

EDITORIALE*

di Siegfried Geyer

La Sociologia della salute in Europa si è sviluppata secondo diverse tradizioni. Nei paesi dell'area mediterranea per lungo tempo gli studi di tipo qualitativo sono stati l'approccio predominante per la raccolta dei dati. In Europa settentrionale e centrale, negli ultimi 50 anni, gli studi di tipo quantitativo hanno costituito la parte principale del lavoro empirico. Questa contrapposizione sta a poco a poco svanendo e in tutta Europa si sta sviluppando una gamma di argomenti comuni, nonostante le preferenze delle comunità scientifiche nazionali possano divergere. Comunque, la maggior parte del lavoro scientifico si sta dirigendo verso una ristretta fascia di aree tematiche: le disuguaglianze sociali di salute, il ruolo dei fattori sociali per l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie, la relazione medico-paziente e lo sviluppo dei sistemi sanitari. Di seguito verranno presentate alcune considerazioni su questi maggiori temi di ricerca e verrà delineata la probabile direzione del loro sviluppo negli anni a venire.

Le disuguaglianze sociali di salute

Attualmente le disuguaglianze sociali di salute rappresentano probabilmente il tema centrale della Sociologia della salute. Si tratta di un tema collegato alla differenziazione sociale come concetto dominante della Sociologia e le disuguaglianze di salute sono percepite come problema sia a livello nazionale sia tra i diversi paesi, in particolare tra Europa Occidentale e Orientale.

L'interesse per le disuguaglianze di salute non è nuovo [de Chateaufeuf 1830; Mosse e Tugendreich 1913], ma il lavoro degli ultimi due decenni è stato stimolato dal Black Report pubblicato negli anni '80 [Townsend *et al.* 1992].

Negli ultimi anni sono state pubblicate raccolte nazionali di studi sull'argomento [Leclerc *et al.* 2000; Mackenbach *et al.* 2002; Mielck

* Versione rielaborata della relazione presentata a conclusione della sessione plenaria n. 2 del 4-9-2004 del Congresso SISS-ESHMS. Traduzione italiana di Stefania Florindi.

2000] ed anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un rapporto sulle disuguaglianze sociali di salute a livello europeo [WHO Regional Office for Europe 2005]. I principali risultati sono abbastanza semplici: relativamente alla maggior parte delle affezioni che conducono a morte prematura, delle malattie a lungo termine e delle disabilità, i gruppi meno privilegiati sono quelli che corrono i rischi più alti. Questo riguarda le malattie cardiovascolari, il diabete, la depressione e molti tipi di cancro, come il tumore al polmone e allo stomaco. Questi risultati sono emersi incuranti dell'indicatore scelto per classificare gli individui secondo il loro status socio-economico. Le disuguaglianze di salute sono già presenti alla nascita [Berntsson e Köhler 2001] e nell'infanzia e nell'adolescenza la maggior parte degli incidenti sono responsabili dei differenziali di mortalità. È stato dimostrato che le disuguaglianze di salute non solo si manifestano in differenti possibilità di ammalarsi, ma, una volta ricoverati in ospedale, anche nella durata dei periodi di ricovero [Geyer *et al.* 2002]. A partire dall'età di 35 anni i tassi delle malattie cardiovascolari aumentano e questi spiegano la maggior parte delle disuguaglianze di salute. Questo riguarda particolarmente l'Europa Orientale, Centrale e Settentrionale e, in misura minore, l'Europa Meridionale e i paesi del Mediterraneo. I risultati per l'incidenza di malattia e mortalità sono stati completati dalle evidenze relative al fatto che guarigione e sopravvivenza possono essere diverse tra i gruppi socio-economici. Per il tumore al seno è stato dimostrato che nonostante l'incidenza fosse più alta nelle classi sociali medie, i tassi di mortalità nelle classi inferiori erano più elevati [Geyer 2000], indicando così le differenze nella qualità dell'assistenza sanitaria. Per la guarigione dall'infarto del miocardio è stato individuato anche un gradiente sociale per il detrimento degli individui con posizioni socio-economiche inferiori [Greenwood *et al.* 2005].

