

# Sintesi

## Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di salute pubblica

(22.09.2021)

Per la Redazione - Serena Moriando

18 ottobre 2021





Documento di indirizzo per  
la pianificazione urbana in  
un'ottica di Salute Pubblica

Il documento, di 76 pagine, è composto da una premessa, sei capitoli e diversi sottocapitoli:

- ▶ **Introduzione**
- ▶ **Ambiente urbano, salute e pianificazione urbana**
- ▶ **La promozione della salute in ambiente urbano: ruoli e responsabilità**
- ▶ **La valutazione della pianificazione urbanistica in ottica di Sanità Pubblica**
- ▶ **Formazione**
- ▶ **Biblio-sitografia essenziale**

Con l' Accordo Stato-Regioni del 22 settembre 2021 è stato approvato il Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica - *Urban Health*.

Nella premessa del documento, viene evidenziato come negli ultimi anni si sia diffusa una crescente attenzione alla relazione tra salute pubblica e pianificazione urbana in grado di giocare un ruolo decisivo anche nella promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute.

La stessa **Organizzazione delle Nazioni Unite**, nel contesto dei 17 Obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, **esprime un chiaro giudizio sull'attuale modello di sviluppo, insostenibile non solo sul piano ambientale ma anche su quello economico e sociale.**

In particolare, l'**Obiettivo 11 punta a “rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili”**, nella consapevolezza che l'ambiente che ci circonda può influire drasticamente sulle nostre abitudini e stili di vita. Per questo motivo, il miglioramento dei nostri spazi vitali è un obiettivo imprescindibile entro il 2030.

Tale principio, a livello nazionale, è declinato da alcuni obiettivi della **“Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile”**, approvata dal CIPE il 22 dicembre 2017, e, in particolare, nella scelta strategica III - “Promuovere la salute e il benessere” - dell'area “Persone”.

Sulla stessa linea, la dichiarazione finale della **Sesta Conferenza Interministeriale di Ostrava del 2017**, condotta sotto l'egida della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), **afferma che tra gli elementi cruciali che influenzano la salute vi sono le città, individuate come il luogo critico per eccellenza, su cui l'umanità del pianeta sta riversando miliardi di persone, energie, consumi e diseguaglianze** che devono essere gestite e ove possibile, superate. All'interno di questo settore l'architettura, i trasporti, il rumore, il cibo sono ambiti su cui le politiche devono riuscire a incidere.

## 1. Introduzione (p. 5-7)

Il documento si è posto l'obiettivo di **individuare i criteri che possano aiutare gli operatori e i decisori nella valutazione della pianificazione urbanistica finalizzata alla promozione della salute e dei corretti stili di vita** e nell'ottica della *Urban Health*.

Nel testo viene illustrata la definizione del concetto di salute che l'OMS inserì nel suo atto costitutivo del 1948. Con *Urban Health* si fa riferimento a un orientamento strategico che integra le azioni di tutela e promozione della salute nella progettazione urbana, sottolineando la forte dipendenza tra il benessere fisico, psichico e sociale e l'ambiente urbano in cui si vive.

Questo concetto di salute si è via via sostanziato e implementato nella definizione di "determinanti sociali e ambientali della salute". La definizione di salute, dunque, non si riferisce meramente alla sopravvivenza fisica o all'assenza di malattia ma si amplia, comprendendo gli aspetti psicologici, le condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, la vita lavorativa, economica, sociale e culturale. Nel considerare ciò, non è più possibile trascurare il ruolo delle città come promotrici di salute, in quanto la qualità della vita e le condizioni ambientali globali dipendono in larga parte dallo stato dell'ambiente urbano.

L'ambiente urbano, infatti, incide sulla salute agendo su diversi livelli, dall'esposizione della popolazione a fattori di rischio legati a un ambiente fisico inadeguato, ai cambiamenti sociali che accompagnano l'urbanesimo e alterano i comportamenti individuali, alle alterazioni dei sistemi di supporto vitale della biosfera e del clima per la rilevante impronta ecologica delle popolazioni urbane moderne. Nelle città si osservano problemi di salute di grande rilievo quali la diffusione di malattie infettive emergenti o riemergenti (vedi la pandemia causata dal SARS-CoV2) e, soprattutto, di malattie croniche non trasmissibili, principale problema per la sostenibilità dei Servizi sanitari nei Paesi sviluppati. Tali situazioni sono correlate anche a uno sviluppo urbanistico scorretto,

con la diffusione di quartieri privi di spazi verdi o di luoghi di aggregazione, impersonali e alienanti, che facilitano le popolazioni ad assumere comportamenti non salutari.

