'incrocio dei dati raccolti nell'analisi in cui vengono esaminati i principali problemi e condizioni per la qualità della salute); *obiettivo* (momento nel quali vengono specificati gli obiettivi da raggiungere sulla base dei risultati finali da raggiungere attraverso strategie e proposte di azione nello spazio oggetto di intervento).

L'inserimento di criteri sanitari nel dibattito cittadino sull'ambiente urbano, a livello comunale, di quartiere o per una determinata area, spazio o struttura, consente di acquisire la consapevolezza della reale percezione della qualità della salute da parte della cittadinanza

con occhio critico. Allo stesso tempo, questi momenti di condivisione ritornano a tutti i cittadini per il loro coinvolgimento nella diagnosi e nella progettazione delle proposte che vengono sviluppate. La pianificazione e l'esecuzione della partecipazione si sviluppa attraverso un lavoro trasversale con tutti i settori del governo locale per rafforzare la presenza e la consapevolezza dei cittadini all'azione pubblica.

Il caso di Belfast affronta in maniera nettamente differente il tema della partecipazione attiva della comunità all'interno delle decisioni di trasformazione urbana. Con lo sviluppo della Belfast Agenda, la città da origine al primo *Community Planning*, un processo che impone all'amministrazione e agli altri attori coinvolti di ascoltare il punto di vista della comunità per la redazione del piano. Attraverso un processo denominato *Belfast Conversation* si struttura il dialogo ed il confronto con la cittadinanza. Organizzato attraverso workshop pubblici estesi a tutta la popolazione e attraverso la partecipazione a questionari online, questo processo è riuscito ad intercettare un vasto repertorio di argomenti incentrati sulla qualità della vita e sul benessere nella città. Le consultazioni pubbliche hanno una continuità progressiva in relazione alle fasi di definizione dei piani. La messa a punto di questo processo di consultazione si è rivelato un passaggio chiave sia ai fini della redazione del Piano di sviluppo locale della città e sia per incoraggiare la popolazione ad essere più partecipativa guadagnando la titolarità riguardo le trasformazioni dei loro quartieri. Questo processo ha consentito di definire nel tempo, principi fondamentali per una sana pianificazione della città da introdurre all'interno dei piani.

Ci sono evidenti differenze relative a questo tema nei due casi di studio esaminati. Indubbiamente il caso di Belfast, considerata la rivoluzione normativa che introduce in tema di salute all'interna del proprio sistema di pianificazione, favorisce una sorta di regolarizzazione del ruolo partecipativo delle comunità al contrario di Barcellona che seppur considerandolo una questione chiave, continua ad avere un ruolo blando e promosso dall'agenzia di coordinamento dei settori coinvolti. Di fatto non esiste, a differenza di Belfast un programma che regola il ruolo dei cittadini all'interno della governance urbana.

### **Parte 3 - Un nuovo approccio per la rigenerazione urbana**

La progettazione e la pianificazione urbana sono elementi essenziali per il modo in cui si vive la quotidianità. Questo perché gli ambienti urbani sono tipicamente costruiti per ragioni sociali e culturali, e i progetti portano a conseguenze sociali e sanitarie, volute o meno (Halpern, 1995). Le buone politiche di progettazione urbana istituite dai pianificatori e dai relativi professionisti possono essere collegate a risultati positivi per la salute. La rigenerazione urbana può essere considerata un importante intervento di salute pubblica perché cambiando l'ambiente fisico, sociale ed economico urbano si può facilitare un miglioramento della salute riducendo le disuguaglianze di salute della popolazione, soprattutto quelle più svantaggiate. La ricerca contemporanea sulla salute pubblica negli ultimi anni ha dimostrato di avere una sorta di prospettiva ecologica all'interno delle politiche urbane. L'ecologia della salute è intesa come un concetto intimamente collegato all'ambiente in cui l'uomo vive: l'adattamento progressivo e reciproco tra lo sviluppo delle politiche di salute e le proprietà mutevoli degli ambienti nei quali l'uomo vive sono strettamente connesse e influenzabili. La rigenerazione urbana, in quanto metodo di pianificazione che si concentra sul cambiamento dell'ambiente fisico, economico, sociale e che considera le implicazioni per la salute dell'ambiente urbano, può essere un valido strumento per apportare dei miglioramenti della salute nelle comunità, soprattutto quelle svantaggiate.

Le basi storiche e teoriche della rigenerazione urbana hanno la loro genesi nello spirito della modernità a cavallo della fine dell'Ottocento. Assumendo definizioni diverse, la rigenerazione urbana ha assunto differenti obiettivi e scopi di politica pubblica. La riqualificazione o riabilitazione di aree urbane "deprese" è stata spesso giustificata ed eseguita come mezzo per migliorare le condizioni abitative e ambientali (Gibson & Langstaff, 1981). I segnali del degrado urbano, delle cattive condizioni abitative, delle condizioni sociali e ambientali, sono stati l'obiettivo principale di molte iniziative di rinnovamento urbano (Gibson & Langstaff, 1981). Oggi, la rigenerazione urbana incarna

lo sviluppo fisico urbano ed obiettivi economici, come stimolare gli investimenti e l'occupazione, nonché obiettivi sociali, come alleviare i problemi causati dalla povertà e dallo svantaggio (Fitzpatrick et al., 1995). La maggior parte delle riflessioni sulla rigenerazione urbana sostiene che i problemi fisici, economici, sociali e ad oggi sanitari sono intrecciati e che la rigenerazione non sarà sostenibile se questi aspetti non verranno affrontati in modo coordinato.

La salute è influenzata dalla natura di luogo e da come questi vengono vissuti. Le opportunità di interazione sociale in un quartiere sono fondamentali per sviluppare una buona salute. Una struttura urbana "semplice" - come servita da attività, servizi e spazi pubblici attrezzati - può essere un importante luogo di incontro e il fulcro della vita comunitaria (Low, 2000). L'ambiente urbano, la progettazione e la pianificazione urbana possono influenzare la salute in termini positivi incentivando ad esempio gli spostamenti pedonali o in bicicletta piuttosto che quelli in auto (Knox, 2003). In alternativa, una cattiva salute può essere il risultato di uno sviluppo urbano a bassa densità o di un'espansione incontrollata che è stata associata a una serie di condizioni avverse per la salute, il benessere sociale e l'ambiente (Knox, 2003).

Un approccio alternativo e rinnovato della rigenerazione urbana come intervento di salute pubblica potrebbe apportare importanti miglioramenti non solo in termini di qualità urbana dei quartieri e più in generale delle città ma contestualmente di salute delle persone. Le caratteristiche fisiche e sociali dell'ambiente urbano sono tessute tra di loro; diversi autori suggeriscono un legame tra interazione sociale, luogo e salute e sostengono che le caratteristiche socialmente costruite dell'ambiente costruito - "strutture di opportunità locali" - contribuiscono alla salute e al benessere di un individuo e della comunità. MacIntyre ed Ellaway (1999) sostengono che l'impegno civico dei cittadini nella progettazione e pianificazione urbana o ambientale può influenzare le relazioni sociali e incoraggiare la creazione di luoghi. La necessità di luoghi in cui le persone possano costruire e mantenere l'interazione e le relazioni sociali è essenziale per

incoraggiare l'inclusione sociale e incoraggiare lo sviluppo della salute. D'altra parte, la mancanza di questi fattori può influenzare l'esclusione sociale.

