



AL
ASS



Urban health: benessere sul territorio *Profili giuridici*

- Urban health. La régénération urbaine comme outil pour protéger la santé



L'évolution supranationale : les villes et la santé comme biens communs

Objectif n°11 de l'Agenda 2030 des Nations Unies (SDG11) : " rendre les villes et les établissements humains inclusifs, sûrs, durables et viables " en tant que " centres pour de nouvelles idées, pour le commerce, la culture, la science, la productivité, le développement social et plus encore " (2015).

Un lien est établi **entre les villes - et donc entre la régénération urbaine - et la santé**, mis en évidence par la pandémie de Covid-19 : les espaces urbains se sont révélés insuffisants et vulnérables.

→ nécessité d'une **reconfiguration spatiale et fonctionnelle pour assurer une relation santé-territoire cohérente et flexible, pour la résilience et la durabilité.**

L'évolution supranationale : les villes et la santé comme biens communs

Evolution : de la ville comme établissement humain (habitat) à une **approche holistique** comme connecteur où se soudent les instances de croissance environnementale, sociale et institutionnelle. Elle est elle-même créatrice des règles de son développement, qui découlent des besoins de cohésion et de bien-être exprimés par les communautés qui y sont installées, selon une logique ascendante (Auby J.B., 2013).

C'est un **bien commun**, par lequel se réalise la personnalité de l'individu et où s'exercent les droits fondamentaux énoncés à l'article 2 de la Constitution italienne (Commissione Rodotà, 2007).

Le concept de *urban health*

Nécessité d'une intégration stratégique des actions visant à transformer l'habitat urbain et à promouvoir la qualité urbaine avec celles visant à protéger la santé publique → **deux biens également communs, tous deux nécessaires au développement de la personnalité et à l'exercice des droits fondamentaux.**

→ Affirmation de concept de *urban health*:

- lorsque **le cadre de vie est vertueux** (sur le plan environnemental, sur le plan de la conception, sur le plan social), **le bien-être psychophysique en bénéficie et inversement** : des communautés en bonne santé garantissent le développement de meilleurs environnements urbains ;
- des niveaux élevés de santé découlent nécessairement d'une profonde **cohésion** entre le territoire et la santé et de la coordination des politiques respectives ;
- le système de santé doit être basé sur la **réciprocité** dans la relation entre les citoyens et les prestataires, à travers l'implication directe des citoyens, à qui l'on reconnaît un **rôle actif** et non de simples usagers (pouvoirs d'évaluation, d'action et de choix des priorités), conformément au principe de subsidiarité horizontale de l'article 118, paragraphe 4, de la Constitution italienne.

L'application de la *urban health* en Italie le Manifeste de la santé dans la ville comme bien commun

Le concept de *urban health* a pris une importance encore plus grande à la suite de Covid-2019 et des mesures de restriction des libertés individuelles et collectives qui en découlent et qui ont eu un impact sur la ville à plusieurs niveaux (démographie, mobilité, habitudes de vie, désurbanisation).

Les réponses du système juridique italien : **le *Manifesto della salute nella città come bene comune* (Manifeste de la santé dans la ville comme bien commun, présenté au Sénat en mars 2023).**

Le Manifeste de la santé dans la ville comme bien commun

Les **principaux objectifs** poursuivis par le Manifeste :

1. Placer **la santé au centre** de toutes les politiques urbaines, en mettant particulièrement l'accent sur la santé des groupes les plus faibles en tant que priorité pour **l'inclusion sociale** dans le contexte urbain ;
2. Garantir un **niveau élevé d'alphabétisation** et d'accessibilité à l'information sur la santé, y compris la diffusion d'une culture alimentaire et la lutte contre le gaspillage ;
3. Développer des **politiques locales de transport urbain**, orientées vers la durabilité environnementale, et des programmes de **prévention primaire**, grâce à l'implication active de la citoyenneté ;
4. Étudier les **déterminants de la santé** au niveau urbain, par le biais d'**alliances** entre les centres de recherche et les universités, les autorités sanitaires et les hôpitaux, les municipalités et les professionnels.

Comment ?

- a. **Le modèle d'administration partagée**
- b. **Le PNRR et la transition des Maisons de santé aux Maisons communautaires**

Les règlements d'administration partagée et les pactes de coopération

Les caractères essentiels :

- ❖ **Instruments de nature réglementaire** déjà adoptés par près de 300 municipalités italiennes. Ils constituent une **légitimation générale** des formes d'alliance entre l'administration et les citoyens, **une manifestation directe du principe de subsidiarité horizontale (art. 118, para. 4, Const. it.)** ;
- ❖ Les réglementations sont appliqués par des **pactes de coopération spécifiques** : des accords concernant des biens communs urbains individuels, par lesquels des interventions de soins partagés, de régénération ou de gestion sont établies, définissant les aspects les plus importants (objectifs, calendriers, modes d'action, rôle et engagements réciproques et responsabilités des sujets impliqués) ;
- ❖ **Les parties à la relation sont la municipalité**, en tant qu'organe directeur le plus proche de la communauté de référence, et **les "citoyens actifs"**, une catégorie sans précédent qui identifie tous les individus qui, sans aucune exigence de légitimation subjective (capacité d'agir, résidence, citoyenneté), participent activement à la gestion et à l'entretien des biens communs urbains, en mettant à disposition leurs compétences et leurs

Les règlements d'administration partagée et les pactes de coopération pendant le Covid-19

