



3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



**Assicurare la salute e il benessere
per tutti e per tutte le età**

Gruppo di ricerca:

Alessandro Colombo, Erika Rosa Cappelletti, Lorenzo Minetti, Federica Nicotra, Giulia Parisi, Aurora Torri



INTRODUZIONE

Questo capitolo intende leggere lo stato della salute, le politiche e le sfide in Lombardia, attraverso gli indicatori e i target dell'Agenda Onu (Onu, 2015). Occorre fare due considerazioni in introduzione:

- la prima è che la "salute" individuale e collettiva è questione complessa. Per rappresentarla è bene tenere presente questa multidimensionalità e anche il fatto che essa interagisce con *Sustainable Development Goals* (SDGs) differenti;
- la seconda è che solo alcuni dei target dell'**obiettivo 3** sono direttamente interessanti per la Lombardia.

La salute non è concetto univoco e statico, ma multidimensionale e dinamico: si compone di diversi aspetti e cambia nel tempo e nello spazio.

Vi sono diversi e ormai tradizionali rapporti che rappresentano lo stato di salute della popolazione italiana sia a livello nazionale, sia regionale. Pur con significative differenze, questi rapporti fanno riferimento a due insiemi di aspetti che determinano la salute di una persona e, quindi, di una popolazione. La commissione scientifica per la misurazione del benessere (BES) ha efficacemente descritto questi due approcci come segue:

1. fattori esogeni alla salute, che possono dipendere dalla singola persona (come quelli genetici, sociali, comportamentali, ecc.), dal contesto (quale tipo di vita e di lavoro ci si trova a vivere, dove si vive, ecc.) e dall'insieme delle conoscenze e tecniche disponibili;
2. diverse dimensioni che la salute stessa presenta: la salute fisica (come sta il nostro corpo, i dolori e le malattie); quella mentale ed emotiva ("come" stiamo dentro di noi, quasi e apparentemente indipendentemente dal nostro corpo) e, infine, la dimensione funzionale (cosa possiamo o non possiamo fare) (Cnel, Istat 2017).

All'incrocio di questi due insiemi di variabili si trova il nostro stato di salute, che può essere effettivo o, altrettanto importante, percepito. Possiamo, cioè, essere molto malati e sentirci soggettivamente più in salute di un'altra persona con minori malanni dei nostri. E viceversa.

Da questa complessità deriva la ben nota definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1946 che definisce la salute come lo "...stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente assenza di malattia". La salute è per l'OMS un diritto fondante gli altri diritti, ed è un principio ripreso dall'art. 32 della nostra Costituzione, che stabilisce come la Repubblica "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità".

Come nel primo rapporto, rappresenteremo la salute della popolazione lombarda secondo i target appena accennati, ma è interessante in questa seconda edizione richiamare più ampiamente le complesse relazioni tra **l'obiettivo 3** e diversi altri SDGs.

Fin dall'inizio le stesse Nazioni Unite hanno sottolineato le profonde correlazioni che intercorrono tra i diversi obiettivi e target (Le Blanc, 2015). Gli studi in proposito sono avanzati e di recente l'International Council for Science (Griggs, Nilsson, Stevance, McCollum, 2017) ha redatto un rapporto nel quale emerge come **l'obiettivo 3** sia tra quelli più immediatamente connessi agli altri target. In particolare, il riferimento è agli obiettivi che mirano al miglioramento delle condizioni socio-economiche (**GOAL 1** - Porre fine ad ogni forma di povertà nel mondo;



GOAL 4 - Fornire un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti; **GOAL 8** - Assicurare a tutti l'accesso a sistemi di energia economici, affidabili, sostenibili e moderni; **GOAL 10** - Ridurre l'ineguaglianza all'interno di e fra le nazioni), sia a quelli indirizzati al miglioramento delle condizioni socio-ambientali (**GOAL 11** - Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili; **GOAL 12** - Garantire modelli sostenibili di produzione e consumo), all'innovazione tecnologica e all'aumento dell'efficienza delle diverse strutture, quali quelle sanitarie e socio-assistenziali.

