

# Verso un'urbanistica socio sanitaria (comunità e ambiente)

*Gabriele Righetto*<sup>1</sup>

## Regionalità e territorializzazione

Il presente articolo vuol introdurre alcune riflessioni elementari sull'opportunità di elaborare e praticare un'urbanistica socio sanitaria<sup>2</sup>. Prospettiva ancor più indispensabile con l'accentuarsi del ruolo delle Regioni.

**Regionalizzare** il sistema socio sanitario nazionale significa mantenere salvi i bisogni e le strutture indispensabili per tutti e collocarli in ciascun territorio, introducendo però, **in aggiunta** e contemporaneamente, le **risposte differenziate** che la natura del territorio stesso induce e richiede e la conformazione sociale specifica fa emergere rispetto al plafond nazionale comune.

Il sistema socio sanitario regionalizzandosi deve pertanto territorializzarsi, dotandosi di strumenti di lettura ed operatività sul territorio

- che non siano solo afferenti ai saperi sanitari e sociali,
- ma anche a quelli urbanistici, economico-territoriali, insediativi, ambientali, ecoumani.

---

<sup>1</sup>

Centro d'Ateneo di ecologia Umana – Università di Padova

<sup>2</sup>

Per un approccio territoriale alle questioni socio sanitarie:  
RIGHETTO G.

*Per un approccio ecosistemico al welfare*

in

Studi Zancan . Politiche e servizi alle persone n.1 -2001

A livello di Regione **il piano regionale** al suo interno deve fare propri tali *strumenti conoscitivi, valutativi e progettuali*, ma la territorialità va declinata in modo che possa essere interpretata e organizzata operativamente **a livello di comunità**.

In tal senso è auspicabile lo sviluppo di **un'urbanistica sociosanitaria** che sappia tener conto degli insediamenti, della viabilità, delle strutture produttive insediate, delle dotazioni di risorse in termini di aria-acqua-suolo-aria ed energia e degli assetti agrari e forestali.

Insomma è opportuno che la promozione e la tutela della salute dei cittadini sia espressa con la gestione di un Ambiente Sano, secondo le indicazioni dell'OMS nel progetto Healty Cities<sup>3</sup>.

Non tutte le regioni hanno una conformazione simile e la collocazione dei servizi non può rispondere a coefficienti astratti dal punto di vista territoriale quali quelli ricavabili da rapporti del tipo Servizi/numero utenti.

Ad esempio, le regioni che abbiano una struttura montuosa o collinare molto complessa e una viabilità con tempi di attraversamento e accesso problematici, dovrebbero tener conto dei tempi di percorrenza e delle modalità di accesso ai servizi in termini di spazialità.

Le zone insediate e con fenomeni urbani estesi e articolati non possono essere trattati come fenomeni omogenei, ma richiedono considerazioni territoriali specifiche.

In particolare occorre fare i conti con un fenomeno urbano che caratterizza la nostra società infoindustriale e cioè **la città diffusa**.

La città diffusa è data dalla confluenza e compenetrazione di più fenomeni insediativi in una medesima area. Si tratta per lo più di una o più città che nella loro espansione hanno inglobato i paesi della cintura o sono andati a ridosso dei paesi della cintura, a loro volta espansi spesso verso una città polo.

Ben diversa era la situazione insediativa quando vi era una netta distinzione tra città e campagna e le distanze tra una tipologia insediativa e l'altra erano decisamente distinte.

Era la struttura tipica della società agrario artigianale.

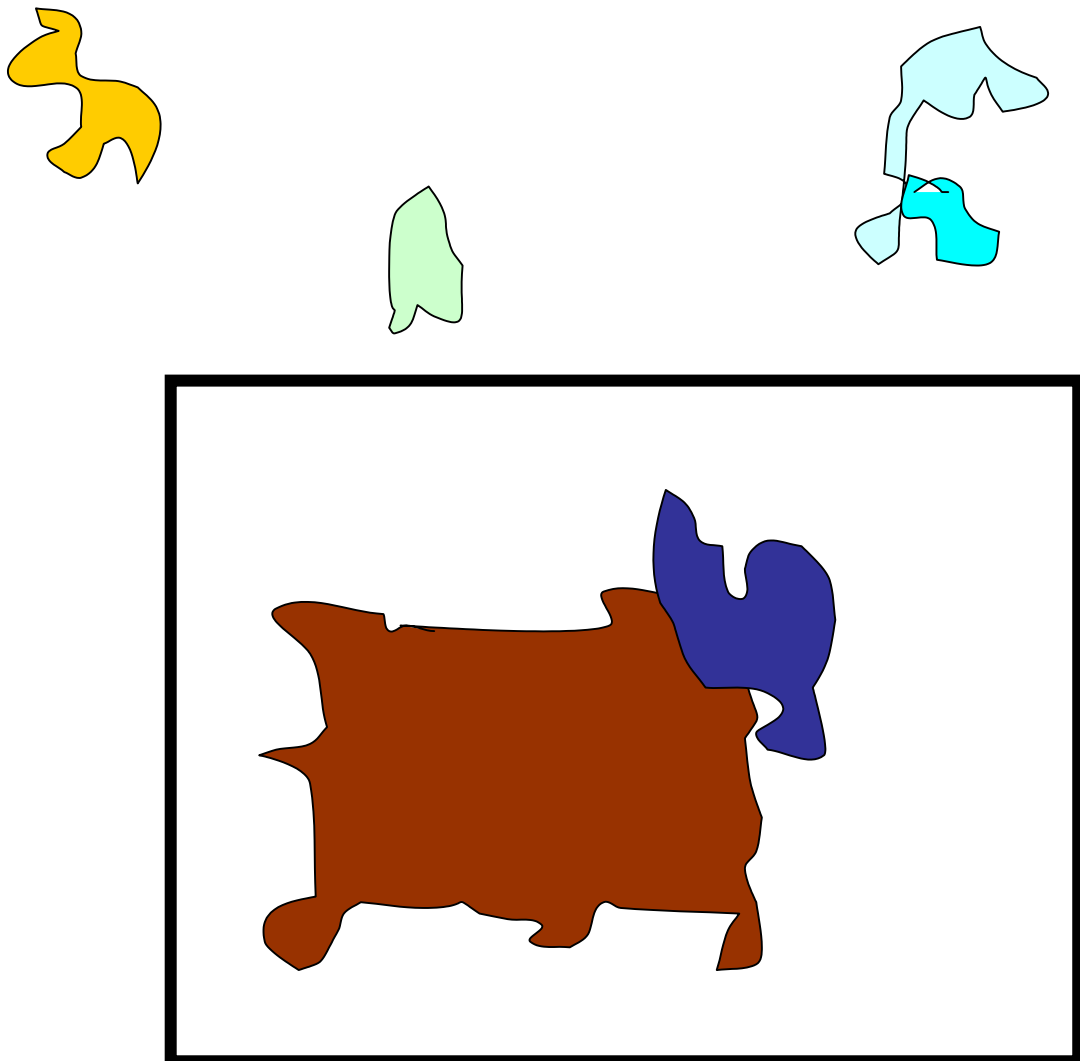
In quel contesto la struttura sanitaria si identificava di fatto con l'ospedale che costituiva il luogo per le assolute emergenze,

---

<sup>3</sup>

RIGHETTO G.(1990)  
Città Sana. Ambiente, stili di vita, tecnologia  
Cleup, Padova

mentre la salute veniva gestita in modo approssimativo, non di rado con il fai-da-te. La dimensione territoriale comunque era imperniata su una figura mitica come il medico condotto. Certamente non è una situazione per la quale avere nostalgia, dati i livelli di precarietà in cui la maggioranza della popolazione viveva, ma non si deve dimenticare che talora la figura del medico condotto esprimeva un'autentica medicina di comunità e una diretta attenzione ai fenomeni locali.