Negli ultimi anni è stata impostata una seconda linea di ricerca che riguarda le conseguenze a lungo termine di privazioni e denutrizione nella prima infanzia. Negli studi sulla sopravvivenza è stato dimostrato che condizioni di vita disagiate nei primi anni dopo la nascita possono essere associate a posizioni sociali inferiori negli anni successivi [Vagerö e Illsley 1995]. Questa è una nuova linea di ricerca che necessita di ulteriori sviluppi nei prossimi anni perché consente approfondimenti sui problemi che i paesi con declino economico e sociale stanno affrontando, in questo caso il riferimento è ai paesi dell'Europa Orientale. L'OMS ha anche fatto pubblicazioni su questo tema e lo ha definito un problema serio e importante che richiede un'azione per prevenire ulteriori deterioramenti.

Un'ultima linea di ricerca è quella che riguarda le differenze di genere nella salute. Si sa che uomini e donne sono diversi di fronte al rischio di ammalarsi. Gli esempi più eclatanti sono la depressione, dove le donne risultano avere un rischio tre volte più alto degli uomini, e l'infarto del miocardio dove la relazione è opposta [Lohff 2004]. Nonostante per entrambi

i casi siano state trovate delle condizioni per cui ambedue i sessi corrono gli stessi rischi, le spiegazioni sono rare, soltanto negli ultimi anni sono stati pubblicati studi più esplicativi. Gli approcci sviluppati fino ad ora indicano modelli di trattamento specifici per genere, modi diversi di percepire e presentare i sintomi e dipendenti dalla cultura di appartenenza. In futuro la sociologia dovrà collaborare con altre discipline come la genetica in modo tale da giungere a spiegazioni coerenti.

Anche la linea di ricerca “tradizionale” sulle disuguaglianze di salute necessita spiegazioni per trovare provvedimenti in modo tale da ridurre le disuguaglianze di salute.

La maggior parte degli studi condotti fino ad ora ha utilizzato i tre maggiori indicatori, reddito, livello occupazionale e istruzione, per classificare gli individui secondo la posizione socio-economica. Questo approccio comunque può essere utilizzato soltanto per descrivere le disuguaglianze di salute, non per spiegarle.

Negli ultimi anni è stato discusso il ruolo delle condizioni materiali e delle relative libertà di scelta e vincoli per la conduzione di una vita piena e attiva [Fritzell *et al.* 2005; Lynch *et al.* 2000] e nei prossimi anni sarà necessario ampliare la prospettiva. La descrizione delle disuguaglianze sociali di salute dovrebbe allora essere lasciata ai sistemi informativi sanitari come una tecnologia. Maggiori sforzi dovrebbero invece essere investiti nel guardare al di là dei tre principali indicatori attraverso l'identificazione dei loro contenuti latenti. Quindi potremo arrivare al ruolo dei fattori cognitivi, delle condizioni lavorative, della conoscenza e dei fattori strutturali che possono impedire le libertà di scelta delle persone per condurre una vita sana. Per ulteriori spiegazioni sarà anche necessario integrare la ricerca sulle condizioni stressanti e la salute così come il lavoro sulle risorse psicologiche e sociali, dato che è stata dimostrata la loro variabilità tra i gruppi socio-economici. Qualche lavoro di questo tipo è ora in corso, ma si trova ancora agli inizi [Mackenbach e Bakker 2002].

Fattori sociali nell'insorgenza e nella evoluzione delle malattie

Lo studio sui fattori sociali e la malattia è l'ambito sociologico della ricerca sullo stress. Negli anni '70 e '80 questo settore era dominato dalla tradizione dell'evento di vita. Con il passare degli anni è stato dimostrato che sempre più malattie sono causate da eventi stressanti, e gli esempi principali sono rappresentati dagli studi londinesi sulla depressione [Brown e Harris 1978; Harris 2001]. Una serie di studi ha dimostrato che gli eventi stressanti, in particolare quelli riguardanti la sensazione di essere intrappolati e persi, possono causare l'insorgenza della depressione. È stato anche dimostrato che non è il cambiamento in sé, ma la profonda sensazione di incontrollabilità e la impossibilità di reagire in maniera appropriata che rendono stressanti i cambiamenti di vita.

