

EDITORIALE

Eero Lahelma*

1. Origini del metodo comparativo

Nelle sue *Regole del metodo sociologico* Durkheim (1996/1895) ci ha insegnato, oltre un centinaio di anni fa, che «abbiamo soltanto un mezzo per dimostrare che un fenomeno è la causa di un altro fenomeno – e questo consiste nel comparare casi differenti». Tale metodo comparato è intrinsecamente intrecciato alla disciplina nel suo insieme, al punto che per Durkheim «la sociologia comparata non è una particolare branca della sociologia; è la sociologia stessa, nella misura in cui cessa di essere puramente descrittiva e aspira a render conto dei fatti». Si può anche dire che la scienza moderna ha proceduto mediante l'adozione del metodo comparato. Dunque il metodo comparato rappresenta una procedura generale in sociologia, e le comparazioni internazionali tra culture e società una sua particolare applicazione (Allardt, 1990).

Seguendo Durkheim, esaminare singole osservazioni descrittive da singoli casi non ha molto senso. Per esempio, in uno studio la prevalenza del diabete in Italia era del 4,6% (Dalstra *et al.*, 2005): senza qualche ulteriore informazione, è difficile dire se questo è un dato alto o basso. Fortunatamente quello studio raccoglieva dati anche da un certo numero di altri paesi e la corrispondente prevalenza in Gran Bretagna era dell'1,5%: comparare questi due dati acquisisce molto più senso. Ora sappiamo che la prevalenza di questa malattia è probabilmente variabile tra i paesi ed in questo esempio il diabete è più comune in Italia che in Gran Bretagna. Ulteriori comparazioni di similarità e dissomiglianze fra i due paesi ci forniscono spunti di spiegazioni sulle ragioni per cui il diabete è più comune in Italia che in Gran Bretagna. Identificare dunque delle differenze nella ma-

* PhD, Professore di Sociologia medica al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Helsinki in Finlandia. Conduce l'Helsinki Health Study che studia salute e benessere tra il personale del Municipio di Helsinki in comparazione con la Gran Bretagna e il Giappone. La sua ricerca si focalizza sui determinanti sociali e le conseguenze della salute e sulle loro variazioni internazionali, eero.lahelma@helsinki.fi
Traduzione italiana di Guido Giarelli.

lattia tra i due paesi diviene il punto di partenza per una ricerca comparata di sociologia medica finalizzata in definitiva a comprendere le variazioni sociali di salute fra culture e società.

Durkheim stesso già avviava studi comparanti differenti culture, strutture, morali e religioni nel suo *Suicidio* (1991/1897), anche se le comparazioni internazionali nelle scienze sociali cominciarono sul serio soltanto dopo la II Guerra Mondiale. Una spiegazione della loro proliferazione è lo sviluppo dei metodi di ricerca empirica, incluse le analisi dei registri di popolazione e i dati di indagini rappresentanti le popolazioni nazionali (Allardt, 1990). Queste nuove opportunità di ricerca comparata quantitativa sono state utilizzate nell'ambito della sociologia medica in modo particolarmente estensivo per lo studio delle disuguaglianze socioeconomiche di salute nel corso degli ultimi decenni. Vale la pena valutare tale esperienza, dal momento che molte questioni sostanziali e metodologiche sono egualmente rilevanti per gli studi comparati a livello di salute, comportamento sanitario, utilizzo dei servizi sanitari come delle altre branche della sociologia finalizzate alle comparazioni internazionali.

2. Le comparazioni delle disuguaglianze di salute fra i paesi europei

Già i primi studi comparati hanno mostrato che disuguaglianze socioeconomiche gerarchiche di morbilità potevano essere riscontrate nei paesi nordici (Karisto *et al.*, 1978), e che disuguaglianze di mortalità potevano essere confermate pure in un certo numero di altri paesi europei. L'evidenza sistematica delle comparazioni internazionali ha iniziato ad accumularsi a partire dagli anni settanta in avanti. Un grande impeto è derivato da un ampio programma di ricerca comparata sostenuto dall'Unione Europea che ha fornito ampia prova di disuguaglianze di mortalità e di morbilità fra i paesi europei. Il rapporto che ha aperto la strada copriva 11 paesi europei occidentali nel corso degli anni ottanta e avvalorava l'esistenza di disuguaglianze socioeconomiche gerarchiche di mortalità e morbilità senza eccezioni nei paesi europei occidentali più ricchi (Mackenbach *et al.*, 1997). L'elemento più sorprendente era che l'importanza delle disuguaglianze di mortalità negli stati del *welfare* nordico tendeva ad essere maggiore che altrove in Europa occidentale: notato che questo risultato riguardava le disuguaglianze relative, un ulteriore problema diveniva se il quadro valesse anche per le disuguaglianze assolute.