Il ruolo dell'ambiente costruito e dello sviluppo sanitario dovrebbe essere quello di affrontare le questioni critiche del degrado fisico urbano, dell'esclusione sociale, della possibilità di recuperare un senso di appartenenza dei luoghi riadattandoli alle necessità della popolazione, facendo uno sforzo nel ricreare una dinamica economica e non ultimo ricreando una certa qualità in senso non solo fisico ma percettivo dei quartieri delle città. Molte città moderne non sono progettate per un facile contatto sociale. L'aumento dell'espansione urbana incontrollata e lo sviluppo su larga scala hanno significato meno spazi pubblici in cui le persone possono radunarsi. Questo è da considerarsi non solo all'interno delle città ma anche nei casi in cui l'espansione urbana a bassa densità e il trasporto pubblico minimo contribuiscono entrambi a isolare socialmente più persone creando poche possibilità di interazione sociale.

La collaborazione tra progettisti urbani e pianificatori, per incentivare quartieri di maggiore qualità che incoraggino il contatto sociale e la partecipazione tra le persone, è molto promettente come metodo di promozione della salute e uno dei modi principali per raggiungere questo obiettivo è attraverso la rigenerazione urbana (Baum, 1999). I recenti sviluppi nella politica sociale e nella pianificazione urbana hanno messo in evidenza il ruolo della politica spaziale e dell'uso dello spazio come una dimensione significativa nell'esclusione sociale e negli esiti negativi sulla salute associati (Buck, 2001). Nell'ambiente urbanizzato, fattori come l'esclusione spaziale influenzano la salute e orientano le agende urbane per il miglioramento della salute per i progetti di rigenerazione. È stato riscontrato che i cambiamenti psicosociali associati a miglioramenti che riguardano il sistema abitativo e gli spazi di aggregazione riducono l'ansia e la depressione, migliorano l'autostima, riducono la paura del crimine e creano una maggiore senso di socialità condivisa (Curtis et al., 2002).

Strettamente associate alla salute mentale e fisica sono anche le questioni economiche che hanno diverse implicazioni sulla salute per i progetti di rigenerazione urbana. La maggior parte delle iniziative economiche e di rigenerazione urbana sono

spesso incentrate esclusivamente sulla disoccupazione e sui programmi di formazione. Da questo punto di vista è da considerare che sussistono anche effetti negativi sulla salute mentale associati ai progetti di rigenerazione urbana, come la disoccupazione dopo il completamento di un progetto. La disoccupazione può influenzare la salute di una persona contribuendo a una maggiore incertezza, mancanza di scelte e controllo nella vita, interruzione dei piani di vita e stigma sociale negativo (Curtis et al., 2002). Ciò significa che i programmi di rigenerazione economica devono includere la creazione di opportunità di lavoro all'interno dei quartieri svantaggiati e strategie che mirino a costruire collegamenti tra le aree escluse e il mercato del lavoro in generale. È necessario elaborare strategie di rigenerazione economica attraverso soluzioni intersettoriali al fine di creare opportunità per il miglioramento della salute (McGregor & McConnachie, 1995).

I cambiamenti dell'ambiente costruito e sociale attraverso la rigenerazione urbana possono apportare modifiche ai determinanti della salute. La relazione tra luogo e salute in riferimento alla rigenerazione urbana suggerisce che i servizi e le risorse fisiche locali fossero strettamente associati alle relazioni sociali e al loro significato simbolico (Forrest & Kearns, 1999). I progetti di rigenerazione urbana che concentrano gli interventi sullo sviluppo fisico attraverso il miglioramento della progettazione e del layout ambientale possono influenzare i modelli di interazione sociale. Pertanto, modificare le caratteristiche dell'ambiente costruito per includere ad esempio la fornitura di migliori servizi fisici, può aiutare a facilitare la rigenerazione dell'interazione sociale e un senso di "benessere" riguardo a un luogo (MacIntyre & Ellaway, 2003).

I progetti di rigenerazione urbana devono concentrarsi sulle caratteristiche fisiche dell'ambiente condivise da tutti i residenti in una località, ad esempio la qualità dell'aria, dell'acqua, alloggi dignitosi, occupazione sicura e aree di gioco sicure per i bambini. Devono anche concentrarsi sui servizi della comunità che forniscono supporto alle persone nella loro vita quotidiana, come l'istruzione, i trasporti, la pulizia delle strade, l'illuminazione stradale, ecc. Anche le caratteristiche socioculturali di una località, compresa la storia politica, economica, etnica e religiosa e il grado di integrazione sociale,

devono essere affrontate affinché la rigenerazione urbana di un'area abbia successo come intervento (MacIntyre et al., 1993).

Nell'ottica di recuperare la qualità dell'ambiente costruito, della salute e del benessere dei cittadini sono state elaborate delle guide che ricostruiscono gli impatti delle scelte urbanistiche sulla salute. Con una precisa metodologia queste guide hanno stabilito standard di qualità necessari per migliorare nell'immediato la capacità di analisi e la definizione delle criticità maggiormente significative dell'ambiente costruito rispetto alla salute dei cittadini. Questa è la prima novità nel campo dell'urbanistica rispetto ai temi trattati in questa ricerca e rappresenta la sintesi preliminare e interdisciplinare dell'approccio al tema della salute negli ambienti urbani. Le guide individuano le esigenze di salute nelle aree urbane, elaborano dei parametri di riferimento prioritari per la progettazione e per la valutazione della compatibilità delle soluzioni scelte. Per ogni ambito di intervento e di esigenza di salute si redigono delle schede che sostengono il processo di analisi delle tipologie urbane, fornendo indicazioni sulle possibilità di intervento al fine di promuovere qualità e benessere per le persone. Le indicazioni delle guide non possono certamente essere esaustive, ma rappresentano il punto di partenza per una nuova logica di approccio, di valutazione e di intervento per la riprogettazione delle città.

La necessità di percorrere la strada della rigenerazione urbana attraverso un approccio consapevole, con l'obiettivo di contribuire alla ridefinizione di luoghi che favoriscano la salute e il benessere delle persone e che riducano le disuguaglianze sanitarie, ha assunto grande rilevanza nelle strategie globali internazionali. La rigenerazione urbana, nella sua specificità di inquadrare e combinare in modo variabile le azioni da mettere in gioco, affiancata da un nuovo approccio impostato sugli output di salute, può assumere nuove declinazioni che riguardano proprio il miglioramento del benessere e della qualità della vita delle persone. Per migliorare e mitigare le disuguaglianze sociali in ambito sanitario, deve pertanto rinnovarsi nell'attuare politiche che si concentrino sui seguenti aspetti:



1. È necessaria una visione olistica della rigenerazione urbana che dia uguale attenzione a tutti gli aspetti dell'ambiente. Le politiche di rigenerazione urbana devono essere dirette agli ambienti fisici e sociali. Ad oggi, focalizzarsi esclusivamente sugli input fisici dell'urbano senza il coinvolgimento della popolazione locale o senza prendere in considerazione i modelli di relazioni sociali e valori culturali non è più possibile ed il rischio al quale si va incontro è il fallimento dei progetti. Allo stesso modo, le politiche di sviluppo della comunità che si concentrano solo sull'ambiente sociale possono ignorare aspetti importanti dell'ambiente fisico. È quindi importante che i regolamenti di pianificazione diano importanza agli spazi verdi, alle aree di gioco sicure e alle strutture comunitarie che incoraggino l'interazione e gli usi sostenibili.