Gli effetti degli eventi sull'insorgenza della depressione solitamente compaiono tra la prima e la nona settimana e possono essere amplificati dalla mancanza di sostegno sociale, da uno status socio-economico basso e dalla mancanza di risorse finanziarie e di riuscita. Tutti i fattori che possono ostacolare una riuscita favorevole sono stati riassunti sotto il nome di fattori di vulnerabilità. Ciò ha portato alla formulazione di un modello comprensivo che unisce diverse discipline [Brown e Harris 1978]. I risultati delle conseguenze degli eventi di vita stressanti sono stati replicati anche in altre culture oltre a quella occidentale [Broadhead e Abas 1998].

Con la crescente complessità dei risultati è apparso ovvio che il semplice approccio dell'evento di vita che mette in correlazione gli eventi con i risultati non era più appropriato ed anche che le liste di controllo degli eventi di vita, con valutazioni standardizzate dello stress legato ad eventi di vita, presentano molti problemi di tipo metodologico. L'approccio di George Brown, che combina interviste qualitative e procedure di classificazione standardizzata, ha prodotto dati migliori rispetto alle semplici liste di eventi, ma la procedura è lunga e richiede un addestramento profondo all'uso di questi strumenti. Per questo motivo, a partire dagli anni '90 in avanti, il numero di studi nell'ambito della tradizione dell'evento di vita è diminuito, nonostante siano rimasti irrisolti molti problemi di carattere metodologico e concettuale.

Alimentato dalle conseguenze della globalizzazione e dal mutamento economico, un particolare tipo di evento di vita ha attirato molta attenzione in ambito scientifico: la disoccupazione. Nonostante i primi studi siano stati pubblicati negli anni '30 [Jahoda *et al.* 1975], molti risultati possono essere fatti risalire agli ultimi trent'anni. Questi studi hanno dimostrato che la disoccupazione su larga scala può avere effetti disgreganti sulla vita sociale delle comunità, che conducono alla disintegrazione, all'erosione sociale e al declino della vita pubblica [Jahoda *et al.* op. cit.]. A livello individuale anche la previsione della disoccupazione può essere causa di stato d'animo depresso [Ferrie *et al.* 1995]; dopo il passaggio ad uno stato di disoccupazione sono stati riportati un aumento del rischio di infarto del miocardio [Geyer e Peter 2003] ed anche un'alta percentuale di rischio di mortalità per quanto riguarda i disoccupati a lungo termine [Martikainen 1990].

Scatenate dalla mancanza di effetti degli eventi di vita stressanti sull'infarto del miocardio, le conseguenze dei fattori stressanti di tipo cronico sulla malattia sono state inserite all'ordine del giorno. Con il passare degli anni ciò ha portato all'emergere di due concetti il cui scopo era quello di spiegare i rischi cardiovascolari. Il primo è rappresentato dal modello domanda-controllo formulato da Karasek e Theorell. Tale modello presume un elevato grado di rischi cardiovascolari a fronte di un alto carico di lavoro associato ad un basso controllo sul processo lavorativo [Karasek e Theorell 1990]. Più tardi è stato esteso al e integrato dal ruolo del sostegno sociale scarso.

