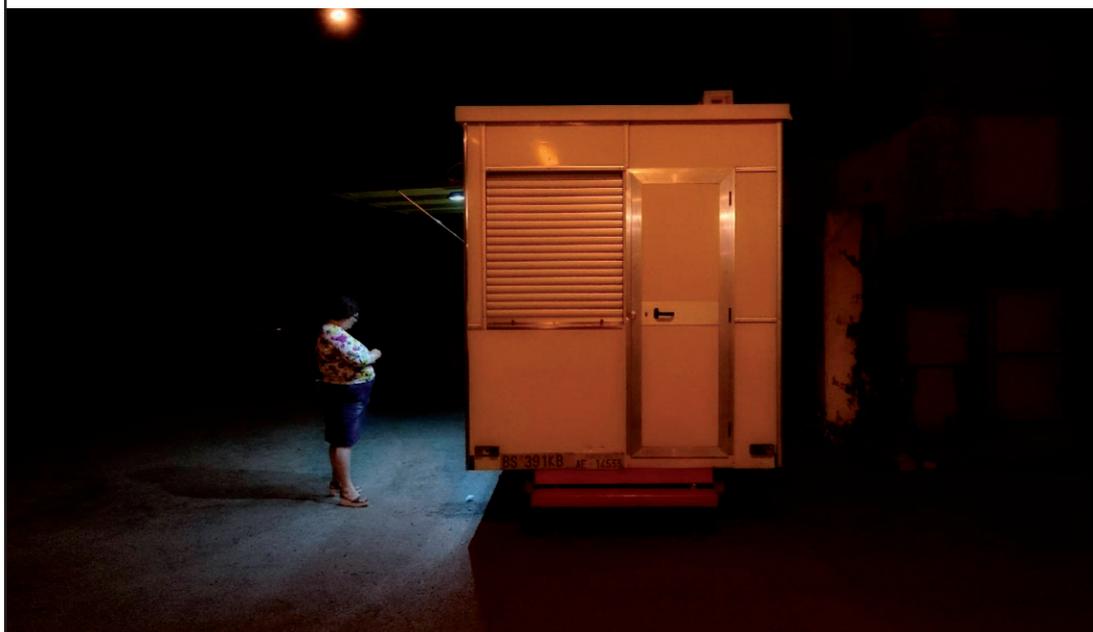


FRANCOANGELI/Urbanistica

Rosalba D'Onofrio, Elio Trusiani

Città, salute e benessere

Nuovi percorsi per l'urbanistica



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Rosalba D'Onofrio, Elio Trusiani

Città, salute e benessere

Nuovi percorsi per l'urbanistica

FRANCOANGELI

Desideriamo ringraziare per l'utile collaborazione e scambio di idee:

Simona Arletti, Presidente Nazionale Rete italiana Città Sane OMS;

Comune di Bologna: Luca Rizzo Nervo (Assessore Sanità, Welfare, Innovazione sociale e solidale); Maria Cristina Zambon (Responsabile UI Salute e città sane);

Comune di Molfetta: Vincenza Cocozza (Responsabile Città Sane);

Comune di Udine: Furio Honsell (Sindaco del Comune di Udine); Stefania Pascut (Ufficio di Promozione Città Sane OMS); Raffaele Shaurli e i componenti della Unità organizzativa Gestione Urbanistica;

Lenzi Andrea, Presidente del Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dell'Health City Institute;

Giuseppe Losco, direttore della Scuola di Architettura e Design dell'Università di Camerino;

Maurizio Maria Sani, già dirigente della Regione Emilia-Romagna e Responsabile ufficio di piano dell'unione dei comuni della valle del Samoggia.

Un ringraziamento particolare va inoltre al Sig. Raniero Carloni, autore della copertina.