L'**obiettivo 3** dell'Agenda 2030 intende assicurare "salute e benessere per tutti e per tutte le età" (Onu, 2015). Alcuni dei 13 target in cui si declina l'obiettivo risultano in Lombardia pienamente raggiunti (3.1 – 3.3); altri sono specificamente rivolti ai paesi in via di sviluppo (3.b – 3.d). Interessano, invece, direttamente la Lombardia due categorie di target:

- quelli tipici di un sistema avanzato e con popolazione che invecchia (target 3.4, orientato alla prevenzione e cura delle malattie croniche e alla salute mentale; target 3.9, che si propone la riduzione delle morti per inquinamento);
- quelli direttamente connessi ai comportamenti (target 3.5, relativo al consumo di sostanze e alcol; target 3.6 inerente la mortalità da incidenti stradali; target 3.7 relativo alla salute riproduttiva e target 3.a, concernente il consumo di tabacco).



CONTESTO

In generale in Lombardia si vive di più. Secondo i più recenti dati Istat, nel 2017 la speranza di vita alla nascita in Lombardia è 81,2 anni per gli uomini e 85,5 per le donne, valori più alti rispetto a quelli nazionali (80,6 per gli uomini e 84,9 per le donne). Permane il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario tende progressivamente a ridursi. Anche la speranza di vita in buona salute alla nascita è superiore in Lombardia rispetto al dato nazionale: 60,5 anni contro i 58,8 italiani per la prima. L'aumento della speranza di vita coincide con l'invecchiamento. Ciò è evidente se si considera la speranza di vita a 65 anni. In Lombardia nel 2017 è di 19,3 anni per gli uomini (19,0 nazionale) e 22,6 anni per le donne (22,2 nazionale). La speranza di vita a 85 anni nel 2017 in Lombardia è pari a 5,9, dato simile a quello nazionale, pari a 5,8 anni.

Il tasso standardizzato di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi) era pari a 2,5 nel 2015 (ultimo anno disponibile), dato inferiore alla media nazionale di 2,9.

Anche il tasso grezzo di mortalità (per 1.000 abitanti) è più basso di quello nazionale: 9,5 per gli uomini contro 10,5 nazionale e 10,3 per le donne contro 10,9 nazionale; l'età media di decesso è di 78 anni in Lombardia, simile ai 78,3 anni in Italia (Istat, 2017a).

L'indice di mortalità precoce, che calcola il tasso standardizzato per 10.000 abitanti di mortalità precoce nella fascia di età 30-69, dal 2004 al 2015 è diminuito da 295,7 a 217,4, sempre inferiore rispetto alla media nazionale, che nel 2015 era pari 232,0 (Osservasalute, 2017).

Non solo si vive di più, ma si vive anche meglio, più sani: dopo il Giappone, l'Italia ha l'aspettativa di vita sana più alta fra i paesi Oecd.

Tuttavia, in termini di sostenibilità, una vita più lunga e più sana rappresenta, oltre che una conquista, anche un problema. Per l'Italia (soprattutto il Nord) e quindi per la Lombardia, si tratta di una questione centrale: si garantisce salute grazie a un sistema sanitario di eccellenza, ma le cui risorse sono principalmente dedicate alla sola fascia più anziana della popolazione. Tra il 2012 e il 2016 i bambini lombardi sotto i cinque anni sono diminuiti di 31.000 unità circa (e nel 2016 gli ultracentenari sono arrivati quasi a 3.000).

Nonostante l'alto tasso di fecondità lombardo¹ (1,39 contro la media nazionale di 1,32 nel 2017), il valore è al di sotto della soglia di sostituzione fisiologica che garantirebbe il ricambio generazionale. La Lombardia registra un indice di vecchiaia (dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni, in percentuale) di 162,2 nel 2018 inferiore al dato nazionale pari a 168,9. Nello stesso anno l'indice di dipendenza (dato dal rapporto tra la popolazione in età non attiva 0-14 anni e 65 anni e più e la popolazione in età attiva 15-64 anni) è pari a 56,8 per la Lombardia, in linea con il dato nazionale di 56,1. La stima relativa all'indice di ricambio popolazione attiva (data dal rapporto percentuale tra la popolazione 60-64 anni e 15-19 anni) è lievemente inferiore per la Lombardia (127,9) rispetto al dato nazionale (128,2) (Dati Istat).

¹ Numero medio di figli per donna.