Il secondo modello è stato proposto da Siegrist [1996]; è più complesso e prevede elevati rischi cardiovascolari se l'alto carico di lavoro è associato a scarsi riconoscimenti ed un insieme di disposizioni psicologiche che possono essere collegate ad un debole adattamento alle situazioni impegnative. Entrambi i modelli sono stati sperimentati diverse volte e nel frattempo hanno dimostrato la loro utilità anche al di là delle malattie cardiovascolari. Ciò che resta da fare è un numero maggiore di test comparativi dei due modelli, uno di fronte all'altro, ed anche considerazioni dettagliate sul fatto che il loro potere esplicativo possa essere riprodotto per tutti i gruppi sociali oppure se il loro valore debba essere ristretto soltanto ad alcuni segmenti della popolazione.

L'ultima linea di ricerca in questa categoria fa riferimento al ruolo del sostegno sociale. Mentre il lavoro descritto nelle sezioni precedenti si riferisce alla cosiddetta visione "patogenetica", il sostegno sociale attiene alla prospettiva "salutogenetica" dato che descrive le risorse di resistenza sociale per padroneggiare con successo situazioni stressanti o impegnative. Gli studi sugli effetti del sostegno sociale hanno mostrato che la presenza di individui di supporto ha effetti di tamponamento contro lo stress e i rischi di deterioramento della salute risultano diminuiti [Pierce *et al.* 1996]. Il sostegno sociale inoltre può avere effetti benefici sulla guarigione post-operatoria, come è stato dimostrato nei pazienti oncologici [Bonnema *et al.* 1998] e nei pazienti con infarto del miocardio [Berkman *et al.* 1992].

Mentre i fattori stressanti acuti e cronici possono essere definiti da una prospettiva esterna, questo non è il caso del sostegno sociale. I suoi effetti dipendono principalmente dalle percezioni soggettive che, in casi estremi, possono essere associate a percezioni distorte.

Il sostegno sociale è stato esaminato anche nel contesto di condizioni stressanti acute e croniche ed è stato dimostrato il suo effetto di tamponamento [Parry 1986]. L'isolamento sociale mostra inoltre un gradiente sociale [McLeod e Kessler 1990] al detrimento degli individui appartenenti ad una posizione socioeconomica inferiore con un modello simile a quello di altre avverse condizioni di vita.

La relazione medico-paziente

Gli studi sulla relazione medico-paziente sono stati originariamente ispirati dal lavoro di Parsons sul ruolo dei medici e dei pazienti [2005] e dal lavoro di Goffman sulle istituzioni totali [2005]. Gli studi empirici condotti negli anni '70 erano centrati sulla comunicazione tra medico e paziente sia in contesti ospedalieri sia in contesti ambulatoriali. Questi studi hanno portato alla identificazione di strategie di comunicazione volte alla neutralizzazione delle obiezioni dei pazienti, delle loro preoccupazioni e reazioni emo-

tive dopo aver ricevuto una diagnosi poco chiara o infausta [Siegrist 1978]. Questi risultati sono stati completati dalla analisi sulle strutture di comunicazione nell'assistenza ambulatoriale [Siegrist e Hendel-Kramer 1979], dove si è visto che i medici dominano le consultazioni utilizzando in maniera selettiva le informazioni fornite dai pazienti e omettendone altre in modo tale da arrivare ad una conclusione nel minor tempo possibile. È stato inoltre dimostrato che una mediocre relazione medico-paziente, dal lato dei pazienti, può essere associata ad una conoscenza deficitaria, a sentimenti di impotenza, a maggiori complicazioni post-operatorie e ad un più elevato consumo di tranquillanti e analgesici. Questo lavoro è stato utile per identificare i problemi di comunicazione nelle visite mediche, ma negli anni '80 l'interesse per gli studi sulla relazione medico-paziente è svanito.

Negli ultimi anni la relazione medico-paziente è tornata all'ordine del giorno, ma ora il centro dell'attenzione è cambiato. Il concetto chiave di questa nuova direzione è "il processo decisionale condiviso". L'idea latente è quella di considerare il paziente come un individuo responsabile e attivo, in grado di prendere decisioni insieme al medico. A seconda del paese di appartenenza, i medici sono obbligati ad informare in maniera puntuale i pazienti sui trattamenti necessari e questi ultimi devono dare il proprio consenso informato per le operazioni e per altri tipi di terapie mediche. Questo non significa che le decisioni sono completamente affidate al paziente, ma i medici hanno il dovere di spiegare i trattamenti necessari ed i relativi passaggi. Fino ad ora non ci sono conclusioni basate sull'evidenza riguardo fino a che punto i medici dovrebbero strutturare il processo decisionale affinché le differenze individuali nelle preferenze del paziente possano essere rispettate.