In copertina: Raniero Carloni, Itineari lusinghieri

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione. Invecchiamento, malattie croniche e urbanizzazione le nuove sfide per i sistemi sanitari , di <i>Andrea Lenzi</i>	pag. 9
Riferimenti bibliografici e sitografici	» 16
Introduzione , di <i>Rosalba D’Onofrio, Elio Trusiani</i>	» 19

Parte Prima **Salute e benessere nelle città resilienti**

1. Città sane, sicure, vivibili, eque , di <i>Rosalba D’Onofrio, Elio Trusiani</i>	» 29
1. “...Our health is a function of where we live”	» 30
2. Il movimento delle “Healthy Cities” per promuovere la salute e il benessere dei cittadini	» 33
3. L’Italia: la richiesta di una città più attenta alle necessità di una vita in salute	» 37
Riferimenti bibliografici e sitografici	» 39
2. Un’urbanistica favorevole alla salute: alleanze e strumenti per un nuovo modello di pianificazione in Europa , di <i>Rosalba D’Onofrio</i>	» 41
1. I caratteri distintivi del modello delle “Healthy Cities”	» 44
2. Difficoltà e progressi delle città del network europeo	» 48
3. Le innovazioni nei quadri legislativi nazionali e i loro effetti alla scala locale: i casi dell’Inghilterra e della Scozia	» 51
4. Il ruolo delle Valutazioni di Impatto (HIA, SIA, HuIA) nei piani locali: il caso della Finlandia	» 58
Riferimenti bibliografici e sitografici	» 62

3. Città europee in azione , di <i>Rosalba D’Onofrio, Elio Trusiani</i>	pag.	65
1. Belfast, di <i>Piera Pellegrino</i>	»	77
2. Bristol, di <i>Piera Pellegrino</i>	»	88
3. Ljubljana, di <i>Flavio Stimilli</i>	»	100
4. Odense, di <i>Chiara Camaioni</i>	»	113
5. PACA (Provence-Alpes-Côte d’Azur), di <i>Michela Tolli</i>	»	126
6. Pécs, di <i>Flavio Stimilli</i>	»	134
7. Rennes, di <i>Michela Tolli</i>	»	145
8. Turku, di <i>Chiara Camaioni</i>	»	153

Parte Seconda **L’esperienza italiana**

1. La Rete “Healthy Cities” in Italia. Alcune esperienze a confronto , di <i>Rosalba D’Onofrio, Elio Trusiani</i>	»	167
1. Udine	»	174
2. Torino e Bologna	»	179
Riferimenti sitografici	»	187
2. Primi tentativi di valutazione degli impatti sulla salute e sul benessere nei progetti e nei piani urbanistici in Italia , di <i>Rosalba D’Onofrio</i>	»	188
1. Le Linee Guida della Valutazione di impatto sanitario VIS-T4HIA	»	191
2. Le prime sperimentazioni della VIS a livello nazionale e regionale	»	196
3. La difficile integrazione del tema salute e del benessere nei piani e nei progetti urbanistici	»	199
Riferimenti bibliografici e sitografici	»	209

Parte Terza **Oltre le Valutazioni di Impatto:** **modalità di integrazione tra salute e urbanistica**

1. Condizioni, temi ricorrenti e opportunità per l’integrazione nei piani di scala locale , di <i>Rosalba D’Onofrio, Elio Trusiani</i>	»	213
1. Una conoscenza integrata e condivisa in tema di salute e benessere	»	222

2. Un approccio esigenziale/prestazionale nella progettazione/ri-	pag. 225
generazione della città	
Riferimenti bibliografici e sitografici	» 228

Prefazione

Invecchiamento, malattie croniche e urbanizzazione le nuove sfide per i sistemi sanitari

di Andrea Lenzi¹

Oltre 3 miliardi di persone vivono oggi in città metropolitane e megalopoli. Nel 2007 per la prima volta nella storia, la popolazione mondiale che vive nelle città ha superato il 50% e questa percentuale è in crescita, come ci dicono le stime del WHO². Nel 2030, 6 persone su 10 vivranno nei grandi agglomerati urbani, ma questa è una stima che se proiettata nel futuro ci porta a considerare che nel 2050 il numero di abitanti dei grandi contesti urbani sarà intorno al 70%. Una tendenza che, di fatto, negli ultimi 50 anni sta cambiando il volto del nostro pianeta (Fig.1) e che va valutata in tutta la sua complessità.

