

**IRER**

ISTITUTO REGIONALE  
DI RICERCA  
DELLA LOMBARDIA

[www.ierer.it](http://www.ierer.it)

# LOMBARDIA

# 2010

**RAPPORTO DI LEGISLATURA**

**FOCUS**

**LA QUALITÀ DELLA VITA  
IN LOMBARDIA**

**IReR**

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010



GUERINI  
E ASSOCIATI

FOCUS  
**LA QUALITÀ DELLA VITA  
IN LOMBARDIA**

IReR  
a cura di Roberta Bonini e Alessandro Colombo

**LOMBARDIA 2010**  
RAPPORTO DI LEGISLATURA

## Indice

	<b>Introduzione</b>	1
1.	<b>Vivere più a lungo, ma a quali condizioni? L'altra faccia della longevità</b>	1
2.	<b>La salute si “costruisce”</b>	3
3.	<b>Le tendenze di fondo nella cultura della salute in Italia e in Lombardia</b>	4
4.	<b>La soddisfazione per alcuni aspetti della vita in Italia e in Lombardia</b>	6
	<b>In sintesi</b>	9
	<b>Bibliografia</b>	11

## Introduzione

L'analisi circa i trend demografici ha mostrato (cfr. capitolo 6, Area Sociale, Rapporto di Legislatura 2010, IReR 2009) come la Regione Lombardia mostri una particolare vivacità demografica: aumenta la tendenza alla procreazione per trend noti (il recupero della fecondità delle trentenni e l'apporto decisivo della popolazione migrante), ma diminuisce in modo consistente anche la mortalità. Nascono più bambini e si muore di meno, questo conduce a un allungamento della vita media sia per gli uomini sia per le donne. La lotta contro la mortalità, sia precoce sia in età matura, ha dato risultati di alto livello che, soprattutto negli ultimi 10-15 anni, hanno portato la popolazione lombarda in posizione leader nel panorama nazionale.

Migliora quindi la salute dei lombardi che comporta una migliore gestione di alcune malattie (cfr. capitolo 6, Area sociale). Il vivere bene in Lombardia si accompagna a una vita in salute anche se il benessere, come noto, non è l'assenza del malessere, ma la gestione e il fronteggiamento delle proprie condizioni di vita. La condizione di vita degli anziani da questo punto di vista è paradigmatica.

### 1. Vivere più a lungo, ma a quali condizioni? L'altra faccia della longevità

L'aumento della vita media ha portato un numero crescente di persone a vivere la condizione anziana, ma non per tutte questa parte dell'esistenza coincide con una buona qualità di vita. Il concetto di *buona qualità della vita* va certamente discusso: in che cosa consiste? È lo stesso in ogni fase del ciclo di vita? Se, infatti, prendiamo a modello delle condizioni di salute e di vita i giovani è chiaro che gli anziani vivano peggio, ma è un confronto non coerente. Nell'anziano la vita di tutti i giorni si configura come una nuova normalità, diversa da quella del giovane: l'intelligenza è più cristallizzata che fluida, la memoria recente è più labile, molti parametri ematochimici e funzionali si collocano al di fuori del *range* desiderabile nel soggetto giovane. Non possiamo, quindi, collocare l'anziano entro parametri di normalità che non gli competono e chiedergli di essere come il giovane che non è più.

Oggi, spesso, essere anziani significa conoscere una riduzione sensibile della propria autonomia e indipendenza. In Italia il 18,7% degli anziani, in prevalenza donne, sono disabili costretti a letto, su una poltrona o all'interno della propria abitazione, con limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane, con difficoltà a camminare o a comunicare (tab. 1.1). E in età avanzata è possibile prevedere circa sei anni per gli uomini e otto anni per le donne di vita non attiva. Inoltre, dopo i 60 anni, il 30% circa degli anni trascorsi in disabilità è dovuto a disturbi cognitivi, a postumi da ictus e a disordini muscoloscheletrici (World Health Organization, 2003).