Seguendo i trend delle disuguaglianze di salute nel corso degli anni novanta ed agli inizi del nuovo millennio, si evidenziava che le disuguaglianze di salute sono profondamente radicate nelle società moderne. Veniva osservato anche un trend sempre più ampio nelle disuguaglianze rela-

tive di mortalità, mentre le disuguaglianze assolute erano in massima parte rimaste (Mackenbach *et al.*, 2003). Trend corrispondenti di morbilità mostravano che le disuguaglianze relative erano rimaste, con un trend alquanto in via di ampliamento in alcuni paesi ed un trend stabile in alcuni altri (Kunst *et al.*, 2005). Sfortunatamente, non vi sono esempi di disuguaglianze che si riducono.

L'aggiornamento europeo più recente fino ai primi anni del 2000 copre una varietà di paesi molto più ampia, ora anche dall'Europa orientale (Mackenbach *et al.*, 2008). La graduatoria dei paesi europei occidentali in termini di importanza delle disuguaglianze relative di mortalità è rimasta più o meno simile. Tuttavia, espandendo lo spettro all'Europa orientale, si ampliavano anche i quadri precedenti delle differenze fra gruppi di paesi. Ora poteva essere riscontrato un evidente spartiacque Est-Ovest nelle disuguaglianze di salute, il quale suggeriva che l'importanza delle disuguaglianze di mortalità era chiaramente maggiore nei paesi baltici e dell'Europa orientale che in Europa occidentale. Disuguaglianze di morbilità permanevano ampiamente in alcuni paesi nordici, in particolare fra le donne, ma anche alcuni paesi europei orientali mostravano disuguaglianze di morbilità molto ampie.

La suddetta evidenza proviene da comparazioni europee soltanto e ci si potrebbe chiedere fino a che punto tale evidenza possa essere generalizzata ai paesi ricchi non europei. Alcune comparazioni su scala più ridotta sono illustrative e suggeriscono che negli Stati Uniti (Elo *et al.*, 2006) ed in Nuova Zelanda (Fawcett *et al.*, 2005) l'importanza delle disuguaglianze di mortalità non differisce necessariamente da ciò che abbiamo trovato nei paesi europei occidentali.

3. Questioni per i futuri studi comparati

La ricerca comparata sin qui considerata conferma la natura universale delle disuguaglianze gerarchiche sia di mortalità che di morbilità fra i paesi europei ed anche fra i paesi affluenti al di fuori dell'Europa. L'evidenza esistente ha contribuito grandemente alla nostra comprensione della configurazione internazionale delle disuguaglianze di salute, ma vi è ancora molto lavoro da fare. In ciascun studio singolo vi sono sempre delle limitazioni, e comparando molti studi vi sono molte limitazioni. Un certo numero di questioni emblematiche necessita di essere sollevato per essere preso in considerazione negli studi futuri. Tre ampie aree possono essere messe in luce: 1) come possiamo interpretare le differenze fra i paesi in termini di disuguaglianze di salute; 2) come possiamo studiare, misurare e comparare le disuguaglianze di salute; e 3) come possiamo derivare le implicazioni politiche dalle evidenze comparate delle disuguaglianze di salute.

In primo luogo, la tipologia dei diversi regimi di *welfare state* di Esping-Andersen (1990) è un esempio di un quadro concettuale basato principalmente sull'analisi dei provvedimenti strutturali e istituzionali nei paesi affluenti. Questa tipologia sottolinea che il carattere specifico dei paesi nordici è quello di essere più equi degli altri tipi di *welfare state*: in seguito, degli sforzi sono stati fatti per interpretare le differenze fra i paesi nelle disuguaglianze di salute utilizzando l'analisi dei regimi di *welfare state* (Dahl *et al.*, 2006, Eikemo *et al.*, 2008). Tuttavia, si è visto che il regime di *welfare state* socialdemocratico nordico/scandinavo non ha evidenziato disuguaglianze relative più ridotte di mortalità e morbilità rispetto ai paesi con regime liberale (ad es., la Gran Bretagna) o conservatore (ad es., la Germania). Questa "anomalia nordica" rimane una questione insoluta, ma il dibattito sulla complessità della produzione delle disuguaglianze di salute è stato illuminante. L'anomalia è stata anzitutto identificata utilizzando le disuguaglianze relative, mentre l'osservazione delle disuguaglianze assolute completa il quadro. La Svezia va quindi meglio quando le disuguaglianze assolute piuttosto che quelle relative vengono comparate fra i paesi. Parte della storia per la Svezia è che il livello generale di mortalità in quel paese è molto basso, e piccole differenze assolute di mortalità fra i gruppi socioeconomici possono produrre ampie disuguaglianze relative. Tuttavia, la storia per gli altri paesi nordici non è necessariamente identica: ad esempio, in Finlandia sia le disuguaglianze relative che assolute di mortalità sono ampie. Considerata nel suo insieme, la variazione nelle disuguaglianze di salute fra i paesi europei occidentali non è estremamente ampia, e le differenze fra i regimi di *welfare state* possono essere minori di quanto ritenuto in precedenza (Dahl *et al.*, 2006). Nondimeno, le maggiori differenze strutturali hanno importanza, come evidenziato dalle preoccupanti ampie disuguaglianze di salute in molti paesi europei orientali che confermano lo spartiacque Est-Ovest nelle disuguaglianze di salute (Mackenbach *et al.*, 2008).