Spesso la città ripropone, nelle sue forme e disposizioni spaziali, disuguaglianze sociali basate su una diversa distribuzione dei determinanti sociali di salute: istruzione, reddito, lavoro, beni relazionali e cultura. Nelle nostre città, assistiamo a una sproporzione nella distribuzione tra centro e periferia, o tra periferie storiche e consolidate e periferie di nuova costruzione, tra quartieri pianificati a partire da una visione di città sociale e inclusiva e quartieri degradati. Le principali conseguenze sociali sono, ad esempio, un'alta frequenza di incidenti stradali e una diffusa criminalità, ma anche una maggior diffusione di patologie croniche non trasmissibili, obesità, disturbi psichici, ludopatie.

Accanto a un degradato contesto sociale, altre componenti dell'ambiente fisico delle città (industrializzazione, alta densità abitativa, eccessiva produzione di rifiuti, traffico congestionato, scarsa disponibilità di aree verdi accessibili, effetto isola di calore urbano<sup>1</sup>, ecc.) espongono la popolazione a numerosi rischi che si esprimono in modo palese, come nel caso di incidenti stradali o di patologie respiratorie e cardiovascolari (BPCO, IMA, ICTUS, ecc.) secondarie all'inquinamento atmosferico, determinando danni cronici alla salute fisica e mentale. Tali esposizioni riguardano soprattutto le fasce più vulnerabili della popolazione o quelle socialmente più svantaggiate. È nota, infatti, la relazione esistente tra livelli socio economici deprivati e un compromesso stato di salute delle relative popolazioni, che causa disparità di esposizione e di effetti (vulnerabilità sociale all'inquinamento atmosferico, all'inquinamento acustico e alle temperature estreme) e forti disuguaglianze nella distribuzione delle patologie. Le persone svantaggiate in termini di situazione socioeconomica o di età, infatti, non solo risiedono in aree più degradate e più inquinate ma risentono anche in misura sproporzionata dei rischi ambientali.

Anche in Italia, inoltre, come a livello globale, la popolazione sta rapidamente invecchiando e, con l'avanzare dell'età, molte tra le persone più anziane andranno incontro a disabilità fisiche e sensoriali. Su queste problematiche l'OMS ha elaborato un documento d'indirizzo, *Global strategy and action plan on ageing and health*, che si rivolge principalmente agli urbanisti, con lo scopo di monitorare i progressi verso città "amiche" degli anziani. Una città di questo tipo favorisce l'invecchiamento attivo, ottimizzando le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, al fine di migliorare la qualità della vita nell'età avanzata. In pratica, la città adatta le sue strutture e i suoi servizi per renderli accessibili alle persone fragili, con molteplici esigenze e ridotte capacità. È evidente che tali soluzioni rispondono anche a molte delle esigenze della popolazione non anziana, come, ad esempio, bambini e individui con limitazioni funzionali di diversa natura.

---

Le città, peraltro, consumano enormi risorse per garantire adeguate forniture di prodotti alimentari, materie prime, fonti energetiche (combustibili fossili in particolare) e per smaltire i rifiuti prodotti, con dirette conseguenze negative (accumulo di gas serra, riduzione dell'ozono stratosferico, degrado del territorio, ecc.) e cambiamenti dannosi per la salute e per l'ambiente. Il più importante di questi è il cambiamento del clima verso il quale, anche in questo caso, i soggetti più vulnerabili sono gli anziani, i malati e le fasce più povere di popolazione, che vivono ai margini delle aree urbane.

Il traffico urbano, poi, oltre a frammentare i quartieri, causare incidenti, produrre rumore intrusivo e ostacolare l'esercizio fisico, è responsabile di emissioni che causano l'inquinamento atmosferico locale e contribuiscono alla formazione delle piogge acide e all'accumulo globale di anidride carbonica.