→ la mise en œuvre pendant la période Covid-19 et les effets positifs sur le bien-être individuel et collectif :

- ❖ mise en œuvre de mesures caractérisées tant par la flexibilité et l'attention au contexte spécifique dans lequel elles opèrent que par l'immédiateté et la praticité, étant donné l'initiative prise directement par les parties prenantes ;
- ❖ interventions alternatives, ne se substituant pas aux mesures des pouvoirs publics, face à la crise commune ;
- ❖ la pandémie et les restrictions qui en ont découlé ont mis en évidence l'importance de la proximité même physique entre les personnes : créer de nouveaux espaces matériels de rassemblement et de partage pour l'avenir ;
- ❖ l'activation des canaux de subsidiarité et de solidarité constitue un précieux "antidote à la peur" (Arena G., 2020), un moyen concret de s'opposer aux effets psychologiques de la pandémie et de l'isolement, pas seulement physique.

Le PNRR et les Maisons communautaires

Le **PNRR** consacre non seulement à la santé mais aussi à la **régénération urbaine plusieurs composantes de différentes missions** (M1-Digitalisation, innovation, compétitivité, culture et tourisme ; M2-Révolution verte et transition écologique ; M5-Inclusion et cohésion). **M6-Santé : importance des centres de santé et de soins de premier niveau**, en particulier pour **l'immédiateté des réponses**. Composante C1 - Réseaux de proximité, équipements et télémédecine pour les soins de santé territoriaux → **Mise en place d'ici 2026 d'au moins 1350 Maisons communautaires (inv. 1.1 ; 2 milliards d'euros)**.

Ante Covid-19 : les limites des Maisons de santé

- Mise en œuvre déséquilibrée dans les différentes régions (par exemple, en 2020 : en Émilie-Romagne 124, dans les Marches 21, en Ombrie 8, en Basilicate 1) ;
- Insuffisance générale des équipements et des ressources ;
- Limites spatiales : implantation selon la logique de la disponibilité des bâtiments et de la fonctionnalité (zones isolées avec un accès facile par des voitures privées et de grands parkings).

Le PNRR et les Maisons communautaires

- Absence de planification globale, de coordination avec les bâtiments de soins de santé préexistants et de proximité avec la communauté
- Insuffisance de l'offre de services de santé et d'aide sociale

Post Covid-19 : le potentiel des Maisons communautaires

- Homogénéisation de la répartition des équipements en fonction des besoins réels du territoire et de ses habitants ;
- Garantie de soins médicaux de proximité et diminution de la pression sur les hôpitaux, en particulier pour la population âgée et/ou souffrant de maladies chroniques ;
- Nouveau dialogue avec l'espace : greffes dans le tissu urbain par la récupération de bâtiments désaffectés (historiques et récents), éventuellement à proximité de structures sanitaires et hospitalières préexistantes et d'autres centres communautaires (bibliothèques municipales, par exemple) ;
- Polyvalence fonctionnelle : il ne s'agit plus seulement de centres de prestation de services de santé, mais d'opportunités de régénération urbaine, sociale, architecturale et environnementale, où l'on promeut la culture de la santé comprise comme un bien-être psychophysique et des modes de vie corrects.

Défis et perspectives

Points critiques

- a. **Le secteur public ne se montre pas toujours capable de saisir le potentiel de l'administration partagée et de fournir un soutien adéquat**, avec le risque de banaliser et de marginaliser les expériences exceptionnelles et épisodiques, ainsi que de les détourner à des fins individuelles.
- b. **La mise en place des nouvelles Maisons communautaires souffre de limitations dans la relocalisation spatiale et la définition des compétences, et d'un manque de fonds pour embaucher le personnel nécessaire**, ce qui rend difficile leur configuration en tant que pôles de vie soutenant la santé et la socialité.

Défis et perspectives

c. Les mesures de régénération urbaine envisagées dans le cadre des missions du PNRR sont de nature fragmentaire et consistent en une libéralisation ou une simplification des activités de construction (par exemple, élargissement de la définition de la "rénovation de bâtiments" et exemptions des limites de distance entre les bâtiments), visant à attirer les investissements.

- **Nécessité de concevoir la régénération comme un objectif gouvernemental et un outil de soin et de renforcement de la communauté** dans son ensemble, à travers **un changement de paradigme dans l'administration** municipale pour éviter l'extemporanéité et assurer sa consolidation et sa mise en œuvre.
- **La mise en œuvre complète du concept de *urban health*** nécessite **des interventions systémiques et la participation active de la communauté** (Ugolini M., 2021), à travers la création de **relations interspatiales qui combinent des expériences de soins, sociales, éducatives et de formation.**

Bibliographie

Auby J. B., *Droit de la ville. Du fonctionnement juridique des villes au droit à la Ville*, Paris, LexisNexis, 2013;

Arena G., *I custodi della bellezza. Prendersi cura dei beni comuni. Un patto per l'Italia fra cittadini e istituzioni*, Milano, Touring Club Italiano, 2020;

Commissione Rodotà, *Per la modifica delle norme del codice civile in materia di beni pubblici (14 giugno 2007). Proposta di articolato*, disponibile sur:

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.page?contentId=SPS47624;

Ugolini M., «Da Case della Salute a Case della Comunità: condizioni di fragilità e occasioni di rigenerazione urbana », *Territorio*, n. 97, 2021, pp. 147-153.



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

AL
ASS



Merci de votre
attention