Ancora il WHO ci indica che sempre di più grandi masse di persone si concentreranno nelle grandi città, attratte dal miraggio del benessere, dell'occupazione e di una qualità di vita differente, e la popolazione urbana mondiale, soprattutto nei Paesi medio-piccoli crescerà annualmente di circa 1,84% tra il 2015 e il 2020 (Fig.2). Dobbiamo, quindi, prendere atto che si tratta di un fenomeno sociale inarrestabile ed una tendenza irreversibile che va amministrata ed anche studiata sotto numerosi punti di vista quali l'assetto urbanistico, i trasporti, il contesto industriale e occupazionale e soprattutto la salute. Le città stesse ed il loro modello di sviluppo sono oggi in prima linea nella lotta contro tutte le criticità connesse alla crescente urbanizzazione e, ovviamente, la salute pubblica occupa fra queste un posto di primaria importanza.

¹ Presidente del Comitato nazionale per la Biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dell'Health City Institute.

² World Health Organization.

Fig. 1: *World Urbanization Prospects 2014. % della popolazione mondiale che vive nelle aree urbane 1960-2015.WHO*

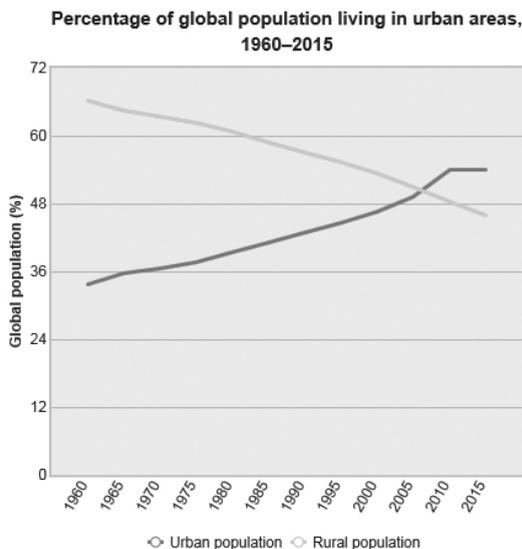
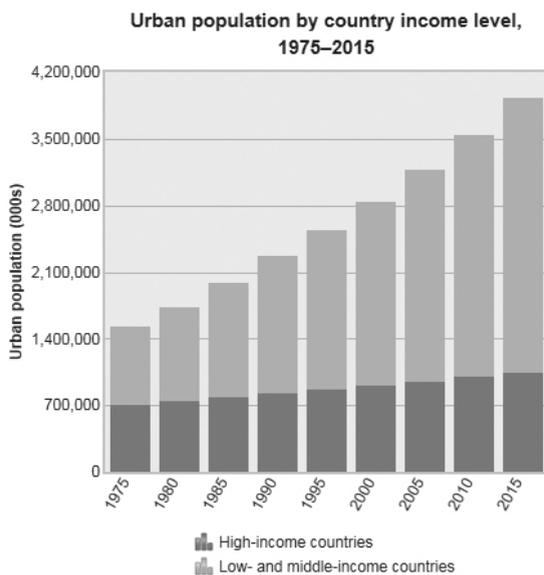


Fig. 2: *World Urbanization Prospects 2014. Popolazione urbana e livelli di reddito.1975-2015. WHO*



Nel settembre del 2015, 193 Stati membri delle Nazioni Unite si sono riuniti a New York con l'obiettivo di adottare una serie di 17 obiettivi del *Sustainable Development Goals (SDGs)*. I nuovi SDGs coprono una vasta gamma di questioni globali critiche come: il porre fine alla povertà, il raggiungimento universale dell'istruzione e la lotta ai cambiamenti climatici. Tuttavia è importante come per la prima volta sia stato inserito un preciso obiettivo (SDG 11) dedicato a rendere la città inclusiva, sicura, sostenibile e capace di affrontare il cambiamento. Strumenti chiave per raggiungere questo obiettivo come lo sviluppo abitativo, la qualità dell'aria, la buona alimentazione e il trasporto vengono individuati chiaramente e diventano importanti i determinanti della salute delle persone nelle città.

Questo si inserisce nel più generale tema di come migliorare la salute come priorità globale nella programmazione che va dal 2016 al 2030 con un particolare punto (SDG 3) focalizzato sulla realizzazione della promozione del benessere psico-fisico per tutti e per tutte le fasce di età. La prevalenza e alta densità della popolazione nelle metropoli, la complessità dei fattori di rischio che influenzano la salute, l'impatto delle disuguaglianze sulla salute, l'impatto sociale ed economico sono temi da affrontare e discutere, per agire concretamente sui determinanti della salute e non con interventi a spot che non risolvono i problemi di fondo e non permettono di comprendere a pieno la sfida alla quale siamo chiamati.