I dati lombardi, pur segnalando una minore incidenza di persone anziane con almeno una malattia cronica (soprattutto tra gli uomini ultra65enni) (tab. 1.1), mostrano elementi di allerta: la regione appare, infatti, più fortemente colpita, nel confronto con il dato nazionale, da patologie allergiche, del cuore e dai tumori; eventi rispetto ai quali la riduzione della mortalità è sostituita da una maggiore prevalenza della patologia entro la popolazione e da diffuse condizioni di disabilità.

Questo elemento è particolarmente significativo. In termini di programmazione di policy esso ha molto a che fare con gli interventi di cura e assistenza degli anziani sia domiciliari sia residenziali.

**Tabella 1.1 | Popolazione complessiva e persone di 65 anni e oltre che dichiarano almeno una malattia cronica grave per genere - Anni 2004-2005**

Regione e ripartizioni geografiche	Popolazione*			Persone di 65 anni e oltre**		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Lombardia	12,8	13,0	12,9	44,3	36,5	39,7
Nord-ovest	13,0	13,0	13,0	43,1	35,1	38,4
Nord-est	13,7	12,7	13,2	44,4	36,5	39,8
Centro	13,8	13,9	13,8	46,6	38,9	42,2
Sud	12,8	12,7	12,8	47,3	44,6	45,8
Isole	13,0	13,3	13,2	47,7	42,3	44,6
ITALIA	13,2	13,1	13,1	45,5	38,9	41,7

\*Tasso standardizzato  
\*\*Tasso per 100 persone della stessa età e genere

Fonte: ISTAT (2008)

In ogni caso, stando a quanto emerge dalle indagini ufficiali periodicamente svolte dall'Istat, la popolazione lombarda oltre i 65 anni appare generalmente in sostanziale buona salute: solo 15 residenti ogni 100 dichiarano di avere un cattivo stato di salute e la loro incidenza è inferiore di un quarto al dato medio nazionale, con una parallela maggior presenza di soggetti che ritengono di essere in buone condizioni psicofisiche (tab.1.2).

Un elemento davvero essenziale per comprendere questa fascia di popolazione e cosa significa il benessere per gli anziani deriva da questo dato: quando anche malati, gli anziani lombardi non ritengono “di stare male”.

Al di sopra dei 75 anni un terzo dei portatori di patologie croniche dichiara uno stato di salute buono: è il “paradosso della disabilità”; per l’anziano il binomio salute/malattia risente non solo della condizione fisica ma anche di altre componenti quali, secondo la classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità dell’OMS, lo stato psicoaffettivo e il rapporto sociale.

Da questo si evince che i fattori contestuali, ambientali e personali svolgono un

ruolo fondamentale per il benessere dell'anziano (tab. 1.3). Elementi, questi, che sottolineano ancora una volta la centralità dell'azione pubblica nel miglioramento della salute delle persone. Invecchiare è inevitabile, invecchiare male no.

**Tabella 1.2** | Persone di 65 anni e oltre che hanno dichiarato di stare "Male o molto male" o "Bene o molto bene" (tassi per 100 persone dello stesso genere) - Anni 2004-2005

Regione e ripartizioni geografiche	Persone che hanno dichiarato di stare male o molto male			Persone che hanno dichiarato di stare bene o molto bene		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Lombardia	11,6	17,6	15,1	34,9	25,9	29,6
Nord-ovest	12,6	18,8	16,3	33,2	24,7	28,2
Nord-est	11,8	19,8	16,5	32,8	23,7	27,5
Centro	17,6	26,4	22,7	24,1	16,3	19,5
Sud	19,9	26,0	23,4	22,8	14,0	17,8
Isole	20,7	33,2	27,8	23,8	15,2	18,9
ITALIA	15,9	23,6	20,3	28,0	19,5	23,1

Fonte: ISTAT (2008)

**Tabella 1.3** | I fattori contestuali e il benessere dell'anziano

Fattori ambientali	Fattori personali
Casa, luogo di lavoro, scuola	Età, razza, sesso
Servizi sociali	Scolarità
Attività della comunità	Livello sociale
Agenzie governative	Esperienza
Trasporti	Personalità
Leggi	Stile di vita
Regole informali	Abitudini
Ideologie prevalenti	