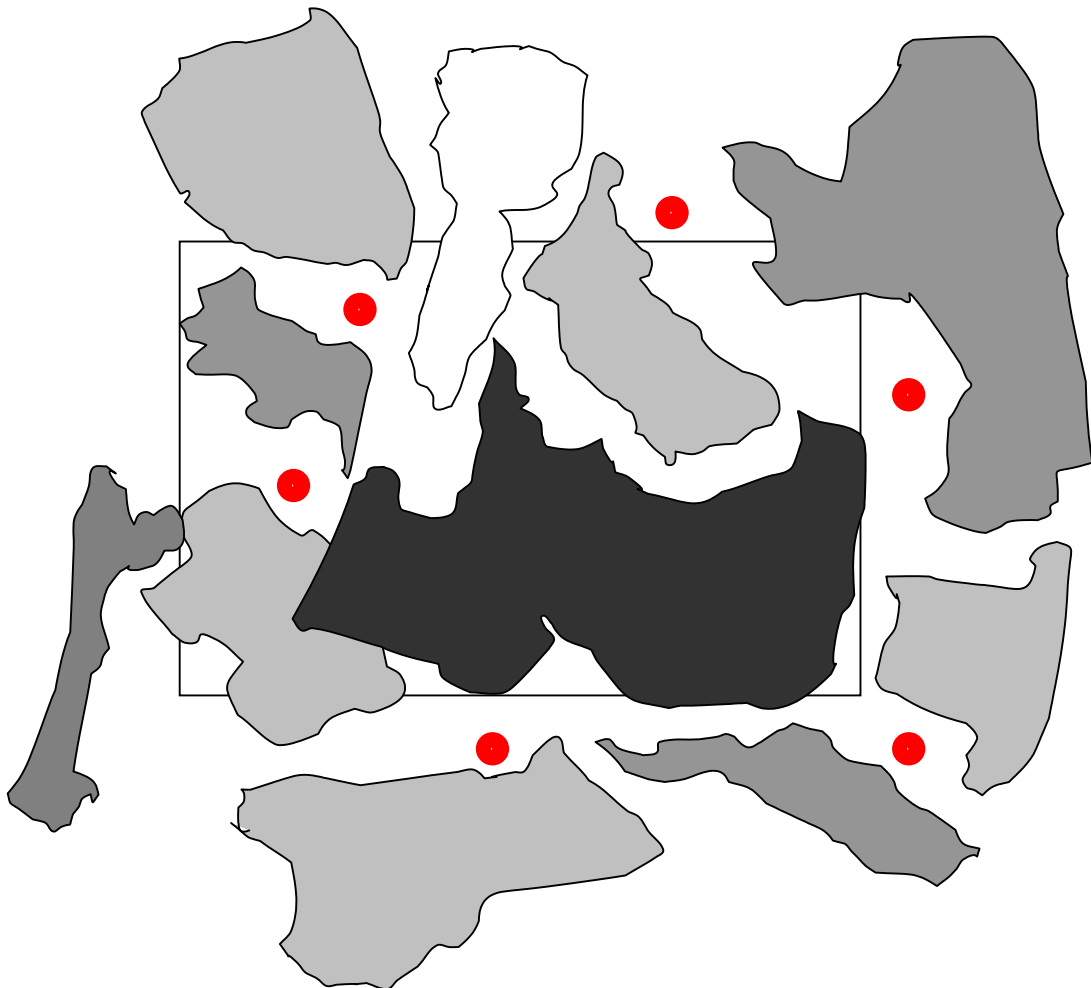


**Fig.0** Fase degli insediamenti in cui la distinzione tra l'urbano e il rurale era netta, con un centro urbano denso e più paesi e borghi sparsi e isolati. Era il tempo in cui il modello sanitario aveva come figura territoriale il medico condotto

Ma è chiaro che lo scenario a cui mirare non è la nostalgia per età dell'oro mai esistite, ma riguarda piuttosto lo scenario che gestisce i servizi sociosanitari in un quadro di territorializzazione integrata.

### **Il sociosanitario per la città diffusa**

Una politica dei servizi sociosanitari che ragionasse per realtà comunali e non immettesse anche una logica da città e da aree metropolitane (ora pienamente legittimate e riconosciute da apposite leggi e dall'impostazione federalista) sbaglierebbe le scelte strategiche perché si collocherebbe dentro gabbie amministrative che non coincidono quasi mai con la realtà del vissuto della gente insediata.



*fig. 1*  
*Schema di insediamento diffuso. I pallini corrispondono a situazioni di baricentro territoriale e non amministrativo*

Una città insediata di tipo diffuso richiede la collocazione dei servizi sociosanitari nei **baricentri territoriali** che non sempre corrispondono ai baricentri amministrativi dei vari Enti Locali.

Una riflessione particolare richiederebbero *gli ospedali* che in non pochi casi sono concentrati all'interno dei poli urbani più densi, provocando notevoli problemi di traffico, in quanto sono essi stessi attrattori di traffico.

Accade anche che ospedali posti in centralità urbane e dentro i grandi flussi di veicolazione si trovino nelle zone a più alto inquinamento atmosferico, il che costituisce un paradosso in termini sociosanitari.

Gli ospedali, o meglio le cittadelle ospedaliere, dovrebbero sempre più collocarsi negli interstizi della città diffusa, dove siano disponibili assi viari di scorrimento e quindi con facilitazione di accesso. Ma dovrebbero anche collocarsi in aree verdi dotate di parchi ospedalieri che possano svolgere una funzione non solo sociosanitaria ma anche urbana e socioambientale in senso ampio.

L'ambiente degli ospedali dovrebbe costituire un modello di insediamento sano e gradevole secondo idonei parametri architettonici ed urbanistici.

E' assurda la situazione che si produce quando gli ospedali diventano aggregati informi di edifici, accatastati gli uni sugli altri, dalla bassa qualità architettonica e urbanistica e in conflitto con altre funzioni urbane.

Anche i distretti sociosanitari dovrebbero costituire punti di eccellenza dal punto di vista socioambientale e non, come talvolta accade, delle collocazioni residuali su preesistenze non sempre adeguate al compito.

La risposta di salute non viene solo dalla qualità intrinseca dei servizi (che è l'aspetto più importante), ma anche dal contesto sano in cui essa si colloca, rispondendo a criteri di *salute fisica, positività cognitiva, promozione sociale e valorizzazione ambientale*.