Pertanto, anche il futuro della sostenibilità dei sistemi socio-sanitari non può prescindere dal porre particolare attenzione ai determinati urbani della salute, come raccomandato dall'OMS già dagli anni '80, epoca in cui conìò il termine *Healthy City*. Infatti, se le città sono ben pianificate, organizzate e amministrare, le opportunità da esse offerte possono superare i rischi, perché consentono un più facile accesso al lavoro, a strutture ricreative e a servizi di varia natura. Il concetto di *Healthy City* presuppone l'idea di una comunità conscia dell'importanza della salute come bene collettivo.

La pianificazione urbana può contribuire a promuovere i comportamenti sani e la sicurezza, attraverso la riqualificazione di aree esistenti così come attraverso la progettazione di nuovi insediamenti, condizionando e modificando i bisogni emergenti, gli stili di vita e le aspettative dell'individuo, fattori che dovrebbero essere sempre considerati nella definizione e nell'orientamento delle politiche pubbliche. A tal fine è necessaria una pianificazione che integri salute umana e salute ambientale, specialmente in relazione alle sfide relative all'organizzazione del territorio e dei trasporti, alla qualità dell'aria e dell'acqua e allo smaltimento dei rifiuti nelle città. Sono, perciò, necessarie politiche intersettoriali che, con riferimento al benessere fisico, mentale e sociale/relazionale, promuovano la sperimentazione di soluzioni innovative alle sfide delle aree urbane per ridurre le disuguaglianze, migliorare le condizioni sociali, economiche e ambientali e consentire maggiori opportunità ai cittadini per l'adozione di stili di vita sani e attivi, nell'ottica dell'invecchiamento sano e attivo (*healthy and active ageing*).

Le amministrazioni centrali, regionali e locali sono, dunque, chiamate ad assicurare una *governance* multilivello dove istituzioni, imprese, organizzazioni della società civile e cittadini possano contribuire alla progettazione di un assetto urbano equo e armonico, secondo strategie condivise, attraverso lo sviluppo di una cooperazione intersettoriale tra

---

i diversi attori coinvolti e trasversale tra i vari livelli amministrativi per la valutazione dell'impatto sulla salute delle politiche urbane promuovendo, al tempo stesso, gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile citati in Premessa (SDGs - *Sustainable Development Goals*).

## 2. Ambiente urbano, salute e pianificazione urbana (p. 9-30)

Il Capitolo si suddivide a sua volta in numerosi sottocapitoli riguardanti:

### 2.1 Fenomeno di inurbamento ed *Healthy City*

### 2.2 Fattori di rischio e fattori protettivi per la salute pubblica nei contesti urbani contemporanei

### 2.3 Inquadramento epidemiologico e di Sanità Pubblica

- . 2.3.1 Fonti dati: i sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento
- . 2.3.2 Il profilo della popolazione adulta nelle 14 città metropolitane: PASSI 2014-2018
- . 2.3.3 Il profilo della popolazione anziana nelle 14 città metropolitane: PASSI d'Argento 2016-2017
- . 2.3.4 Fonti dati: i sistemi di sorveglianza OKkio alla Salute e HBSC
- . 2.3.5 Il profilo della popolazione infantile nelle 14 città metropolitane: OKkio alla Salute 2019
- . 2.3.6 Il profilo della popolazione adolescenziale nelle 14 città metropolitane: HBSC 2018

### 2.4 Quadro normativo e pianificazione urbanistica

- . 2.4.1 Normativa sanitaria e pianificazione urbanistica
- . 2.4.2 Normativa ambientale e pianificazione urbanistica
- . 2.4.3 Normativa dei trasporti e pianificazione urbanistica.

Segnaliamo alcuni passaggi di particolarmente rilievo:

