

**ABITARE L'ITALIA
TERRITORI, ECONOMIE, DISEGUAGLIANZE**



XIV CONFERENZA SIU - 24/25/26 MARZO 2011

Melis G., Vitale Brovarone E. Riqualificazione urbana ed esiti di salute: una lettura delle disuguaglianze a Torino

www.planum.net
ISSN 1723-0993

Riqualficazione urbana ed esiti di salute: una lettura delle disuguaglianze a Torino

Giulia Melis, Elisabetta Vitale Brovarone - SiTI, Politecnico di Torino

Città e salute

Condizione essenziale per determinare la qualità della vita e il benessere, nonché per uno sviluppo economico sostenibile, la salute è in primo luogo un diritto: lo sancisce la World Health Organization¹, che afferma che il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è un diritto di ogni uomo senza distinzione di razza, religione, opinione politica, condizione economica o sociale. La salute, definita nella Costituzione della WHO (1948) come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”, viene dunque considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali.

La salute è inoltre un parametro per misurare i progressi nella riduzione della povertà, nella promozione dell’inclusione sociale e nell’eliminazione delle discriminazioni. Considerato che la maggioranza della popolazione si concentra nelle aree urbane, nel 1988 la WHO ha costituito la rete mondiale “*Healthy Cities*”. Questa rete definisce programmi di lavoro quinquennali finalizzati al miglioramento della salute pubblica, principalmente attraverso azioni di *governance* urbana. L’attuale programma di lavoro (2009-2013), definito a Zagabria nel 2008 e diffuso con la “Dichiarazione di Zagabria”² è orientato ai seguenti obiettivi:

- **ridurre le disuguaglianze di salute e l’esclusione sociale:** questo obiettivo fa riferimento in particolare ai gruppi più vulnerabili, quali bambini, anziani e immigrati. Le disuguaglianze in termini di salute sono considerate come un rischio per la stabilità sociale e il rendimento economico oltre che come affronto alla dignità umana.
- **Investire in azioni e condizioni che supportino stili di vita sani e benessere:** tali azioni sono riconosciute come fondamentali per ridurre il crescente carico di malattie non trasmissibili e croniche, incidenti e violenza, che favoriscono morti premature, disabilità, sofferenza, implicando inoltre enormi costi economici.
- **Affrontare le emergenti minacce alla salute pubblica:** tra le principali minacce alla salute pubblica sono inclusi il cambiamento climatico e gli elementi di criticità legati agli ambienti urbani e alle infrastrutture.
- **Integrare salute e sviluppo sostenibile:** riconosciuto che l’ambiente costruito e le nuove tecnologie esercitano una forte influenza sulla salute dei cittadini, è fondamentale, nel momento in cui si pianifica, si progetta, si gestisce, si riqualficano la città e i quartieri, integrare le dimensioni della salute e dello sviluppo sostenibile.

Inoltre, nel rapporto finale del 2008 la Commissione sui Determinanti Sociali di Salute³ raccomanda che i temi della salute siano posti al centro delle questioni di pianificazione e *governance* delle città (CSDH, 2008).

Anche l’Unione Europea ha recentemente dimostrato un forte interesse per questi temi, mediante raccomandazioni e comunicazioni agli Stati Membri, tra cui in particolare la Comunicazione della Commissione Europea (CCE, 2009), in merito alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell’UE, in cui si invitano tutti gli Stati Membri ad un maggiore impegno in materia.

L’approccio HIAP

È ormai ampiamente riconosciuto che la salute degli individui dipende solo in parte dai servizi sanitari per la cura delle malattie, essendo le condizioni del contesto sociale, economico e politico fattori di grande rilevanza nella determinazione dello stato di salute. In questa prospettiva si colloca la strategia definita nel 1998 dalla WHO Regione Europea, contenuta nel documento “*Health 21: Health for All in the 21st Century*”, che individua i seguenti principi:

- la salute costituisce la preconditione per il benessere e la qualità della vita;
- è fondamentale l’adozione di strategie multisettoriali per affrontare i determinanti della salute assicurandosi l’alleanza da parte dei settori esterni alla sanità;
- la salute è un elemento basilare per una crescita economica sostenibile;

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, d’ora in avanti WHO.

² Zagreb Declaration for Healthy Cities “Health and health equity in all local policies”, Zagreb conference 2008, pubblicato dalla WHO nel 2009.