I dati Istat aggiornati al 2017 rispetto all'indice "Stili di vita e fattori di rischio" mostrano come la prevalenza (valori per 100) di persone oltre i 18 anni in sovrappeso è più bassa della media nazionale, oltre che in leggera diminuzione rispetto al 2016 (nel 2017 è pari al 32,7% contro il 35,4% nazionale; nel 2016 il dato lombardo era di 33,1%), mentre il dato relativo all'obesità è il medesimo: 10,5% sia in Lombardia che in Italia. Anche la sedentarietà è minore: il 30,6% dei lombardi dichiara di non praticare alcuno sport rispetto al dato nazionale pari a 39,2% degli italiani (Osservasalute, 2017). La percentuale di fumatori lombardi è di poco superiore rispetto alla media nazionale (20,6% in Lombardia, 19,7% in Italia). Relativamente al consumo di alcol (per persone di 11 anni e più), i dati riportano per la Lombardia valori maggiori della media italiana: il consumo di alcol fuori pasto è al 32,7%, contro una media nazionale del 29,2%; è interessante notare che il dato lombardo risulta inferiore rispetto a quello del 2016, che era pari al 34,6%.

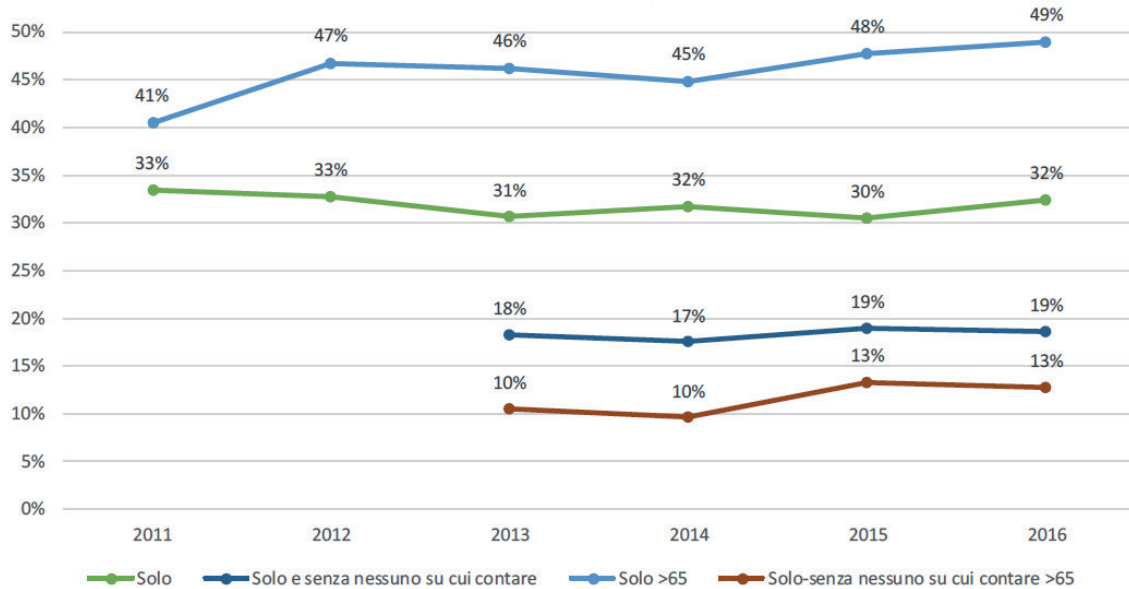
Per quanto concerne gli incidenti stradali, l'Istat riporta che nel 2017 in Lombardia si sono verificati 32.552 incidenti con lesioni a persone, di cui 404 mortali. Questo dato è di poco inferiore rispetto a quello del 2016 che ha visto 32.785 incidenti con 434 morti entro il 30° giorno. Visti questi numeri, l'indice di mortalità (dato dal rapporto tra il numero di morti ed il numero degli incidenti per 100) per la Lombardia nel 2017 è pari a 1,30 (strada urbana: 0,86; autostrada: 2,01; altra strada: 3,15), lievemente inferiore rispetto a quello nazionale che è pari a 1,93 (strada urbana: 1,12; autostrada: 3,15; altra strada: 4,60). Rispetto all'indice di lesività (dato dal rapporto tra il numero di feriti ed il numero degli incidenti per 100) in Lombardia è pari a 138,23 (strada urbana: 132,13; autostrada: 160,38; altra strada: 159,27), inferiore al dato italiano pari a 141,05 (strada urbana: 133,84; autostrada: 168,64; altra strada: 160,49). Guardando alla salute "percepita" dai lombardi emerge un approccio equilibrato e positivo al proprio stato di salute: nel 2017, infatti, il 70,9% dei lombardi si definisce in buona salute, dato lievemente superiore rispetto alla percentuale italiana pari a 69,6%. Nel confronto nazionale si nota che i lombardi che dichiarano di stare "molto bene" o "molto male" sono in percentuale minore; tipico di un atteggiamento prudente, che non ama gli eccessi. Tuttavia, se si considera solo la porzione di popolazione ultra 65enne, si nota una situazione invertita: sono di più gli anziani lombardi a dichiarare di stare "molto bene", così come aumenta a favore della Lombardia la differenza di chi "sta bene" e di coloro che stanno "molto male".