Basato sulle differenti capacità dei pazienti di comprendere le informazioni fornite e di tirare le conclusioni rispetto alle opzioni di cura, tale approccio presuppone che i medici e i pazienti siano in possesso delle informazioni necessarie. Quindi entrambe le parti sono preparate ad incamminarsi verso la costruzione del consenso sulla modalità di trattamento preferita ed entrambi dovranno arrivare ad un accordo sulla terapia da iniziare. Si suppone inoltre che entrambi i soggetti, pazienti e medici, trarranno beneficio da un processo decisionale condiviso.

Fino a questo momento i problemi irrisolti riguardano la conoscenza di base e il modo in cui i pazienti possono essere motivati ad acquisire tale conoscenza. Non tutti i pazienti avranno accesso ad Internet o ad altre fonti di informazione in modo tale da essere pronti ad assumere un ruolo attivo. I gruppi di auto-aiuto potrebbero agire come mediatori, dato che gran parte del loro lavoro è diretto verso la possibilità di rendere i pazienti capaci di diventare attivi e prendere le decisioni per loro stessi.

Questi sono gli argomenti che dovranno essere affrontati in futuro e le risposte saranno cruciali per la ricerca sul sostegno sociale così come per la modalità in cui si svilupperà il tema del processo decisionale condiviso.

La ricerca sui sistemi sanitari

I sistemi sanitari in Europa si fondano su tradizioni diverse. Alcuni paesi si sono organizzati secondo un modello di welfare state, come ad esempio la Francia, la Germania o i Paesi Bassi; altri hanno istituito dei sistemi basati sulla tassazione, come la Gran Bretagna, l'Italia o la Spagna. I paesi dell'Europa orientale, come ad esempio l'Estonia e la Polonia, stanno ancora sviluppando i propri sistemi, ma si stanno muovendo verso la decentralizzazione ed una dominanza del settore privato, senza tenere in considerazione la salute della popolazione.

Nonostante le perduranti differenze tra i sistemi sanitari dei paesi europei, esiste una convergenza degli obiettivi principali:

- il raggiungimento di un elevato livello di assistenza sanitaria per l'intera popolazione;
- uguale accesso all'assistenza sanitaria e a tecnologie efficaci ed adeguate;
- il sistema sanitario dovrebbe essere in conformità con le necessità e le aspettative della popolazione;
- il sistema sanitario dovrebbe essere centrato sul cliente, ad esempio dovrebbe rispettare l'autonomia e la riservatezza e dovrebbe assicurare l'immediata erogazione dell'assistenza sanitaria;
- il finanziamento dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere equo, sostenibile ed abbordabile.

Molti di questi temi hanno implicazioni sociologiche dato che di nuovo fanno riferimento alla differenziazione sociale e al modo in cui l'assistenza sanitaria è profondamente inserita nei contesti istituzionali più ampi. Infine è necessario decidere a quale di questi obiettivi dovrebbe essere data la priorità.

La ricerca sui sistemi sanitari è legata alla domanda ed il suo carattere è politico. Quindi i temi all'ordine del giorno della ricerca non sono stabiliti soltanto dalla scienza ma anche dai politici, dagli attori all'interno dei sistemi di sicurezza sociale e dagli attori internazionali, come ad esempio l'OMS [World Health Organization 2000].

