

HEALTHY CITIES, LA SALUTE COME BENE COMUNE URBANO

LA SALUTE URBANA È UNA VARIABILE DIMENSIONALE STRUTTURANTE DELLA CITTÀ CONTEMPORANEA. DALL'ANALISI DEI PRINCIPI PROMOSSI DALL'OMS EMERGONO INDICAZIONI OPERATIVE PER UNA PIANIFICAZIONE CHE INTEGRI VERDE, MOBILITÀ E ORGANIZZAZIONE DELLO SPAZIO CON VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE E PROCESSI PARTECIPATIVI.

La salute urbana non è una variabile residuale della pianificazione, ma una dimensione strutturante della città contemporanea.

Rileggendo il paradigma *Healthy cities* dell'Oms attraverso il framework dei beni comuni di Ostrom, l'articolo sostiene che la salute urbana possiede le caratteristiche di un bene comune: non escludibile, soggetto a congestione, e governabile attraverso istituzioni collettive.

Dall'analisi dei principi promossi dalla Who e dei casi di Parigi e Roma emergono indicazioni operative per una pianificazione urbanistica che ponga la salute al centro, integrando verde infrastrutturale, mobilità, organizzazione dello spazio con valutazione di impatto sulla salute (Hia) e processi partecipativi.

L'approccio Healthy cities

Il programma *Healthy cities*, promosso a partire dal 1986 dall'Organizzazione

mondiale della sanità, muove dalla considerazione che le città rappresentano il luogo principale in cui le determinanti che incidono sulla salute (Dahlgren e Whitehead, 1991) si manifestano e interagiscono. Di conseguenza, la pianificazione urbanistica, incidendo sulla compattezza dello spazio urbano, sulla mobilità, sulla distribuzione degli spazi verdi e sulla qualità delle abitazioni, può influenzare in maniera decisiva la salute e il benessere dei cittadini. L'iniziativa *Healthy cities* ha consentito di strutturare un network europeo di "Città sane" che oggi riunisce 100 città pilota e 30 reti nazionali (per complessivi, 1.400 comuni coinvolti). Le città che aderiscono al network si impegnano a sviluppare profili di salute urbana, piani d'azione e sistemi di monitoraggio basati sull'*Urban health index* (Uhi), che integra dati sociali, sanitari e ambientali per mappare le disuguaglianze. L'approccio *Healthy cities* si integra con il principio *Health in all policies* (Hiap), secondo cui le decisioni

sanitariamente rilevanti vengono adottate prevalentemente in settori non sanitari: urbanistica, trasporti, istruzione, politiche ambientali.

La salute urbana come bene comune

Elinor Ostrom, in *Governing the commons* (1990), sostiene che le risorse a uso comune possono essere gestite efficacemente attraverso istituzioni di autogoverno collettivo, confutando l'ineluttabilità della "tragedia dei beni comuni" (Hardin, 1968).

La salute urbana presenta tutte le caratteristiche strutturali del "bene comune": è sottrattiva (il degrado dell'aria o la carenza di verde riducono lo stock disponibile per tutti), non escludibile (i benefici del verde e della mobilità attiva si distribuiscono sull'intera popolazione), e soggetta a congestione (densificazione