³ Nota internazionalmente come Commission on Social Determinants of Health - CSDH.

- gli investimenti in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offrono nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori e importanti benefici, contribuendo nel medio periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo (Di Fant, 2009).

In linea con questo approccio, l'Unione Europea ha elaborato nel 2006 i concetti e i metodi della strategia "Health in All Policies" (HIAP), recepita in Italia dal CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) nel 2008, con il progetto "Da Guadagnare Salute e Salute in tutte le Politiche". Il progetto è finalizzato in primo luogo all'individuazione delle relazioni tra i bisogni dei cittadini e le conseguenze che questi bisogni producono sulle condizioni e sugli stili di vita e sulla salute, nonché alla valutazione degli effetti che gli interventi e le politiche in risposta a tali bisogni producono sulla salute. Fine ultimo è il trasferimento di queste conoscenze in consapevolezza dei decisori riguardo al ruolo che le politiche giocano sulla salute dei cittadini, elaborando idonei materiali di documentazione su ogni ambito di politiche non sanitarie.

In campo urbanistico l'approccio HIAP ha portato alla definizione di una sequenza di nessi causa-effetto tra un bisogno primario - la vivibilità all'interno della città -, alcuni determinanti che caratterizzano la città stessa - densità, integrazione delle funzioni e disponibilità e qualità dei servizi e dello spazio pubblico -, e alcuni specifici fattori di rischio - sedentarietà, inquinamento dell'aria, inquinamento acustico, impatti sociali e psicologici, incidentalità e accesso alle cure e ai servizi -, che possono portare all'insorgere di malattie e a un'alterazione dello stato di benessere dell'individuo.

Il ruolo della pianificazione

Riconosciuto l'ambiente fisico e socioeconomico in cui si vive come un fattore centrale nel determinare il benessere dei cittadini, è evidente che la pianificazione urbana, insieme con gli interventi di carattere sociale, va intesa come politica per la salute. Una maggiore collaborazione con gli esperti di salute pubblica ed epidemiologia potrebbe dunque rivelarsi efficace nel disegnare e pianificare città più sane (Northridge et al., 2003).

Numerose patologie, quali problemi cardiaci, cancro, diabete, asma, lesioni, traumi e violenza sono accomunate dai medesimi fattori di rischio (Baer et al., 2007). Tra questi fattori vi sono il limitato accesso agli spazi per le attività fisiche quotidiane, la qualità dell'aria e del cibo, l'insicurezza dei luoghi pubblici, le condizioni di mobilità pedonale e ciclabile, l'insufficiente disponibilità di spazio residenziale. La salute nelle città non va dunque ricondotta esclusivamente a problemi ambientali o di inquinamento atmosferico. Una pianificazione urbana attenta alla salute deve comprendere diversi aspetti, tra cui le politiche dei trasporti, della casa, dell'ambiente e del lavoro, nonché le reciproche relazioni tra i fattori ambientali, economici e sociali.

È dunque essenziale intervenire sulla pianificazione territoriale e urbana al fine di promuovere strategie e soluzioni tali non solo da limitare gli impatti negativi sulla salute, ma soprattutto da contribuire al suo miglioramento. Se la funzione di garantire un ambiente di vita ostile allo sviluppo e alla diffusione dei contagi è oggi abbondantemente assolta, restano invece da affrontare debitamente numerose questioni legate all'abitabilità delle aree urbane, alla loro salubrità e alla loro sicurezza.

Da una *buona* pianificazione dipende fortemente la vivibilità urbana, intesa come raggiungimento di parametri che definiscono livelli soddisfacenti nella qualità degli elementi fisici (aria, acqua, rumore, elettromagnetismo, ecc.), sociali (accessibilità e spostamenti, servizi pubblici e privati, luoghi di incontro, rete commerciale, ecc.), psicologici (integrazione, sicurezza, paesaggio, ecc.) in relazione alla salute e al benessere dei cittadini e conseguentemente allo sviluppo complessivo della comunità.