Le città oggi non sono solo motori economici per i Paesi, ma sono centri di innovazione e sono chiamate anche a gestire e rispondere alle drammatiche transizioni demografiche ed epidemiologiche in atto.

Nel 2014, un gruppo di sindaci e leader delle maggiori città a livello mondiale si sono riuniti e impegnati per affrontare il cambiamento climatico del Pianeta riducendo le emissioni di gas serra. Questa iniziativa è stata lanciata e promossa dalle Nazioni Unite (ONU), attraverso un network formato dal *Cities Climate Leadership Group (C40)*, da *United Cities and Local Governments Network (UCLG)* e dall'*International Council for Local Environmental Initiatives (ICLEI)*.

Attraverso questo accordo, 206 città, per una popolazione complessiva di 270 milioni di abitanti, si sono impegnate ad intraprendere un percorso specifico con un approccio trasparente e con delle strategie precise, per ridurre nelle realtà urbane il livello di emissioni delle polveri sottili, riducendo così la vulnerabilità dei loro territori ai cambiamenti climatici.

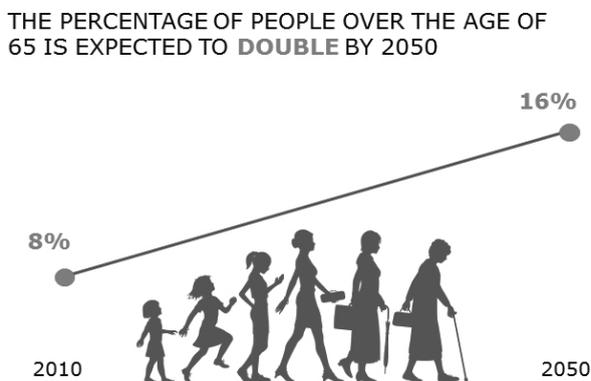
Il 15 ottobre del 2015, i sindaci di 115 megalopoli, per un totale di 400 milioni di persone residenti, in occasione dell'EXPO 2015 hanno firmato il *Milan Urban Food Policy Pact*. Questo impegno comporta una serie di azioni locali per affrontare alcune altre emergenze globali che vanno dalla fame, alla malnutrizione e allo spreco di cibo. Le città sottoscrivendo il do-

cumento si sono impegnate a sviluppare sistemi alimentari sostenibili e cibi sani a prezzi accessibili per tutte le persone, a ridurre gli sprechi alimentari che nelle città sono altissimi in un quadro basato sui diritti umani.

Questi due esempi sottolineano il ruolo che i sindaci e le città si sono dati per affrontare lo sviluppo del pianeta e dei popoli attraverso un approccio proattivo ed oggi i sindaci debbono affrontare con altrettanto impegno il tema dei determinanti della salute nelle città.

Da un lato dovranno affrontare il progressivo invecchiamento della popolazione, le stime ci indicano come la percentuale di persone sopra i 65 anni potrebbe raddoppiare da qui al 2050 (Fig. 3) e dall'altro l'aumento delle malattie croniche e in particolare il diabete dove le stime globali dell'International Diabetes Federation prevedono dai 415 milioni del 2015 a 642 milioni nel 2040.

Fig. 3: Crescita % popolazione oltre i 65 anni



Già nei *Sustainable Development Goals* vengono indicati degli obiettivi sanitari collegati al conseguimento dello sviluppo urbano quali ad esempio SDG 3.3 e 3.4, obiettivi che hanno uno specifico focus sull'epidemia di HIV e la riduzione della mortalità da cosiddette malattie non trasmissibili (NCDs). Mentre la prevalenza di HIV è noto che, da sempre, è concentrata maggiormente nelle persone che risiedono nelle città, lo stile di vita urbano è considerato un fattore determinante per l'aumento del carico dei NCDs e solo di recente ha avuto un suo focus specifico sull'ambiente cittadino, aggiunto all'invecchiamento della popolazione urbana che pure contribuisce ad un aumento del carico delle cronicità e tutti i dati socio-demografici ci indicano come l'aumento dell'urbanizzazione e delle malattie croniche non trasmissibili siano fattori strettamente correlati.