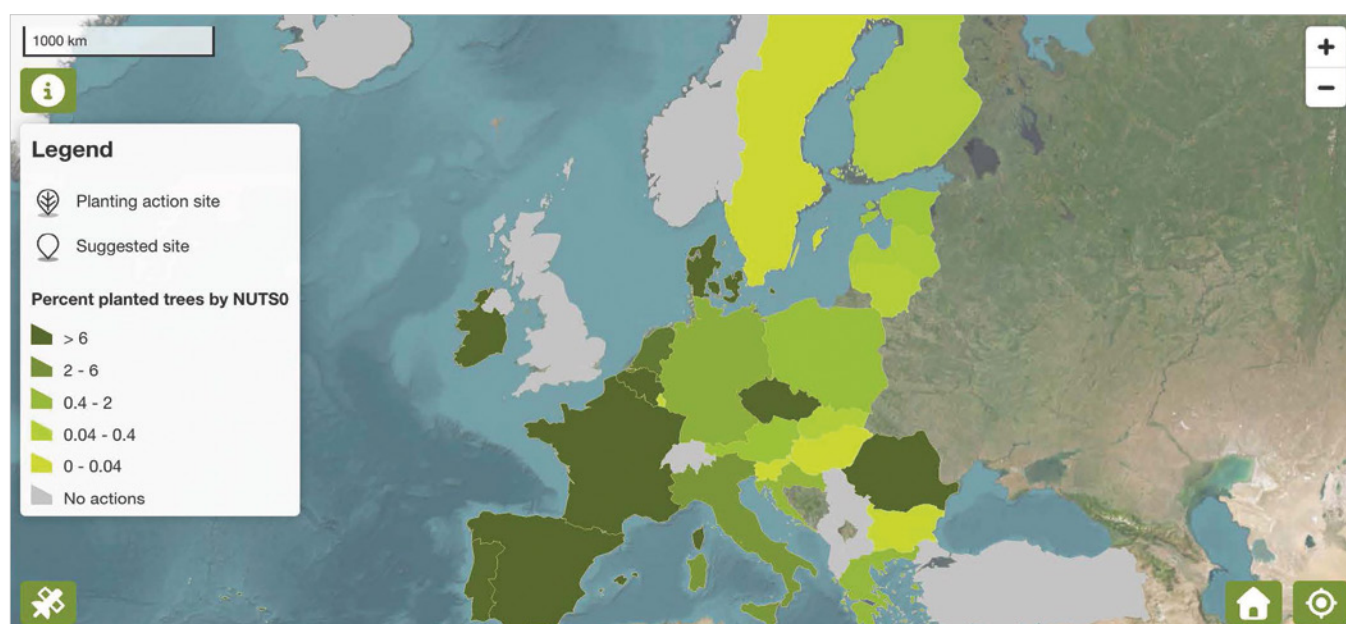


FIG. 1 MAPMYTREE

Il portale MapMyTree, sviluppato dall'Agenzia europea dell'ambiente, aggiorna in tempo reale lo sforzo della Strategia di forestazione europea verso l'obiettivo di piantare 3 miliardi di alberi entro il 2030.

incontrollata e *green gentrification* riducono l'accessibilità per le fasce più vulnerabili).
Ne discende un'implicazione diretta per la *governance* urbanistica: la tutela della salute collettiva non può essere affidata né al solo mercato né alla sola azione pubblica, ma richiede istituzioni condivise, regole negoziate e monitoraggio partecipato. In termini di piano, ciò si traduce in strumenti come la perequazione urbanistica orientata alla salute, i patti di comunità, i *community land trust*, le piattaforme di partecipazione digitale e soprattutto la valutazione di impatto sulla salute (*health impact assessment*, Hia), definita dall'Oms come "una combinazione di procedure, metodi e strumenti attraverso cui una politica, un programma o un progetto può essere valutato in merito agli effetti sulla salute e alla loro distribuzione nella popolazione".

Verde urbano: da estetica a infrastruttura sanitaria

Il verde urbano costituisce il campo applicativo più direttamente rilevante per la convergenza tra salute pubblica e pianificazione. Sono ormai numerosi gli studi che documentano gli effetti terapeutici dell'esposizione al verde su pressione arteriosa, salute mentale, capacità attentiva e coesione sociale (Ulrich, 1984; Kaplan e Kaplan, 1989). Con la *nature restoration law* (regolamento Ue 2024/1991), la commissione europea incorpora questo principio, obbligando le città con più di 20.000 abitanti a dotarsi di *urban nature plans*, quadri strategici formali che integrano biodiversità, forestazione urbana e connessioni ecologiche. Di contro, applicazioni operative come la "regola 3-30-300", vale a dire tre alberi visibili dalla finestra, 30% di copertura arborea nel quartiere, un parco a meno di 300 metri (Konijnendijk, 2021), offrono un *benchmark* operativo integrabile nelle pratiche nazionali, ancora ferme allo standard dei 9 m²/ab. Nell'ambito della pianificazione, ciò implica che il verde non può più essere trattato come dotazione urbanistica residuale da localizzare nelle aree non edificabili, ma come infrastruttura verde e blu (Ivb) multifunzionale, capace di erogare simultaneamente servizi ecosistemici di regolazione climatica, idrogeologica, biotica e culturale. Tale tema investe direttamente il concetto di equità spaziale. La distribuzione del

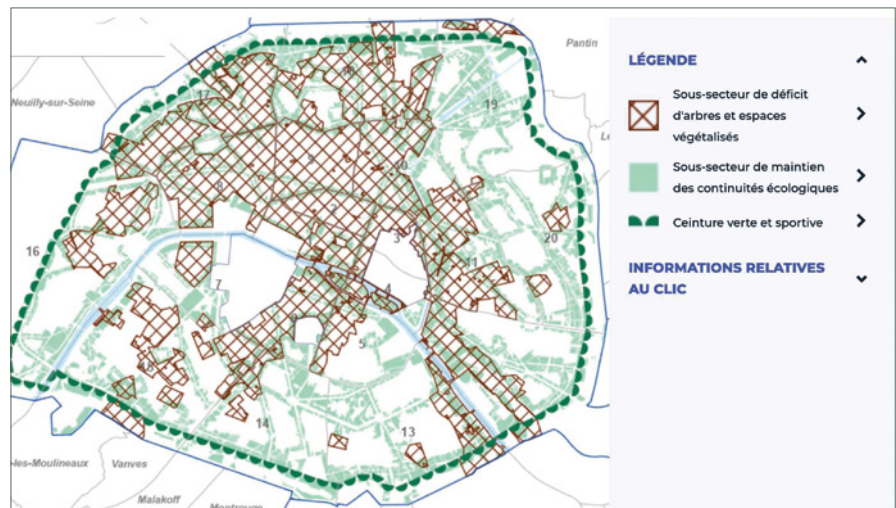


FIG. 2 DEFICIT DI VERDE
Mappa di Parigi che evidenzia il deficit di alberi e spazi vegetali.