Una buona pianificazione può, attraverso i suoi strumenti:

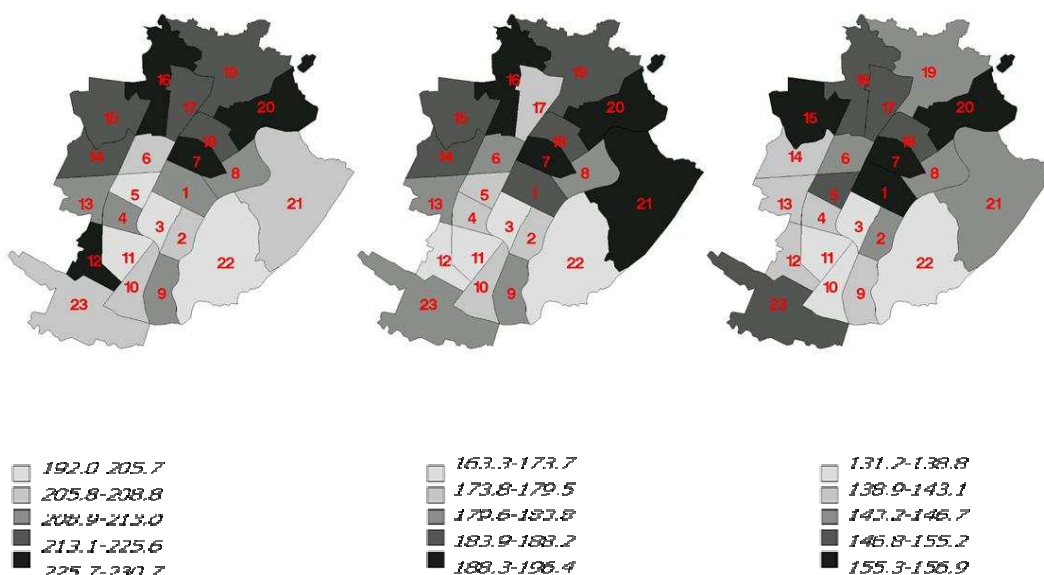
- ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai trasporti per gruppi socioeconomici diversi, in particolare favorendo gli utenti deboli, quali anziani e bambini;
- aumentare le possibilità di attività fisica ordinaria, contribuendo a ridurre malattie, disabilità, e mortalità connesse a stili di vita sedentari, attraverso la creazione di comunità a misura di pedone;
- contribuire a migliorare la salute della popolazione riducendo l'emissione di gas serra e l'inquinamento delle risorse idriche;
- aumentare la vivibilità delle strade, rendendole più sicure e favorendo la comunicazione interpersonale, lo occasioni di incontro e, di conseguenza, la coesione sociale. (Butterworth, 2000).

Applicazione del modello HiAP a Torino

È ad oggi molto limitata la ricerca scientifica riguardo agli effetti sulla salute dell'esposizione a fattori di rischio classificabili come pressioni ambientali, che si concentrano in particolare in aree caratterizzate da deprivazione del contesto urbano.

Insieme a poche altre città italiane ed europee, Torino è oggetto di uno studio longitudinale⁴ che raccoglie e mette in relazione dati sullo stato di salute della popolazione e dati anagrafici, fornendo una lettura dei cambiamenti avvenuti in città sin dagli anni '70: lo studio longitudinale segue gli individui durante il corso della loro vita, registrandone gli spostamenti e qualsiasi evento documentato legato alla salute (accesso al servizio sanitario). Il potenziale di tale studio è enorme, poiché permette di mettere in relazione la salute degli individui con il contesto in cui essi vivono, fornendo una base di evidenze scientifiche per tentare una valutazione ex-post di impatto sulla salute delle trasformazioni urbane.

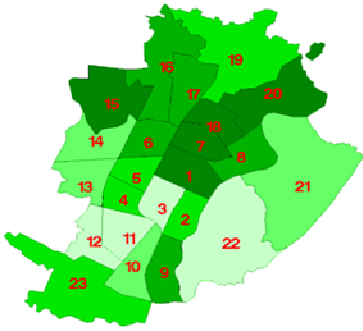
Gli studi condotti sinora attestano forti relazioni tra la geografia della mortalità/morbosità e la geografia dello svantaggio sociale, restituendo una mappatura delle disuguaglianze sociali tradotte anche in disuguaglianze in termini di diritto alla salute.



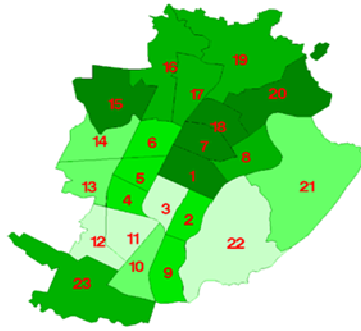
Mortalità generale (tassi std. X 10.000) nei quartieri di Torino.