Nonostante questi obiettivi siano di importanza internazionale, la maggior parte della ricerca sui sistemi sanitari è ancora effettuata a livello nazionale. Riguarda argomenti relativi al finanziamento, a come assicurare l'uguaglianza nell'accesso all'assistenza sanitaria e manca di comparazioni, anche se esistono iniziative internazionali sulla prevenzione. Nei dibattiti politici comunque gli elementi del proprio sistema sanitario sono paragonati a quelli degli altri sistemi e gli elementi particolarmente efficaci di questi ultimi sono suggeriti per essere adattati nel proprio sistema. Queste discussioni sono spesso eclettiche e mancano di approfondimenti relativi agli effetti collaterali inaspettati di queste misure, se applicate nell'ambito di sistemi con differenti caratteristiche strutturali.

In quest'area, così come per la maggior parte degli ambiti di ricerca, gli approcci di survey non sono appropriati: è necessario rendere disponibili altre fonti di dati. In primo luogo ciò riguarda i dati di tipo amministrativo ed altri dati raccolti per consuetudine, ma si tratta di dati difficilmente comparabili e non c'è sempre il consenso su quali tipi di dati dovrebbero essere raccolti a livello internazionale. In Germania è risultato difficile arrivare ad un consenso su una serie comune di indicatori a livello regionale ("Länder") e a livello europeo questo sarebbe perfino più difficile. Un gruppo di lavoro europeo coordinato dal Ministro Danese per la sanità [Danish Ministry of Health 1994] ha sottolineato la necessità di un insieme di indicatori chiave su cui fondare le basi della politica sanitaria e all'epoca la validità e la comparabilità di questo materiale dovevano essere migliorate. È stata quindi creata una lista a livello europeo di indicatori sanitari necessari che successivamente è stata confermata ed ampliata da un gruppo di lavoro olandese [Rijksinstituut voor Volksgezondheit en Milieu – RIVM – 2001]. Entrambi i gruppi di lavoro sono arrivati alla conclusione che la realizzazione di una serie di indicatori comparabili, precisi, sensibili e validi non è ancora stata compiuta.

La mancanza di comparabilità attiene ad un livello molto basso, ad esempio riguarda il numero dei medici attivi in un paese, la definizione di statistiche di mortalità e in che modo alcuni concetti quali la mortalità infantile debbano essere definiti a livello operativo.

Quindi, nonostante scopi e obiettivi comuni, la ricerca sui sistemi sanitari europei è ancora ostacolata da problemi di accessibilità ai dati e comparabilità degli stessi. Per gli anni a venire ciò perpetuerà piuttosto la prospettiva nazionale di ricerca.

La Sociologia della salute oltre il paradigma empirico

Fino ad ora la corrente principale della Sociologia della salute si presenta di tipo pragmatico con una forte enfasi sul lavoro empirico. Il vantaggio di un approccio di questo tipo è il riconoscimento del fatto che la conoscenza prodotta dalla ricerca empirica dovrebbe trovare applicazione contribuendo allo sviluppo di soluzioni pratiche. Sebbene tale obiettivo sia giustificato e desiderabile, esso sottostima il lavoro teorico e l'importanza della costruzione sistematica di teorie e concetti che daranno significato ai risultati empirici oltre il giorno in cui sono stati prodotti. La teoria aiuta anche a chiarire quei concetti che possono essere alla base di studi come presupposti taciti e non esaminati.

Le prime riflessioni nell'ambito della Sociologia della salute hanno riguardato la domanda su cosa doveva essere considerato "normale". Questo è ovvio nel campo della psichiatria, ma è rilevante anche in altre aree

della medicina. Nonostante queste considerazioni sembrano a prima vista di carattere teorico, risultano importanti per prendere decisioni riguardo a se e da quale momento gli individui debbano essere trattati con la medicina e da quando la società li escluderà. Già negli anni '40 Canguilhem [1999] argomentava se la linea di confine tra normalità e anormalità potesse essere tracciata utilizzando criteri di tipo quantitativo o se altri meccanismi avrebbero potuto essere efficaci. Egli arrivò alla conclusione che tali linee di demarcazione non sono fisse ma mutano costantemente.