2. È necessario concentrarsi sui problemi di salute pubblica delle persone e dei luoghi. Le politiche di rigenerazione urbana devono essere incentrate sulle persone e sui luoghi mantenendo una data equità dei programmi estesa non solo nelle aree più svantaggiate ma a tutta la città, per affrontare le diversificazioni geografiche e sociali nell'occupazione, nell'istruzione o nell'uso del suolo (MacIntyre & Ellaway, 1999).

3. L'uso delle valutazioni di impatto sulla salute nel processo decisionale. Il governo centrale e locale, i servizi volontari privati e locali dovrebbero essere incoraggiati a intraprendere valutazioni di impatto sulla salute, soprattutto in relazione all'analisi delle disuguaglianze sanitarie (attraverso la comprensione delle visioni ampie dei determinanti della salute) su tutte le politiche e i piani che potrebbero avere un impatto sulla salute delle aree locali (MacIntyre & Ellaway, 1999).

4. Il ruolo delle guide nella redazione dei progetti di rigenerazione urbana. Sono un valido supporto in quanto restituiscono un quadro di riferimento per la valutazione delle azioni che il progetto propone coerentemente con le necessità e opportunità di promozione della qualità della vita negli ambienti urbani.

5. Il tema della partecipazione. La qualità degli interventi deve essere garantita anche, e soprattutto, attraverso la partecipazione attiva della comunità nelle fasi di indagine, di analisi dei bisogni e di redazione dei progetti. L'attenzione al tema della salute

e del benessere ha riportato alla luce la centralità fondamentale che la popolazione deve assumere nelle pratiche di trasformazione del territorio e più in generale nella disciplina urbanistica.

È quindi fondamentale che la rigenerazione urbana sia vista come un intervento di salute pubblica che migliora i determinanti sociali della salute attraverso gli sforzi organizzati della società, delle politiche e delle pratiche pubbliche sane.

La maggior parte delle sperimentazioni a livello mondiale si muovono in questa direzione, vedono la rigenerazione delle aree urbane consolidate come il campo migliore per approcciarsi al tema, interagendo con una dimensione tangibile nelle sue forme, abitudini e problematiche, e in cui le comunità sono presenti e identificabili. Questa combinazione ha fatto sì che fossero sperimentate azioni che vedono i processi di rigenerazione urbana in stretta relazione con la pratica della partecipazione attiva della comunità, in termini nuovi e con obiettivi diversi da quelli precedenti.

### **3.1 Rigenerazione urbana: vantaggi e opportunità del nuovo approccio**

Il persistere di un forte degrado urbano, la diffusione di aree che concorrono verso lo stesso epilogo, in aggiunta alla dismissione di “autonome realtà”, insieme con i rapidi cambiamenti del sistema economico e della richiesta di nuovo welfare sociale induce alla necessità di spingere nella direzione della rigenerazione urbana. Questi fenomeni non colpiscono più una fascia ristretta della popolazione ma si estendono all’intera popolazione delle città e dei territori. La rigenerazione urbana ha la capacità di diffondere interventi - a volte definiti come interventi di tattica urbanistica - in cui la salute e il benessere dei luoghi assumono un ruolo centrale. Concentrarsi sulla progettazione degli ambiti urbani per recuperare, mantenere, proteggere e integrare le attività sociali, economiche, culturali, comporta uno spostamento di attenzione da parte degli addetti ai lavori sul perseguimento dei diritti della salute per tutti. Questo obiettivo, come già ampiamente dichiarato all’interno di questa ricerca, deve tornare ad essere il focus della pianificazione e più in generale della disciplina urbanistica. La rigenerazione urbana nella sua etimologia può recuperare e ricostituire il carattere fondamentale e pervasivo di ciò che sono e saranno le città (Gabellini, 2018).

Percorrere la strada della rigenerazione urbana attraverso un approccio più consapevole e centrato sulle necessità di un recupero qualitativo - aggettivo esteso alla totalità degli interventi - continua ad assumere grande rilievo nelle strategie globali internazionali. La rigenerazione urbana, nella sua specificità di inquadrare e combinare in modo variabile le azioni, assumendo declinazioni di carattere adattivo, rafforza la possibilità di assumere essa stessa il ruolo di una vera e propria strategia urbana e non di un semplice obiettivo. Il vantaggio del passaggio da mero obiettivo a strategia apre la strada ad una serie di opportunità. In un’ottica di strategia estesa all’intero territorio, la rigenerazione urbana offre la possibilità di stabilire azioni strategie e progetti mirati a breve e “medio” termine, in sintonia con la mutevolezza delle condizioni a contorno/necessità e bisogni in continua trasformazione. Con la capacità di restituire risposte e soluzioni con una tempistica più celere rispetto ai piani che spesso - contro loro

natura, non risultano efficaci nell'immediato come strumento di progetto e regolazione - la rigenerazione potrebbe diventare un valido tentativo di proporre soluzioni "semplici" e realistiche focalizzate su risposte in grado di affrontare le questioni emergenti in concomitanza dei tempi in cui esse si presentano; intesa come una strategia spaziale, non onirica, che si concretizza in progetti reali che definiscono contestualmente condizioni di possibilità e limiti, sorretta da una coalizione di sviluppo che identifica necessità e bisogni (Pasqui, 2017). Il punto di svolta è pensare una strategia che consideri simultaneamente gli assetti spaziali, i progetti, le dinamiche economiche, sociali, demografiche, di salute e di qualità della vita.

Nell'approccio conoscitivo ai temi della salute e del benessere, l'elemento di novità è rappresentato dall'introduzione dei nuovi parametri di salute e qualità urbana all'interno della valutazione e della redazione dei progetti. L'impostazione analitica di questi indicatori si colloca perfettamente all'interno dell'approccio tipico della rigenerazione urbana; in questo senso si rivela un grande vantaggio in termini di implementazione del metodo di approccio e della logica propria della rigenerazione urbana. Allo stesso tempo, questa implementazione degli strumenti conoscitivi crea l'opportunità di definire una metodologia complessa, intersettoriale e adattiva di approccio alle attuali questioni emergenti e loro future trasformazioni.

Il vantaggio di recuperare il ruolo attivo delle comunità costituisce un'altra opportunità di grande rilevanza. Il coinvolgimento delle comunità locali influisce considerevolmente nella determinazione del successo o fallimento degli interventi di trasformazione urbana in tema di salute e benessere. Chiaramente questa eventualità si verifica a seconda delle situazioni e senza dubbio è la consuetudine al confronto da parte dei settori coinvolti che modifica gli effetti della partecipazione, in particolare sulle questioni che riguardano gli spazi di vita.

### **3.2 Novità e difficoltà per l'avanzamento della disciplina urbanistica**

In un ragionamento più generale che si estende alla disciplina urbanistica, diverse sono le novità e le difficoltà sulle quali è utile aprire delle riflessioni.

Di fronte alle tante evidenze scientifiche e la chiara richiesta a scala internazionale di porre le questioni sanitarie al centro dei ragionamenti per restituire una relazione in equilibrio tra ambiente e salute, si è manifestata in modo sempre più incisivo la necessità che gli strumenti di regolazione urbanistica fossero rivisti per passare dalla retorica delle politiche, con obiettivo di promozione della salute e del benessere nelle aree urbane, ad azioni concrete, incentivando a superare le barriere disciplinari tra urbanistica e discipline mediche, il coinvolgimento delle comunità locali e dei diversi attori e settori coinvolti in tema di salute, benessere e qualità della vita.