⁴ Studio - facente parte dei metodi della disciplina epidemiologica - nel quale gruppi di persone sottoposte a "esposizioni" diverse (in questo caso l'intera popolazione di Torino) vengono seguiti nel tempo per accertare in che misura vanno incontro a esiti di salute diversi.

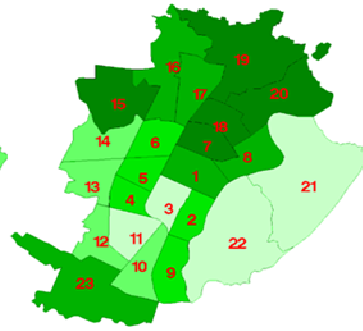
1971



1981



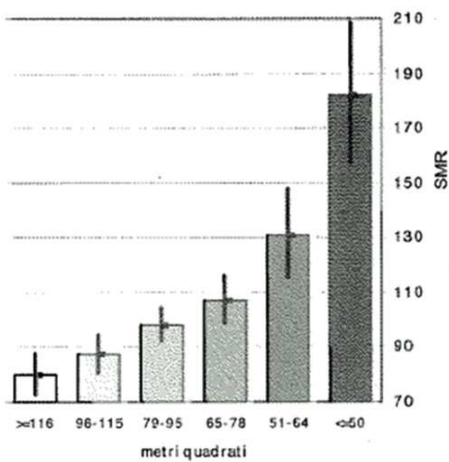
1991



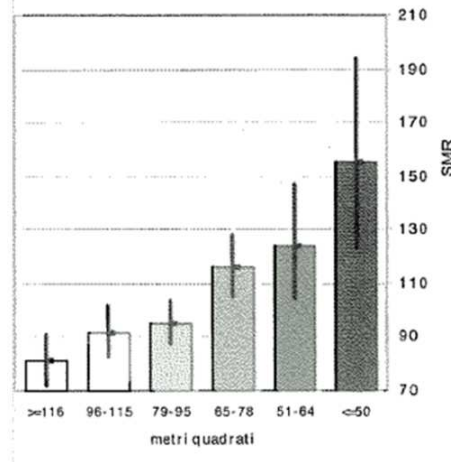
Deprivazione socioeconomica nei quartieri di Torino. Censimenti 1971-1981-1991.

Nella consapevolezza che l'ambiente di vita è solo uno dei determinanti dello stato di salute, a sua volta dipendente dall'interazione di numerosi fattori (economia, welfare, lavoro, coesione sociale, stili di vita, ecc.), la ricerca qui presentata tenta un'indagine degli effetti degli interventi di riqualificazione urbana sull'ambiente di vita, e di conseguenza sulle condizioni di salute della popolazione insediata in determinate aree oggetto di intervento. Benché si tratti un obiettivo ambizioso, essendo lo stato di salute influenzato da moltissime variabili difficilmente isolabili, la ricerca intende contribuire alla conoscenza scientifica entro un campo ad oggi poco esplorato in ambito urbanistico. L'obiettivo della ricerca è quello di indagare e valutare quali siano le politiche urbane più efficaci nel contrasto delle disuguaglianze di salute, nella convinzione che un ambiente di vita salubre e pari opportunità di partecipazione alla vita sociale siano tra i requisiti di una moderna società urbana.

A titolo di esempio, si può osservare dai seguenti grafici come la relazione tra stato di salute (mortalità) e superficie dell'abitazione sia univoca e riconoscibile:



Uomini 30-59 anni



Donne 30-59 anni

Mortalità a Torino per superficie dell'abitazione (Costa et al., 1998).

Si è scelto il caso di Torino in ragione della disponibilità di dati e della presenza di diversi interventi di riqualificazione urbana che a partire dagli anni '90 hanno interessato alcune zone della città (progetto periferie, programmi complessi, ecc.).

La ricerca prevede l'applicazione del modello di valutazione HIAP su due casi di trasformazione urbana a Torino, scelti in relazione alle loro differenti caratteristiche nonostante la prossimità fisica: il recupero del quadrilatero romano e il progetto The Gate - Porta Palazzo. I due interventi insistono su un'area centrale della città, caratterizzata inizialmente da un forte degrado, massiccia presenza di immigrati e fatiscenza del patrimonio edilizio.