Gli aspetti sopra descritti non dovrebbero costituire materia estranea ai Piani attuativi, ai Piani di Attività territoriali, ai piani di Zona, oltre, è ovvio, agli strumenti urbanistici in senso proprio e cioè i PRG, i PTP e PTRC<sup>4</sup>.

---

4

## Scendere di scala

Se l'urbanistica deve ragionare a scala urbana e territoriale per cogliere la possibilità di gestire razionalmente i fenomeni insediativi nel loro complesso, le persone normali non vivono la loro vita quotidiana a questa scala, ma si rapportano con la dimensione della *comunità, del vicinato e dei dintorni più prossimi dell'abitazione, del posto di lavoro e delle loro relazioni sociali primarie*.<sup>5</sup>

---

si tratta dei principali strumenti urbanistici quali in Piano Regolatore Generale, il Piano Territoriale della Provincia e il Piano Territoriale Regionale di Coordinamento

5

I cittadini sono dotati per lo più di una mappa mentale che contiene:

- *il luogo della loro abitazione*
- *il posto di lavoro*
- *i luoghi di scolarizzazione*
- *il centro storico*
- *le aree ricreative*
- *le aree di reperimento di risorse*

### **il luogo dell'abitazione o di prossimità quotidiana**

non è costituito ovviamente solo dall'edificio in cui i cittadini abitano, ma dal suo intorno.

Tale intorno corrisponde prevalentemente allo spazio che è esplorato e conosciuto nella condizione di bipedi. L'esplorazione prossima effettuabile a piedi si manifesta per lo più in un **raggio d'influenza limitato** che oscilla tra 150 e 300 metri.

L'area circostante determinata da tale raggio d'influenza delinea la **nicchia urbana** in cui le persone si sentono di appartenere.

All'interno della nicchia urbana esiste un'**area centrale locale**, più o meno estesa. In essa vi stanno alcuni *servizi alla residenza*, quali: i negozi di base (alimentari, panificio, drogheria, merceria, servizi per utenze varie, la banca, l'edicola, i bar o il bar di riferimento, eventualmente un ristorante). Tutto ciò si concentra prevalentemente in un'area compresa in un asse di **50/100 metri**.

Le residenze rivelano un *moto tendenzialmente centripeto* verso l'area centrale locale.

La residenza che non consenta di riconoscere una propria **area centrale locale entro il raggio di 150/300 metri** è vissuta come un'area senza servizi.

La presenza di servizi non significa automaticamente la qualità dell'area centrale locale.

*La politica promotrice di servizi implica in modo particolare un incentivo delle aree centrali locali.*

I caratteri di un'area centrale locale sono:

- *piazza o slargo*
- *qualità dell'arredo urbano dell'area*
- *giardino dell'area locale*
- *percorribilità non tutta veicolare, con andamenti significativi di tipo ciclopedonale*
- *strutture minimali di pedonalizzazione di qualità*
- *la presenza di un minimo arredo urbano qualitativo*
- *alcuni segni simbolici, possibilmente anche di tipo artistico*
- *punti e strutture di socializzazione per diverse classi di età*
- .....

Una nicchia urbana può essere definita in modo anche più ampio e cioè come **rete essenziale di aree centrali locali**.

Infatti alcune funzioni e servizi si possono ritrovare nei pressi di una o poche aree centrali locali confinanti fra loro.

Vi sono alcune funzioni e servizi che difficilmente sono usati efficacemente solo all'interno dei 300 metri di raggio di influenza per un'unica area centrale locale.

Appartengono al **locale allargato** almeno servizi del tipo:

- *posta*
- *farmacia*
- *distributore*
- *servizio sanitario*
- *servizi scolastici*
- *sala assembleare*
- *assicurazione*
- *attrezzature sportive varie (piscina, campi sportivi, palestre)*
- *strutture ricreative*
- *parco urbano*
- .....

La stragrande maggioranza delle persone vive all'interno di *nicchie insediative o urbane* come si è meglio definito in nota in un passaggio precedente.

## Prosemica estesa

Ora tenteremo di definire una lettura di urbanistica sociosanitaria che si proponga interventi a sistema anche più estensivi.

L'assunto di base è che si debba tenere conto dei *comportamenti spaziali delle persone*, in quanto sono forme comunicative e organizzative delle loro attività e dei rapporti espressi nei confronti dei luoghi e delle persone.

Questi aspetti sono stati indagati da Edward T. Hall che ha avuto il merito di sondare l'importanza delle dinamiche umane attivate secondo il modo di strutturarsi dello spazio circostante. Tale fenomeno lo ha definito *prosemica*<sup>6</sup>. Come ho indicato in nota,

---

Tali servizi costituiscono le offerte base di rete.

### Rete di aree centrali locali o aree di appartenenza

I servizi sono alla portata delle persone se sono raggiungibili anche a piedi o con approccio ciclopedonale. Se sono necessariamente legati all'uso di veicolo motorizzato, allora perdono il carattere di servizi di zona e possono interessare l'intera area urbana.

I cittadini devono poter usufruire di servizi e opportunità di zona e quindi poter stare dentro limiti di percorso al di sotto di **un chilometro e mezzo**, ossia in una zona che interessi al massimo tre o quattro aree centrali locali connesse fra loro.

Un insediamento di base funziona quando i suoi abitanti partecipano ad **una rete di aree centrali locali** adeguate per rispondere alle esigenze quotidiane e più ricorrenti, ossia percepiscono di abitare in una nicchia urbana.

Sotto questo punto di vista i quartieri vanno intesi come un **sistema di nicchie urbane** e il governo di quartiere o di aree di appartenenza può dirsi appropriato se il suo intero territorio è organizzato in *reti di aree centrali locali con le nicchie urbane che coprono in modo non disomogeneo tutto il territorio di quartiere*.

Nelle aree centrali locali, nelle nicchie e nel sistema di nicchie a rete dovrebbe essere estesa e rafforzata la logica dell'abbattimento delle *barriere architettoniche e degli ostacoli ambientali*.

6

Le distanze vengono indicate da E.T. Hall come regolatori e comunicatori del livello di intimità e coinvolgimento.

Egli distingueva quattro tipi di distanza.