Inoltre è stato dimostrato che differenti idee di malattia hanno profonde connotazioni politiche. Le filosofie politiche comportano specifiche implicazioni su cosa debba essere definito come malattia e cosa possa quindi essere soggetto al trattamento medico ed ai processi di stigmatizzazione. Anche le scuole sociologiche come lo struttural-funzionalismo, l'interazionismo e la fenomenologia hanno sviluppato le loro idee di malattia [Gerhardt 1989] e le proprie definizioni; lo stesso vale per le istituzioni.

Spesso trascurate nella ricerca empirica, le considerazioni teoriche possono mettere in dubbio metodi e pratiche che sono considerati stabiliti e dati per scontati ed aiutano a chiarire i concetti mal definiti, cosa che ha effetti anche sul lavoro empirico.

Considerazioni conclusive

Infine, occorre chiarire anche fino a che punto la ricerca sui temi principali della Sociologia della salute possa essere collegata alla ricerca sui sistemi sanitari.

La ricerca sulle disuguaglianze sociali di salute è collegata alla ricerca sui sistemi sanitari in due modi. I fattori che contribuiscono alla differenziazione sociale sono messi in relazione anche con l'uso di misure preventive. Gli individui che sono materialmente deprivati avranno una scarsa tendenza ad usare tali misure preventive, in molti casi potrebbe non essere ovvio il motivo per cui dovrebbero usarle. La struttura del sistema sanitario non può impedire l'esposizione a condizioni di vita patogene, ma, una volta che è stata contratta una malattia di tipo cronico, le differenze nella qualità dell'assistenza possono determinare le possibilità di sopravvivenza. Ciò è stato dimostrato per il tumore al seno e per altre malattie croniche. È stato inoltre dimostrato che l'evoluzione del diabete dipende dalla conoscenza e dall'istruzione. La conoscenza degli effetti dello stress cronico e acuto può essere difficilmente integrata nella ricerca sui sistemi sanitari, ma i risultati relativi agli effetti positivi del sostegno sociale sulla salute forniscono importanti indicazioni sul modo in cui organizzare la prevenzione e l'assistenza post-trattamento. In questi casi non è sufficiente coinvolgere soltanto il sistema sanitario, ma anche la politica sociale.

Gli studi relativi alla relazione medico-paziente hanno dimostrato che la comunicazione può migliorare lo stato d'animo del paziente, accrescere la qualità dell'assistenza e quindi può aiutare a risparmiare denaro. Perciò dovrebbe essere chiaro che tutte le linee di ricerca della Sociologia della salute possono essere rese applicabili nella ricerca sui sistemi sanitari.

Hannover, marzo 2006

Bibliografia

- Berkman L.F., Leo-Summers L. e Horwitz R.I. (1992), *Emotional support and survival after myocardial infarction*, "Annals of Internal Medicine", vol. 117: 1003-1009.
- Berntsson L.T. e Köhler L. (2001), *Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in five Nordic countries*, "European Journal of Public Health", vol. 11: 35-42.
- Bonnema J., van Wersch A.M.E., van Geel A.N. Pruyn, J.F.A., Schmitz P.I., Paul M.A. e Wiggers T. (1998), *Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial*, "British Medical Journal", vol. 316: 1267-1271.
- Broadhead J.C. e Abas M. (1998), *Life events, difficulties and depression among women in an urban setting in Zimbabwe*, "Psychological Medicine", vol. 28: 29-38.
- Brown G.W. e Harris T. (1978), *Social origins of depression*, Tavistock, London.
- Canguilhem G. (1999), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Danish Ministry of Health (1994), *Recommendations to the High Level Committee on Health from the Working Party on Community Health Data and Indicators*, Danish Ministry of Health, Copenhagen.
- de Chateauneuf B. (1830), *De la durée de la vie chez le riche et chez le pauvre*, 3 edn.
- Ferrie J.E., Shipley M.J., Marmot M., Stansfeld S.A. e Davey-Smith G. (1995), *Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study*, "British Medical Journal", 311: 1264-1269.
- Fritzell J., Nemo M. e Lundberg O. (2005), *The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden*, "Scandinavian Journal of Public Health", vol. 32: 6-16.
- Gerhardt U. (1989), *Ideas about illness. An intellectual and political history of medical sociology*, Macmillan, London.
- Geyer S. (2000), *The role of social and psychological factors in the development and course of cancer*, "Wiener Klinische Wochenschrift", vol. 112: 986-994.
- Geyer S. e Peter R. (2003), *Hospital admissions after transition into unemployment*, "Sozial und Präventivmedizin", vol. 48: 106-115.
- Geyer S., Peter R. e Siegrist J. (2002), *Socioeconomic differences in children's and adolescents' hospital admissions in Germany: a report based on health insurance data on selected diagnostic categories*, "Journal of Epidemiology and Community Health", vol. 56, n. 2: 109-114.