La missione originale della disciplina urbanistica è strettamente legata ai temi della salute e dell'ambiente urbano. La complessità di questi temi raggiunta negli ultimi decenni, in aggiunta alla trasformazione degli insediamenti e alle criticità ad essa connesse, impongono una forte presa di coscienza da parte della disciplina nel rinnovare le proprie responsabilità formulando nuove soluzioni rispondenti ai bisogni dei cittadini, migliorando le pratiche e creando le condizioni per innovare la sua vocazione originaria. La velocità delle trasformazioni urbane ha superato di gran lunga la capacità da parte dell'urbanistica di descrizione delle dinamiche urbane. La trasformazione è tumultuosa e fa da vera protagonista negli scenari odierni. Questo comporta la necessità di introdurre una coraggiosa/audace revisione del linguaggio orientato ad accogliere concretamente altri settori, per non correre il rischio di rimanere incardinati nel linguaggio di settore e predeterminato. Un'altra necessità, evidentemente legata al linguaggio, è la logica di approccio al problema che deve assumere una connotazione flessibile per riuscire ad orientare gli interventi, recuperare e riadattare il sapere tecnico e delle competenze degli esperti, al fine di sostenere nuovi progetti urbanistici chiaramente diversi da quelli tradizionali nei contenuti seppur non nelle finalità.

In una dinamica di approccio interdisciplinare, il nuovo linguaggio - comune tra gli esperti dei diversi settori coinvolti - deve consentire non solo la possibilità di facilitare e semplificare la comunicazione, ma deve in qualche modo ridefinire il contenuto delle strategie, piani e progetti per facilitare il superamento delle incomprensioni disciplinari. Il linguaggio deve essere «attento alla reciprocità e alla comunicazione, senza cedimenti all'indietro e lontano dell'autoreferenzialità che, per e nel piano pubblico, incide sulla capacità di farsi intendere» (Viviani, 2019). Non si tratta di un semplice adattamento da parte della disciplina ma di un importante cambiamento che senza dubbio porta con sé delle difficoltà legate alla sua tradizione incardinata spesso in una logica di approccio lineare causa-effetto.

Il rinnovo a cui la disciplina deve dare seguito riguarda anche i contenuti delle strategie oltre che dei piani e dei progetti. In questo senso non si vuole interrompere la tradizione storica della strategia urbanistica - che rimane un tema valido per rivedere le attività interconnesse tra i diversi settori delle politiche e dell'urbanistica in generale (Pasqui, 2017) - ma si suggerisce di fare uno sforzo verso la costruzione di processi capaci di pensare strategicamente assetti spaziali, progetti urbani, dinamiche economiche, sociali, demografiche e di salute. Al contrario, il pericolo è quello di rimanere ancorati a un sistema tradizionale con il rischio di ottenere dei risultati deludenti e ridondanti ai fini delle trasformazioni del territorio non riuscendo a guardare al futuro.

Il tema dell'integrazione intersettoriale trattato in questa ricerca raccoglie diversi livelli di approfondimento e solleva inevitabilmente una serie di difficoltà. Prima fra tutti il recupero della relazione fondamentale tra urbanistica e salute - in chiave odierna - sulla quale si segnalano diverse difficoltà di integrazione soprattutto con il campo medico; un secondo livello riguarda invece la difficoltà di attuare politiche che abbiano carattere intersettoriale (De Leeuw E., Skovgaard T., 2008) e di produrre strumenti di sostegno alle azioni di trasformazione urbana che abbiano struttura e caratteristiche di trasversalità; il terzo punto di approfondimento riguarda invece la capacità di riuscire a costruire processi partecipativi con le comunità che intervengono nelle fasi conoscitive dei luoghi e delle necessità e di definizione di piani e progetti in quanto "parte organica" dell'ambiente

costruito. Da questo punto di vista ha carattere indispensabile in quanto parte rappresentativa de “l’intelligenza del contesto” (Corburn, 2009) e perché darebbe modo di acquisire maggiore consapevolezza nel progetto della città. Per diverso tempo i meccanismi tradizionali di partecipazione hanno avuto carattere estremamente formale e un coinvolgimento della popolazione molto limitato; l’impegno che si richiede è di sovvertire questo meccanismo a favore di una partecipazione che riunisca la comunità senza distinzioni e che abbia attraverso degli strumenti facilitatori - accessibili a tutti -, la possibilità di dare risultati efficaci e concreti.

Nel percorso di “riappropriazione” del ruolo della disciplina urbanistica, una riflessione che vale la pena segnalare riguarda il tema degli standard urbanistici. La loro introduzione aveva rappresentato una conquista culturale e sociale molto importante in tema di servizi minimi obbligatori nonostante, nella loro applicazione, siano stati spesso notevolmente ridimensionati per insufficienza di finanziamenti pubblici. Rappresenta un successo di convenzioni e accordi all’interno delle trattative politiche e sociali tra i tanti attori coinvolti, e pertanto costituisce uno strumento ancora valido nel regolamentare i requisiti dei servizi. Ad oggi se ne richiede una declinazione rinnovata. La richiesta di revisione mossa verso la questione degli standard guarda piuttosto alla flessibilità della norma e alla qualità. Non è nuova l’idea di revisionare le dotazioni minime in una logica di redistribuzione quantitativa integrando il quadro conoscitivo generale con un processo valutativo partecipato in grado di acquisire informazioni esterne ai processi gestionali e che tiene conto della possibilità di interazione concreta da parte degli utenti, di una necessaria flessibilità nell’individuare gli obiettivi da perseguire al posto di soluzioni standardizzate (Gabellini, 2018) (Odoguardi, 2019). La declinazione rinnovata che si richiede intende integrare la misura quantitativa con parametri qualitativi e prestazionali, utili a garantire la funzionalità eco-sistemica degli ambienti in cui si svolgono le attività umane e a rispondere meglio ai nuovi bisogni della vita contemporanea. La ricerca sulla possibile definizione di prestazioni in termini quantitativi ma soprattutto qualitativi ha davanti sé ancora un lungo lavoro di indagine. Consapevoli che la qualità è parte costitutiva del benessere, è necessario approfondire le relazioni tra gli spazi urbani e il

benessere, con i vari livelli di influenza, e pervenire a soluzioni di intervento flessibili e di qualità dello spazio pubblico. In questo senso le guide elaborate in campo internazionale che descrivono i bisogni, gli obiettivi e le azioni per le trasformazioni urbane in termini di salute e qualità, fornendo degli esempi concreti, possono costituire un grande supporto per la revisione del DM 1968, n.1444 sugli standard urbanistici.

