



**Stili di vita  
e città del futuro**

Roma e Montréal:  
due realtà a confronto

a cura di / sous la direction de  
Alessandra Capuano  
Federica Morgia

**Modes de vie  
et villes de l'avenir**

Rome et Montréal:  
deux réalités en comparaison

Quodlibet

|   |   |
|---|---|
| DiAP Dipartimento di Architettura e Progetto <p>Direttore Orazio Carpenzano</p>   | © 2020 <p>Quodlibet srl</p> via Giuseppe e Bartolomeo Mozzi 23 <p>Macerata</p> www.quodlibet.it   |
| Sapienza Università di Roma   |   |
| <b>DIAP PRINT</b> / PROGETTI <p>Collana a cura del Gruppo Comunicazione del DiAP <p>Coordinatore Cristina Imbroglini</p></p>  | PRIMA EDIZIONE <p>marzo 2020</p>  |
| COMITATO SCIENTIFICO  | ISBN <p>978-88-229-0291-7</p>   |
| Carmen Andriani, Roberta Amirante <p>Maria Argenti, Jordi Bellmunt</p> Renato Bocchi, Giovanni Corbellini <p>Isotta Cortesi, Paolo Desideri</p> Giovanni Durbiano, Imma Forino <p>Luigi Franciosini, Carlo Gasparri</p> Sara Marini, Tessa Matteini <p>Annalisa Metta, Luca Molinari</p> Alessandra Muntoni, Efisio Pitzalis <p>Franco Purini, Joseph Rykwert</p> Andrea Sciascia, Zeila Tesoriere <p>Ilaria Valente, Herman van Bergeijk</p> Franco Zagari | IN COPERTINA <p>A. Capuano, L.V. Ferretti, F. Morgia, F. Toppetti, Proposta progettuale per la mobilità alternativa attorno alla fermata metro C di Teano a Roma.</p> |

*Ogni volume della collana è sottoposto alla revisione di referees esterni al Dipartimento di Architettura e Progetto scelti tra i componenti del Comitato Scientifico.*

|   |   |
|---|---|
| GRUPPO DI RICERCA   | FINANZIAMENTI DELLA RICERCA   |
| <b>Sapienza Università di Roma Dipartimento di Architettura e Progetto</b> <p><i>Laboratorio BABELLE Città Architettura Natura</i> Alessandra Capuano, <i>Responsabile Scientifico</i></p> Anna I. Del Monaco <p>Laura V. Ferretti</p> Federica Morgia <p>Fabrizio Toppetti</p> Andrea Valeriani <p>con Davide Luca, Eleonora Tomassini, Lisbeth Ahon</p> | – Fondi delle Ricerche di Ateneo Sapienza <p>“Award 2013”: <b>Life Styles and City of the Future: the Case-Study of Rome</b>, Alessandra Capuano, <i>Responsabile della ricerca</i></p> – Fondi delle Ricerche di Ateneo Sapienza <p>“Multidisciplinare 2014”: <b>Life Styles and Urban Enhancement in Health Prevention</b>, Sandro Bernardini, Alessandra Capuano, <i>Responsabili della ricerca</i></p> – Fondi “PRIN 2015”: <b>La città come cura e la cura della città</b> , Alessandra Capuano, <i>Principal Investigator</i> – Fondi delle Ricerche di Ateneo Sapienza <p>“Interdisciplinare 2016”: <b>Innovative and Cross Cutting Urban strategies for well-being: Green Infrastructures, Slow Mobility and Health Prevention</b>, Alessandra Capuano, <i>Responsabile della ricerca</i></p> |
| <b>Sapienza Università di Roma Dipartimento di Medicina Sperimentale</b> <p>Francesco Romanelli</p> Daniele Gianfrilli  |   |
| <b>Sapienza Università di Roma Dipartimento di Sociologia</b> <p>Sandro Bernardini</p> Carmelo Bruni <p>Marina Ciampi</p>   |   |
| RICERCA IN COLLABORAZIONE CON   |   |
| <b>Université de Montréal Chaire Unesco en Paysage et Environnement</b> <p>Philippe Poullaouec-Gonidec, <i>Responsabile Scientifico</i></p> Sylvain Paquette <p>Alessia Zarzani, <i>Coordinamento</i> con Jérôme Glad</p>   | Comune di Roma - I Municipio <p>Sabrina Alfonsi, Presidente</p>   |
|   | Comune di Roma - Servizi Mobilità <p>Stefano Giovenali, Dirigente</p>   |
|   | Comune di Roma - Assessorato per gli Stili di Vita  |
|   | Comune di Roma - Assessorato Scuola, Infanzia, Giovani e Pari Opportunità   |

