

La qualità della vita urbana: il punto di vista della geografia medica

L'apporto che la geografia e la geografia medica in particolare possono offrire alla qualità della vita urbana può essere assai significativo, a cominciare da alcune osservazioni sulla pianificazione delle città.

Negli ultimi due secoli lo sviluppo urbano è stato molto rapido sia nel senso orizzontale che nel senso verticale, rispettivamente con la costruzione di nuovi quartieri e di sopraelevazioni su edifici esistenti. Naturalmente la crescita urbana è stata determinata dalla fame di abitazioni e di altre strutture insediative, ma anche condizionata ora dalla speculazione, ora dalla ideologia prevalente, ora infine dagli obiettivi economici contingenti e, nella pianificazione dell'ambiente da costruire, non è stata quasi mai prestata attenzione alla qualità della vita che si sarebbe determinata.

Poiché la geografia si occupa dei fenomeni che vengono generati dal rapporto tra gruppi umani e ambiente, dobbiamo dire che nella costruzione delle città non è stato mai tenuto nella debita considerazione né l'uno né l'altro elemento del rapporto. Infatti la speculazione tende a costruire case tenendo nel massimo conto il vantaggio economico dell'imprenditore.

L'ideologia fascista tendeva a costruire città nuove (come Sabaudia, Fertilia, Carbonia, Arborea, ecc.) o nuovi quartieri secondo le linee direttrici dell'utilizzazione agricola dello spazio o della residenza delle varie categorie di lavoratori, spesso con una distinzione classista tra residenza per operai (case per ferrovieri), impiegati (cooperative) e redditi (ville). I quartieri degli uffici e dei palazzi pubblici sono stati disegnati con stili e forme che si rifacevano al concetto della ieraticità,

severità e isolamento delle costruzioni dal contesto (Giardina, Vauchez 2000).

Un'altra ideologia, quella socialista o di derivazione socialista, ha prodotto la costruzione di palazzi "alveare", per lo più anonimi nello stile con blocchi sovrapposti anche di notevole altezza: il messaggio era quello di raccogliere all'interno del grande complesso tutti gli spazi della vita sociale e collettiva. Un esempio mirabile è costituito dal cosiddetto Corviale a Roma, un alto edificio lungo 1300 m circa, in parte devastato e deturpato da una folla abnorme e variegata di abitanti.

I piani regolatori, modificati da numerose varianti, sono in gran parte vecchi di decenni. In alcune aree più antiche della città comunque una certa vivibilità viene ripristinata con il restauro solo a volte molto accurato e ben riuscito.

La città moderna del dopoguerra ha dovuto fare i conti con le necessità della mobilità e del rapporto sempre più stretto nel mercato tra domanda e offerta, magari con la netta prevalenza della prima ricca di messaggi pubblicitari e promozioni accattivanti. Il bisogno di mobilità veniva soddisfatto con la costruzione di vie e mezzi di comunicazione pubblici e privati. Questi ultimi sono divenuti largamente dominanti all'interno della città, creando un nuovo modello urbanistico caratterizzato da strade urbane di grande scorrimento che incidono notevolmente nella differenziazione delle aree della città, attirando forti concentrazioni di funzioni e di popolazione da una parte e trascurando altre aree dall'altra. Se dobbiamo riconoscere un paradigma nel modello attuale di città occidentale, questo è certamente subordinato alle esigenze della mobilità e della viabilità:



tutto ciò indubbiamente incide negativamente sulla qualità della vita. Questo modello parcellizza la città anche dal punto di vista degli edifici, che vengono ricostruiti o costruiti senza tener conto, né della coerenza estetica e stilistica, né tanto meno della qualità della vita urbana.

Infatti, anche se nella pianificazione della città medievale e di quella rinascimentale era necessario rispettare la sicurezza individuale e collettiva (più questa che quella) e particolari modelli stilistici, certamente le città erano adeguate alle esigenze della vita contemporanea e non viceversa.

Oggi ovviamente le necessità della vita urbana contemporanea sono aumentate e per di più la città si compone di un complesso sistema di trame viarie, edifici, spazi risultante dalla sovrapposizione e giustapposizione di concezioni, funzioni ed esigenze di epoche diverse. Questa confusione edilizia e urbanistica delle moderne città ostacola in vario modo la mobilità e le esigenze individuali e collettive in tutte le loro forme e varietà, con forti ripercussioni sulla qualità della vita.

La nuova pianificazione urbanistica deve invece tener conto soprattutto di altri aspetti della qualità della vita (la città sostenibile ¹). I nuovi quartieri devono essere edificati pensando alla città non solo come luogo privilegiato della vita economica e sociale, ma come spazio da vivere a misura d'uomo moderno, come la città medievale o la città rinascimentale era vissuta a misura dell'uomo medievale o rinascimentale, rispettivamente.