- Goffman E. (2005), *Asylums (first published in 1961)*, Anchor books, Garden City.
- Greenwood D., Packham C., Muir K. e Madeley R. (2005), *How do economic status and social support influence survival after initial recovery from acute myocardial infarction?*, "Social Science and Medicine", vol. 40: 639-647.
- Harris T. (2001), *Where inner and outer worlds meet: Psychosocial research in the tradition of George Brown*, Routledge, London.
- Jahoda M., Lazarsfeld P.F. e Zeisel H. (1975), *Die Arbeitslosen von Marienthal*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Karasek R. e Theorell T. (1990), *Healthy work*, Basic Books, New York.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. e Lang T. (2000), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, INSERM, Paris.
- Lohff B. (2004), *Gender Medicine*, Springer, Wien.
- Lynch J.W., Smith G.D., Kaplan G.A. e House J.S. (2000), *Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions*, "BMJ", vol. 320, n. 7243: 1200-1204.
- Mackenbach J.P. e Bakker M.J. (2002), *Reducing inequalities in health. A European perspective*, Routledge, London.
- Mackenbach J.P., Bakker M.J., Kunst A.E. e Diderichsen F. (2002), *Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview*, in Mackenbach J.P. e Bakker M.J. (eds.), *Reducing Inequalities in Health. An European Perspective*, Routledge, London: 3-25.
- Martikainen P. (1990), *Unemployment and mortality among Finnish men*, "British Medical Journal", vol. 301: 407-411.
- McLeod J.D. e Kessler R.C. (1990), *Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events*, "Journal of Health and Social Behavior", n. 31: 162-172.
- Mielck A. (2000), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*, Huber, Bern.
- Mosse M. e Tugendreich G. (1913), *Krankheit und soziale Lage*, J.F. Lehmanns, München.
- Parry G. (1986), *Paid employment, life events, social support, and mental health in working-class mothers*, "Journal of Health and Social Behavior", vol. 27: 193-208.
- Parsons T. (2005), *The Talcott Parsons Reader*, Blackwell, Malden, Ma.
- Pierce G.R., Sarason B.R. e Sarason I. G. (1996), *Handbook of Social Support and the Family*, Plenum Press, New York and London.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2001), *Design for a set of European community health indicators*, RIVM, Bilthoven.
- Siegrist J. (1978), *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*, Enke, Stuttgart.
- (1996), *Soziale Krisen und Gesundheit*, Hogrefe & Huber, Göttingen.
- Siegrist J. e Hendel-Kramer A. (1979), *Wege zum Arzt*, Urban & Schwarzenberg, München.
- Townsend P., Davidson N. e Whitehead M. (1992), *Inequalities in Health. The Black Report and The Health Divide*, Penguin Books, London.
- Vagerö D. e Illsley R. (1995), *Explaining health inequalities: beyond Black and Barker*, "European Sociology Review", vol. 11: 1-23.
- WHO Regional Office for Europe (2005), *The European Health Report 2002*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- World Health Organization (2000), *World health report 2000: Health systems: improving performance*, Geneva.