Ai fini della costruzione di una sostenibilità del sistema, questo atteggiamento "lombardo" prudente e positivo rappresenta un *asset* fondamentale. Una propensione alla lettura equilibrata e alla responsabilità nella valutazione del proprio stato di salute è fondamentale, per la costruzione di un sistema che si regga sulla compartecipazione e *l'empowerment* dei pazienti. Questa lettura trova conforto nell'analisi dei risultati che emergono da altri due domini del Bes: la fiducia e le relazioni sociali. Anche qui si nota come lo stato di benessere lombardo si fondi ancora su pratiche e orientamenti positivi.

La sostenibilità di un sistema di benessere dipende fortemente anche dalle dimensioni relazionali, che iniziano a mancare: in Lombardia dal 2011 i nuclei familiari composti da una sola persona sono andati aumentando (Istat, 2016). In particolare, nel 2016 il numero di over 65 che vive da solo è pari a 663.085; di questi, 171.434 non hanno nessuno su cui contare (considerati parenti, amici, vicini). Dal 2011 questo trend ha visto un incremento costante.



FIGURA 1. SOGGETTI CHE VIVONO DA SOLI (%), LOMBARDIA, 2011-2016

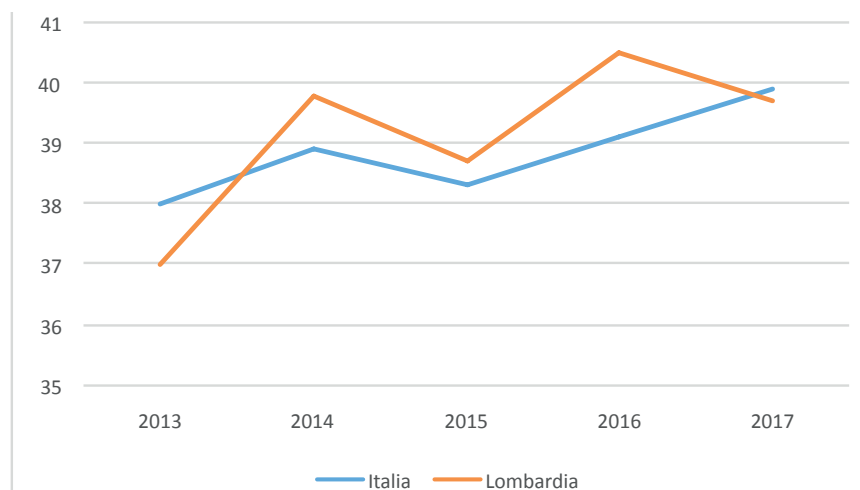


Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati Istat

Una società con un indice di vecchiaia come quella lombarda non può non considerare la diminuzione della risorsa relazionale all'aumentare dell'età. Occorre tenere presente che sull'andamento osservato agisce ancora positivamente il fenomeno del "baby boom" degli anni Sessanta e l'effetto di una composizione familiare tradizionale. Nel futuro tale situazione è destinata a evolversi ed è prevedibile che le percentuali evidenziate risentano nel lungo periodo di una significativa diminuzione.

Nel 2017 la Lombardia presenta un numero di cronici in linea con la media nazionale (39,7% rispetto a 39,9%), ma un'incidenza lievemente minore delle patologie croniche multiple (19,2% vs 20,9%) e una spiccata percezione positiva del proprio stato di salute (45,7% vs 41,5%) (Istat, 2017). Nell'arco degli ultimi cinque anni (2013-2017) l'incidenza dei cittadini con almeno una patologia cronica rispetto all'intera popolazione ha registrato un andamento altalenante. In Lombardia la tendenza riflette quella nazionale, con una percentuale dell'ultimo anno inferiore rispetto a quella dell'anno precedente (39,7% vs 40,5%) (Istat, 2017b).