Fonte: portale del Plan local d'urbanisme bioclimatique di Parigi.



FIG. 3 FOREST FOR ROMA
Uno dei microboschi promossi dal programma F4R Forest for Roma per il Municipio IV.

Fonte: Portale Roma Capitale

verde è sistematicamente diseguale nelle città italiane ed europee: i quartieri periferici presentano carenze strutturali di spazi fruibili, maggiore esposizione a inquinamento acustico e atmosferico, minore accessibilità ai servizi. Di contro le dinamiche di *green gentrification* (Wolch et al., 2014; Anguelovski et al., 2018) mostrano che il rinverdimento senza politiche abitative redistributive può amplificare le disuguaglianze invece di ridurle.

Casi studio

L'esperienza di Parigi rappresenta oggi il riferimento più organico per la pianificazione urbana orientata alla salute in Europa. Il piano urbanistico bioclimatico, approvato nel 2023, introduce

obblighi di permeabilità del suolo (65% dei lotti superiori a 5.000 m²), de-impermeabilizzazione del 40% dello spazio pubblico entro il 2050, e un target di +300 ettari di verde nei prossimi vent'anni. Il modello della "città del quarto d'ora" (Moreno, 2024), adottato come framework strategico, declina l'accessibilità ai servizi (inclusi quelli sanitari e naturali) come diritto di prossimità, con ogni residente a meno di 200 metri da uno spazio verde. Le microforeste con metodo Miyawaki e la rete ciclabile Vélopolitain (650 km su 9 linee) configurano un sistema integrato di infrastruttura verde e mobilità attiva, coerente con i principi Hiap. Roma offre un caso diverso; per morfologia urbana e struttura istituzionale, il patrimonio verde romano è tra i più estesi d'Europa in termini assoluti (oltre 67.000 ettari tra

parchi, ville storiche e riserve naturali), ma la distribuzione è profondamente disomogenea, con le periferie strutturalmente carenti di verde fruibile. Il regolamento del verde e del paesaggio urbano (adottato nel 2018 e aggiornato nel 2021) ha avviato un sistema di catasto digitale del verde e un programma di forestazione urbana diffusa (*Forest for Roma, F4R*) che installa micro-boschi prioritariamente nelle aree con peggiore qualità dell'aria, in prossimità delle scuole.

A gennaio 2026, dodici boschi urbani sono stati inaugurati in diversi municipi della capitale.

Conclusioni. Integrare la salute nella pianificazione urbana

Dall'analisi condotta emergono alcune direttrici operative per una pianificazione urbanistica orientata alla salute come bene comune:

- l'integrazione della Hia nelle procedure di valutazione ambientale, ancora poco praticata in Italia. In particolare la Hia risulta particolarmente efficace nell'integrare le valutazioni di piani urbanistici, piani del traffico e piani del verde (Harris et al., 2014; Kemm, 2013)
- meccanismi di governance partecipativa che consentano di integrare la domanda di salute dei residenti nelle decisioni di

pianificazione (ad esempio attraverso piattaforme di *e-participation* dedicate)

- la coerenza multi-scalare e intersettoriale. La salute urbana richiede convergenza tra piani urbanistici, piani del traffico, piani energetici, piani del verde, politiche abitative e sociali
- misurabilità e monitoraggio come condizione di efficacia della *governance* del bene comune "salute". In ambito urbano, l'*Urban health index*, il catasto

del verde georeferenziato, gli indicatori $PM_{2.5}/NO_2$ e i dati sull'accessibilità ai servizi costituiscono il set informativo minimo per una pianificazione *evidence-based* della salute urbana.

Massimo Zupi

Dipartimento di Ingegneria dell'ambiente,
Università della Calabria

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anguelovski I., Connolly J.J.T., Masip L., Pearsall H., 2018, "Assessing green gentrification in historically disenfranchised neighborhoods", *Housing Policy Debate*, 28(2), 298-329.
- Dahlgren G., Whitehead M., 1991, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Future Studies.
- Hardin G., 1968, "The tragedy of the commons", *Science*, 162(3859), 1243-1248.
- Harris P., Harris-Roxas B., Harris E., Kemp L., 2014, *Health impact assessment: A practical guide*, Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation.
- Kaplan R., Kaplan S., 1989, *The experience of nature: A psychological perspective*, Cambridge University Press.
- Kemm J. (ed.), 2013, *Health impact assessment: Past achievement, current understanding, and future progress*, Oxford University Press.
- Konijnendijk C., 2021, "Evidence-based guidelines for greener, healthier, more resilient neighbourhoods: Introducing the 3-30-300 rule", *Journal of Forestry Research*, 34, 821-830.
- Moreno C., 2024, *The 15-minute city*, Wiley & Sons.
- Ostrom E., 1990, *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*, Cambridge University Press.
- Ulrich R.S., 1984, "View through a window may influence recovery from surgery", *Science*, 224(4647), 420-421.