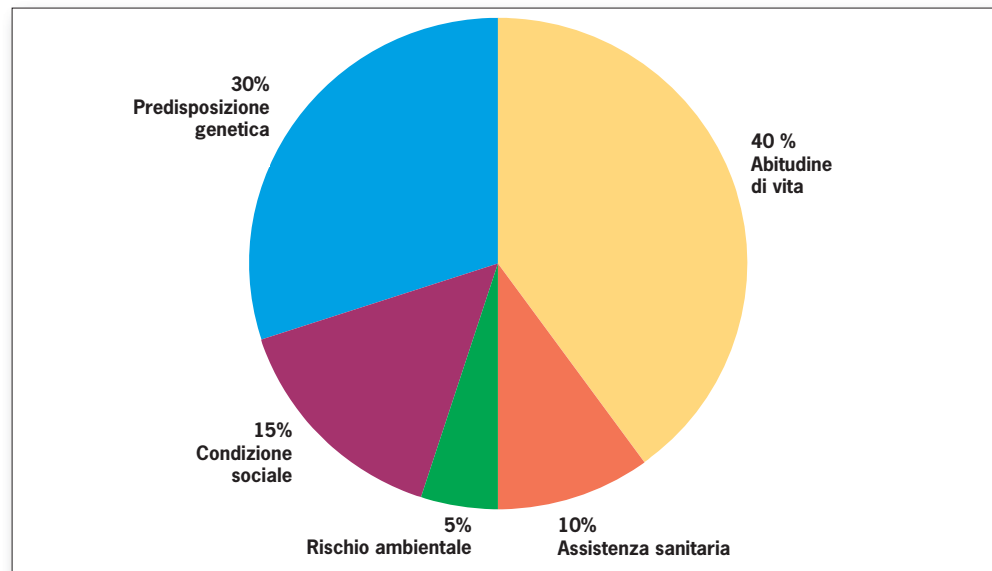
Fonte: WHO, 2001

## 2. La salute si "costruisce"

Quali sono i fattori cui imputare un miglioramento delle condizioni di salute e, conseguentemente, un aumento della durata della vita?

Quesito non banale e di non facile soluzione. La ricerca scientifica oggi non elenca solo i fattori determinanti la salute ma cerca anche di quantificarli e ordinarli<sup>1</sup> come mostrato in Figura 2.1.

Figura 2.1 Fattori che concorrono alla salute



Fonte: McGinnis et al., 2002

Le ricerche mettono in luce (ITF, 2003) come la condizione di salute sia l'esito di un intreccio complesso tra diversi fattori tra i quali, però, un peso determinante hanno i comportamenti effettivamente agiti dalle persone e dalle istituzioni; i fattori genetici rappresentano, secondo McGinnis, solo il 30%. Il resto sono fattori ambientali (cfr. capitolo 5, Area sociale, IReR 2009), l'assistenza sanitaria, la condizione sociale e soprattutto gli stili di vita<sup>2</sup>. Si può quindi ipotizzare un certo grado di correlazione tra aumento della longevità e miglioramento dei fattori di contesto. Nel caso della Lombardia sembrerebbe che stili di vita, assistenza sanitaria, e condizione sociale siano fattori decisivi.

La Lombardia da questo punto di vista mostra una popolazione attenta alla prevenzione (cfr. capitolo 6, Area sociale, IReR 2009) con un aumento consistente delle attività di screening di alcune forme tumorali, utenti molto soddisfatti del proprio sistema sanitario, cittadini informati propensi alla diminuzione di comportamenti rischiosi (fumo). Da questo punto di vista emerge una certa cultura della salute secondo forme di responsabilità che concorrono alla promozione di una buona condizione generale. Eurisko ha sviluppato un approfondimento di questi orientamenti, descritto di seguito.