FIGURA 2. INCIDENZA PATOLOGIE CRONICHE SULL'INTERA POPOLAZIONE, LOMBARDIA, ITALIA, 2013-2017



Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su dati Istat (dati estratti a novembre 2018)



I dati amministrativi mostrano che il costo per la gestione delle patologie croniche rappresenta il 70% della spesa sanitaria (ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e consumi di farmaci). In alcuni presidi ospedalieri i pazienti cronici arrivano a coprire più del 90% della casistica trattata (Merlino, 2018).

L'aumento della speranza di vita ha come effetto la crescita della domanda di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini. Nel 2017 sono state effettuate quasi 160 milioni di prestazioni sanitarie in Lombardia, con un aumento di 1 milione e 400.000 rispetto all'anno precedente. Nel 2017 l'81% delle prescrizioni (9.751.439) erano "Programmabili" e l'11% "Differibili" (1.281.164); il 3% erano classificate come "Urgenti" (332.335) e il 3% "Brevi" (413.565). Dal 2016 al 2017 le prestazioni definite "Urgenti" sono diminuite del 9%; quelle in classe "Breve", invece, sono più che raddoppiate (+124%) e quelle in classe "Differibile" sono aumentate del 43% (PoliS-Lombardia, 2018).

La riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita prevede almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard per mantenere un punto nascita. In Lombardia oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti/anno). Solo circa il 4% dei parti avviene ancora in punti nascita con <500 parti/anno (Osservasalute, 2017).

La Lombardia presenta segnali preoccupanti per quanto riguarda la salute mentale giovanile (15-18 anni). Il tasso specifico (per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive è pari a 57.67 per gli uomini e 40.38 per le donne, dati sensibilmente superiori alla media nazionale che si attesta ai valori di 33.93 per gli uomini e 24.15 per le donne (Osservasalute, 2017).



LE POLITICHE

Nella prima edizione del Rapporto Lombardia sono state presentate le linee generali della riforma sociosanitaria lombarda. Il nuovo Programma Regionale di Sviluppo (PRS – luglio 2018) conferma l'evoluzione del sistema socio-sanitario sul passaggio dalla “cura” al “prendersi cura”.

Tra i punti prioritari del PRS che interessano direttamente l'Agenda Onu ritroviamo:

- a) la prevenzione;
- b) la presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche;
- c) il contenimento delle liste di attesa (con riferimento al target 3.4);
- d) l'area materno infantile (con riferimento al target 3.7);
- e) la prevenzione del consumo dannoso e dell'abuso di alcol e sostanze psicoattive, considerando i disturbi psichici derivanti dall'uso di sostanze psicoattive (target 3.5).

- a) Per la prevenzione tre sembrano gli elementi centrali rispetto all'Agenda ONU:
 1. la definizione della prevenzione come azione trasversale a “tutte le politiche”;
 2. il richiamo all'adozione di un piano regionale di marketing sociale per la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali nelle diverse fasi di vita;
 3. la sorveglianza sulle malattie infettive, i programmi di profilassi vaccinale e gli interventi per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.
- b) Per quanto riguarda la presa in carico dei cronici, il PRS richiama anche il ruolo centrale dei medici di medicina generale (MMG) e l'integrazione tra questi e gli specialisti. La D.G.R. n. XI/754/2018 affronta le modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico fragile, confermando la centralità del MMG/Pediatra di libera scelta (in forma singola o socio di cooperativa), in quanto professionista che conosce il paziente e il suo contesto familiare.
- c) Sull'importante tema delle liste d'attesa si propone un piano straordinario con interventi integrati:
 1. agenda unica per tutti gli erogatori (pubblici e privati);
 2. estensione di tutti i canali prenotativi (sportello, telefono, cup web, farmacie territoriali);
 3. incremento prestazioni di primo accesso (in particolare visite specialistiche);
 4. estensione oraria di accesso;
 5. azioni sull'attività libero professionale intramoenia; 6. valutazione dei direttori generali correlata alle liste di attesa.
- d) Rispetto all'area materno-infantile, si potenziano i consultori e l'ostetrica del territorio e si considerano le difficoltà strutturali di riduzione delle risorse umane (ginecologi, pediatri/neonatologi, anestesisti, ostetriche), anche per i collocamenti a riposo. Alla chiusura dei punti nascita si accompagna lo sviluppo dell'assistenza ai neonati patologici gravi con la creazione di una rete ambulatoriale lombarda, l'ampliamento dell'offerta di esami per lo screening neonatale e l'aiuto ostetrico domiciliare alle mamme.
- e) Il tema della prevenzione dei disturbi psicologici e di dipendenza dei minori viene ampiamente affrontato dal PRS, che ipotizza nuove forme di analisi dei bisogni e di diagnosi, prevedendo anche la riorganizzazione dei servizi.