---

- ▶ Qualunque sia il criterio utilizzato per definire le “città”, esse sono ambienti in cui le persone vivono, in condizioni socio-economiche molto variabili tra loro, e partecipano alla vita pubblica, esercitando diritti e doveri. La popolazione urbana vive, in generale, meglio rispetto a quella rurale, con un migliore accesso ai servizi socio-sanitari che consente di raggiungere e un'aspettativa di vita più elevata. Tuttavia, **malgrado le città racchiudano grandi ricchezze e opportunità** (attrattori culturali, centri scientifici e produttivi, spazi di aggregazione sociale, ecc.), **in esse si ritrovano anche territori di grande povertà** (quartieri periferici monofunzionali, aree marginali, ecc.) **che identificano situazioni di precarietà sociale** (spaziale e culturale, delle minoranze sociali, ecc.). Nonostante le città siano, infatti, diventate mediamente sempre più ricche, con il passare dei decenni in esse si registra una sempre maggiore prevalenza di disturbi mentali o di malattie croniche non trasmissibili. Ed è **l'ineguaglianza a creare un maggiore svantaggio e una maggiore competizione sociale che, a sua volta, favorisce una maggiore incidenza di malattie**. La misura del benessere, perciò, non dipende solo dalla misura del PIL e, quindi, dal potere d'acquisto medio della popolazione, ma interessa in misura crescente il livello di disuguaglianza economica e di opportunità che attraversa una società. **Oggi le città sono il laboratorio possibile e praticabile per i cambiamenti in tema di salute pubblica così evocati e necessari**. Spetta alla politica e alle classi dirigenti individuare una modalità attraverso cui ridurre le aree di disagio, assicurare la sostenibilità della crescita degli insediamenti umani e garantire adeguati livelli di salute pubblica, sia in piccole comunità rurali sia in realtà urbane di piccole, medie o grandi dimensioni. Tuttavia, è essenziale che, in questo percorso, i cittadini assumano un ruolo attivo per migliorare le condizioni di vita nei contesti urbani.
  
  - ▶ I fenomeni del crescente inurbamento e della conseguente urbanizzazione sono collegati soprattutto alla crescita drammatica delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT), come cardiopatie, diabete, broncopneumopatie e tumori, un fenomeno che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente definito **“la nuova epidemia urbana”**. Alla base delle principali MCNT ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione scorretta, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste “cause” possono generare quelli che vengono definiti
-

“**fattori di rischio intermedi**”, ovvero: ipertensione, glicemia elevata, ipercolesterolemia e obesità. Le MCNT sono legate, tuttavia, anche a determinanti impliciti, spesso definiti come “**cause delle cause**”: la globalizzazione, l’urbanizzazione, le politiche ambientali, l’invecchiamento progressivo della popolazione e la povertà. È ampiamente riconosciuto, infatti, che i comportamenti individuali e gli stili di vita sono fortemente influenzati dalla comunità di appartenenza, dalla condizione sociale ma anche dalla *fisicità* della città in cui si vive e dipendono anche da *dove* si abita. **I luoghi della città non sono tutti “democratici”**, non tutti hanno le stesse possibilità di accesso ai servizi educativi, sanitari, agli spazi aggregativi, ai trasporti pubblici, agli spazi verdi e ai parchi, aree importanti per poter fare attività fisica e veri e propri “polmoni” delle zone urbane.

- ▶ **Il fattore di rischio ambientale più rilevante in ambiente urbano è rappresentato dall’inquinamento atmosferico (*indoor* e *outdoor*)** determinato da molteplici variabili tra le quali **rivestono un ruolo predominante la qualità degli edifici e delle abitazioni, le modalità di mobilità della popolazione e il consumo delle risorse energetiche** necessarie al riscaldamento e al raffrescamento degli edifici. Per l’effetto congiunto dell’esposizione a inquinamento dell’aria *indoor* e *outdoor*, l’OMS calcola, secondo le stime del 2016, circa 30.000 morti premature in Italia e, di conseguenza, valuta un impatto economico, in termini di mortalità e morbosità da attribuirsi al solo inquinamento dell’aria, pari a circa 90 miliardi di dollari (WHO, *Global Health Observatory*). Da alcuni anni, peraltro, sono in corso una serie di iniziative che mirano ad aumentare l’efficienza energetica degli edifici (riscaldamento, raffrescamento, riduzione sprechi, ecc.), peraltro spesso con una scarsa attenzione alla qualità dell’aria *indoor*. Per porre rimedio a tale situazione, occorre sviluppare specifiche attività di educazione e formazione sulla manutenzione dei sistemi di ventilazione, sulla scelta dei materiali da costruzione, sui prodotti di consumo e sulle attività *indoor* che possono influenzare la Qualità dell’aria interna (IAQ) (fumo, cottura alimenti, pulizie, ecc.) per prevenire i potenziali effetti negativi come raccomandato dalla Commissione Europea (Raccomandazione UE 2019/1019) e anche dall’ENEA che, nel Rapporto Annuale 2020 sull’efficientamento energetico, sottolinea come questi due aspetti non devono entrare in conflitto ma completarsi a vicenda. **Le condizioni abitative inadeguate rappresentano, dunque, una seria**