La città costituisce certamente un ambiente separato da quello circostante, con il quale ha collegamenti ed interazioni di vario tipo: si tratta quindi di un sistema aperto con flussi di energia, di materiali e persone. All'interno della città si verificano gli stessi fenomeni che interessano l'ambiente esterno alla città: quindi la città ha un suo clima, una sua vegetazione, una sua morfologia, costituita sia dalla parte "naturale" che da quella costruita (edifici, vie di comunicazione, ecc.). Non solo: anche all'interno degli edifici e delle costruzioni esistono ambienti diversi, nei quali le condizioni possono essere anche del tutto indipendenti da quelle interne della stessa città, mediante ad esempio apparecchiature per il condizionamento dell'aria e per il riscaldamento.

Gli ambienti interni una volta, invece, erano aperti all'esterno mediante finestre e balconi e terrazzi, in modo da stabilire un continuo ricambio d'aria e anche la possibilità di eliminare dalla suppellettile e dalla biancheria polvere, batteri e parassiti vari.

All'interno della città e all'interno degli edifici

si verificano quindi gli stessi fenomeni dell'esterno, come ad esempio l'inversione termica e i movimenti di aria dalle zone di alta a quelle di bassa pressione. La pianificazione urbanistica deve essere eseguita in modo che ad esempio l'inquinamento non si concentri in una parte, ma si disperda il più possibile, ricorrendo alla costruzione di palazzi, aree verdi e strade, per consentire le migliori condizioni per la dispersione degli inquinanti e la più favorevole per beneficiare il più possibile degli aspetti positivi degli elementi meteorologici: mediante l'esposizione, la direzione delle strade, la collocazione degli spazi verdi, ecc. (Palagiano 1988).

I flussi di persone in entrata e in uscita dalla città, e all'interno della città stessa andrebbero anch'essi regolati – sia dal punto di vista della intensità che della confluenza in determinati punti (o dispersione in più direzioni) – in modo da agevolare il traffico ed impedire tanto le soste prolungate di numerosi autoveicoli negli stessi luoghi, tanto la circolazione viziosa di mezzi intorno alle stesse aree. Infatti, spesso, per allontanare o disperdere il traffico da alcune aree di particolare richiamo per le molteplici funzioni da questa assolte, attraverso la soluzione dei sensi unici si costringe il traffico a compiere percorsi obbligati che risultano poi molto intasati. Ciò che avviene, ad esempio, intorno alla Stazione Termini a Roma.

La città è la sede privilegiata delle attività di cura e di localizzazione delle strutture sanitarie più importanti (Labasse 1980) e pertanto essa costituisce il luogo in cui la salute potrebbe essere convenientemente ristabilita e migliorata. La distribuzione delle strutture sanitarie nella città deve obbedire a precisi requisiti di pianificazione, in rapporto alla popolazione a rischio e alla accessibilità. Non sempre queste due relazioni sono soddisfatte, in quanto spesso possono mancare o essere insufficienti, rispetto alla domanda, reparti dove possono essere accolti tutti i pazienti di una determinata patologia, e nel contempo queste strutture possono essere raggiunte non con la stessa facilità e rapidamente da tutti i luoghi della città, o meglio da tutti i luoghi del bacino di utenza di ciascun ospedale o clinica.

Nella città è avvenuta la modificazione del concetto di salute. Un volta la salute era intesa come equilibrio tra gruppi umani e ambiente e pertanto veniva ristabilita con sistemi naturali; poi la salute cominciò ad essere conservata e ripristinata con medicinali e pratiche chirurgiche sempre più raffinate e sempre meno dipendenti dalla cura naturale o, per dirla con altre parole, facendo

intervenire sempre meno il sistema immunitario o poco o niente sollecitandolo². Oggi possiamo parlare di salute del postmoderno. In altra sede l'avevo definita anche *salute artificiale* (Palagianò 1990a). Si tratta di un tipo di salute che si ottiene artificialmente con sistemi che integrano, con protesi e sostituzione mediante trapianto di organi o parti di essi con altri organi naturali o artificiali.

Questo tipo di salute del postmoderno può giungere a mantenere artificialmente in vita i pazienti, ma fornendo loro la percezione di vivere una buona qualità della vita.

A questo fenomeno è collegato quella della prevenzione, sempre più accurata e tempestiva, in quanto l'immagine della buona salute si lega a quella della buona presenza ed efficienza (Palagianò e Arena 1987).

Secondo alcuni gruppi di ricerca (Progetto Amazzone³) addirittura non esiste, né può esistere un confine tra salute e malattia, in quanto la malattia è solo un aspetto della salute, e questo concetto ha una grandissima importanza sociale per evitare la discriminazione che spesso viene fatta nei riguardi di chi soffre, che non può essere considerato un diverso e tenuto in disparte.

La vita urbana che, secondo preconcetti ormai superati, può apparire vittima dello stress e dell'inquinamento, deve diventare – mediante un'accurata pianificazione – una vita di ottima qualità per una parte considerevole della popolazione. Così si applicherebbe il nuovo modello urbano del postmoderno, determinato in funzione della realizzazione della qualità della vita. Le attività economiche, le relazioni sociali, i contenuti culturali e la ricerca di una buona salute dovrebbero essere, secondo questo modello, finalizzate al raggiungimento della qualità della vita.