|  |
|--|
| <b>Sapienza Università di Roma Dipartimento di Medicina Sperimentale</b> <p>Andrea Lenzi</p>                       |
| <b>Università degli studi di Roma “Foro Italico” Dipartimento di Scienze della Salute</b> <p>Silvia Migliaccio</p> |
| <b>Comune di Roma Assessorato all’Urbanistica</b> <p>Giovanni Caudo, <i>Assessore</i></p>                          |

## Indice / Sommaire

- |    |  |
|----|--|
| 10 | PRESENTAZIONE <p>PRÉSENTATION</p> <p><b>Orazio Carpenzano</b></p>  |
| 14 | NOTA INTRODUTTIVA <p>NOTE D’INTRODUCTION</p> <p><b>Alessandra Capuano</b></p>  |
|    | <b>Città e benessere</b> <p><b>Ville et bien-être</b></p>  |
| 23 | SALUTE, STILI DI VITA E SPAZI URBANI <p>SANTÉ, MODES DE VIE ET ESPACES URBAINS</p> <p><b>Alessandra Capuano</b></p>  |
| 31 | DISFUNZIONI CRONICHE DEL METABOLISMO: LA NUOVA EPIDEMIA DEL SECOLO <p>DYSFONCTIONNEMENTS CHRONIQUES DU MÉTABOLISME<span> </span>: LA NOUVELLE ÉPIDÉMIE DU SIÈCLE</p> <p><b>Andrea Lenzi, Daniele Gianfrilli, Silvia Migliaccio</b></p>   |
| 39 | L’ABITABILITÀ DELLA CITTÀ CONTEMPORANEA <p>L’HABITABILITÉ DANS LA MÉTROPOLE CONTEMPORAINE</p> <p><b>Marina Ciampi</b></p>  |
| 49 | LE POLITICHE SOCIO SANITARIE NEI CONTESTI METROPOLITANI <p>POLITIQUES SOCIALES ET SANITAIRES DANS LES CONTEXTES MÉTROPOLITAINS</p> <p><b>Carmelo Bruni</b></p>   |
| 55 | VELENI E ANTIDOTI. CONTRADDIZIONI SUL TEMA DELL’ <i>ENVIRONMENTALISM</i> NELLA CULTURA URBANA AMERICANA CONTEMPORANEA <p>POISONS ET ANTIDOTES. CONTRADICTIONS SUR LE PROBLÈME DE L’ENVIRONNEMENTALISME DANS LA CULTURE AMÉRICAINNE CONTEMPORAINE</p> <p><b>Anna Irene Del Monaco</b></p> |
| 65 | CITTÀ A MISURA D’UOMO. IL BENESSERE NELLA CULTURA URBANA ITALIANA <p>UNE VILLE À MESURE D’HOMME. LE BIEN-ÊTRE DANS LA CULTURE URBAINE EN ITALIE</p> <p><b>Federica Morgia</b></p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <b>Roma</b>  |
| SPAZI APERTI / ESPACES OUVERTS                             | <p>77 SPAZI URBANI. STRATEGIE E TATTICHE DI RITESSITURA<br/>ESPACES URBAINS. STRATÉGIES ET TACTIQUES DE RETEXTURE URBAINE<br/><b>Fabrizio Toppetti</b></p> <p>89 L'ULTIMO CHILOMETRO PRIMA DELLA METRO. UNITÀ DI VICINATO E CENTRALITÀ LOCALI<br/>LE DERNIER KILOMÈTRE AVANT LE MÉTRO. UNITÉ DE VOISINAGE ET CENTRALITÉS LOCALES<br/><b>Laura Valeria Ferretti</b></p> <p>99 L'URBANISTICA SI FA COI PIEDI. LA CITTÀ E/È IL BENESSERE<br/>L'URBANISME SE FAIT AVEC LES PIEDS. LA VILLE ET/EST LE BIEN-ÊTRE<br/><b>Giovanni Caudo</b></p> <p>104 NODI E PERCORSI<br/>NŒUDS ET ITINÉRAIRES<br/><b>Alessandra Capuano, Laura Valeria Ferretti, Federica Morgia, Fabrizio Toppetti</b></p> <p>110 IL NODO DI TEANO<br/>LE NŒUD DE TEANO<br/><b>Davide Luca, Eleonora Tomassini</b></p> <p>126 IL NODO DI CIPRO<br/>LE NŒUD DE CIPRO<br/><b>Alessandra Capuano, Maria Vallo</b></p> |
| STILI DI VITA / MODES DE VIE                               | <p>140 OBESITÀ E COMPORTAMENTO SEDENTARIO NELL'INFANZIA: "CAMBIO STILE" UNO STUDIO PILOTA PER LA CITTÀ DI ROMA<br/>OBÉSITÉ ET SÉDENTARITÉ DANS L'ENFANCE : « JE CHANGE DE STYLE », UNE ÉTUDE PILOTE POUR LA VILLE DE ROME<br/><b>Silvia Migliaccio, Carlo Baldari, Emanuela Greco, Andrea Lenzi</b></p> <p>146 STILI DI VITA SCORRETTI E A RISCHIO PER LE FUNZIONI RIPRODUTTIVE E SESSUALI: CAMPAGNA DI PREVENZIONE "AMICO ANDROLOGO"<br/>MODES DE VIE INCORRECTS ET À RISQUE POUR LES FONCTIONS REPRODUCTIVES ET SEXUELLES : CAMPAGNE DE PRÉVENTION « AMI ANDROLOGUE »<br/><b>Daniele Gianfrilli, Carla Di Dato, Andrea Lenzi</b></p>   |
| ANTOLOGIA DELLA VITA URBANA / ANTHOLOGIE DE LA VIE URBAINE | <p>152 ROMA RACCONTATA CON GLI OCCHI DEL PEDONE<br/><b>Federica Morgia</b></p>   |