### 3. Le tendenze di fondo nella cultura della salute in Italia e in Lombardia

Quando si parla di "culture della salute" il riferimento va all'insieme di caratteristiche psico-sociali (valori, rappresentazioni, credenze, atteggiamenti ecc.) che influenzano e definiscono precisi modelli comportamentali.

*I lombardi sono più attenti al “benessere” che alla salute come “problema”*

Gli strumenti di analisi a nostra disposizione per monitorare le tendenze della cultura della salute indicano come, attualmente, i cittadini lombardi, rispetto alla popolazione italiana, appaiano più orientati a una gestione della salute finalizzata alla promozione del benessere e dell'efficienza fisica; al contrario, risultano meno propensi per interpretazioni “negligenti” in tema di salute. Il fenomeno può essere colto anzitutto osservando (tab. 3.1) le differenze negli stili di salute (ovvero, gli orientamenti complessivi di fondo che guidano i comportamenti nella vita quotidiana): in Lombardia lo stile “sport e benessere” (si tratta di individui che praticano attivamente attività sportive e dedicano parecchia attenzione alla cura del corpo) risulta superiore al dato nazionale, mentre appare meno diffuso lo stile “de-problematizzazione” (caratterizzato da scarsa attenzione al corpo e alla salute, con un orientamento ad attivarsi solo in stato di necessità, trasferendo il problema al circuito medico-esperto).

**Tabella 3.1 | Gli stili di salute in Italia e in Lombardia**

	Italia 2008 (n = 10.000) %	Lombardia 2008 (n = 1590) %	Diff. Lomb - Italia %
<i>Salute come problema</i>			
Logorio e trascuratezza	10,7	10,9	+0,2
Disagi e controlli medici	17,2	15,9	-1,3
<i>Salute come non problema</i>			
Deproblematizzazione	23,2	20	-3,2
Sport e benessere	22,4	27	+4,6
<i>Salute come progetto</i>			
Problemi e risposte	7,7	7,6	-0,1
Salute e bellezza	18,8	18,6	-0,2

Fonte: EURISKO 2009

**Logorio e trascuratezza:** con questa *label* si fa riferimento agli atteggiamenti soprattutto delle donne, spesso occupate sul doppio fronte della famiglia e del lavoro extra-domestico, abbastanza provate sul piano psico-fisico, sostanzialmente trascurate e disattente nei confronti del corpo, sia sul versante della salute (alimentazione, ricorso al medico) sia sul versante dell'aspetto (linea).

**Disagi e controlli medici:** con questa *label* si intendono gli orientamenti verso la salute di anziani pensionati, gravati da una notevole quantità di disturbi psico-fisici, propensi a un monitoraggio periodico di tipo medico del proprio stato e all'assunzione “precoce” di farmaci (ai primi disturbi); quasi assenti altre attenzioni al corpo non collegate alla triade “disturbo-medico-farmaco”.

**Sport e benessere:** con questa *label* si fa riferimento agli atteggiamenti di persona, in buona misura studenti, maschi, dotati di un elevato livello di benessere e di efficienza fisica; assenti specifiche preoccupazioni di salute di tipo preventivo o curativo; il corpo è oggetto di interesse in termini di pratica sportiva e anche di attenzioni all'aspetto formale.

**Problemi e risposte:** con questa *label* si fa riferimento agli atteggiamenti di persone dotate di grande capacità di risposta ai problemi di efficienza e di salute; capaci di attuare strategie di intervento a tutto campo; mostrano grande interesse verso prodotti e soluzioni basate sull'iniziativa personale (autocura).

**Salute e bellezza:** con questa *label* si fa riferimento agli atteggiamenti di persone dotate sul piano culturale ed economico; coltivano attivamente una strategia di mantenimento/potenziamento del benessere psico fisico nonché dell'aspetto estetico.