Alla luce di quanto suggerito sono da sottolineare alcune questioni. L'importanza assoluta della conoscenza e consapevolezza dello stretto legame tra piani, progetti, determinanti della salute, qualità della vita nelle città da parte di comunità, stakeholders, professionisti e non ultimi dei politici. Questa, spesso, si svela essere una conoscenza debole rispetto alla forte interrelazione tra questi temi chiaramente documentata e rappresentata da ricerche scientifiche e da organizzazioni internazionali. Un'altra questione chiave che deve essere assorbita dalla disciplina è una predisposizione ben definita delle strategie e degli obiettivi rispetto ai temi di salute, benessere e qualità della vita negli ambienti urbani. Questa chiarezza può certamente facilitare l'integrazione di questi temi nei piani e progetti offrendo maggiori possibilità di collaborazione e confronto tra la materia urbanistica e l'ambito sanitario. Non ultimo, il tema della partecipazione delle comunità: per rendere efficace il coinvolgimento della popolazione e responsabilizzarla rispetto ai temi della salute e del benessere nei propri quartieri e città, sarebbe auspicabile stabilire delle azioni che garantiscano un impegno e coinvolgimento concreto nelle diverse fasi dei piani e progetti. Sono molte le sperimentazioni in questo senso e, come già detto, l'efficacia dipende dal livello organizzativo delle amministrazioni. Definire quale sia il metodo di approccio più efficace rimane argomento complesso e solo dei validi tentativi ben strutturati possono fornire risposta. Probabilmente un approccio guidato dall'alto necessita di una consapevolezza e una struttura d'impostazione adeguata la cui strada risulta ancora non ben definita; contrariamente un approccio guidato dal basso, con la partecipazione di altri attori coinvolti, potrebbe rappresentare una dimensione di approccio più consona, che richiede un'organizzazione più semplificata attraverso un gruppo selezionato di interlocutori. Questo consentirebbe



un una partecipazione più proficua in termini di “apprendimento reciproco” delle necessità e degli interessi di tutti i soggetti coinvolti.

### **3.3 Elaborazione critica delle conclusioni, possibili avanzamenti e prospettive della ricerca**

Nella terza parte di questa tesi sono stati riassunti i punti di maggiore interesse della ricerca. Nella sua impostazione è stata delineata una strada ben precisa che valorizza il tema della rigenerazione urbana in veste di una strategia innovativa per affrontare i temi della salute e del benessere nelle città. Tuttavia, nella definizione delle precedenti considerazioni si fanno strada validi ragionamenti afferenti alla ricerca che potrebbero dar vita ad altre riflessioni e ad altre linee di ricerca.

La scelta della rigenerazione urbana inquadra una precisa dimensione in termini di scala urbana che ha chiaramente a che fare con la città consolidata. Sembra ovvio che il ragionamento portato avanti in termini di gestione delle trasformazioni urbane non possa soffermarsi solo su questa dimensione ma che debba essere esteso all'intero territorio urbanizzato al quale appartengono diverse peculiarità. Ad esempio, nelle aree caratterizzate da un'espansione diffusa e a bassa densità l'analisi delle necessità e delle problematiche (la diversa organizzazione della rete di trasporti, la dislocazione dei servizi, l'organizzazione degli spazi pubblici, ecc.) si sposta su fronti di ragionamento molto differenti. Altri esempi sono rappresentati dai centri storici, o da altri territori che hanno una conformazione morfologica di difficile gestione. Il tentativo di estendere i principi stabiliti in questa ricerca a contesti differenti rappresenta la possibilità di sviluppare in futuro, e con esiti positivi, strategie e pratiche che possano realmente estendere il concetto di salute e benessere alle trasformazioni dell'intero territorio urbanizzato. Su questa linea di pensiero occorre fare attenzione a non dare origine, ad esempio, a processi di gentrification legati a politiche di rigenerazione urbana che dall'essere risolutive potrebbero diventare strategie di ulteriore esclusione sociale.

Un altro spunto di riflessione potrebbe riguardare le perplessità che l'approccio alla scala di quartiere, secondo procedure in qualche modo prestabilite, suscita in termini di determinismo. Tuttavia, l'adozione di un approccio aperto al confronto e all'autenticità

del contesto potrebbe ridurre il rischio di errare nella costruzione di uno scenario deterministicamente definito nella progettazione fisica della città e nella definizione di misure predeterminate di salute e benessere. In questo senso le linee guida hanno la funzione di riferimento generale e suggeriscono delle direzioni da prendere e non una rigida casistica di interventi. Sicuramente le sperimentazioni in corso faranno da verifica sull'effettiva funzionalità delle guide in termini di indagine e redazione dei progetti, di conseguenza sarà utile per capire se lo strumento può essere un valido sostegno da tenere in considerazione e implementare.

Se da un lato mantenere lo sguardo verso la piccola scala - più tangibile nella pratica e di più facile lettura - sembra la prospettiva migliore per il raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti, dall'altro una riflessione interessante è quella di ritenere che avere degli scenari globali senza la definizione di precise previsioni ma di possibilità possa essere un approccio meno rischioso in termini di gestione generale del territorio. Senza dubbio è indiscutibile l'importanza del ruolo della macro-urbanistica ed è infatti indispensabile mantenere una visione unitaria del progetto urbano per garantire le attività di un intero territorio in termini economici, politici, sociali e di gestione.

La città è un organismo vivente che si compone di una struttura organica concepita secondo delle regole. In quanto tale, la sua gestione deve avvenire seguendo delle dinamiche evolutive e non secondo un dato evento statico. L'organismo vivente delle città è costituito dalle persone, pertanto è indispensabile porre al centro delle riflessioni delle dinamiche di trasformazione urbana le persone che la vivono.

Concepire la città come un organismo vivente è impresa difficile. Si possono individuare delle regole generali di sviluppo e gestione ma, in relazione all'imprevedibilità soprattutto di alcune trasformazioni (ad esempio la pandemia da Covid-19), c'è la necessità di una gestione meno rigida e normativa, a favore della definizione di linee guida di sviluppo strategico che abbiano carattere di flessibilità e adattabilità relativo alle necessità, ai bisogni e alle percezioni delle persone. "*Domus enim semper mortua, in habitans vivus*" Paracelso (...perché la casa è sempre morta: chi la abita è vivo).



## ***Bibliografia***

- AA.VV. (2014), *New Urban Question*, ricerche sulla città contemporanea 2009-2014, Università Iuav di Venezia – dipartimento di Culture del Progetto, Quaderni della ricerca. ARACNE editrice
- AA.VV. (2018), *The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move*, *The Lancet*, Vol 392
- Agostini I. (2019), *Spiragli di utopia. Lefebvre e lo spazio rurale. Commento a Spazio e politica. Il diritto alla città II*, Casa della cultura; <http://casadellacultura.it/857/spiragli-di-utopia-lefebvre-e-lo-spazio-rurale>
- Ajuntament de Barcelona. Comissió d’Ecologia, Urbanisme i Mobilitat. *Mesura de Govern. Omplim de Vida els Carrers. La implantació de les Superilles a Barcelona*. (2016), Available online: <https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/97356/1/mesuradegovernomplimdevidaels carrerslaimplantacidelessuperi-160518111846.pdf> (accessed on 23 April 2020)
- Amendola G. (2019), *Sguardi sulla città moderna*, Edizioni Dedalo, Bari
- Amendola G. (2019), *Un urlo una domanda*; *Sociologia urbana e rurale* n.118, 2019 (141-144), Franco Angeli
- AVS (2009), «Taula per a la millora urban - TxMU (Table for Urban Improvement)», *Urban Revitalization. Good Practices*, Management of Housing, Urban Planning and Activities Services of the Diputació de Barcelona, pp. 144-156
- Backman G. (2008), “Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries”, *The Lancet*, 372: 2047-85
- Barton H. (2009), *Land use planning and health and well-being*. *Land Use Policy, Land Use Futures* 26, S115–S123. <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2009.09.008>
- Barton H., Tsourou C, (2000), *Healthy Urban Planning: A WHO Guide to Planning for People*. London, E&FN Spon