- **la distanza intima** (tra i 15 e i 45 centimetri) è quella usata per i rapporti più confidenziali e comunque per costruire un rapporto con un interlocutore di cui si accetta o si desidera una vicinanza psicologica. A questo livello tatto e olfatto possono svolgere un ruolo comunicativo importante;
- **la distanza personale** (tra i 45 e i 120 centimetri) è quella più diffusa come conversazione normale
- **la distanza sociale** (tra i 120 e 360 centimetri) è adatta ad interazioni di tipo convenzionale e formale, fra persone che interagiscono, collaborano, ma non hanno rapporti di stretto coinvolgimento. E' la distanza dei rapporti di lavoro o comunque dentro comportamenti un po' ritualizzati
- **la distanza pubblica** (tra i 3 e i 6 metri) viene gestita per lo più da persone che non si conoscono e che non hanno intenzione di interagire fra loro. E' una distanza che consente di assumere atteggiamenti di fuga e allontanamento se si manifestasse qualche situazione sgradevole e/o di rischio (postura sociofugale), ma è possibile anche mutare atteggiamento per favorire l'interazione se emergono fattori incoraggianti (postura sociopetale)

Tutte queste distanze sono relative a vicinanze abbastanza strette e quindi potremmo dire che si tratta di prosemica in senso specifico. Quella di cui parlerò è una prosemica dalle distanze più ampie e che chiamerò **prosemica estesa**, che è

la prossemica illustrata da Hall descrive con grande efficacia la gestione delle distanze molto ravvicinate, qui invece si considereranno altre distanze e comportamenti spaziali più ampi e per questo si può parlare di *prossemica estesa*.

1 –

La *prima nicchia insediativa* esprime l'intorno dell'abitazione e dei luoghi di frequentazione quotidiana. Se vi è un rapporto di coinvolgimento con le persone compresenti in tale nicchia si verifica l'esperienza del *vicinato*.

In un'ottica sociosanitaria integrata, il vicinato deve essere considerato una risorsa e un valore per la promozione della salute sociale.

*Tale nicchia insediativa è all'interno di un raggio di influenza che va dai 150 ai 300 metri. Queste sono distanze base e tutto quello che presenta qualche interesse diventa facile accessibilità se lo si raggiunge in meno di 15 minuti. All'interno di questa spazialità si esprime la **prossimità quotidiana**.*

E' tale spazio che le persone in genere conoscono meglio e dove si aspettano che possano essere sviluppate tutte le necessità di base e siano reperibili i servizi sociosanitari più semplici.

In una nicchia insediativa abbastanza vitale coesistono o coabitano *da 800 a 1000 abitanti*.

Un sistema sociosanitario offre le risposte di base collegate a tale nicchia:

*medico di base, assistenza domiciliare, alcuni ambulatori di prima necessità, centri di informazione primaria.*

2 –

Pur non avendo un rapporto conoscitivo intenso e molto dettagliato, le persone si sentono appartenenti ad alcune aree un po' ampie<sup>7</sup>. Si tratta per lo più di un quartiere o di un paese.

---

un po' contraddittorio e sarebbe etimologicamente più giustificato chiamare *telemica*, ma non mi pare il caso di moltiplicare i termini.

<sup>7</sup> Il concetto di *appartenenza* ad un'area insediata è piuttosto complesso e questa non è la sede per un ampio approfondimento, ma almeno si possono richiamare alcuni suggerimenti di K. Lynch.

Nell'opera *'Progettare la città. la qualità della forma urbana. EtasLibri, Milano, 1996*, egli indica alcuni fattori fondamentali che sostengono un'appartenenza positiva:

- **la vitalità**: un luogo insediato deve essere in grado di attivare funzioni vitali, richieste biologiche, stimoli cognitivi e culturali e proteggere la sopravvivenza della specie;
- **la coerenza**: gli ambienti devono essere consoni ai comportamenti e aperti alle attività in cambiamento verso assetti futuri;
- **l'accessibilità**: è relativa all'organizzazione degli spazi in modo da favorire le persone a raggiungere altre persone, attività, risorse, servizi, fonti d'informazione o luoghi. Riguarda la qualità e la varietà degli elementi che possono essere raggiunti.

Cioè partecipano a **nicchie di appartenenza** in cui si trovano almeno *8/10 mila abitanti*, stanno in un'area in cui *le distanze non superano 1,5 km* per l'accesso ai punti più lontani.

Tali punti estremi possono essere raggiunti agilmente in non molto più di *15-20 minuti*.

E' qui che vanno poste le principali strutture di base: *distretti, consultori, ambulatori, parchi e giardini, scuole di base, centri di rilievo ambientale, ARPA, centri di prevenzione, case lavoro e centri di riabilitazione, case alloggio e famiglia, cooperative sociali di integrazione, centri di salute mentale, ecc.*

A questa dimensione andrebbero pensati, elaborati e applicati i Piani di zona.

3 –

Per la stragrande maggioranza delle persone il collegamento a luoghi e a contesti territoriali e ambientali di riferimento esteso ed agibile risultano accessibili all'interno di un areale con **distanze massime non superiori a 5 chilometri**.

Qui la gente si aspetta di trovare tutti i *servizi di media e ricorrente necessità*. In questo contesto la popolazione vive la dimensione della **prima urbanità**, cioè della forma consociata nel modo più ampio.

I servizi vengono vissuti come ben collocati se sono raggiungibili *al massimo in 45 minuti*, ma è indice di buona qualità dell'organizzazione territoriale se si impiega meno tempo.

A questo livello la gente spera di poter trovare i primi servizi specialistici e le risposte sociali, assistenziali e sanitarie che possano rispondere non solo ad esigenze ricorrenti, ma anche ai primi livelli di straordinarietà.

Se non la struttura ospedaliera, almeno ci si attende la presenza di risposte tipo day hospital. Comunque una struttura ospedaliera comincia ad essere vissuta come idonea se riferita alla dimensione e gestione spazio-temporale del territorio, configurabile come **area di prima urbanità**.