*L'Italia "imita" la Lombardia?*

Occorre però osservare la trasformazione avvenuta nel corso del tempo, sia in Italia sia in Lombardia. Infatti, nell'ultimo decennio si è verificato un consistente passaggio da approcci culturali più poveri-basici-disimpegnati ad approcci culturali più evoluti e ricchi di progettualità, come se tutto il Paese avesse cercato di seguire il modello lombardo. In particolare, osservando le evoluzioni degli stili di salute (tab. 3.2) a livello nazionale, è evidente l'aumento di quegli stili basati su una concezione olistica e positiva del benessere, nonché sulla ricerca attiva dell'integrazione fra salute, bellezza e buon funzionamento del corpo. In netto calo, per contro, gli stili più dismissivi e trascurati in materia di salute.

**Tabella 3.2 | Gli stili di salute in Italia e in Lombardia – trend 1998-2008**

	Italia 1998 (n = 10.000) %	Italia 2008 (n = 10.000) %	Diff. It.2008- It.1998 %	Lombardia 1998 (n = 1620) %	Lombardia 2008 (n = 1590) %	Diff. Lomb.2008- Lomb.1998 %
Logorio e trascuratezza	14,8	10,7	-4,1	15,3	10,9	-4,4
Disagi e controlli medici	17,5	17,2	-0,3	17,8	15,9	-1,9
Deproblematizzazione	22	23,2	+1,2	14,5	20	+5,5
Sport e benessere	22	22,4	+0,4	26	27	+1
Problemi e risposte	9,8	7,7	-2,1	11,4	7,6	-3,8
Salute e bellezza	13,8	18,8	+5	15	18,6	+3,6

Fonte: EURISKO 2009

Nel corso del decennio la cultura della cura di sé si è consolidata e diffusa anche nel resto del Paese. Tale evoluzione verso stili di salute più evoluti sembra esserci anche in Lombardia, ma presenta dati di miglioramento meno intensi: ciò è, probabilmente, legato al fatto che la regione lombarda si trovava già in posizione di avanguardia socio-culturale in tema di salute e benessere, disponendo quindi di un minor margine di miglioramento rispetto al resto del Paese.

Il trend lombardo, a ben guardare, sembra segnalare anche un'ulteriore caratterizzazione: infatti, accanto alla crescita dello stile più progettuale ("salute e bellezza"), si osserva una notevole accentuazione anche nello stile più disimpegnato ("deproblematizzazione"). È come se i cittadini lombardi, pur rimanendo più attenti e orientati alla salute del resto dei connazionali, abbiano evidenziato nel corso degli ultimi dieci anni una tendenza duplice: aumentano le persone attente e progettuali verso la cura di sé e, contestualmente, cresce anche la percentuale di persone che si orienta verso dismissione nel farsi carico della cura di sé.

#### **4. La soddisfazione per alcuni aspetti della vita in Italia e in Lombardia**

I cittadini lombardi, rispetto alla popolazione italiana, risultano tendenzialmente più soddisfatti in quasi tutti gli aspetti della vita (tab. 4.1); in partico-

**Tabella 4.1 | La soddisfazione in Italia e in Lombardia (% molto + abbastanza soddisfatti)**

Soddisfatto per...	Italia 2008 (n = 10.000) %	Lombardia 2008 (n = 1590) %	Diff. Lomb - Italia %
Matrimonio	53,9	53,5	-0,4
Famiglia	93,4	94,6	+1,2
Vita sentimentale/affettiva	76	76,7	+0,7
Reddito familiare	55,7	64,1	+8,4
Amicizie	88	90,5	+2,5
Risparmi	42,8	53,5	+10,5
Istruzione	62,1	67,9	+5,8
Lavoro	58,9	64	+5,1
Abitazione	88	89,4	+1,4
Paese/città in cui vive	83,3	86,6	+3,3
Salute	85,9	87,1	+2,2
Se stesso	91	92,9	+1,9
La vita nell'insieme	88,6	91,1	+2,5

Fonte: EURISKO 2009

lare, le aree su cui si accentuano maggiormente i giudizi positivi risultano gli aspetti economici (reddito e risparmi), quelli culturali (istruzione) e professionali (lavoro).