Il primo elemento della qualità della vita è comunque lo stato di salute. Per la valutazione dello stato di salute dei cittadini sarebbero necessari i seguenti dati, distinti per aree geografiche:

- 1) i tassi di natalità e di mortalità;
- 2) la speranza di vita;
- 3) le patologie per sesso e classi di età;
- 4) le strutture sanitarie e le loro accessibilità e utilizzazione;
- 5) gli elementi meteorologici;
- 6) i fattori geografici del microclima urbano (rapporti tra costruito e non costruito, sia in senso orizzontale che verticale);
- 7) gli inquinanti;
- 8) i modelli di vita e di comportamento;
- 9) i dati economici.

Ovviamente i dati non sono tutti di facile repe-

rimento, come pure molti parametri sono difficili da calcolare. In particolare, i modelli di vita e di comportamento comprendono un complesso di indici da calcolare, secondo formule da mettere a punto.

Una volta messo a punto il modello informativo, si potrebbe elaborare un GIS, utile per monitorare la situazione della qualità della vita nelle città e nel loro interno, e creare le premesse per un suo miglioramento.

Note

¹ Sulla città sostenibile esiste attualmente un'ampia letteratura, rivolta soprattutto alla delineazione della qualità della vita urbana, dal punto di vista formale e funzionale. Tuttavia in questa letteratura manca quasi del tutto il riferimento alla salute urbana.

² Forse la risorgenza di alcune malattie infettive si deve alla depressione del sistema immunitario, provocata in vario modo (droghe, alcol, condizioni di vita e alimentazione precarie, ecc.), ma anche dall'uso di alcuni farmaci. Avevo posto questo problema trattando della tubercolosi (Palagianò 1999).

³ Il Progetto Amazzone, ideato e diretto da Anna Barbera e Lina Prosa, è nato nel 1996 con la prima edizione delle Giornate Internazionali promossa dall'Associazione Arlenika e sostenuta dal Comune di Palermo. Il Progetto auspica, nei riguardi in particolare del cancro al seno, ma in generale, nei riguardi della malattia: "Un cambiamento di posizione che va preparato nella società attraverso la formazione culturale, a partire dal ristabilimento di quell'originaria concezione della malattia come storia dell'evoluzione della persona e non come esperienza di divisione e di interruzione della vita di pensiero, delle relazioni umane. E ancora la guarigione non come "ritorno alla normalità", secondo il senso comune, ma come ascolto di quel progetto di diversità insito nell'esperienza biologica stessa: la guarigione come esperienza di cambiamento".

Riferimenti bibliografici

- Giardina A., Vauchez A. (2000), *Il mito di Roma. Da Carlo Magno a Mussolini*. Bari, Laterza.
- Labasse J. (1980), *L'hôpital et la ville. Géographie hospitalière*. Parigi, Hermann.
- Palagianò C. (1983), *Le malattie professionali urbane*, in Caldo C., Guarrasi V. (a cura di), *Qualità della vita e spazi urbani*. Palermo, Ist. di Scienze antrop. e geogr. Fac. lett. Univ. Palermo, pp. 167-182
- Palagianò C., Arena G. (1987), *Il comportamento degli Italiani nei confronti dei servizi sanitari*, in "Riv. Geogr. Ital.", XCIV, pp. 57-65
- Palagianò C. (a cura di) (1989), *Geografia della salute in Italia*. Milano, Angeli
- Palagianò C. (1990a), *La salute artificiale*, in G. Meco, V. Carunchio (a cura di), *Atti del primo congresso "Ambiente e salute", Maratea, 1988*, Università di Roma "La Sapienza", Centro interdipartimentale per la prevenzione e lo studio delle malattie sociali, Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale
- Palagianò C. (1990b), *Il sistema salute*, in Palagianò C. (a cura



- di). *Atti del Convegno sul tema: La geografia medica oggi*. cit., pp. 7-14
- Palagianò C. (1991). *Salute e malattia nella prospettiva geoambientale*, in Scheda 2001. *Ecologia antropica*, III, n. 5-6, Schena ed., pp. 95-115
- Palagianò C. (1992). *Le aree ad elevato stress ambientale nell'Europa occidentale*, in Manzi E. (a cura di) (1992). *Regioni e regionalizzazioni d'Europa: oltre il 1993. Contributi scientifici al Convegno di studio, Pavia 1991*, Napoli, Infoter editrice, pp. 81-87
- Palagianò C. (1996). *Geografia medica*. Roma, NIS
- Palagianò C. (1998). *Clima e salute*, in Nicoletti M. (a cura di), *Architettura ecosistemica. L'equilibrio ambientale nella città*. Roma. Gangemi, pp. 89-94
- Palagianò C. (1999). *Epidemiologia e strutture sanitarie della tubercolosi in Italia tra le due guerre*, in "geografia", Roma, pp. 90-107.