## Roma/Montréal

|     |  |
|-----|--|
| 163 | DUE CAPITALI A CONFRONTO<br>COMPARAISON DE DEUX CAPITALES<br><b>Andrea Valeriani</b> |
|-----|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <b>Montréal</b>  |
| SPAZI APERTI / ESPACES OUVERTS                             | <p>187 BIEN-ÊTRE ET SES FIGURES MONTRÉALAISES<br/>I FATTORI DEL BENESSERE A MONTRÉAL<br/><b>Philippe Poullaouec-Gonidec</b></p> <p>199 BIEN-ÊTRE ET CADRE DE VIE, ENJEUX ET VISIONS D'AMÉNAGEMENT EN MILIEU PÉRIURBAIN LAVALLOIS<br/>BENESSERE E QUALITÀ DELLA VITA, QUESTIONI E PROSPETTIVE DI PIANIFICAZIONE URBANISTICA IN AMBITO PERIURBANO A LAVAL<br/><b>Sylvain Paquette avec Patrick Marmen</b></p> <p>209 LA VILLE NUMÉRIQUE ET SES EXPRESSIONS DU BIEN-ÊTRE, DE L'INTANGIBLE AU CORPS ET AUX ESPACES<br/>LA CITTÀ DIGITALE E LE SUE MANIFESTAZIONI DEL BENESSERE, DALL'INTANGIBILE AL CORPO E AGLI SPAZI<br/><b>Alessia Zarzani</b></p> <p>218 FAIRE LA VILLE AUTREMENT: LE CAS DES RUES PIÉTONNES ET PARTAGÉES DE MONTRÉAL<br/>UN ALTRO MODO DI FARE LA CITTÀ: IL CASO DELLE VIE PEDONALI E CONDIVISE DI MONTRÉAL<br/><b>Alessia Zarzani, Jerome Glad, Julien Voyer</b></p> <p>226 LE NŒUD DE LA RUE DECELLES<br/>IL NODO DI RUE DECELLES<br/><b>Alessia Zarzani, Jerome Glad, Julien Voyer</b></p> <p>237 LE NŒUD DES QUAIS MASSON<br/>IL NODO DI QUAIS MASSON<br/><b>Alessia Zarzani, Jerome Glad, Julien Voyer</b></p> |
| STILI DI VITA / MODES DE VIE                               | <p>246 LA CARTA DI TORONTO PER L'ATTIVITÀ FISICA: UNA CHIAMATA GLOBALE ALL'AZIONE</p>  |
| ANTOLOGIA DELLA VITA URBANA / ANTHOLOGIE DE LA VIE URBAINE | <p>252 FLÂNEUR À MONTRÉAL: VOYAGE DANS LES MOTS DES ÉCRIVAINS<br/><b>Alessia Zarzani</b></p> <p>258 <b>Bibliografia</b><br/>Bibliographie</p> <p>261 <b>Notizie sugli autori</b><br/>Biographies des auteurs</p>   |

## LE POLITICHE SOCIOSANITARIE NEI CONTESTI METROPOLITANI

Carmelo Bruni



Percorso ciclabile nel Parco dell'Appia Antica, Roma, 2017 (foto A. Lanzetta).