Guardando ai trend di lungo periodo (tab. 4.2), è interessante osservare una tendenza comune al Paese e alla Regione, relativa a un calo generalizzato sulla maggior parte degli indicatori considerati. In particolare, sono proprio gli

**Tabella 4.2 | La soddisfazione in Italia e in Lombardia – trend 1998-2008 (% molto + abbastanza soddisfatti)**

Soddisfatto per...	Italia 1998 (n = 10.000) %	Italia 2008 (n = 10.000) %	Diff. It.2008- It.1998 %	Lombardia 1998 (n = 1620) %	Lombardia 2008 (n = 1590) %	Diff. Lomb.2008- Lomb.1998 %
Matrimonio	55,8	53,9	-1,9	57,6	53,5	-3,8
Famiglia	94,5	93,4	-1,1	94,3	94,6	+0,3
Vita sentimentale	77,7	76	-1,7	78,8	76,7	-2,1
Reddito familiare	68,9	55,7	-13,2	75,8	64,1	-11,7
Amicizie	87,4	88	+0,6	89,6	90,5	+0,9
Risparmi	53,6	42,8	-10,8	60,8	53,5	-7,5
Istruzione	66,8	62,1	-4,7	70,1	67,9	-2,2
Lavoro	60,3	58,9	-1,4	65,7	64	-1,7
Abitazione	88,7	88	-0,7	90	89,4	-0,6
Paese/città in cui vive	79,2	83,3	+4,2	80,7	86,6	+5,9
Salute	86,4	85,9	-1,5	87,9	87,1	-0,8
Se stesso	92,1	91	-1,1	92,3	92,9	+0,6
La vita nell'insieme	92,1	88,6	-3,5	92,3	91,1	-2,7

Fonte: EURISKO 2009

aspetti su cui la Lombardia presenta (ancora) valutazioni eccellenti a presentare un maggior decremento: parliamo anzitutto del reddito familiare e dei risparmi, ovvero delle componenti economiche della soddisfazione. Fa eccezione al riguardo il solo indicatore relativo alla città di residenza (in evidente crescita).

Va comunque detto che i cittadini lombardi, pur condividendo questo generale trend negativo, sembrano presentare nei giudizi di soddisfazione cali meno accentuati, come se le criticità del recente periodo fossero state meglio sostenute e percepite nel contesto regionale.

Soprattutto gli anziani rimangono soddisfatti. Può essere a questo punto interessante osservare i cambiamenti avvenuti a questo riguardo fra i segmenti più anziani della popolazione. La Tabella 4.3 riporta le differenze percentuali fra i valori dichiarati dagli ultra 64enni del 1998 con i coetanei del 2008, sia per l'Italia sia per la Lombardia.

Come è facile osservare, anche per le fasce più mature della popolazione è riscontrabile, in 10 anni, un generalizzato decremento dei livelli di soddisfazione; in Lombardia, tuttavia, per la popolazione più anziana tali decrementi risultano:

- nettamente più contenuti (il trend meno critico rispetto all'Italia, fra gli anziani, è nettamente più evidente rispetto a quello comunque osservabile per l'insieme delle diverse fasce d'età);
- in controtendenza, in alcuni casi (esemplare quello relativo alla soddisfazione per la propria famiglia), riportando un aumento dei livelli di soddisfazione.

**Tabella 4.3 | La soddisfazione presso la popolazione anziana in Italia e in Lombardia – differenze 2008 - 1998 (% molto + abbastanza soddisfatti – base: oltre 64 anni)**

Soddisfatto per...	Diff. It.2008-It.1998 >64 anni* %	Diff. Lomb.2008-Lomb.1998 >64 anni** %
Matrimonio	-1,9	-1,2
Famiglia	+0,1	+3,3
Vita sentimentale	-4,1	-5,4
Reddito familiare	-13,7	-5,5
Amicizie	-1,2	+0,7
Risparmi	-13,7	+1,2
Istruzione	-12,6	-4,6
Lavoro	-7,6	-4,1
Abitazione	-2,1	-2,2
Paese/città in cui vive	-0,2	+0,7
Salute	-3	-4,6
Se stesso	-4	-2,2
La vita nell'insieme	-5,4	-5

\*N (1998) = 1986; N (2008) = 2289.  
\*\*N (1998) = 298; N (2008) = 366.