- Barton, H., Grant, M., (2013), Urban Planning for Healthy Cities: A Review of the Progress of the European Healthy Cities Programme. *Journal of Urban Health* 90, 129–141. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9649-3>
- Baum, F., (1995), Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine* 40, 459–468
- Baum, F. (1999), The role of social capital in health promotion: Australian perspectives. *Health Promotion Journal of Australia*, 9(3), 171–178
- Baum, F., Jolley, G., Hicks, R., Saint, K., Parker, S., (2006), What makes for sustainable Healthy Cities initiatives? - A review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promotion International* 21, 259–265
- Bauman Z.(2011), [Danni collaterali. Diseguaglianze sociali nell'età globale](#), Laterza Roma-Bari
- Bianchetti C. (2016), Spazi che contano. Il progetto urbanistico in epoca neo-liberale, Donzelli editore, Roma
- Bird, E.L., Ige, J.O., Pilkington, P., Pinto, A., Petrokofsky, C., Burgess-Allen, J., (2018). Built and natural environment planning principles for promoting health: an umbrella review. *BMC Public Health* 18. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5870-2>
- Belfast City Council (2004), Belfast City Masterplan, testo disponibile sul sito: <http://www.belfastcity.gov.uk/buildingcontrolenvironment/regeneration/belfastmasterplan.aspx>
- Belfast City Council (2011), Belfast City Masterplan Review
- Belfast City Council (2015), Belfast Cite Centre. Regeneration and Investment Strategy, <http://www.belfastcity.gov.uk/buildingcontrolenvironment/regeneration/Regenerationandinvestmentplan.aspx>
- Belfast Healthy Cities, Belfast: A WHO Healthy City through 25 years, [http://www.belfasthealthycities.com/sites/default/files/publications/BHC\\_25years.pdf](http://www.belfasthealthycities.com/sites/default/files/publications/BHC_25years.pdf)
- Bethune A. (1997), Unemployment and mortality in Drever F and Witehead M (Eds). *Health inequalities: decennial supplement*, ONS Series DS no. 15. London, The Stationery Office: 156-167

- Bracht, N., Tsouros, A., (1990), Principles and strategies of effective community participation. *Health promotion international* 5, 199–208
- Buck, N. (2001), Identifying neighbourhood effects on social exclusion. *Urban Studies*, 38(12), 2251–2275
- Calgary, S., 2014, Active Neighbourhoods Canada. SUSTAINABLE CALGARY. URL <http://sustainablecalgary.org/home/anc/>
- Campbell, C., (2001), Social capital and health: contextualising health promotion within local community networks
- Carta M. (2019), Nuovi paradigmi per una diversa urbanistica. Casa della Cultura. <https://www.casadellacultura.it/851/nuovi-paradigmi-per-una-diversa-urbanistica>
- Castells M. (1975), Lotte urbane e potere politico; Marsilio editori, Padova
- Chiodelli, F., n.d. La cittadinanza secondo Henri Lefebvre: urbana, attiva, a matrice spaziale
- Corburn, J., (2005), Urban planning and health disparities: Implications for research and practice. *Planning Practice & Research*, 20(2), pp. 111-126
- Corburn, J. (2009), *Toward the healthy city: People, place and the politics of planning*; Cambridge: MIT Press
- Corburn, J., (2015). Inclusive and healthy cities: Commentary on transport, social exclusion and health. *Journal of Transport & Health* 2, 618–619. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2015.10.002>
- Corburn, J., (2015). City planning as preventive medicine. *Preventive Medicine* 77, 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.04.022>
- Corburn, J., (2017). Urban Place and Health Equity: Critical Issues and Practices. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14, 117. <https://doi.org/10.3390/ijerph14020117>
- Corburn, J., (2017). Concepts for Studying Urban Environmental Justice. *Current Environmental Health Reports* 4, 61–67. <https://doi.org/10.1007/s40572-017-0123-6>
- Corburn, J., Sverdluk, A., (2017), Slum Upgrading and Health Equity. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14, 342. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040342>

- Costes Laurence (2019), La rivendicazione odierna del diritto alla città; *Sociologia urbana e rurale* n.118, 2019 (30-45), Franco Angeli
- Curtis, S., & Cave, B. (2001), Developing a practical guide to assess the potential health impact of urban regeneration schemes. *Promotion & Education*, 8(1), 12–16
- Curtis, S., Cave, B., & Coutts, A. (2002), Is urban regeneration good for health: Perceptions and theories of the health impacts of urban change. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 20(4), 517–534
- D’Onofrio R., Trusiani E. (2017), *Città, salute e benessere. Nuovi percorsi per l’urbanistica*, Franco Angeli, Milano
- Davies, J.K., Kelly, M., (2014), *Healthy cities: research and practice*. Routledge.
- De Leeuw, E., (1999), Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health. *Health promotion international* 14, 261–270
- De Leeuw E; Skovgaard T, (2005), 'Utility-driven evidence for healthy cities: Problems with evidence generation and application', *Social Science and Medicine*, vol. 61, pp. 1331 - 1341, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.028>
- de Leeuw, E. (2011), Do healthy cities work? A logic of method for assessing impact and outcomes of healthy cities; *Journal of Urban Health*, 89(2), 217–231
  - de Leeuw E., Green G., Dyakova M., Spanswick L., Palmer N. (2015), “European Healthy Cities Evaluation: conceptual framework and methodology”. *Health Promotion International*, 30 (Suppl. 1): i8–i17
- de Leeuw E., Green G., Dyakova M., Spanswick L., Palmer N. (2015), “European Healthy Cities Evaluation: conceptual framework and methodology”. *Health Promotion International*, 30 (Suppl. 1): i8–i17
- Di Giovanni Andrea, n.d. Vita e morte delle grandi città. <http://www.planum.net/vita-e-morte-delle-grandi-citta-review>
- Diputación de Barcelona (2010), *La Taula per a la Millora Urbana. L’iniziativa aziendale di cross-training al Server della rigenerazione urbana*. Consiglio provinciale di Barcellona. Disponibile su [http://www.diba.cat/c/document\\_library/get\\_file?uuid=8c42394c-050d-4a88-b0f3-b099d10708a3&groupId=479934](http://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=8c42394c-050d-4a88-b0f3-b099d10708a3&groupId=479934)



[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desi\\_gualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicar\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desi_gualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf)