**Urbanizzazione e invecchiamento della popolazione.** Tra le tante tendenze sociologiche che caratterizzano una contemporaneità sempre più globalizzata e interconnessa, ai fini di questo lavoro si ritiene importante sottolinearne due, che attualmente hanno una rilevanza particolare per le politiche socio-sanitarie: da un lato la inarrestabile tendenza all'urbanizzazione e, dall'altro lato, il progressivo invecchiamento della popolazione, soprattutto nel mondo occidentale.

Per quanto riguarda il primo aspetto, si rileva che “a livello globale, ci sono più persone che vivono in aree urbane che in zone rurali, con il 55% della popolazione mondiale che risiede in aree urbane nel 2018. Nel 1950 risiedeva nelle città il 30% della popolazione mondiale e nel 2050 il 68% della popolazione mondiale vivrà in aree urbane”<sup>1</sup>. Per quanto attiene al secondo aspetto, invece, secondo l'ISTAT l'Italia è il secondo paese più vecchio al mondo dopo il Giappone: nel 2015 le persone ultra sessantacinquenni costituiscono ormai il 21,7% della popolazione italiana, mentre quelle fra 0 e 14 anni incidono per il 13,8% (ma già nel 2005 gli over 65 erano il 19,5%, a fronte del 14,1% degli under 14).

L'incidenza della popolazione anziana è dovuta innanzitutto al concorso di due fattori, da un lato l'innalzamento della speranza di vita (in generale, se si considera tutta la popolazione, secondo l'ISTAT nel 2015 tale prospettiva alla nascita per i maschi era

di 80,1 anni con un incremento di 2,6 anni rispetto al 2005, mentre per le femmine era di 84,7, con un incremento di 1,4 anni rispetto al 2005), soprattutto per le fasce ultra sessantacinquenni (sempre dai dati ISTAT si rileva che la speranza di vita degli over 65 maschi nel 2015 era di 18,7 anni, con un incremento rispetto al 2005 di 7,5 anni; mentre per le femmine della stessa età, la speranza era di 22 anni, con un incremento rispetto a 10 anni prima di 4,3 anni) e alla riduzione della fecondità (“si conferma la nuova fase di diminuzione del numero medio di figli per donna, avviatasi a partire dal 2010; il numero medio di figli per donna – pari a 1,46 del 2010 – scende a 1,37 nel 2014 e a 1,34 nel 2016”<sup>2</sup>).

Tutto questo ha notevoli ripercussioni dal punto di vista delle politiche sociali, infatti questo “debito demografico” si riverbererà sulle generazioni future in termini di sostenibilità (previdenza, spesa sanitaria, assistenza, welfare): per citare ancora qualche dato significativo fornito dall'Istat<sup>3</sup>, l'indice di dipendenza degli anziani (che misura il peso degli anziani sulla popolazione in età di lavoro, 15-64enni) passa, in appena un decennio, dal 29,4 del 2005 al 33,7 del 2015 (con un incremento del 14,6%), mentre l'indice di vecchiaia passa da 138,1 anziani ogni 100 giovani con meno di 15 anni del 2005, al 157,7 del 2015 (anche qui con un incremento del 14,2%).

Se teniamo conto della spesa per i Servizi Sociali sostenuta dai comuni italiani, il rapporto ISTAT del

2017 rileva che nel 2015, al netto del contributo degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale, questa ammonta a quasi 7 miliardi di euro, di cui il 19,0% circa è destinato agli anziani (pari a poco più di 1,3 miliardi di euro).