**minaccia per la salute della popolazione**, specialmente la più vulnerabile, come i bambini nei primi anni di vita, gli anziani e le persone con disabilità che in tali ambienti trascorrono la maggior parte del loro tempo. D'altronde, **anche gli spazi lavorativi presenti negli edifici (ad esempio, scuole, uffici, strutture sanitarie, ecc.) devono essere oggetto di un particolare sforzo per ridurre la presenza di inquinanti**. Le concentrazioni di inquinanti dipendono sia dalla climatologia sia dalle emissioni per riscaldamento e traffico essendo, purtroppo, in quest'ultimo caso, il mezzo privato una delle modalità di spostamento della popolazione più utilizzata (nei capoluoghi, si attesta mediamente su 63 veicoli ogni 100 abitanti). Un'altro degli aspetti che maggiormente incide sulla qualità della vita della popolazione è la gestione dei rifiuti in ambiente urbano. La produzione pro-capite è più elevata nelle aree urbane, 551kg/anno, rispetto al dato medio nazionale, 497kg/anno). Questa differenza si amplifica nelle aree metropolitane più grandi. Da questo derivano molteplici problemi, tra cui vanno ricordati l'organizzazione della raccolta dei rifiuti, che incide anche sul già grave problema di mobilità, i problemi di igiene determinati dall'accumulo di rifiuti in alcune aree urbane e il relativo smaltimento. Una pianificazione urbana volta ad affrontare le problematiche su esposte e attenta alla riduzione degli impatti sull'ambiente determinati dalle attività di una comunità all'interno di spazi limitati persegue anche l'obiettivo di ridurre sostanzialmente i costi sanitari determinati dall'incidenza di patologie connesse a una scarsa qualità ambientale, consentendo di indirizzare le risorse verso la promozione di un più ampio benessere delle popolazioni. Per elaborare una cultura urbanistica che favorisca il benessere della popolazione, la salute urbana e la sostenibilità vanno prese in considerazione fin dalle prime fasi delle nuove progettazioni riguardanti le città. **La pianificazione urbana può rappresentare, a tutti gli effetti, una forma di prevenzione primaria.**

- ▶ **Le dimensioni della salute risultate significativamente diverse fra coloro che vivono in città metropolitane e coloro che vivono in altre realtà urbane o rurali nel resto del Paese sono i sintomi depressivi, il diabete, le malattie respiratorie e i tumori.** A parità di genere, età, istruzione, difficoltà economiche, macroarea di residenza e fattori di rischio fortemente associati a queste diverse patologie (come fumo e alcol e obesità) nelle città metropolitane è significativamente più alta la prevalenza

di persone con sintomi depressivi. Fra i residenti nelle città metropolitane è maggiore la quota di sedentari (32,7% vs 25,8%), fumatori (26,9% vs 25,1%) mentre è minore la quota di consumatori di alcol a rischio (15,6% vs 17,9%). Queste differenze mettono in luce, fra gli adulti residenti nelle città metropolitane, anche una più alta prevalenza di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*Five-a-day*) e una minore prevalenza di obesi. **Fra i residenti nelle città metropolitane è maggiore la quota di sedentari (44,8% nelle città metropolitane vs 37,9% nel resto del territorio italiano) ed è minore la quota di individui che consumano alcol a rischio (17,0% vs 19,4%).** I bambini delle 14 città metropolitane sono risultati più in sovrappeso e obesi dei bambini residenti nel resto del paese (31,0% vs 29,2%) ed entrambi questi valori evidenziano **un'alta e preoccupante prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini in Italia (8-9 anni)**. Esaminando le abitudini alimentari non salutari, la situazione sembra leggermente peggiore nel resto del Paese rispetto alle metropoli. In particolare, più bambini fanno una colazione non adeguata e una merenda abbondante (57,6% per quest'ultimo indicatore rispetto a 51,2% nelle 14 metropoli). Per le bevande zuccherate e/o gassate, invece, il consumo risulta maggiore nelle metropoli. Per l'attività fisica e le attività sedentarie il quadro è meno chiaro: se nelle metropoli sembra molto più comune che i bambini abbiano in camera una TV (1 bambino su 2), non si riscontrano differenze nelle percentuali di coloro che trascorrono più di 2 ore con la TV, i videogiochi, il tablet o il cellulare. La percentuale di ragazzi (11-15 anni) in sovrappeso o obesi non differisce di molto tra quelli residenti nelle metropoli e il resto del Paese. Anche per quanto riguarda il non consumo quotidiano di frutta e verdura non ci sono grandi differenze. L'attività fisica praticata è molto bassa in entrambe le aree, con solo un 10% di adolescenti che arrivano alla raccomandazione dell'OMS di 60 minuti al giorno, mentre un ragazzo su quattro supera i limiti suggeriti di esposizione a schermi (2 ore), ma non si osservano differenze tra metropoli e resto del Paese. Anche per il fumo di sigaretta le percentuali sono abbastanza simili, con valori leggermente maggiori nelle grandi città, come negli adulti. Differenze più rilevanti si rilevano per il consumo di alcol a sfavore del resto del Paese rispetto alle metropoli. Anche questo dato è in linea con quello degli adulti e degli anziani. Il gioco d'azzardo sembra, invece, più frequente tra i residenti nelle grandi metropoli (34,6% rispetto a 29,0 nel resto del Paese).