Fonte: EURISKO 2009

## In sintesi

Le analisi condotte sui cambiamenti socio-culturali e in ambito delle percezioni sulla qualità della vita sembrano indicare che l'aumento della speranza di vita in Lombardia si associa a:

- un più diffuso e crescente orientamento progettuale in tema di salute: nonostante in questo orientamento socio-culturale la Lombardia fosse già all'avanguardia nel territorio nazionale, negli ultimi anni si è registrato un ulteriore incremento negli stili di cura di sé più orientati alla prevenzione e al benessere;
- una soddisfazione per la qualità della vita che risulta più elevata rispetto a quella registrabile nelle altre regioni d'Italia, soprattutto per quanto riguarda gli indicatori di benessere economico;
- livelli di soddisfazione (in termini di trend) meno in via di deterioramento nell'ambito di un aumento delle percezioni di criticità degli italiani sulla maggior parte degli indicatori di qualità della vita (in particolare per gli aspetti economici: reddito, risparmi ecc.).

I cittadini lombardi, e in modo particolare gli anziani, mostrano livelli di soddisfazione decisamente più stabili rispetto al trend nazionale.

Questo andamento tipico della popolazione più anziana conferma e accentua le peculiarità della Regione, dal momento che i lombardi più maturi (rispetto ai coetanei di altre regioni) presentano minori decrementi nei livelli di soddisfazione espressi.

In generale, la Lombardia sembra aumentare il divario rispetto alle altre regioni, dal momento che le percezioni di soddisfazione dei propri cittadini si confermano più elevate e meno in calo.

### Note

<sup>1</sup> Schroeder, 2007; Starfield, 2000; McGinnis *et al.*, 2002; Lenfant, 2003; Chung-Muntaner, 2006; CSDH, 2007; Lee, 2005

<sup>2</sup> Le ricerche sulle determinanti della salute sono anche influenzate da modelli culturali delle società che le realizzano: nel mondo americano sono forti i *frame work* centrati sulla responsabilità individuale della propria salute, i modelli europei riflettono maggiormente la cultura di welfare state fondata sul diritto alla salute facendo propria la visione “multisetoriale” della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata (1978).

## Bibliografia

- Anderson G.F., Chalkidou K. (2008), "Spending on medical care. More is better?", *Journal of the American Medical Association*, n. 299, pp. 2444-2445
- Bodenheimer T. (2008), "Coordinating care. A perilous journey through the Health Care System", in *The New England Journal of Medicine*, n. 358, pp. 1064-1071.
- Ballabio C., Bergamaschini L., Mauri S., Baroni E., Ferretti M., Bilotta C., Vergani C. (2008), "A comprehensive evaluation of elderly people discharged from an Emergency Department", *Internal and Emergency Medicine*, vol. 3, n. 3, pp. 245-249
- Chung H., Muntaner C. (2006), "Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries", in *Social Science and Medicine*, 63,3, pp. 829-842
- Costa G., Spadea T., Gelormino E., Mamo C., Bellini S. (in corso di stampa), *Povert  e salute*, documentazione in preparazione del Rapporto della Commissione Povert 
- CSDH (2007), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Discussion Paper (Final Draft)
- Diderichsen F. (2004), *Resources allocation for health equity: Issues and Methods*, Health, Nutrition and Population (HNP), Discussion Paper, The World Bank
- Eurisko (2009), *Base dati Synottica (1998-2009)*, Eurisko, Milano
- Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhui A., Wirth M. (2001), (eds), *Challenging inequities in health*, Oxford UP, New York
- Galbraith J.K. (1962), *The affluent society*, London, Penguin Books Ltd
- Health I., Rubinstein A., Stange K.C. (2009), *Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity*, BMJ, n. 338, pp. 911-913
- Institute for the future (ITF) (2003), *Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge*, Princeton, Jossey-Bass
- IReR (2009), *Lombardia 2010*, Rapporto di legislatura – "Societ , governo e sviluppo del sistema lombardo", Guerini e Associati, Milano
- Istat (2007), "Prevenzione dei tumori femminili: ricorso a pap-test e mammografia- Anni 2004-2005", in *Indicatori socio-sanitari regionali*, Istat, Roma
- Istat (2008), "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, anni 2004-2005", in *Indagine Multiscopo sulle famiglie*, Istat, Roma
- Istat (2008), "I cittadini e il tempo libero - anno 2006", in *Indagine multiscopo sulle famiglie*, Istat, Roma
- Istat (2009a), "Tavole di Mortalit  della popolazione italiana per provincia e regione di residenza - anni 1974-2006", in *Demografia in cifre*, Istat, Roma
- Istat (2009b), "Indicatori demografici - anni 2005-2008", in *Demografia in cifre*, Istat, Roma
- Istat (2009c), "Struttura e attivit  degli istituti di cura - anno 2004", in *Indicatori socio-sanitari regionali*, Istat, Roma
- Istat (2009d), *La vita quotidiana nel 2007*, Istat, Roma