- Diputacio Barcelona (2011), La Taula per a la Millora Urbana (TxMU). La iniciativa de treball transversal al servei de la regeneraciò urbana”. Last accessed 2019/11/19  
[https://www.diba.cat/c/document\\_library/get\\_file?uuid=8c42394c-050d-4a88-b0f3-b099d10708a3&groupId=479934](https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=8c42394c-050d-4a88-b0f3-b099d10708a3&groupId=479934)
- El-Askari, G., Freestone, J., Irizarry, C., Kraut, K.L., Mashiyama, S.T., Morgan, M.A., Walton, S., (1998), The Healthy Neighborhoods Project: a local health department’s role in catalyzing community development. *Health Education & Behavior* 25, 146–159
- Ellaway Anne, Macintyre Sally, Bonnefoy Xavier, (2005), Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross-sectional survey; *BMJ* 2005; 331 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38575.664549.F7> (Published 15 September 2005)  
Cite this as: *BMJ* 2005;331:611
- Elliot I. (2001), Health Impact Assessment, an introductory paper, Institute of Public Health in Ireland,  
[http://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/HIA\\_introduutory\\_paper.pdf](http://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/HIA_introduutory_paper.pdf)
- Evans, G., (2009), Creative Cities, Creative Spaces and Urban Policy. *Urban Studies* 46, 1003–1040. <https://doi.org/10.1177/0042098009103853>
- Favaretto Anna, Fulciniti Roberto, Russolo Nicola (2015), Studi morfologici per il riciclo della città, n.d. . Issuu. URL [https://issuu.com/recycleitaly/docs/8035\\_re-it12\\_1](https://issuu.com/recycleitaly/docs/8035_re-it12_1)
- Fitzpatrick, S., Hastings, A., & Kintrea, K. (1995), Including young people in urban regeneration: a lot to learn? Bristol, UK: The Polity Press
- Forrest, R., & Kearns, A. (1999), Joined-up places?: Social cohesion and neighbourhood regeneration. York, UK: Joseph Rowntree Foundation
- Gabellini P. (2018), Le mutazioni dell’urbanistica. Principi, tecniche e competenze, Carocci Editore

- Garau Chiara, Pavan Valentina, (2018), Evaluating Urban Quality: Indicators and Assessment Tools for Smart Sustainable Cities. Sustainability 10, 575. <https://doi.org/10.3390/su10030575>
- Gehl, J., (2010), Cities for people. Island Press, Washington [etc.].
- Gehl Jan - Svarre Birgitte (2018), How to Study Public Life: Methods in Urban Design - Island Press - IBS, n.d. URL <https://www.ibs.it/how-to-study-public-life-libro-inglese-jan-gehl-birgitte-svarre/e/9781610914239> (accessed 10.4.18)
- Gibson, M., & Langstaff, M. (1981), An introduction to urban renewal. London, UK: Hutchinson Publishers
- Giles-Corti, B., Lowe, M., Arundel, J., (2019), Achieving the SDGs: Evaluating indicators to be used to benchmark and monitor progress towards creating healthy and sustainable cities. Health Policy. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.001>
- Grant, M., Brown, C., Caiaffa, W.T., Capon, A., Corburn, J., Coutts, C., Crespo, C.J., Ellis, G., Ferguson, G., Fudge, C., Hancock, T., Lawrence, R.J., Nieuwenhuijsen, M.J., Oni, T., Thompson, S., Wagenaar, C., Thompson, C.W., (2017a), Cities and health: an evolving global conversation. Cities & Health 1, 1–9. <https://doi.org/10.1080/23748834.2017.1316025>
- Grant, M., Brown, C., Caiaffa, W.T., Capon, A., Corburn, J., Coutts, C., Crespo, C.J., Ellis, G., Ferguson, G., Fudge, C., Hancock, T., Lawrence, R.J., Nieuwenhuijsen, M.J., Oni, T., Thompson, S., Wagenaar, C., Ward Thompson, C., (2017b), Cities and health: an evolving global conversation. Cities & Health 1, 1–9. <https://doi.org/10.1080/23748834.2017.1316025>
- Halpern, D. (1995), Mental health and the built environment: More than bricks and mortar? London, UK: Taylor & Francis Publishers
- Hart, T., Johnston, I., (2008), Employment, Education and Training, in: Urban Regeneration: A Handbook. SAGE Publications Ltd, 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom, pp. 129–152. <https://doi.org/10.4135/9781446219980.n7>
- Heritage, Z., Dooris, M., (2009), Community participation and empowerment in Healthy Cities. Health Promotion International 24, i45–i55

- Hidalgo D. (2018), Need New Ideas to Advance Public Transport? Look to Vienna. TheCityFix. URL <http://thecityfix.com/blog/need-new-ideas-advance-public-transport-look-vienna-dario-hidalgo/>
- Indovina F. (2015), Vecchia e nuova questione urbana; da A. Becchi, C. Bianchetti, P. Ceccarelli, F. Indovina, La città del XXI secolo. Ragionando con Bernardo Secchi, Franco Angeli, Milano
- Indovina F. (2015), Un giardino delle muse per capire le città, Casa della cultura; <http://www.casadellacultura.it/932/un-giardino-delle-muse-per-capire-la-citt-agrave->
- Institute of Public Health in Ireland (2003), Health Impact Assessment, a practical guidance manual, <http://www.publichealth.ie/publications/healthimpactassessmentapracticalguidancema> nual2003. <http://ukpopulation2016.com/population-of-belfast-in-2016.html>
- Johnson, R., Gregory, P., Pratt, G., & Watts, M. (2000), The dictionary of human geography (4th ed.). Oxford, UK: Blackwell Publishers
- Jacobs, J., (1961), The death and life of great American cities. Vintage books, New York
- Kelaher [Margaret](#), et al. (2018), The impact of public performance reporting on health plan selection and switching: A systematic review and meta-analysis, n.d. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.003>
- Knox, S. (2003), Planning as a public health issue. Urban policy and research, 21(4), 317–319
- Koohsari, M.J., Mavoa, S., Villanueva, K., Sugiyama, T., Badland, H., Kaczynski, A.T., Owen, N., Giles-Corti, B., (2015), Public open space, physical activity, urban design and public health: Concepts, methods and research agenda. Health & Place 33, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.02.009>
- Krieger N. (2014), Discrimination and health inequities. Int J Health Serv. 2014;44:643–710. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.b>.
- La Cecla F. (2015), Contro l’urbanistica, Giulio Einaudi editore, Torino
- Lefebvre H. (1970), Il diritto alla città, Marsilio editori, Padova
- Low, S. (2000), On the plaza: The politics of public space and culture. Austin, USA: University of Texas Press

- MacIntyre, S., MacIver, S., & Sooman, A. (1993), Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 22(2), 213–234
- MacIntyre, S., & Ellaway, A. (1999), Local opportunity structures, social capital and social inequalities in health: What can central and local government do? *Health Promotion Journal of Australia*, 9(3), 165–170
- MacIntyre, S., & Ellaway, A. (2003), Neighbourhoods and health: An overview. In I. Kawachi & L. Berkman (Eds.), *Neighbourhoods and health* (pp. 20–42). Oxford, UK: Oxford University Press
- Marmot M. (2016), *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto; Il pensiero scientifico editore, Roma*
- Marmot M., Wilkinson R. (2005), *Social determinants of health. Oxford,,Oxford University Press*
- Marmot Review Team (2010), *Fair society, healthy lives: the Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. London; 2010*
- McCartney, G., Palmer, S., Winterbottom, J., Jones, R., Kendall, R., Booker, D., (2010), A health impact assessment of the 2014 Commonwealth Games in Glasgow. *Public Health* 124, 444–451. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.04.004>
- McGregor, A., & McConnachie, M. (1995), Social exclusion, urban regeneration and economic reintegration. *Urban Studies*, 32(10), 1587–1600
- Mehdipanah, R.; Novoa, A.M.; León-Gómez, B.B.; López, M.J.; Palència, L.; Vasquez, H.; Díez, È.; Borrell, C.; Pérez, K. (2019), Effects of Superblocks on health and health inequities: A proposed framework for evaluation. *J. Epidemiol. Community Health* 2019, 73, 585–588
- Mittelmark, M.B., (2001), Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health promotion international* 16, 269–274
- Moore, K., Harkins, C., (2017), *Evaluating Sistema Scotland – Big Noise Torry: initial findings report 54*
- Moran, M.R., Rodríguez, D.A., Corburn, J., (2018), Examining the role of trip destination and neighborhood attributes in shaping environmental influences on