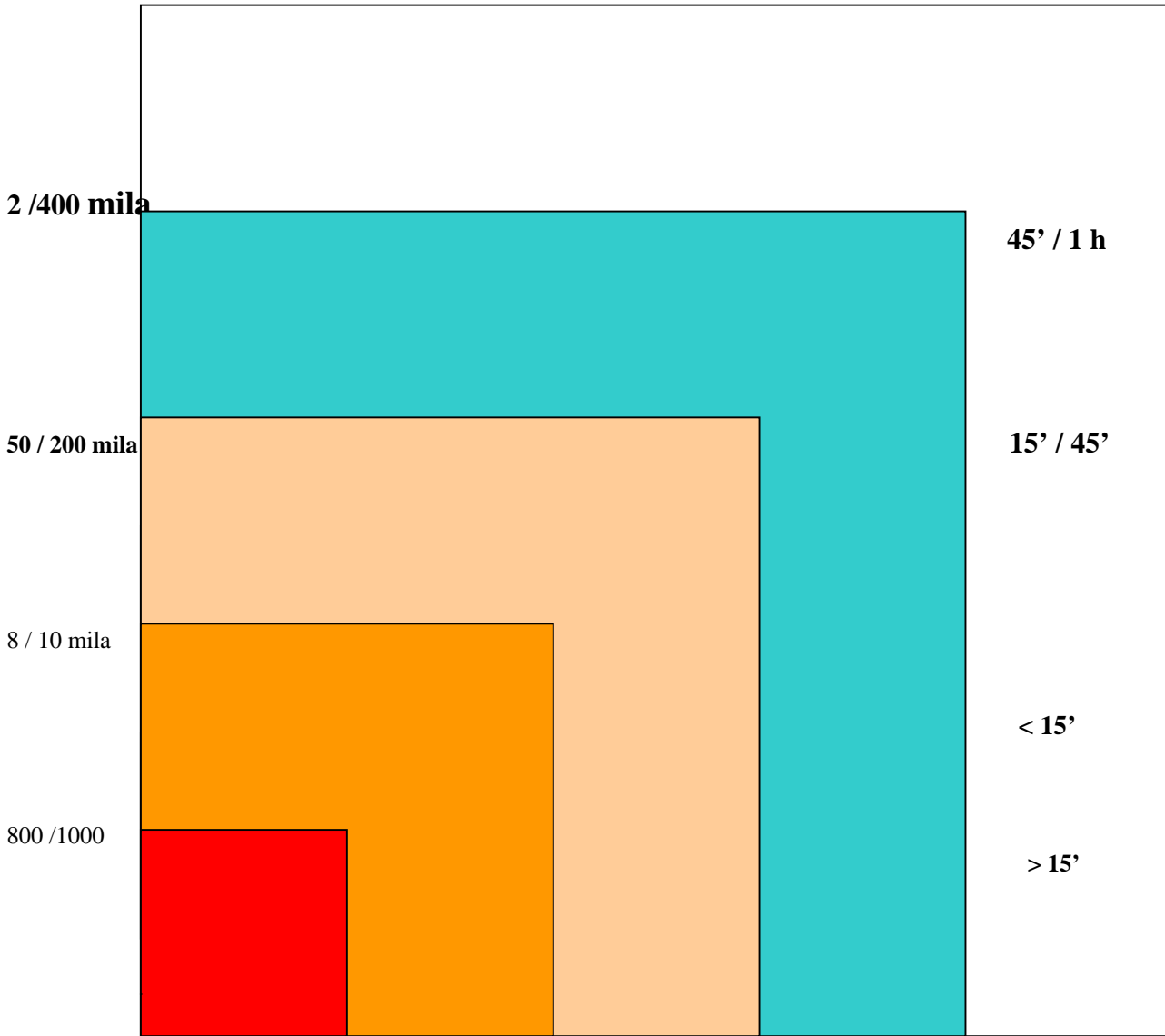
E' in questo ambito che è bene sia collocata una USSLL.

# ABITANTI

# TEMPI SOSTENIBILI di PERCORRENZA

500 mila e oltre

1 / 1,5 h



## DISTANZE

300 m

1,5 km

5 km

15/20 km

30/40 km

**a**

**b**

**c**

**d**

**e**



Fig. 2 **aree di prossimità estesa:**

- **a**) area di prossimità quotidiana - vicinato
- **b**) area di appartenenza (quartiere / paese)
- **c**) area di prima urbanità

- d) *area di prima territorialità*
- e) *regione prossimica o città diffusa*

4 –

I bacini di appartenenza più vasti, a cui la gente può fare riferimento senza eccessivo disagio, si situano *a distanze massime di 15/20 km* e con tempi di percorrenza *fino ad un'ora* per raggiungere sedi di servizio ed erogazione.

Perché il territorio non sia troppo denso e per avere servizi rapidi ed efficienti il bacino di utenza dovrebbe porsi entro i limiti spazio-temporali indicati.

La quantità di popolazione interessata *non dovrebbe ammontare a più di 400 mila abitanti*, ma è bene si situi a livelli decisamente più bassi.

La raggiungibilità delle prestazioni è di tipo positivo quando *non richiede l'impiego superiore ad un'ora*, usando mezzi di accesso e trasporto sostanzialmente normali.

La nicchia di **prima territorialità** costituisce il limite massimo per l'estensione di una USSLL. Ma per un migliore funzionamento una ASL dovrebbe stare a livello di prima urbanità.

Entro i confini di *prima territorialità* un cittadino dovrebbe trovare agilmente tutti i servizi sociosanitari fondamentali quotidiani e di ricorrenza media.

5 –

Quando le persone pensano al contesto in cui 'stanno dentro' e ai confini di tale contesto<sup>8</sup>, pensano ad un territorio raggiungibile in giornata e da cui si può rientrare sempre entro la conclusione della stessa giornata. E' all'interno di queste delimitazioni spazio-temporali che si articolano i 'gusci dell'uomo', come si esprimono Moles e Rohmer.<sup>9</sup>

---

8

Per cogliere la struttura dei confini e attraversamenti di un contesto è ancora utile ricordare le *5 categorie* rilevate da K. Lynch:

- *i percorsi*, tratti che permettono il collegamento di un punto con un altro
- *i margini*, frontiere tra zone, non poche volte confini tra due aree differenziate e contigue
- *i riferimenti*, luoghi con forte specificità, quindi identificabili attraverso differenze significative e singolari, servono da identificatori di luoghi e contesti
- *i quartieri*, aree con alcune caratteristiche specifiche che le distinguono da altre, sono in genere separati da margini;
- *i nodi*: punti di interconnessione, attraversamento di percorsi, transizione da una attività ad un'altra con cambio di attività motoria o trasportistica.

<sup>9</sup> MOLES A. ROHMER E. (1972)

*Psychologie de l'espace*  
Castermann, Paris

Essi indicano la stanza e la casa come ambito quotidiano con il margine sul quartiere. Poi vi è la città centrata che può essere interessata da ricorrenze settimanali, mentre la regione può esprimere

A tale senso di distanza e appartenenza ampi corrisponde il concetto di *regione*<sup>10</sup>.

Ovviamente questo concetto di regione non coincide con il concetto di regione amministrativa, ma con quello di ***regione prossemica***.

Diciamo allora che *la regione prossemica sta per lo più ad una distanza di 30/40 km, ma nella sua estensione massima giunge intorno ai 100 km, quando siano efficienti strade e mezzi di trasporto.*

La distanza ‘regionale’ è accettabile se raggiungibile in *non oltre un’ora e mezzo o poco più* e il bacino di utenza sta sicuramente *oltre i 500 mila abitanti*, ma può averne anche molti di più, pur constatando che ‘una regione’ usufruibile non sostiene un carico di molto superiore a 4,5/ 5 milioni di abitanti.

Può allora accadere che alcune regioni amministrative siano composte da una sola ‘regione prossemica’, ma per lo più le regioni amministrative sono costituite da 3-4 ‘regioni prossemiche’ distinte.

Ogni regione prossemica è dunque un sistema di ‘scatole’ una contenuta nell’altra:

- *regione prossemica*
- *area di prima territorialità*
- *area di prima urbanità*
- *area di appartenenza*
- *area di prossimità quotidiana.*

Un sistema sociosanitario che voglia tener conto del valore del territorio come elemento che contiene e caratterizza una popolazione e quindi si apra alla dimensione dell’urbanistica sociosanitaria, non può prescindere dal *concetto di comunità*<sup>11</sup>.

---

temporalità e spostamenti all’interno della mensilità. Infine il vasto mondo è un guscio estremo verso il quale il ritmo temporale è per lo più raro ed eccezionale.