Quindi la politica e gli amministratori ed in particolare i sindaci dovranno guardare alla sempre maggiore urbanizzazione in termini nuovi, comprendendo che il carico di disabilità che le malattie croniche portano con sé, come naturale fardello, inciderà sullo sviluppo e sulla sostenibilità delle città da essi governate.

Si sta venendo a creare un nuovo modello di welfare urbano, che va compreso, analizzato e studiato in tutti i suoi possibili dettagli. Un welfare che, se pur riferito a un quadro di riferimento nazionale, deve essere valutato oggi sempre più nei contesti locali ponendo nuovi quesiti e nuovi scenari. Diviene necessario chiedersi se e in cosa differiscono i sistemi di welfare tra le grandi città e le piccole città; se oggi si stia passando da un sistema di *welfare state* a un sistema di *welfare local* e se le città saranno disponibili ad attivare strategie che portino a modifiche ed innovazioni negli obiettivi urbanistici, ambientali e incidenti sui problemi socio-economici, perché solo allora gli amministratori ed i cittadini stessi potranno essere più propensi a sostenere il miglioramento della qualità di vita e della salute attraverso un progressivo miglioramento del modo di vivere.

Un approccio integrato ai SDGs sarà utile per il raggiungimento degli obiettivi per la salute nelle città perché molte delle sfide richiedono la collaborazione multisettoriale.

È chiaro che un aumento dell'aspettativa e della buona qualità di vita correlata ad una riduzione dei decessi prevenibili a causa di malattie non trasmissibili, porterà come conseguenza alla creazione di strutture di coordinamento tra diversi settori della *governance* urbana che interagiscono con la salute. Un coordinamento che dovrà avvenire attraverso il coinvolgimento di diversi livelli di governo – locale, regionale e nazionale – ed essere supportato da azioni globali e quale fattore primario da una osservazione dinamica dei determinanti della salute nelle città.

Un'altra grande sfida è quella che vede le autorità sanitarie di tutto il mondo nel contrastare l'evoluzione delle NCDs e tra questi il diabete riveste un ruolo particolare.

Il diabete può rivelarsi la più grande epidemia della storia umana.

Secondo l'International Diabetes Federation (IDF), nel 2013 più di 382 milioni di persone in tutto il mondo soffrono di diabete, diagnosticato o non diagnosticato. Entro il 2035, questo numero salirà a 592 milioni.

Nelle grandi città vivono oggi la gran parte delle persone con diabete Tipo 2 e le stime attuali ci indicano come questo fenomeno interessi oltre due persone con diabete tipo 2 su tre. Infatti secondo i dati dell'International Diabetes Federation (IDF), nel mondo sono 246 milioni (65%), coloro che hanno ricevuto una diagnosi di Diabete di Tipo 2 e abitano nei centri urbani, rispetto ai 136 milioni delle aree rurali. E il numero è destinato a cresce-

re. Nel 2035 si stima che raggiungeranno il 70% le persone con diabete nelle città: 347 milioni rispetto ai 147 milioni che abiteranno fuori dai grandi centri abitati. Pare quindi che le città siano “catalizzatrici” per il diabete: chi si sposta in città ha infatti maggior probabilità di sviluppare la malattia rispetto a chi rimane fuori dai grandi centri. E questo è un dato preoccupante soprattutto se si considera il fatto che, per la prima volta nella storia dell’Umanità, la maggior parte della popolazione vive oggi nelle aree urbane, e le proiezioni stimano un progressivo aumento dei residenti nelle città.

Da questi presupposti nasce *Cities Changing Diabetes*, un ambizioso programma volto a far fronte alla sfida che il diabete pone nei grandi centri abitati. Partito da Città del Messico, Copenhagen Shanghai, Tianjin, Vancouver, Houston e nel 2017 vedrà coinvolta Roma. Il progetto è destinato a coinvolgere attivamente le autorità municipali delle principali metropoli mondiali, Italia inclusa, nell’analisi delle ragioni alla base della crescita della malattia e nell’individuazione di specifici interventi volti a contrastarne l’avanzata.