- Lee J.W. (2005), "Public Health is a social issue", in *Lancet*, n. 365, pp.1005-1006
- Lenfant C. (2003), "Lost in Translation?", in *M.D. Clinical Research to Clinical Practice - The New England Journal of Medicine*, n. 9, Issue 28, pp. 868-876
- Manton K.G., Gu Y. (2001), "Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999", in *Proc Natl Acad Sci USA*, n. 98, Issue 11, pp. 6354-6359
- McGinnis J.M., Williams-Russo P., Knickman J.R. (2002), "The case for more active policy attention to health promotion", in *Health Affairs*, March/April, n. 21, Issue 2, pp.78-93
- Navarro V., Shi L. (2001), "The political context of social inequalities and health", in *International Journal of Health Services*, n. 31, Issue 1-21
- Starfield B. (2000), "Is US Health Really the Best in the World?", in *Journal of the American Medical Association*, n. 284, Issue 4, pp. 483-496
- Schroeder S.A. (2007), "We Can Do Better - Improving the Health of the American People", in *The New England Journal of Medicine*, n. 357, pp. 1221-1235
- Who/Unicef (1978), *Declaration of Alma Ata*, Ginevra
- World Health Organization (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF*, Ginevra
- World Health Organization (2003), *World Health Report 2003 - Shaping the future Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Ginevra
- World Health Organization (2008), *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Ginevra

## Autori

*IReR*, Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia, creato nel 1974, è l'ente di ricerca della Regione. Dotato di personalità giuridica, di autonomia scientifica e imprenditoriale, IReR svolge, anche con riferimento al contesto nazionale, europeo e internazionale, gli studi inerenti gli assetti e i processi istituzionali, economici, sociali e territoriali finalizzati all'attività di programmazione regionale e mette a disposizione degli organi e delle strutture della Regione gli strumenti conoscitivi per il supporto alla loro azione di governo

*Roberta Bonini*, collaboratore alla ricerca presso IReR; professore a contratto di Sociologia dei servizi alla persona presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore

*Alessandro Colombo*, Direttore di ricerca e coordinatore Area sociale IReR

IReR – Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia  
via Copernico 38, 20125 Milano  
[www.irer.it](http://www.irer.it)

Responsabile editoriale: Sabrina Bandera

Assistente editoriale: Romina Menegazzi

© 2009 Edizioni Angelo Guerini e Associati SpA  
viale Filippetti 28, 20122 Milano  
[www.guerini.it](http://www.guerini.it)  
e-mail: [info@guerini.it](mailto:info@guerini.it)

Copertina di Arti Grafiche Fiorin - Silvia Uggeri

Le fotocopie per uso del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana, 108 – 20122 Milano, e-mail [segreteria@aidro.org](mailto:segreteria@aidro.org) e sito web [www.aidro.org](http://www.aidro.org).

# LOMBARDIA 2010