Se da un lato non può crearsi un parallelo deterministico tra aumento della speranza di vita e morbilità, laddove invece questo dipende dalle condizioni fisiologiche del soggetto, è anche vero però che all'anzianità si associano una riduzione delle capacità dell'organismo di far fronte ai rischi di morbilità e un accentuarsi dei bisogni di assistenza medica ed infermieristica. A tutto questo corrisponde un aumento della spesa medica per anziani: è il cosiddetto "paradosso medico". In conseguenza di ciò forse è più corretto porre la questione in modo diverso: "interessa chiedersi: all'aumentare dell'aspettativa di vita, come varia il numero di anni di vita in buona salute? Gli anni aggiuntivi saranno vissuti in buona salute, o si assisterà, contestualmente all'incremento della longevità, ad una crescita della disabilità?"<sup>4</sup>. Provare a rispondere a queste domande significa in realtà cambiare prospettiva e ragionare in termini diversi, dal lato cioè di un welfare che si ponga in un'ottica di prevenzione e di attivazione più che di soluzione passiva riparatoria o di mantenimento. Significa, cioè, entrare in un'ottica di welfare che punta alla promozione delle risorse dell'individuo<sup>5</sup>— di cui quelle di salute ne sono una componente essenziale — affinché possa effettivamente essere libero di capacitare e conseguire il suo proprio stato di benessere<sup>6</sup>.

Questo ultimo concetto è stato sin dalla fondazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948, associato a quello di salute, definita come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità". Si passò così da un modello bio-medico (in cui la salute è assenza di malattia), ad un modello Bio-Psico-Sociale<sup>7</sup>. Ma anche questa prospettiva è stata ormai riconsiderata<sup>8</sup>, una volta colti gli elementi paradossali connessi alla conside-

razione della salute in termini di benessere non problematizzato<sup>9</sup>.

**Nuove politiche sociali.** Parallelamente anche le istituzioni europee si sono poste nell'ottica del fornire strumenti affinché ciascuno possa perseguire il proprio benessere, dal momento che nel settembre 2011, il Comitato Regionale Europeo dell'OMS, in occasione della sua sessantunesima sessione, si è data il mandato di elaborare una nuova politica sanitaria europea, denominata "Salute 2020", con il preciso compito di "porre un accento particolare sulle politiche e gli interventi che funzionano e hanno il massimo impatto sulla salute e sul benessere delle persone" nel contesto dell'Unione Europea.

Al fine di raggiungere questi scopi, si è ritenuto opportuno puntare, tra gli altri obiettivi, sull'individuazione di politiche efficaci per l'invecchiamento sano. Questa idea è stata tradotta in termini di un intervento prioritario, il cui argomento riguarda la "Promozione dell'attività fisica" praticata dagli anziani attraverso il contesto locale e le attività sociali.

L'ottica sottostante è la convinzione che la salute sia un "funzionamento"<sup>10</sup> che può essere realizzato solo come un investimento da prodursi durante l'intero corso dell'esistenza. Infatti, secondo la "Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012-2020" redatta dall'Organizzazione mondiale della sanità:

il livello di attività fisica praticata è uno dei fattori che più efficacemente permettono di prevedere un invecchiamento sano, in particolare per i gruppi di età più avanzata. L'attività fisica può migliorare la funzionalità respiratoria e muscolare e la salute ossea e funzionale, nonché ridurre il rischio di malattie non trasmissibili, quali depressione e declino cognitivo. Per le persone anziane, l'attività fisica include quella collegata ai momenti ricreativi o di svago, i mezzi di trasporto (ad esempio camminare o andare in bicicletta), l'attività fisica in ambito occupazionale (ove le persone siano ancora impegnate in attività lavorative), i lavori domestici, i giochi, lo sport o l'esercizio rientrante nel contesto delle attività giornaliere, familiari o della

comunità. Tra uomini e donne esistono differenze a livello di motivazioni e bisogni, e pertanto gli interventi dovrebbero considerare le norme, i valori e l'accesso alle risorse in funzione delle differenze di genere<sup>11</sup>.

Quest'ottica rientra nella più generale prospettiva dell'attivazione delle persone che costituisce ormai il paradigma dominante delle azioni di politica sociale europea. Come si diceva, negli ultimi anni, anche in conseguenza delle più recenti riflessioni sull'idea di giustizia sociale, si è abbandonata la prospettiva dell'assistenza o dell'assicurazione sociale<sup>12</sup> in direzione di una prospettiva orientata alla promozione e alla sicurezza sociale contro i rischi<sup>13</sup> della società globale.