- children's route choice. *Transportation Research Part D: Transport and Environment* 65, 63–81. <https://doi.org/10.1016/j.trd.2018.08.001>
- Mouratidis, K., (2018), Built environment and social well-being: How does urban form affect social life and personal relationships? *Cities* 74, 7–20. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2017.10.020>
  - Mouratidis, K., (2019), Compact city, urban sprawl, and subjective well-being. *Cities* 92, 261–272. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2019.04.013>
  - Musterd S, Marcińczak S, van Ham M, Tammaru T. (2017), Socioeconomic segregation in European capital cities. Inverso cui precreasing separation between poor and rich. *Urban Geogr.* 2017;38:1062–83. <https://doi.org/10.1080/02723638.2016.1228371>
  - *New Metropolitan Perspectives, Knowledge Dynamics and Innovation-driven Policies Towards Urban and Regional Transition Volume 2*; Editors: Bevilacqua, Carmelina, Calabrò, Francesco, Della Spina, Lucia (Eds.) Gathers the proceedings of the International Symposium *New Metropolitan Perspectives*, held in Reggio Calabria, Italy on May 26–28, 2020
  - Niero M. (2002), *QUALITÀ DELLA VITA E DELLA SALUTE. Strategia di analisi e strumenti per la misurazione*
  - Nieuwenhuijsen, M., Khreis, H., (2017), Green space is important for health. *The Lancet* 389, 700. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30340-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30340-9)
  - Nuvolati Giampaolo (2010), *La qualità della vita. Tradizione di studi e nuove prospettive di ricerca nella sociologia urbana* p. 97-111; *La vivibilità urbana nella città contemporanea* 52 | 2010 *la società contemporanea / La vivibilità urbana nella città contemporanea*
  - Odoguardi (2019), *Rigenerazione urbana e le nuove prestazioni dello spazio pubblico. Alcune riflessioni. UPhD Green L'Agenda 2030 e l'Obiettivo 11. L'impegno dei dottorati nella costruzione di città e comunità sostenibili* a cura di G. Fini, V. Saiu, C. Trillo (2019), [Planum. The Journal of Urbanism no. 39, vol. II/2019 L'agenda 2030 e l'Obiettivo 11. L'impegno dei dottorati nella costruzione di città e comunità sostenibili](https://www.planum.net/it/39-2019-02)  
[www.planum.net](http://www.planum.net) | ISSN 1723-0993

- ONU. Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. ONU, 2015.  
[https://www.unric.org/it/images/Agenda\\_2030\\_ITA.pdf](https://www.unric.org/it/images/Agenda_2030_ITA.pdf)
- Organizzazione Mondiale della Sanità ufficio regionale per l'Europa. Salute 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere. World Health Organization, 2013.  
[http://www.dors.it/alleg/newfocus/def\\_health2020.pdf](http://www.dors.it/alleg/newfocus/def_health2020.pdf)
- Paez Navas, M.P., (2017), Superblocks 2.0 a Torino. Lezioni apprese da Barcellona e linee guida per il recupero dello spazio pubblico nelle città. (PhD Thesis). Politecnico di Torino.
- Pasqui G. (2017), Urbanistica oggi, piccolo lessico critico, Donzelli Editore
- Public Health England (2017), Spatial Planning for Health: an evidence resource for planning and designing healthier places
- Rydin Y. et al. (2012), "Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century"; The Lancet Volume 379, No. 9831: 2079-2108, 2
- Schuchter, J., Bhatia, R., Seto, E., (2014), Health impact assessment in the United States: Has practice followed standards? Environmental Impact Assessment Review 47, 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.eiar.2014.03.001>
- Secchi B. (2000), Prima lezione di urbanistica, Laterza, Roma
- Secchi B. (2013), La città dei ricchi e la città dei poveri, Laterza, Roma
- Secchi B. (2011), La nuova questione urbana: ambiente, mobilità e disuguaglianze sociali, in Crios, Critica degli ordinamenti spaziali, n.1, pp. 89-98, Published by Carocci Editore, Roma
- Secchi B. (2015), Il futuro si costruisce giorno per giorno. Riflessioni su spazio, società e progetto; a cura di Giulia Fini; Donzelli editore, Roma
- Sennet R. (2018), Costruire e abitare. Etica per la città, Feltrinelli, Milano
- Serag El Din, H., Shalaby, A., Farouh, H.E., Elariane, S.A., (2013), Principles of urban quality of life for a neighborhood. HBRC Journal 9, 86–92.  
<https://doi.org/10.1016/j.hbrcej.2013.02.007>

- Shekhar, H., Schmidt, A.J., Wehling, H.-W., (2019). Exploring wellbeing in human settlements - A spatial planning perspective. *Habitat International* 87, 66–74. <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2019.04.007>
- Soja E. W. (1989), [Postmodern Geography: The Reassertion of Space in Critical Social Theory](#), London: Verso Press
- Soja E. W. (2000), *Postmetropolis: Critical Studies of Cities and Regions*, Oxford: Basil Blackwell
- Soja E. W. (2010), *Seeking for spatial justice*, University of Minnesota, Press, Minneapolis (mn)
- Sooman, A., Macintyre, S., (1995), Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighbourhoods in glasgow. *Health & Place* 1, 15–26. [https://doi.org/10.1016/1353-8292\(95\)00003-5](https://doi.org/10.1016/1353-8292(95)00003-5)
- Swainston K., Summerbell C. (2008), *The effectiveness of community engagement approaches and methods for health promotion interventions*. Teeside: University of Teeside
- Takano T., Nakamura K., Watanabe M. (2002), Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces; *J Epidemiol Community Health* 2002;56:913–918
- Talia M. (2019), Salute e equità sono questioni urbanistiche, città bene comune. Casa della cultura. <http://casadellacultura.it/883/salute-e-equit-agrave-sono-questioni-urbanistiche>. Last accessed 2019/11/12
- Tannahill, A. (2008), Beyond evidence to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International* 23, 4: 380-390
- Tengland PA. (2007), Empowerment: a goal or a means for health promotion? *Med Health Care Philos.* 2007 Jun;10(2):197-207
- Thomson, H., Petticrew, M., & Douglas, M. (2003), Health impact assessment of housing improvements: Incorporating research evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1), 11–16

- Vazzoler, N., Roveroni, S., (2016). Luoghi centrali e spazi pubblici. La costruzione di reti di prossimità. EUT Edizioni Università di Trieste
- Verbeek Thomas (2014), Reconnecting urban planning and public health: an exploration of a more adaptive approach 2014
- WHO (1997), Health and Environment in Sustainable Development - Five Years after the Earth Summit
- WHO (1999), Healthy Cities and the city planning process: a background document on links between health and urban planning
- Wilcox D. (1994), Community participation and empowerment: putting theory into practice. RRA Notes. 1994; 21: 78–82
- Yusuf, S., et al. (2019), Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. The Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
- Zhang, L., Zhou, S., Kwan, M.-P., (2019), A comparative analysis of the impacts of objective versus subjective neighborhood environment on physical, mental, and social health. Health & Place 59, 102170. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102170>