PROSPETTIVE E SVILUPPI

Gli ultrasessantacinquenni sono al 2018 il 22,4% della popolazione e sono destinati a salire al 30,4% nel 2065 (Istat, 2018). Ciò che conta è l'indice di dipendenza che passerà dall'attuale 35,1% al 57% nel 2065 (Istat, 2018).

Già oggi si registra una lieve diminuzione della popolazione inattiva compresa fra gli 0 e i 14 anni, dal 14% del 2012 al 13,8% del 2018 (Istat, 2018), ma una forte diminuzione del 10% di quella attiva (15-64), e aumenterà della stessa proporzione quella inattiva (dai 65 in poi, di cui triplicheranno i cosiddetti "grandi anziani", vale a dire coloro che superano gli 85 anni di età).

Si prevede nel 2030, in Lombardia, la presenza di un milione di ultraottantenni, che raggiungeranno il milione di bambini con meno 10 anni e il milione di ragazzi da 10 a 20 anni. Avremo 3 milioni di lombardi con più di 65 anni, di cui un milione con più di 80, ovvero tre ultrasessantacinquenni ogni due giovani sotto i vent'anni.

Restano valide le considerazioni proposte nel primo rapporto, cui rimandiamo. Come per tutti i sistemi avanzati, la Lombardia sta affrontando un cambiamento radicale imposto da tre diversi fenomeni:

1. la trasformazione della domanda di salute;
2. l'innovazione tecnico-scientifica;
3. il cambiamento del personale socio-sanitario.

In chiave di aggiornamento alle considerazioni della prima edizione, sulla base di evidenze recenti, vale la pena di soffermarsi su tre dimensioni principali:

1. Occorre intercettare la crescente domanda di lungodegenza e assistenza. Vale per la Lombardia quanto accade a livello nazionale. Il Rapporto Oasi 2017 ha mostrato come più della metà dei ricoveri degli ultra 65enni sono multipli, si ripetono nell'anno con una media di 29 giornate; le dimissioni avvengono "senza proposta del medico curante o altro tipo di programmazione e con dimissione verso il proprio domicilio senza alcun tipo di presa in carico istituzionale" (Cergas, 2017). La lungodegenza è ancora sostanzialmente assicurata dai familiari o care givers informali; anche i pazienti presi in carico lo sono in forma troppo limitata (Fosti & Notarnicola, 2018).
2. Sul piano della domanda di salute, si conferma che è essenziale accompagnare le persone. Una analisi di PoliS-Lombardia sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ha mostrato come il tempo medio di attesa sia di 45 giorni, ma il tempo minimo (ovvero quanto si aspetterebbe se si accettasse la prima data proposta) è di 35 giorni. I pazienti, quindi, sono disposti ad attendere tempi maggiori per ragioni di vicinanza o predilezione per uno specifico specialista o struttura. Oltre a questo, emerge il fenomeno del drop-out, la mancata presentazione a un appuntamento senza aver informato l'erogatore. Si tratta di un fenomeno significativo che accade almeno una volta su dieci, ma che arriva a cinque volte su dieci per alcune prestazioni, aumentando esponenzialmente le liste d'attesa. Infine, vi è anche l'abitudine dei cittadini a effettuare prenotazioni multiple presso diversi erogatori, senza poi informare gli stessi della propria scelta di recarsi in una sola sede.



3. Per quanto riguarda il personale, due considerazioni. La prima è sulla necessità di riconoscere e valorizzare figure e percorsi di carriera non tradizionali. Il riferimento è soprattutto, ma non solo, agli psicologi clinici e agli infermieri (di famiglia o di pronto soccorso). La seconda considerazione riguarda la mancanza di personale e l'analisi di fabbisogno. L'Italia ha 3,95 medici abilitati per 1000 abitanti (Istat, 2018), contro una media Oecd pari a 3,4, collocandosi all'undicesimo posto tra i Paesi Oecd. Da sottolineare, inoltre, come sia carente il numero di personale infermieristico: abbiamo 5,4 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro una media Oecd di 9,0 (Oecd, 2017).