A tal fine, per esempio, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito come meta specifica il favorire l'invecchiamento attivo, da intendersi quale "processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano"<sup>14</sup>. Questa posizione va in direzione dell'idea di "città attiva", da intendersi quale "città in cui le infrastrutture, i servizi di mobilità, sportivi, ricreativi e l'ambiente sociale facilitano l'uso del corpo nella vita quotidiana contribuendo a rendere la città più sana, intelligente, vivibile e sicura"<sup>15</sup>. Realizzando questo tipo di città "oltre a trarne enormi benefici in termini di ricadute sulla salute dei propri cittadini, potranno risparmiare sulle spese sanitarie e dei trasporti; raggiungere maggiori livelli di produttività di cittadini e lavoratori; creare ambienti urbani più vivibili e attraenti; migliorare la qualità dell'aria e limitare l'inquinamento acustico; aumentare l'accessibilità alle aree verdi, ricreative e collettive; avviare processi di riqualificazione partecipata di quartieri o brani di città, con un conseguente incremento di inclusione sociale e identità comunitaria; promuovere l'allargamento delle reti sociali"<sup>16</sup>.

Purtroppo questo tipo di approccio è ancora lontano dalle concezioni politiche locali e nazionali del nostro paese, laddove le politiche socio-sanitarie in Italia hanno ancora il carattere delle politiche passi-

ve, orientate più all'intervento surrogatorio di una situazione di difficoltà ormai acclarata e conclamata, più che alla prevenzione<sup>17</sup>. In generale, le politiche sociali realizzate a livello locale guardano all'anziano ancora in termini passivi, concentrando l'attenzione sulla fornitura di servizi quali l'assistenza domiciliare, integrata o meno, l'attivazione di centri diurni o di residenze sanitarie assistenziali. Da qualche anno anche nel nostro paese, (per esempio nel Lazio il progetto "Bene in Comune" finanziato dalla Regione per progetti legati all'invecchiamento attivo è del 2014), si stanno attivando azioni improntate ad un'ottica di attivazione. La speranza è che da qui a breve questo approccio non resti solo una sporadica iniziativa, ma divenga sistema, in linea con un modello di welfare state orientato a fornire strumenti per un'esistenza attiva, più che risorse per un contrasto passivo di un bisogno cronicizzato.

#### Note

- 1 ONU, *World Urbanization Prospects: The 2018 Revision*, New York 2018 (esa.un.org/unpd/wup/publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf).
- 2 ISTAT, *La salute riproduttiva della donna*, Roma 2018, p. 14.
- 3 ISTAT, *Spesa sociale dei Comuni*, Roma 2017.
- 4 M. Raitano, *Invecchiamento e crescita dei consumi sanitari*, "Rivista della Scuola Superiore dell'Economia e delle Finanze", 2, III, 2006, p. 8.
- 5 R. Dworkin, *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge-London 2000; trad. it. *Virtù Sovrana. Teoria dell'Uguaglianza*, Feltrinelli, Milano 2002.
- 6 A.K. Sen, *The Idea of Justice*, Penguins Books, London 2009, trad. it. *L'idea di giustizia*, Mondadori, Milano 2010.
- 7 G.L. Engel, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, "Science", 196, 4286, 1977, pp. 129-136.
- 8 M. Ingrosso (a cura di), *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*, Franco Angeli, Milano 1994.
- 9 F. Leonardi, *Il grande paradosso della salute. La salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Nuove prospettive*, Felici, Pisa 2015.
- 10 A.K. Sen, *The Idea of Justice*, Penguins Books, London 2009, trad. it. *L'idea di giustizia*, Mondadori, Milano 2010.
- 11 World Health Organization, *Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa. 2012-2020*, Malta 2012, p. 18.
- 12 M. Ferrera, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna 2012.
- 13 U. Beck, *Risk Society*, Sage, London 1986; trad. it. *La società del rischio: verso una seconda modernità*, Carocci, Roma 2000.

- 14 World Health Organization, *Active Ageing: a Policy Framework*, Geneva 2002.
- 15 A. Borgogni, *Active City, il movimento è protagonista*, "Il Manifesto", 13 settembre 2013, intervista di P. Coccia.
- 16 E. Dorato, *La Città Attiva. Nuovi approcci al progetto degli spazi pubblici urbani/The Active City. New Approaches to the Design of urban public spaces*, "Paesaggio Urbano", 1, 2015, pp. 52-57.
- 17 U. Ascoli (a cura di), *Il welfare in Italia*, il Mulino, Bologna 2011 e C. Dell'Aringa, T. Treu (a cura di), *Le riforme che mancano. Trentaquattro proposte per il welfare del futuro*, il Mulino, Bologna 2009.

