



Daniele Rallo, Luca Rampado Urbanisti e salute umana

In una fase storica in cui la spinta espansivistica edilizia sta attraversando un periodo di crisi e stagnazione ormai definita “strutturale” l’urbanistica si può concentrare nello studio e nell’approfondimento di altre tematiche. La domanda di inserire aree di nuova espansione nella strumentazione urbanistica è venuta meno ormai da diversi anni. Anzi la richiesta emergente soprattutto dai singoli cittadini proprietari di piccoli e medi appezzamenti edificabili è proprio il suo contrario. Eclatante è la politica urbanistica della Regione Veneto che ha introdotto ancora nel 2015 una legge (Lr 4/2015 e Circolare 1/2016) per la de-classificazione dei territori edificabili attraverso lo strumento della variante urbanistica al piano vigente. Con cadenza annuale (gennaio) i comuni devono avviare la procedura con un avviso pubblico alla cittadinanza per raccogliere le istanze di eliminazione della edificabilità. I cittadini, ma anche le società immobiliari, possono richiedere che i propri terreni edificabili di iure siano “retrocessi” a destinazione agricola, o verde privato, eliminando la possibilità edificatoria. Tale richiesta è essenzialmente riferita alla eliminazione della tassazione locale (Imu, Tasi, ecc.) ma anche alla consapevolezza che il mercato dell’edilizia è completamente e strutturalmente modificato. Ma la richiesta avviene anche dai portatori di interessi più consistenti, cioè dai proprietari di grandi aree con grosse potenzialità edificatorie. In questo caso la richiesta non è ancora per l’eliminazione *tout-court* ma per una riduzione consistente del volume edificabile con la consapevolezza che il mercato richiede quasi esclusivamente edilizia di pregio o comunque di levatura medio-alta. Nel Veneto lo strumento così individuato ha preso subito il nome di “Variante Verde”. Interessante è stata anche l’introduzione della procedura che deve partire dagli stessi proprietari, cioè dai cittadini in primis.

Viceversa la Regione Emilia Romagna con la nuova legge di governo del territorio (Lr 24/17) ha introdotto un meccanismo *ex lege*. Tutte le aree non pianificate, cioè inserite de iure nello strumento urbanistico ma non ancora arrivate (alla data del 1 gennaio 2019) allo stadio dello strumento attuativo e della convenzione collegata, e quindi de facto “agricole”, sono escluse dal perimetro del “territorio urbanizzato” e automaticamente non più edificabili.

In ogni caso si tratta di una nuova attenzione al consumo di suolo. Entrambe le regioni si sono poste in linea con la direttiva europea per bloccare il consumo di suolo entro il 2050. In quest’ottica l’urbanistica, e gli urbanisti, si possono concentrare su altri paradigmi. I temi che più ricorrono nel dibattito recente sono quelli della resilienza, della rigenerazione urbana, dei cambiamenti climatici, del metabolismo urbano. Tra questi può assumere un ruolo importante anche quello relativo alla “salute umana” che forse rappresenta il *trait d’union* di tutti gli altri, ancorché poco investigato in modo specifico.

Nel documento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità “Piano d’Azione Globale per la Prevenzione ed il controllo delle Malattie” la parola “pianificazione urbanistica” è citata ben otto volte collegata all’ambiente e alle condizioni di vita. Il Documento afferma che è essenziale avere la consapevolezza che per una efficace prevenzione e controllo delle malattie è necessaria una “azione multisettoriale” che richiede una *leadership* e un coinvolgimento “coordinato di *stakeholder* diversi e azioni multisettoriali per la salute, sia a livello governativo che di una vasta gamma di attori; il coinvolgimento e le azioni devono attuare approcci basati sulla salute in tutte le politiche e sull’insieme del governo in settori quali la salute, l’agricoltura, la comunicazione, l’istruzione, l’occupazione, l’energia, l’ambiente, le finanze, gli alimenti, gli affari esteri, le condizioni abitative, la giustizia e la sicurezza, la legislazione, il *welfare* sociale, lo sviluppo sociale ed economico, gli sport, la fiscalità e il reddito, il commercio e l’industria, i trasporti, la pianificazione urbanistica e gli affari giovanili, nonché i partenariati con organismi della società civile e del settore privato competenti in materia”².