Questi dati relativi al personale sono in evidente controtendenza rispetto alla crescente domanda di cura della popolazione, sempre più caratterizzata da bisogni di tipo assistenziale. In Lombardia sono presenti 3,67 medici per 1.000 abitanti (Istat, 2016), ma in progressiva diminuzione per pensionamento nei prossimi anni. L'Italia è il paese con i medici più anziani. Il 53,3% della popolazione medica italiana ha, infatti, più di 54 anni (Oecd, 2017). In Lombardia, secondo i dati forniti dal Conto Annuale del Tesoro, la maggioranza dei medici attivi ha tra i 50 e i 54 anni di età. In particolare, i medici di medicina generale saranno in notevole riduzione per pensionamento. Secondo i dati sulle cessazioni programmabili al compimento del 70° anno di età, in Lombardia si stima entro il 2037 una carenza di 5.595 MMG (Regione Lombardia, 2018). Per compensare le cessazioni è utile considerare non solo il numero degli accessi annui nei percorsi formativi e nelle specializzazioni mediche e sanitarie, ma anche le realistiche possibilità occupazionali dei giovani specialisti.

La sfida per la Lombardia consiste quindi nell'analizzare il fabbisogno a partire dall'analisi della domanda di salute attuale ed emergente della popolazione, non basandosi solo sullo storico, ma guardando il contesto attuale in costante sviluppo, e sempre più orientato a fornire la maggiore assistenza possibile e la migliore qualità di cure.



Bibliografia

- Cergas, S. B. (2017). *Rapporto Oasi 2017. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Egea
- Cnel, Istat (2017), *Rapporto Bes 2017: il Benessere equo e sostenibile in Italia*, [online], disponibile su: https://www.istat.it/it/files//2017/12/Bes_2017.pdf (Consultato ottobre 2018)
- Fosti, G., & Notarnicola, E. (2018). *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care: 1° rapporto Osservatorio Long Term Care*. EGEE spa.
- Griggs D.J., Nilsson M., Stevance A., McCollum D. (2017), "A Guide to SDG Interactions: from Science to Implementation" [online], *International Council for Science*, Paris, disponibile su: <https://council.science/cms/2017/05/SDGs-Guide-to-Interactions.pdf>
- Istat (2016) Indagine Multiscopo. "Aspetti della vita quotidiana", Istat, Roma
- Istat (2017a) *Annuario statistico italiano 2017*, [online], Istat, Roma, disponibile su: <https://www.istat.it/it/files/2017/12/Asi-2017.pdf>
- Istat (2017b). Indagine Multiscopo. "Aspetti della vita quotidiana", Istat, Roma
- Istat (2018), *Annuario statistico italiano 2018*, [online], Istat, Roma, disponibile su: <https://www.istat.it/it/files/2018/12/Asi-2018.pdf>
- Le Blanc D. (2015), "Towards integration at last? The sustainable development goals as a network of targets" [online], *DESA Working Paper No. 141 ST/ESA/2015/DWP/141*, disponibile su: http://www.un.org/esa/desa/papers/2015/wp141_2015.pdf
- Merlino L. (2018), *Attuazione della riforma sanitaria. Modalità di percorso di presa in carico dei pazienti cronici*, Presentazione in PoliS Lombardia, 24/05/2018
- Oecd (2017), *Health at a Glance: Europe 2017*, OECD Publishing, disponibile su: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page1
- Onu (2015), *Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 25 settembre 2015, disponibile su: http://www.unric.org/it/images/Agenda_2030_ITA.pdf (Consultato a ottobre 2018)
- Osservasalute (2017), *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Roma, 10 aprile 2017.
- PoliS-Lombardia (2018) *I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in Lombardia*, Consiglio Regionale della Lombardia, Milano
- Regione Lombardia (2018), *Decreto della Giunta regionale decreto giunta regionale XI/754/2018, Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'assessorato al welfare e la federazione regionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Lombardia*
- Regione Lombardia (2018), *Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura*, presentato dalla Giunta il 29 maggio 2018, con DGR XI/154 e approvato dal Consiglio Regionale il 10 luglio
- Regione Lombardia (2018), *Report sulle cessazioni programmabili al compimento del 70° anno di età riferito a MMG e PLS fino al 2037*, estratto dall'anagrafe regionale medici a cura di LISPA