<sup>10</sup>  
FREMONT A. (1978)  
La Regione uno spazio per vivere  
F. Angeli, Milano

## **La comunità e la persona comunitaria: protagoniste sociosanitarie**

Una visione sociosanitaria limitata soltanto al tipo prestazionale costruisce i suoi parametri di offerta di servizi e di verifica dell'efficienza del sistema principalmente su due variabili: la popolazione intesa come dato statistico-demografico e l'individuo come soggetto utente.

Il territorio è presente nella forma limitata di determinazione spaziale in cui è contenuta una quantità di popolazione, ma il territorio in sé non è oggetto di pianificazione sanitaria, ossia i concetti di ambiente sano e città sane sono sostanzialmente astratti e non si calano sulla specificità di ogni singolo ambiente che è interconnesso con gli stili di vita delle persone in termini fisici, mentali e sociali.

Avere una visione del territorio non come spazio astratto, ma come luoghi dove le persone vivono, significa anche mettere in discussione l'idea impoverita di individuo per aprirsi invece alla pratica di *persona componente attiva di una comunità* e di *una comunità attiva per le persone*.

Un individuo è un soggetto a cui si prestano servizi, senza considerare i suoi rapporti e relazioni. Cioè senza valutare significativo il fatto che appartiene ad un tessuto sociale con cui interagisce e dal quale riceve risorse, ma anche promuove e valorizza risorse.

La salute di un tale soggetto è collegata positivamente ai rapporti di contesto e non è un soggetto isolato e decontestualizzato, quindi i fattori dell'ambiente biofisico e antropico fanno parte dell'insieme dei suoi stili di vita sani.

E' insomma parte attiva di un sistema:

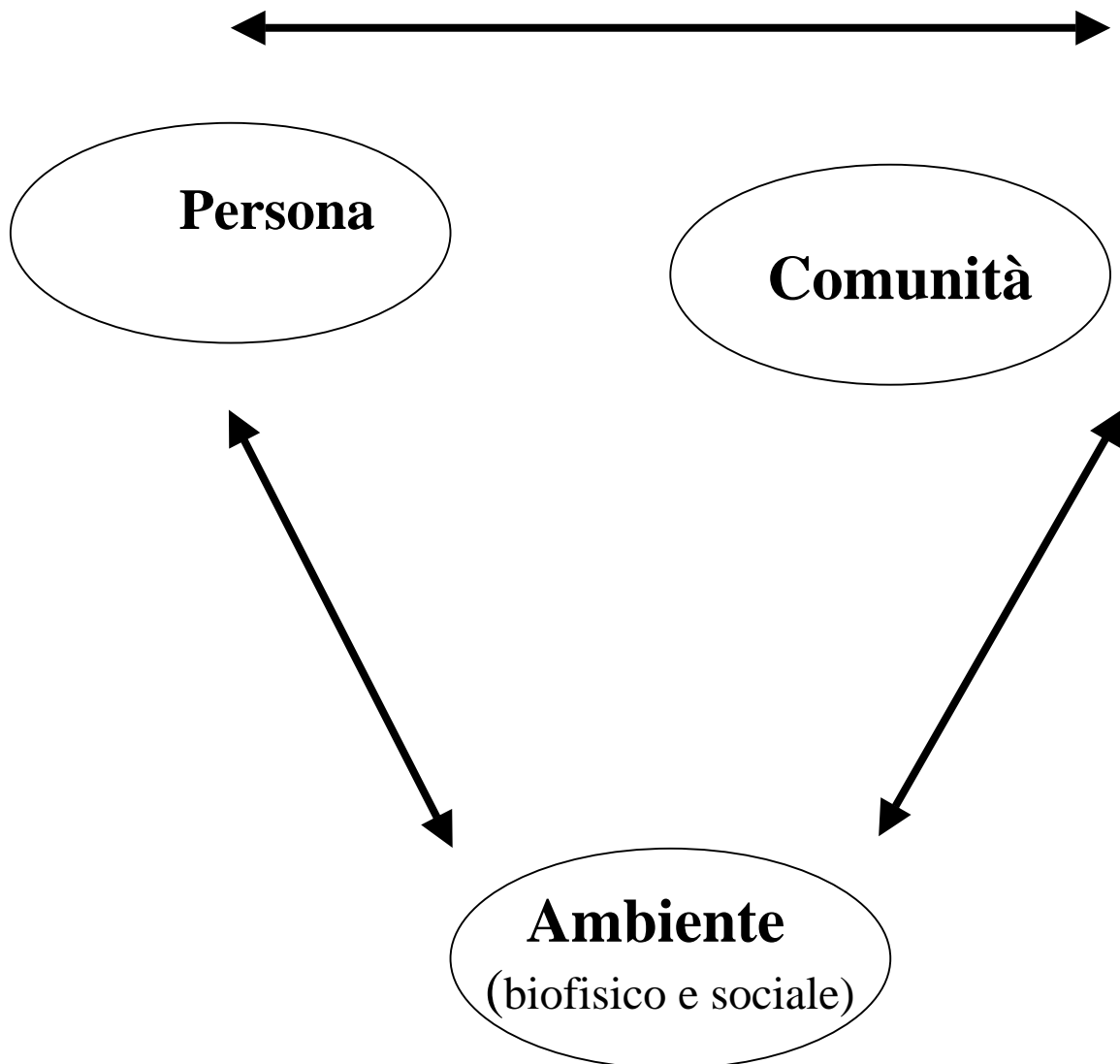


fig. 3 *rapporti sistemici che fanno emergere le pratiche della comunità e della persona comunitaria*

Mentre l'individuo corrisponde ad un concetto statistico di pianificazione sanitaria, l'attenzione per la *persona comunitaria* comporta la promozione di una rete sana di relazioni, in cui non solo il singolo è promotore e oggetto di sanità, ma lo è dentro la ricerca di una comunità interagente e aupromovente salute, secondo principi di sussidiarietà. Ossia una comunità attiva e imprediva nel darsi salute e ambiente sano e non solo proporsi come oggetto di azione sanitaria.

Per *comunità attiva* si deve dunque intendere una popolazione operante all'interno di un territorio che abbia una sua **struttura riconoscibile e organi decisionali diretti ed integrati e partecipati**.

La comunità costituisce un sistema socioambientale fortemente correlato, interagente al suo interno e pertanto non supera *i 50 mila ecoidi umani e tendenzialmente sta anche al di sotto di tale valore*, se si vuole cogliere in modo chiaro il fattore **dell'interdipendenza**.

### **Interdipendenza. La salute dipende dallo stile di vita del singolo e dalle relazioni con gli altri e il contesto.**

Il concetto di interdipendenza è legato alla concezione della comunità come fenomeno complesso, all'interno del quale le variabili non sono considerate separate, ma agenti l'una sull'altra e dove i fattori ambientali, economici, umani, culturali, tecnologici vengono apprezzati in una visione sistemica, in cui cioè tutti concorrono alla promozione del benessere della comunità e dell'ambiente in cui vivono.

Il cuore dell'urbanistica sociosanitaria vede allora un protagonismo degli ambiti che stanno tra il livello della *prima urbanità e quello di prima territorialità*, ma cerca le forme organizzative e i sistemi partecipativi più diretti in quella che abbiamo chiamato *area di appartenenza*.