La salute umana è universalmente riconosciuta come uno dei valori principali da tutelare e non solo come un diritto in sé. Si è raggiunta la consapevolezza che essa sia un pre-requisito per lo sviluppo economico e la stabilità politica. La considerazione della dimensione salute è ormai auspicata e promossa in tutti gli ambiti valutativi di politiche e di programmazione. Il rapporto tra urbanistica e salute è immediato e stringente coniugato assieme alla salvaguardia ambientale e alla valorizzazione del paesaggio. La città è il terreno di sperimentazione e di realizzazione di adeguate politiche urbanistiche per la salvaguardia della salute.

Ma l’urbanistica burocratica deve sempre avere un aggancio di legittimazione dato da un “obbligo” di legge. Sul tema non vi è un preciso riferimento legislativo ma la salute umana è ricompresa nelle problematiche che devono essere analizzate all’interno della valutazione ambientale strategica (Vas). Ma anche nella valutazione di impatto ambientale (Via) per i grandi impianti produttivi in genere. In questo caso vi è un riferimento di legge specifico e uno strumento ad hoc: la Vis, la valutazione di impatto sanitario introdotto da un decreto del Ministero della Sanità nel 2017³.

La Valutazione di Impatto Sanitario è una procedura finalizzata a tutelare la salute delle popolazioni esposte agli impatti che opere, ma anche piani e programmi, possono determinare sull’ambiente del territorio interessato. Il decreto ha recepito la Direttiva europea (n.2014/52/UE) sulla Via, prescrivendo per gli impianti che rientrano in una specifica categoria di pericolosità (grandi impianti di combustione, raffinerie, ecc.) di svolgere una Vis al fine di tutelare le popolazioni dai potenziali impatti che questi determinano sul territorio. Lo stato di salute di una popolazione è il risultato delle relazioni che intercorrono con l’ambiente sociale, culturale e fisico in cui la popolazione vive. I fattori che influenzano lo stato di salute vengono definiti determinanti di salute. Questi comprendono sia fattori biologici naturali (età, sesso, etnia), sia comportamenti e stili di vita, ma anche l’ambiente fisico e sociale, l’accesso alle cure sanitarie e ai servizi in generale, strettamente interconnessi.



Le differenze dei determinanti di salute all'interno di una popolazione possono riflettersi in disuguaglianze sanitarie e, in ultima analisi, sociali⁴. Tutti i determinanti di salute sono collegati al territorio e quindi la loro pressione è determinata dalle scelte o non-scelte delle politiche urbanistiche.

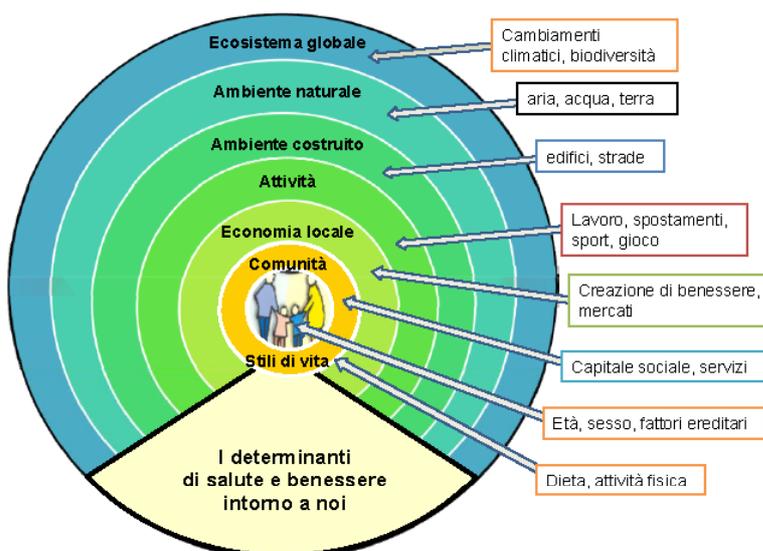
La Vis ha il compito di valutare come un intervento sul territorio possa indurre cambiamenti, su questi determinanti e conseguentemente produrre anche un cambiamento nello stato di salute della popolazione esposta. Se da un lato la Vis deve identificare tutti i rischi che la realizzazione di un'opera, parallelamente deve anche valutarne le opportunità di sviluppo, esplicitando i costi per la comunità, rappresentati dai cambiamenti sia dello stato di salute che di benessere in senso più ampio⁵. Ma la Vis colloquia o deve colloquiare con la Vas. Il percorso metodologico della Vis (dallo screening al monitoraggio) è simile a quello per la Vas. Mentre quest'ultima è obbligatoria all'interno di piani e programmi, la prima è riservata alle grandi opere impattanti. Logica vuole che le due siano integrate in una metodologia multidisciplinare. Tutte le azioni infatti avvengono sulla stessa variabile: il territorio e la città. La professionalità espressa dal