Si configura l’esigenza di un Osservatorio della Salute nelle città che riesca ad individuare le criticità e a favorire le buone pratiche e rendere omogenei i vantaggi al fine di non creare ulteriori discriminazioni.

Infatti, nelle città i vantaggi per la salute possono essere notevolmente differenti per alcune persone rispetto ad altre. È oggi già noto che, in medesimi contesti urbani, vi sono aspettative di vita differenti. Ad esempio, a Londra le persone vivono più a lungo se sono residenti a Westminster, che dista dalla City poche fermate di metropolitana, laddove, invece, gli abitanti di un sobborgo decentrato di Baltimora, vivono molti meno anni rispetto agli abitanti di altre zone della stessa. L’epigenetica da tempo studia la correlazione tra ritmo circadiano, ambiente e insorgenza di alcune malattie. Gli studi recenti ci dimostrano come vi sia una stretta correlazione tra aspetti bio-genetici, stili di vita individuali e ambiente nel quale viviamo. Sono fattori che debbono essere investigati con metodicità e che devono portare ad identificare i motivi delle differenti situazioni tra le città e all’interno delle stesse nei singoli quartieri.

Bisogna creare una *roadmap* su urbanizzazione e salute. Per aumentare la consapevolezza riguardo le sfide per la salute associate con l’urbanizzazione e la necessità di affrontare le stesse attraverso la pianificazione urbana ed azioni intersettoriali, in linea con le raccomandazioni del WHO, bisogna arrivare a tracciare una *roadmap* per promuovere azioni concrete e strategie governative riguardo ai rischi per la salute conseguente all’urbanizzazione. Una *roadmap* che prenda in esame come l’urbanizzazione porti a una sempre maggiore esposizione dei cittadini a fattori ambientali (ad esempio l’inquinamento dell’aria, acqua, acustico e a difficoltà derivanti da

igiene delle strade, smaltimento delle acque reflue e dei rifiuti, ecc.) e, quindi, a differenti fattori di rischio per la salute. Una *roadmap* che individui in ogni singola realtà cittadina le azioni da promuovere per evitare disparità e consentire a ogni cittadino di godere una vita in salute come bene comune e come motore di sviluppo e ricchezza di tutti.

L'Italia oggi può essere in prima linea nello studio di queste dinamiche correlate alla salute derivanti dell'urbanizzazione se governo, sindaci, università, aziende sanitarie e esperti sapranno interagire attraverso forme virtuose e multidisciplinari e non virtuali, settoriali e individualistiche, evitando la logica dei silos, cioè la mancanza di collaborazione e scambio fra le varie istituzioni coinvolte.

In tema di sanità l'Unione Europea, con il terzo programma 2014-2020, promuove la salute, incoraggia ambienti favorevoli e stili di vita sani, tenendo conto del principio "la salute in tutte le politiche", facilita l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini dell'Unione.

La salute pubblica è una priorità fondamentale anche della commissione NAT, come risulta dal suo programma di lavoro per il 2016. L'iniziativa parlamentare a livello europeo dovrebbe incoraggiare misure per l'attuazione di queste politiche, ponendo l'attenzione ai determinanti di salute per una crescita della città intelligente, sostenibile, inclusiva. Una modernizzazione della politica europea, in materia di salute, nel contesto socioeconomico in evoluzione, nel quadro di una visione cosmopolita che non ha l'ambizione di essere l'immediata proposta per un ordine sovranazionale, ma che si propone come paradigma per una rete europea tra attori locali. Uniformare verso l'alto la rete dei livelli di protezione e di pianificazione per affrontare le sfide future delle città.

Nell'attuale quadro di competenze che governano l'Unione Europea, le politiche sociali rimangono, in ossequio al principio di sussidiarietà, nella piena responsabilità nazionale. È indubbio però, che può essere un valore aggiunto una dimensione "locale" di coordinamento che, ponendo in discussione stili di vita ed aspettative individuali, costruisca una gamma di fattori condivisa, che concorrano alla definizione delle politiche pubbliche.

Ed è alle amministrazioni locali e regionali che spetta proporsi come garanti di una sanità equa, divenendo ideatrici di un nuovo paradigma di *governance* collaborativa dove istituzioni, imprese, organizzazioni della società civile e cittadini possano contribuire alla progettazione di un assetto urbano condiviso, equo ed armonico.