È opportuno precisare che la valutazione è da considerarsi *ex-ante*: non sono ancora stati riscontrati gli effetti previsti con i dati reali di salute disponibili, in quanto il modello statistico su cui si fonda l'analisi è ancora in fase di studio.

Il recupero del Quadrilatero è guidato inizialmente da obiettivi di recupero urbano di aree degradate, riqualificazione degli spazi pubblici e ristrutturazione del patrimonio edilizio al fine di creare alloggi sociali accessibili a tutte le fasce di popolazione (Piano di recupero obbligatorio, 1978-1985). Tuttavia, ben presto agli interessi della collettività subentrano gli interessi privati, e alcuni grandi proprietari acquistano interi isolati, li riqualificano e li rivendono o affittano a nuovi residenti. È in questa fase che avviene il processo di *gentrification*: i vecchi proprietari, non potendo permettersi le onerose spese di recupero dei fabbricati, si trovano costretti a vendere i propri alloggi, mentre professionisti e classe media si sostituiscono ai vecchi residenti, attratti dalla centralità e dal fascino dell'area.

Parallelamente, a partire dagli anni '90, si assiste ad una progressiva rivitalizzazione del quartiere grazie all'apertura di numerosi locali ed esercizi commerciali che trasformano la zona, prima decadente e percepita come pericolosa, nel cuore della vita notturna della città.

Il Piano di Recupero Obbligatorio, concentrato su soli 4 isolati, ha dato l'avvio ad un processo a catena innescando il rinnovamento dell'intera area che - in assenza di una regia pubblica - ha seguito le logiche di mercato. A carico della municipalità è stata invece la riqualificazione degli spazi pubblici (l'area è quasi interamente pedonale) e la costruzione di un parcheggio sotterraneo.

In generale si possono osservare i seguenti elementi:

- l'età media dei residenti è passata da 50,2 anni nel 1998-2002 a 42,7 nel 2003-2007;
- circa il 40% dei residenti è proprietario degli alloggi;
- i contratti di affitto nell'area sono passati dal 4% al 29,7% alla fine degli anni '90;
- l'area si dimostra poco integrata con la confinante area di Porta Palazzo, non investita dallo stesso processo di recupero.

Gli effetti attesi sulla salute possono essere individuati in:

- minor numero di incidenti dovuti ad atti di criminalità o incidenti automobilistici;
- riduzione di casi di depressione e altri disturbi mentali connessi all'esclusione sociale;
- migliore accesso alle cure mediche;
- miglioramento generale del profilo di salute nell'area, in relazione al cambiamento della composizione socioeconomica della popolazione.

Il processo di *gentrification* ha operato probabilmente nel senso di una ridistribuzione geografica del profilo di salute più che a un suo complessivo miglioramento⁵.

Il progetto "The Gate - living not leaving", tra i primi della fortunata stagione di programmi integrati condotti a Torino, viene finanziato con fondi europei per il periodo 1998-2001, con lo scopo di migliorare l'integrazione sociale ed economica sia dei venditori del mercato, sia dei residenti dell'area di Porta Palazzo. Il progetto viene gestito da un ente no-profit (partnership pubblico-privato); i processi decisionali sono di tipo partecipativo, e prevedono la consultazione regolare degli abitanti. The Gate si è successivamente trasformato in un'Agenzia di sviluppo locale, e continua ora la sua attività nonostante il progetto sia concluso.

Gli interventi del progetto si sono strutturati su due assi principali: da un lato interventi sull'ambiente sociale, supporto ai gruppi locali di volontariato e associazionismo, promozione della vocazione commerciale dell'area e delle potenzialità rappresentate dalla presenza di immigrazione extraeuropea, con approccio *bottom up*; dall'altro interventi sull'ambiente costruito, con riqualificazione degli spazi pubblici, contributi per il rinnovo delle facciate degli edifici privati, riorganizzazione dell'area mercatale, riorganizzazione della rete viaria, riqualificazione delle aree verdi.

Gli effetti di questi interventi si sono concretizzati in:

⁵ Al fine di vagliare quest'ipotesi sarebbe necessario seguire lo stato di salute dei precedenti residenti.