settore sanitario deve essere messa a disposizione di quella urbanistica e viceversa. L'obiettivo è quello di elaborare misure di *policy* tra i vari settori per promuovere l'esercizio fisico attraverso le attività della vita quotidiana, anche attraverso il "trasporto attivo", gli svaghi, il tempo libero e lo sport, con la pianificazione urbanistica e le politiche per migliorare l'accessibilità, l'accettabilità e la sicurezza degli spostamenti a piedi e in bicicletta, nonché le relative infrastrutture.

Due sono le politiche attivabili (in molti casi già attivate) per l'urbanistica "lenta" all'interno della città e del territorio comunale: i percorsi ciclo-pedonali e la messa in rete degli spazi aperti.

E' di nuovo il "progetto di suolo"⁶ che individua, progetta e realizza le parti di città che vengono utilizzate quotidianamente dai cittadini. Sono necessarie le piste per gli spostamenti casa-lavoro o casa-studio. Il progetto di Pedibus per far giungere a scuola gli studenti in sicurezza. Ovvero il progetto di percorsi e spazi in rete per il *running* quotidiano. Esco dal portone di casa e incomincio a correre. Non necessariamente devo trovare un percorso *ad hoc* (è impossibile) né una pista realizzata con alti costi economici. Devo trovare uno spazio

costruito da tanti spazi intervallati a misura di pedone: un marciapiedi, uno slargo, un attraversamento pedonale, ecc. sino ad arrivare al parco. Deve essere un progetto "minimalista" non una "grande opera". Compito del piano è costruire questo progetto di città pubblica al servizio degli utenti cittadini a cui la città privata si deve "piegare"⁷.



Determinanti della salute e benessere di una popolazione

1. Ministero della Salute _Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, a cura di Katia Demofonti (Traduzione non ufficiale), Piano d'azione globale dell'oms per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020.
2. ibidem
3. Istituto Superiore di Sanità ISS, Linee guida per la valutazione di impatto sanitario (DL.vo 104/2017), 2019, Rapporti ISTISAN 19/9 (Gruppo di Lavoro: Eugenia Dogliotti, Laura Achene, Eleonora Beccaloni, Mario Carere, Pietro Comba, Riccardo Crebelli, Ines Lacchetti, Roberto Pasetto, Maria Eleonora Soggiu, Emanuela Testai). Decreto legislativo n.104/2017 derivante dal decreto ambiente (D.Lg.vo 152/2006). L'Art. 1 - Adozione Linee guida per la valutazione di impatto sanitario - VIS recita: "1) Sono adottate le linee guida concernenti "Valutazione di impatto sanitario (VIS)", di cui all'art. 5, comma 1, lettera b-bis, del d. lg.vo 3.4.2006, n. 152, di cui all'allegato 1, che costituisce parte integrante del presente decreto. 2) Le Linee guida di cui al comma 1 sono un aggiornamento sia di quanto pubblicato nel "Rapporto Istisan 17/4" dell'Istituto superiore di sanità, sia di quanto prodotto nel progetto "CCM - Valutazione di Impatto sulla Salute Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti" del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della salute.
4. ISS op. cit.
5. ISS op.cit.
6. Bernardo Secchi, Un progetto di suolo, *Casabella* 1986.
7. Sul tema si vedano i contributi degli specialisti della salute: a) Andrea Gruppioni AUSL-MO, La componente salute negli strumenti di pianificazione urbanistica, Modena 6.6.2011, PPT; b) Daniela Galeone, Ministero Salute, PPT intervento Convegno, Rigenerare spazi urbani per la salute, Marghera-Venezia 22.11.2018; c) Azioni quotidiane (sito), Progettare la città: cosa conta per la salute, variabili relative alla pianificazione territoriale