Si conferma l'associazione negativa fra vivere in una metropoli e sottoporsi a test per la diagnosi precoce dei tumori femminili nell'ambito di programmi organizzati e, al contrario, l'associazione positiva fra vivere in una metropoli e far ricorso all'iniziativa spontanea di sottoporsi a mammografia o screen cervicale. Le dimensioni di benessere psico-fisico dell'anziano analizzate e risultate significativamente diverse fra residenti nelle città metropolitane e residenti nel resto del Paese, sono i sintomi depressivi, la soddisfazione per la propria vita (che può considerarsi un indicatore sintetico delle diverse dimensioni della salute, perché fortemente associato alle condizioni di salute fisica, all'autonomia nella vita quotidiana, alla salute psicologica e alla presenza di malattie croniche) e il controllo sistematico nel tempo del piano terapeutico. Nelle città metropolitane, come accade nella popolazione adulta, è maggiore la prevalenza di anziani con sintomi depressivi (13,9% vs 13,1%). **Nelle città metropolitane gli anziani sono meno soddisfatti delle dimensioni soggettive fondamentali dell'esistenza come le relazioni familiari e amicali, il tempo libero, la percezione della loro condizione economica e quanta fiducia nutrono negli altri (75,8% vs 80,2%), anche a parità di caratteristiche socio-demografiche ma è maggiore la prevalenza di anziani che dichiarano di aver controllato il piano terapeutico con il proprio medico.**

- ▶ Nel 2016 la Comunità Europea ha attivato l'**Agenda Urbana** (AU) tramite il Patto di Amsterdam. L'Agenda mira, in primo luogo, a migliorare la qualità della vita nelle città e, quindi, a stabilire un approccio integrato e coordinato per l'attuazione delle politiche e della legislazione dell'Unione che hanno un impatto sulle aree urbane. Per l'ambiente urbano sono state identificate alcune **tematiche prioritarie**, tra cui aspetti prettamente ambientali quali la qualità dell'aria indoor e outdoor, la mobilità urbana e l'uso sostenibile del territorio, insieme ad aspetti socioeconomici quali la povertà urbana, l'ambiente costruito (*housing*), l'economia circolare, la cultura, l'inclusione di migranti e rifugiati, il lavoro e l'adattamento al clima urbano. Nell'ambito della pianificazione urbana alcuni strumenti di valutazione possono rappresentare un utile supporto alla riduzione degli impatti negativi dello sviluppo urbana:

- la **Valutazione d’Impatto Ambientale (VIA)**, procedura tecnico-amministrativa di verifica della compatibilità ambientale di un progetto, introdotta a livello europeo con la Direttiva CEE 337/85 e aggiornata più recentemente con la Direttiva 2014/ 52/CE. Essa rappresenta uno strumento di supporto decisionale tecnico-politico ed è finalizzata all'individuazione, descrizione e quantificazione degli effetti che un determinato progetto o una determinata opera possono produrre sull'ambiente e, in particolare, sulla popolazione umana e la sua salute;
- accanto alla VIA, con la Direttiva 42/2001/CE, è stata introdotta la **Valutazione Ambientale Strategica (VAS)**, che mira a garantire uno sviluppo sostenibile, cercando di minimizzare gli effetti negativi sull’ambiente e sugli esseri umani derivanti dall’adozione e dall’attuazione di piani e/o programmi;
- la **Valutazione di Impatto Sanitario (VIS)** che è definita come *“la combinazione di procedure, metodi e strumenti utili a valutare i potenziali, e talvolta non intenzionali, effetti che una politica, un piano, un programma o un progetto hanno sulla salute di una popolazione e la distribuzione di tali effetti all’interno della popolazione stessa”*. La VIS, quindi, identifica le azioni più appropriate per gestire e ridurre questi effetti;
- vi è poi la normativa nazionale sui temi della programmazione dei trasporti, con la legge 24 novembre 2000 n. 340, all’art. 22, ha introdotto lo strumento identificato del **Piano Urbano della Mobilità (PUM)** al fine di *“soddisfare i fabbisogni di mobilità della popolazione, assicurare l’abbattimento dei livelli di inquinamento atmosferico e acustico, la riduzione dei consumi energetici, l’aumento dei livelli di sicurezza del trasporto e della circolazione stradale, la minimizzazione dell’uso individuale dell’automobile privata e la moderazione del traffico, l’incremento della capacità di trasporto, l’aumento della percentuale di cittadini trasportati dai sistemi collettivi anche con soluzioni di car pooling e car sharing e la riduzione dei fenomeni di congestione nelle aree urbane”*.

### 3. La promozione della salute in ambiente urbano: ruoli e responsabilità (p. 31-42)

---

Il Capitolo si suddivide a sua volta in numerosi sottocapitoli riguardanti l'approccio intersettoriale e ruolo e responsabilità nei settori Sanitario, Ambiente, Infrastrutture e Trasporti, Scuola oltre agli stessi in capo ai Comuni e ai pianificatori.

#### **4. La valutazione della pianificazione urbanistica in ottica di Sanità Pubblica (p. 43-62)**

Il Capitolo si suddivide in sottocapitoli riguardanti il contesto di riferimento e lo strumento di valutazione per l'Ambiente, Suolo e sottosuolo, Sostenibilità e igiene del costruito, Sviluppo urbano e sociale, Mobilità e trasporti, Spazi esterni.

#### **5. Formazione (p. 63-68)**

Il Capitolo indica finalità e modalità oltre che le varie fasi di questa attività:

5.1 Finalità della formazione.

5.2 Modalità di formazione

5.3 L'esperienza formativa nel Progetto CCM 2017 "Urban Health"

- . 5.3.1 Prima fase: la ricerca bibliografica
- . 5.3.2 Seconda fase: attività di formazione in aula
- . 5.3.3 Terza fase: formazione sul campo
- . 5.3.4 Quarta fase: comunità di pratica

#### **6. Biblio-sitografia essenziale (p. 69-72)**

Il Capitolo conclusivo contiene un'ampia biblio-storiografia nazionale e internazionale di circa sessanta titoli.

#### **Valutazioni conclusive**

I contenuti del documento sono stati, nella sostanza, definiti precedentemente all'insorgenza della emergenza sanitaria da COVID-19 per questo non vi si trovano

---

riferimenti alle misure derivanti dalla necessità di contenere e superare gli effetti della pandemia. Tuttavia, come sottolinea il ministero della Salute, questo non ne riduce la validità, anzi ne sottolinea l'attualità.

Quanto è avvenuto, infatti, suggerisce a tutti coloro che sono coinvolti a diverso titolo, pianificatori e amministratori a livello sia nazionale sia locale, la necessità una profonda riflessione su come gli strumenti attualmente utilizzati nella pianificazione urbana possano essere adeguati per favorire un nuovo modo di vivere le città, un nuovo rapporto tra centri e periferie, una organizzazione di quartiere in grado di soddisfare le esigenze emerse in questo periodo, una rimodulata densificazione dei territori urbani, in modo che le città non rappresentino, come adesso, il principale problema nella diffusione della pandemia ma, diversamente, possano proporsi ed essere percepiti dalla popolazione come ambienti "sicuri" che facilitano il superamento di queste emergenze.

Questo documento è, dunque, un utile strumento di riferimento per gli Amministratori pubblici e chi opera all'interno degli enti locali, ma anche per coloro che, come i sindacati, si confrontano con essi siano portatori di interessi dei cittadini o delle imprese.

---