## POLITICHE SOCIALI ET SANITARIE DANS LES CONTEXTES MÉTROPOLITAINS

### RÉSUMÉ

L'objectif du présent travail est de mener à bien une brève réflexion sur les tendances s'exprimant au niveau européen en matière de lutte contre le vieillissement par le biais de politiques d'activation psycho-physiques et sociales. Ceci s'appuie sur la constatation que, selon l'Institut national italien des statistiques, l'Italie est le deuxième pays le plus vieux du monde, après le Japon.

Cela entraîne des répercussions considérables du point de vue des politiques sociales, puisque cette « dette démographique » se répercutera sur les générations futures en termes de durabilité (sécurité sociale, dépenses de santé, assistance, bien-être). En Italie, en effet, le taux de dépendance des personnes âgées (qui mesure l'incidence des personnes âgées sur la population en âge de travailler, de 15 à 64 ans) est passé, en une décennie seulement, de 29,4 en 2005 à 33,7 en 2015 (avec une augmentation de 14,6%), tandis

que l'indice de vieillesse passe de 138,1 personnes âgées pour 100 personnes jeunes âgées de moins de 15 ans en 2005 à 157,7 en 2015 (ce qui signifie, ici aussi, une augmentation de 14,2%).

Dans le présent travail, on fait valoir qu'il est urgent de changer de perspective et de se poser la question « s'il est intéressant de se demander : à mesure que l'espérance de vie augmente, comment le nombre d'années de vie en bonne santé change-t-il ? Les années supplémentaires seront-elles vécues en bonne santé ou assistera-t-on à une augmentation des invalidités à mesure que la longévité augmente ? Essayer de répondre à ces questions signifie en réalité changer de perspective et penser de manière différente, c'est-à-dire en se plaçant dans le cadre d'un système d'aide sociale qui fonctionne dans une optique de prévention et de mise en activité, plutôt qu'en termes de solutions passives de réparation ou de maintien. Les institutions européennes se sont donné pour mission de fournir à chacun les outils nécessaires à la poursuite de son propre bien-être, puisqu'en septembre 2011, le Comité régional européen de l'OMS, à l'occasion de sa 61ème session, a pris en charge l'élaboration d'une nouvelle politique européenne de santé, appelée « Santé 2020 », avec pour mission spécifique de « mettre en particulier l'accent sur les politiques et les interventions qui fonctionnent et ont le

plus grand impact sur la santé et le bien-être des populations » dans le contexte de l'Union européenne. Selon la « Stratégie et Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en Europe, 2012-2020 », le niveau d'activité physique qui est pratiqué représente l'un des indicateurs les plus efficaces du vieillissement en bonne santé, en particulier chez les personnes âgées. L'activité physique est en mesure d'améliorer la fonction respiratoire et musculaire, la santé des os et la santé fonctionnelle, ainsi que de réduire le risque de maladies non transmissibles, de dépression et de déclin cognitif. Cette perspective s'inscrit dans le cadre plus général d'une mise en activité des personnes, qui est aujourd'hui le thème dominant des actions de politique sociale européenne.

Cette approche va dans le sens de l'idée d'une « ville active », qui doit être considérée comme étant « une ville où les infrastructures, les services liés à la mobilité, aux sports, aux loisirs et à l'environnement social facilitent l'utilisation du corps dans la vie quotidienne et contribuent à rendre la ville plus saine, plus intelligente, plus vivable et plus sûre ». En mettant en œuvre ce type de ville, « en plus d'obtenir d'énormes avantages en termes de santé pour leurs citoyens, on pourra réaliser des économies sur les coûts de santé et de transport, atteindre des niveaux plus élevés de

productivité des citoyens et des travailleurs, créer des environnements urbains plus agréables et attractifs, améliorer la qualité de l'air et limiter la pollution sonore, accroître l'accessibilité aux espaces verts, récréatifs et collectifs, engager des processus de redéveloppement participatif des quartiers ou des parties des villes, ce qui entraînera une intégration sociale accrue et une identité communautaire ; promouvoir le développement des réseaux sociaux.

L'espoir est que, dans un horizon temporel à court terme, cette approche ne demeure pas seulement une initiative sporadique, mais devienne un système, en harmonie avec un modèle d'État providence visant à fournir des outils pour une existence active, plutôt que des ressources pour une lutte passive contre un état de besoin chronique.