- apertura di nuove attività e riqualificazione di quelle esistenti;
- rivitalizzazione dell'area, sviluppo di un "distretto artigianale";

in particolare per quanto riguarda il patrimonio abitativo:

- 4 piani di recupero obbligatori attivati (per i 4 isolati più degradati);
- rinnovamento delle facciate degli edifici;
- sensibilizzazione circa le condizioni di sicurezza e salubrità degli alloggi.

In termini sociali:

- buona partecipazione da parte dei residenti;
- miglioramento delle capacità della comunità locale di partecipare alla vita collettiva della città;
- costante processo in atto di espulsione dei residenti italiani, spesso sostituiti da immigrati.

In linea con quanto previsto dal modello HiAP, gli effetti attesi sulla salute saranno:

- diminuzione degli incidenti dovuti a criminalità e traffico;
- diminuzione dei casi di depressione e altri disturbi mentali legati all'esclusione sociale;
- diminuzione nell'abuso di alcool e sostanze, legato all'esclusione sociale;
- miglioramento dell'accesso alle cure e servizi sanitari;
- diminuzione dei casi di obesità infantile, grazie a una maggiore opportunità per praticare attività fisica in modo sicuro;
- diminuzione delle patologie cardiovascolari negli adulti, in relazione al consolidarsi di stili di vita più sani.

In particolare, nel caso dell'area di Porta Palazzo, si può ipotizzare un miglioramento della salute in relazione alla "teoria psico-sociale" di Marmot e Wilkinson: tale teoria spiega i gradienti di salute nei paesi ricchi, in cui si verificano forme di deprivazione "non materiale" o di povertà "relativa" (scarse opportunità di partecipare alla vita sociale, non avere un hobby o un'attività piacevole, non potersi godere le ferie con la famiglia, etc.) che determinano ansietà, insicurezza, isolamento sociale, scarso controllo sulla propria vita, comportamenti rischiosi, depressione.

Gli effetti dello stress cronico si accumulano nel corso della vita e vengono riscontrati con maggiore frequenza nei soggetti di posizione socio economica bassa. Se la risposta biologica allo stress viene attivata troppo di frequente o troppo a lungo, essa può determinare un aumento dei livelli basali di glucocorticoidi serici, facilitando:

- diabete;
- ipertensione;
- ipercolesterolemia;
- obesità;
- sindrome metabolica;
- rischio di malattie cardio-vascolari.

L'applicazione del modello HiAP ai due casi studio torinesi, con il supporto dei dati dello Studio Longitudinale Torinese, contribuisce al rafforzamento della ricerca scientifica sulla relazione tra l'ambiente urbano e la salute, ad oggi molto limitata. Benché si tratti di una ricerca tuttora in corso e non si possano ad oggi formulare conclusioni forti né individuare nessi causali, i due casi esaminati lasciano emergere sensibili differenze in termini di ricadute sulla salute in relazione a diversi tipi di intervento urbano in aree precedentemente molto affini.

Una pianificazione urbana orientata al potenziamento della partecipazione alla vita pubblica e associativa, della fiducia sociale, della reciprocità, della socialità informale, facilita la cooperazione per il mutuo benessere, determinando effetti diretti sulla salute degli abitanti.

Bibliografia

Butterworth I. (2000), *The Relationship Between the Built Environment and Wellbeing: a Literature Review*, Melbourne, Victoria Health Promotion Foundation.

CCE (2009), *Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni - Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*, Bruxelles.

Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998), *Torino. Storie di salute in una grande città*, Comune di Torino, Osservatorio Socio-Economico Torinese.

CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization.

Di Fant M.(2009), *Workshop finalizzato alla costituzione di un gruppo tecnico di lavoro su pianificazione urbanistica e territoriale come promotore di salute*, Materiali del convegno, Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale - Regione Friuli Venezia Giulia, Udine.

Maggi M., Piperno S. (1999), *Turin: the vain search for Gargantua*, IRES, Working paper n. 124.

Marmot M., Wilkinson RG. (2001), *Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al*, BMJ 322:1233-6.

Northridge ME., Sclar ED., Biswas P. (2003), *Sorting Out the Connections Between the Built Environment and Health: A Conceptual Framework for Navigating Pathways and Planning Healthy Cities*, Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol.80, N. 4:556-568.

Wilkinson RG., Marmot M., *Social Determinants of health. The solid facts*. WHO Europe.