Gli strumenti sociosanitari idonei a gestire la comunità sono il **piano di zona e la capacità gestionale della conferenza dei sindaci**.<sup>12</sup> Sono questi gli strumenti più vicini all'interazione con la popolazione e il suo vissuto.

---

<sup>12</sup>A questo livello si potrebbero tenere presenti di *indicatori di Kline*, non soltanto per fare analisi di situazione, ma soprattutto per riferirsi ad indicatori mediante i quali elaborare un pianificazione sociosanitaria attenta alla configurazione dei contesti locali.

Kline offre **11 criteri importanti** per uno sviluppo territoriale sostenibile e sano:

1 -

*Focalizzare gli elementi essenziali piuttosto che i sintomi*

Una adeguata informazione può provvedere a farci capire meglio la natura della povertà come fenomeno complesso che va gestito nei rapporti di correlazione ed interdipendenza, per cui i problemi di abuso di droghe, di gravidanze di adolescenti e violenza domestica vanno considerati sintomi di uno scenario di disagio più strutturale e meno episodico.

2 -

*Definire le questioni come 'sistemi integrati' e non limitarsi ai confini urbani*

Le città costituiscono delle isole, ma sono connesse con il loro contesto circostante più ampio. I problemi non stanno circoscritti nei loro confini amministrativi, ma sono parte di un sistema complesso e territorialmente non interpretabile secondo i confini amministrativi.

3 -

*Misurare i risultati di comunità complessivamente e cioè non solo mediante processi migliorativi e programmi attuativi parziali e separati*

Se si concorda che il tema sociosanitario non riguarda solo le prestazioni ai soggetti, ma la promozione della salute degli appartenenti alla comunità, allora è fondamentale gestire la strategia dell'interdipendenza.

Da questo punto di vista il **piano di zona** dovrebbe essere un piano integrato<sup>13</sup> in cui vi sia un minimo di **concertazione tra**

---

Non limitarsi a misurare il numero di dollari spesi, il numero di fondi rurali acquistati, il numero di permessi ambientali richiesti, ma valutare il buon esito e i miglioramenti tangibili di processi e programmi

4 –

*Misurare il progresso a scala di quartiere e a scala regionale come pure a livello di città diffusa (city-wide)*

Differenti tipi di informazione potrebbero essere acquisiti ad ognuno di questi livelli.

5 –

*Dar risposta alle caratteristiche di una comunità secondo le priorità specifiche del tipo di comunità stessa*

Attivare gli interessi delle persone attraverso la selezione di indicatori conosciuti a livello locale, dare alla gente la legittimità, la credibilità e la speranza da inserire in più grandi interesse e partecipazione per la costruzione e il miglioramento della comunità

6 –

*Promuovere una chiara 'linea basilare di fattibilità e incoraggiare scelte flessibili caratterizzate da concretezza*

E' importante produrre obiettivi concreti.

7 –

*Convertire i deficit in vantaggi*

Gli indicatori non devono focalizzare solo quello che è sbagliato o carente.

Gli aspetti negativi possono essere visti come opportunità e spunti per migliorare la comunità

8 –

*Prestare attenzione alla manutenzione, sostituzione e riuso*

Le aree del centro urbano spesso sono più vecchie dei suburbi e sono dotate di molte più infrastrutture pubbliche. Occorre misurare la qualità, l'accessibilità e la rifunzionalizzazione dell'esistente non poche volte degradato

9 –

*Sintonizzarsi sulla questione dell'equità*

Le aree urbane presentano una popolazione estesa, con molte persone che manifestano movimenti interni ed esterni che si realizzano spesso in brevi periodi di tempo. Capire chi ne beneficia e chi ne è escluso diventa una questione critica

10 –

*Considerare variabili sia qualitative che quantitative*

E' decisamente importante conoscere le percezioni della gente riguardo a se stessa e alla loro comunità.

11 –

*Prendere atto 'delle personalità collettive' che ogni comunità possiede come propria caratterizzazione*

Gli indicatori devono essere commisurati non solo sul modo di pensare in modo favorevole per la gente, ma devono anche a corrispondere all'umore della comunità nel suo insieme

*KLINE E. (2001)*

*Indicators for Sustainable Development In Urban Areas*

In Devuyst D., Hens L., De Iannoy W.

How Green is the City? Sustainable Assessment at the local level.

Columbia University Press, New York

<sup>13</sup> Può essere di qualche interesse ricordare che gli *indicatori di sostenibilità di Seattle*, elaborati nel 1993, davano notevole rilevanza ad alcuni fattori fondamentali della salute urbana e insediativa e attingevano proprio alla visione sistemica della salute delle persone: ambiente:

- *il sociosanitario*
- *l'urbanistico*
- *l'ambientale*
- *le politiche occupazionali e del lavoro*
- *la trasportistica*
- *le politiche formative ed educative*

Ogni ambito della prossemica estesa dovrebbe integrare i vari fattori e correlarsi con gli altri livelli inferiori e superiori in termini di estensione territoriale.

Alla fine il risultato dovrebbe indicare la localizzazione del sociosanitario secondo la priorità del riferimento alle comunità e una regionalizzazione integrata delle risposte e promozioni in riferimento non ad astratti confini amministrativi, ma alla forte dimensione relazionale costituita dalla regione prossemica.

## **Urbanistica sociosanitaria integrata**

Regionalizzare dunque costituisce una logica necessaria per rispondere a bisogni e progetti contestualizzati vicini al vissuto della gente e alle persone comunitarie.

---

### **ambiente**

- presenza di *salmoni naturali* risalenti lungo le acque dei corsi d'acqua locali (NdR: è da notare che si è scelto a Seattle un indicatore di salute che è specifico del luogo ed è rivelatore di sanità delle acque, del suolo e delle nicchie di animali emblema). Ogni comunità deve quindi individuare i *propri indicatori ecologici significativi* rispetto al proprio contesto
- numero di giorni per anno di *aria di buona qualità*
- percentuale di strade di Seattle rispondenti ai *criteri di facile percorribilità* per il pedone

### **popolazione e risorse:**

- *popolazione globale* di King County
- *galloni di acqua consumata* a testa nel King County
- *tonnellate di rifiuti solidi generati e riciclati* a testa e per anno, a King County
- *migliaia viaggiate* pro capite per veicolo e consumo di benzina a testa
- *energia rinnovabile e non rinnovabile* consumata pro capite

### **economia:**

- percentuale di *occupati concentrati* nelle prime dieci tipologie di occupati
- *ore di lavoro pagato e salario medio* richiesto per assicurare i bisogni essenziali
- percentuale di *bambini che vivono in povertà*
- disponibilità di *case per famiglie* con reddito medio e basso
- *spese sanitarie* pro capite

### **cultura e società**

- percentuale di *bambini sottopeso* alla nascita
- percentuale di *criminalità giovanile*
- percentuale di *giovani che partecipano* in qualche modo ai servizi offerti dalla comunità
- percentuale di *popolazione che vota* nelle votazioni locali primarie
- percentuale di *popolazione alfabetizzata*
- quota di *utilizzo di biblioteche e centri sociali*
- Partecipazione alle *arti*

Questo non vuol dire legittimare la frammentazione localistica, ma realizzare sistemi di integrazione territoriale, con il governo dell'interconnessione all'interno di una **rete territoriale**.