Vi è la necessità di dedicare una particolare attenzione agli investimenti sostenibili, all'impulso all'innovazione, alla responsabilizzazione dei cittadini, alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie attraverso un'analisi dei determinanti sociali, economici e ambientali e dei fattori

di rischio che hanno un impatto sulla salute per arrivare a un Patto dei Sindaci, che abbia le basi sull'opportunità di una più stretta relazione tra i temi della salute, del benessere e sulla pianificazione urbanistica, la cui la sperimentazione in Italia e in Europa trova ancora molte difficoltà. Bisogna che questo Patto, che deve trovare nei Governi il punto di raccordo delle politiche e delle sinergie operative, rappresenti una riflessione a 360° sull'attuazione del programma UE, anche in considerazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2014-2019 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Riferimenti bibliografici e sitografici

- Al-Moosa S., Allin S., Jemai N., Al-Lawati J., Mossialos E. (2006), "Diabetes and urbanization in the Omani population: an analysis of national survey data". *Popul Health Metr.*, Apr 24; 4: 5.
- Barquera S. et al. (2013), "Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy". *Global Health*, 9: 3.
- Befort CA, Nazir N., Perri MG. (2012), "Prevalence of obesity among adults from rural and urban areas of the United States: findings from NHANES (2005-2008)". *J Rural Health*, 28(4): 392-397.
- Changing Diabetes Barometer. Diabetes complications. Testo disponibile al sito: changingdiabetesbarometer.com/about-diabetes/diabetescomplications.aspx.
- Cipriani F., Baldasseroni A., Franchi S. (2011), *Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea-Guida*. SNLG, novembre 2011.
- Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, *Verso una strategia tematica sull'ambiente urbano* (2004).
- CONI (2004), "Il ruolo dello sport per tutti nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie", *Congresso Mondiale Sport per Tutti*, 11-14 novembre, Roma.
- Delegazione Italiana del Comitato delle Regioni dell'UE (2017), R. Pella, Documento di lavoro della Commissione Risorse naturali su "La salute nelle città: bene comune".
- Federsanità Anci (2012), *Mobilità sostenibile e sicura, salute, pianificazione e ambiente*.
- Folkesundheden i København (2014) – i korte træk (in Danish). City of Copenhagen (Københavns Kommune).
- Hart JT. (1992), "Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care". *British Journal of General Practice*, 42(356): 116-119.
- International Diabetes Federation (2013), *IDF Diabetes Atlas*, 6th edn. Brussel, Belgium, testo disponibile al sito: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.

- ISPRA (2015), *Qualità dell'ambiente urbano-XI Rapporto Edizione 2015*, testo disponibile al sito:
<http://www.isprambiente.gov.it/it/pubblicazioni/stato-dellambiente/qualita-dellambiente-urbano-xi-rapporto.-edizione-2015>.
- Istat (2015), *Urbes 2015- Il benessere equo e sostenibile nelle città*, testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/it/archivio/153995>.
- Istituto Superiore di Sanità (2014), *Empowerment: il cittadino consapevole, collaborativo e protagonista*, 2014.
- Istituto Superiore di Sanità (2008), “La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni”, Rapporti ISTISAN 08/1, testo disponibile al sito: http://www.iss.it/binary/publ/cont/08-1_WEB.1204719565.pdf.
- Kinra S., Andersen E., Ben-Shlomo Y., Bowen L., Lyngdoh T., Prabhakaran D. et al. (2011), “Association between urban life-years and cardiometabolic risk: the Indian migration study”. *Am J Epidemiol*, 174: 154-164.
- Mbanya JC., Motala AA., Sobngwi E., Assah FK., Enoru ST. (2010), “Diabetes in sub-Saharan Africa”. *Lancet*, Jun 26; 375(9733): 2254-66.
- Ministero della Salute (2013), *Alimentazione corretta*, testo disponibile al sito:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=108&area=Vivi_sano
- Ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione (2008), *GUADAGNARE SALUTE. Rendere facili le scelte salutari. Un programma di prevenzione a servizio dei cittadini*, testo disponibile al sito:
http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_opuscoliposter_25_allegato.pdf.
- OECD (2008), “*Health Working Papers, The Prevention of lifestyle related chronic diseases: an economic framework*”, OECD HEALTH WORKING PAPERS, 32.
- OECD (2010), *Health System Priorities in the Aftermath of the Crisis*, 2010, testo disponibile al sito:
<https://www.oecd.org/health/2010-ministerial/46098360.pdf>.
- The Lancet (2016), *Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants*, Volume 387, No. 10027: 1513-1530.
- United Nations-Department of Economic and Social Affairs (2012), *World Urbanization Prospects, the 2011 Revision*, testo disponibile al sito:
http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/urbanization/WUP2011_Report.pdf.
- United Nations-Department of Economic and Social Affairs (2013), *Sustainable Development Challenges, World Economic and Social Survey*, testo disponibile al sito:
http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_current/wess2013/WESS2013.pdf
- United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2013), *State of the World's Cities 2012/2013, Prosperity of Cities*. Routledge, New York.
- Villalpando S., de IC, V. Rojas R., Shamah-Levy T., Avila MA., Gaona B. et al. (2010), “Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican

- adult population: a probabilistic survey”. *Salud Publica Mex*: 52 (Suppl 1): S19-26.
- Wang L., Kong L., Wu F., Bai Y., Burton R (2005), “Preventing chronic diseases in China”. *Lancet*, Nov 19; 366(9499):1821-4.
- WHO (2004), *The global burden of disease*, testo disponibile al sito: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1.
- WHO (2010), “Urbanization and health”, *Bull World Health Organ* 2010; 88: 245-24
- WHO (2011), *Health in the green economy*, testo disponibile al sito: <http://www.who.int/HIA/hgehousing.pdf>.
- WHO (2012), *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*, testo disponibile al sito: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.
- WHO Regional Office for Europe (2008), *A healthy city is an active city, a physical planning guide*, a cura di P. Edwards e A. D. Tsouros, testo disponibile al sito: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/99975/E91883.pdf
- WHO e UN-Habitat (2016), *Global report on Urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development*, testo disponibile al sito: http://who.int/kobe_centre/measuring/urban-global-report/en/
- World Health Organization e World Economic Forum (2008), *Preventing Non-communicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity*, testo disponibile al sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43825/1/978-9241596329_eng.pdf.

Introduzione

di Rosalba D'Onofrio, Elio Trusiani

In un film documentario di qualche anno fa, *The Human Scale*, l'architetto e professore danese Jan Gehl, nel sostenere la necessità di recuperare la “scala umana” nella costruzione delle città, auspicava che le città fossero costruite intorno alle persone piuttosto che intorno alle tecnologie e che, realizzate dagli uomini per gli uomini, dovessero adattarsi agli uomini e non viceversa¹.

Mettere al centro l'uomo e i suoi bisogni nella costruzione delle città vuol dire rivendicare un ruolo fondamentale per la pianificazione e la progettazione degli spazi di vita, che possono avere importanti conseguenze sul benessere e sulla salute degli abitanti delle città. Oggi l'esistenza di una stretta interrelazione tra salute e città è sostenuta da numerosi studi e ricerche scientifiche in tutto il mondo, così come è ampiamente riconosciuto il cosiddetto “vantaggio urbano” per la salute². In considerazione di questa stretta corrispondenza, è opportuno investire nella creazione di ambienti urbani vivibili, sostenibili ed attraenti, nei quali perseguire, oltre al miglioramento della qualità dell'ambiente, una maggiore accessibilità alle aree verdi e alle aree della socializzazione per migliorare il fisico e lo spirito, la realizzazione di piste ciclabili e pedonali per muoversi in libertà, la *mixité* sociale e funzionale per abbattere le barriere sociali e culturali, ecc. Tutto questo per affrontare al meglio alcune delle sfide del nostro tempo, quali: l'invecchiamento della popolazione, le malattie non trasmissibili, come l'obesità, il diabete; lo stress, l'isolamento, l'esclusione e le iniquità sociali.

¹ Gehl J. (2010), *Cities for People*, Island Press, Washington-Covelo-London.

² Rydin Y. et al (2012), “Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century”, *The Lancet*, Volume 379, No. 9831, p. 2079-2108, 2 June 2012.