Le funzioni dei diversi livelli ambientali *non vanno praticate come autosufficienti e autoreferenti*. Esse svolgono il loro ruolo in **connessione e complementarità** con altri fattori attivi nella comunità e con altri organizzatori di risposte, esterni e complementari all'organizzazione sociosanitaria.

Non è la struttura sociosanitaria in sé che si fa territorio, ma è il suo sapersi **integrare e spalmare all'interno** della struttura socioambientale che la caratterizza come fattore territoriale importante.

Territorializzare significa togliere alla risposta sociosanitaria un rigido e invadente carattere di contenitore predisposto solo per il sociosanitario, ma comporta **con-fondersi con gli altri elementi operanti con il territorio**, assumendo la pratica dell'interdipendenza al suo interno e nelle relazioni con l'esterno.

Alcuni modelli di riferimento per produrre assetti ed interventi di tipo ecosistemico si possono assumere dalle esperienze WHO-OMS connesse al Healty Cities Project – Città sane, dove si tenta di praticare la **metodologia dell'interdipendenza territoriale**

- *degli operatori,*
- *della popolazione*
- *e degli amministratori*<sup>14</sup>.

## **Progetti 'Città sane'**

In specifico i progetti "Città sane" volgono l'attenzione sul fatto che la salute può essere promossa e realizzata modificando le condizioni di vita: i fattori dell'ambiente fisico, sociale ed economico ed espandendo quelle risorse della comunità che dotano le persone di mutuo sostegno.

L'obiettivo è portare tutte le funzioni della vita ad un progressivo rendimento alto, con lo sviluppo del loro massimo potenziale.

La casa, la scuola, il villaggio o il quartiere, il posto di lavoro, gli ambiti ricreativi, la città sono luoghi o contesti dove la gente vive e lavora.

---

<sup>14</sup> Per ulteriori informazioni visitare i siti dell'organizzazione Mondiale della sanità e in particolare quello relativo alle Città Sane:  
<http://www.who.int/hpr/archive/cities/index.html>

Lo stato di salute è spesso determinato più dalle condizioni presenti in tali 'settings'.

L'attenzione quindi non deve disattivarsi per quanto riguarda la salute degli insediamenti, degli edifici scolastici, dei posti di lavoro e per la promozione di ospedali e di mercati alimentari sani.

Fa inoltre parte della promozione della salute anche occuparsi della sicurezza e salubrità dei trasporti, dei sistemi residenziali, dell'erogazione e trattamento delle acque e delle reti fognarie, della gestione precauzionale dei campi elettromagnetici..

Per attivare questo devono essere mobilitate le risorse interne alle comunità, mirando ad alcuni obiettivi base:

- *ambiente fisico pulito e sicuro; risposte ai bisogni essenziali per tutti; comunità integrata, pronta a supporti di reciprocità, non orientata ad atteggiamenti di sfruttamento; alto grado di partecipazione pubblica al governo locale e delle città; promozione e valorizzazione dell'eredità storica e culturale; accessibilità ai servizi sanitari; economia diversificata ed innovativa; ecosistema sostenibile.*

E' chiaro che gli obiettivi posti dai progetti OMS "Città sane"<sup>15</sup> sono molto impegnativi e ai fini del discorso che abbiamo qui abbozzato, rendono palese che la richiesta di impostare con chiarezza un'urbanistica sociosanitaria, non comprende e risolve tutte le questioni della salute.

La pianificazione sociosanitaria dà un fondamentale apporto alla salute in generale, ma non è in condizione di autosufficienza, ha bisogno di inserirsi ed integrarsi in piani più articolati, variegati e complessi.

L'auspicio che si affermi una urbanistica sociosanitaria richiede subito il collegamento con le altre urbanistiche settoriali e generali.

Non va tutto sanitarizzato, ma la strategia della salute dovrebbe essere trasversale anche alle urbanistiche degli insediamenti produttivi, infrastrutturali, viabilistici.

Se le urbanistiche sono plurali, unitaria deve rimanere l'istanza del loro coordinamento. Ma se la promozione e la gestione della salute riguarda l'insieme del benessere e il contenimento del

---

15

K., VANDERBURG W.H. (2001)  
*Healthy Cities: An Annotated Bibliography*  
Scarecrow Press, Hardcover

disagio, non si può dimenticare che gli umani sono *ecoidi umani*, cioè abitanti del pianeta e che l'abitabilità sana del pianeta costituisce una precondizione fondamentale.

La salute allora implica, fra l'altro, la gestione dei contesti in un quadro di welfare avanzato.

Gli ecoidi umani non sono una specie solitaria, ma vivono per branchi legati al loro territorio. Ossia sono persone comunitarie e territoriali.

In questo stanno i legami profondi per sostenere un'urbanistica sociosanitaria.

## Bibliografia

- BARONI M.R. (1998)

Psicologia ambientale

Il Mulino, Bologna

- DEUVUYST D. HENS L. IMPENS R. (2001)

Neighbourhoods in Crisis and Sustainable Urban Development

VUB University Press, Brussels

- ECO U. (1972)

*Introduction to a semiotics of iconic signs*

In

VS – quaderni di studi semiotici n.2 / 1972

A. Mauri editore - Milano

- (1968)

*La Struttura assente* (1968)

Bompiani – Milano

- FREMONT A. (1978)

La Regione uno spazio per vivere

F. Angeli, Milano

- HALL E.T. (1998)

*La dimensione nascosta. Vicino e lontano: il significato delle distanze tra le persone*

Bompiani RCS Libri Milano

- (1972)

- *Sistema per la notazione del comportamento prossemico*

in

VS – quaderni di studi semiotici n.2 / 1972

A. Mauri editore - Milano

- KLINE E. (2001)

*Indicators for Sustainable Development In Urban Areas*

In Devuyst d., Hens L., De Iannoy W.

How Green is the City? Sustainable Assessment at the local level.

Columbia University Press, New York

- LEONE G. (1999)

*L'uomo, la città, l'ambiente*

Utet, Torino

- LYNCH K. 1985  
*L'immagine della città*  
Marsilio, Venezia
- Progettare la città. La qualità della forma urbana  
EtasLibri, Milano
- K., VANDERBURG W.H. (2001)  
*Healthy Cities: An Annotated Bibliography*  
Scarecrow Press, Hardcover
- RIGHETTO G. (1990)  
Città sana. Ambiente, stili di vita, tecnologia.  
Cleup, Padova
- (1993)  
Vulnerabilità sociale, ambiente turbolento ed educazione  
in  
Righetto G. [ a cura di]  
Vulnerabilità, comunicazione ed ecologia umana  
SGE, Padova
- (2001)
- *Per un approccio ecosistemico al welfare*  
in  
Studi Zancan . Politiche e servizi alle persone n.1 -2001

*Euganeo*.it