In secondo luogo, non solo teoricamente ma anche metodologicamente l'evidenza comparativa sulle disuguaglianze di salute dovrebbe essere sottoposta ad un esame critico. La comparabilità dei dati costituisce la preoccupazione maggiore e vari approcci sono stati utilizzati per ottenerla. Uno consiste nel raccogliere i dati delle inchieste dalle fonti disponibili nei vari paesi armonizzandoli per quanto possibile. Un altro utilizza i dati specificamente rilevati per scopi comparativi, come lo *European Social Survey* (Eikemo *et al.*, 2008). Qualunque sia l'approccio, le insidie non si possono evitare. Le fonti dei dati variano in termini di metodi di rilevazione, copertura e partecipazione. Anche quando metodi identici vengono utilizzati, la variazione nella partecipazione può essere molto ampia e impedire che conclusioni attendibili possano essere effettuate. I dati di mortalità sono, nel migliore dei casi, ottenuti da registri nazionali attendibili con una buona copertura, ma tali dati sono disponibili per un certo numero di paesi soltanto, specialmente quelli nordici. La misurazione della morbilità

nelle comparazioni costituisce un compito alquanto complicato. Ad esempio, il livello della salute percepita varia notevolmente da un paese all'altro. Le ragioni sono molteplici. Le misurazioni sono raramente pienamente identiche fra gli studi e, anche quando lo sono, a causa delle differenze linguistiche e culturali i concetti come pure i significati degli indicatori possono variare fra paesi e gruppi di popolazione. Come risultato, comparare livelli assoluti di salute percepita è praticamente impossibile, e dobbiamo affidarci solamente sulle comparazioni delle disuguaglianze relative di morbilità. Per la mortalità sia relativa che assoluta, sia le disuguaglianze relative che assolute possono essere misurate senza difficoltà. Come appare da quanto detto sopra, la questione relativo-assoluto deve essere presa in considerazione in ogni studio.

In terzo luogo, le conclusioni degli studi comparati sulle disuguaglianze di salute forniscono importanti messaggi per le politiche sanitarie e di *welfare*. Poiché l'importanza delle disuguaglianze di salute varia, ciò suggerisce che vi sia il potenziale per ridurre queste disuguaglianze nei paesi dove sono maggiori che altrove. Appare chiaro dai lavori esistenti che la produzione delle disuguaglianze di salute è un processo complesso che varia dalle strutture a monte ai fattori individuali socialmente modellati. Le misure che sono necessarie variano allo stesso modo da quelle a monte a quelle a valle, e includono, ad esempio, la riduzione delle forti divisioni per classe sociale, reddito e risorse in generale, la riduzione delle ampie disuguaglianze delle condizioni di vita e di lavoro e la promozione di minori disuguaglianze di stili di vita e comportamenti salutari. Ci manca ancora un'evidenza comparativa sulla variazione dei determinanti delle disuguaglianze di salute, ma un'evidenza specifica per paese ci può aiutare nel mostrare quali fattori risultano rilevanti. Le analisi e i documenti politici suggeriscono ulteriori misure, interventi, e politiche che possono con qualche probabilità consentire di limitare l'ampliarsi delle disuguaglianze di salute e ridurle (Mackenbach e Bakker, 2002).

La sociologia, in generale, ha appreso molto dagli studi comparati dai tempi di Durkheim, e così pure la sociologia medica dagli studi comparati sulle disuguaglianze di salute nel corso degli ultimi decenni. Un messaggio chiave dalla sociologia medica comparata alla sociologia in generale è che le divisioni gerarchiche di classe e le disuguaglianze di salute continuano ad esercitare un impatto rilevante sulle *chance* di vita delle persone. L'importanza delle disuguaglianze di salute varia alquanto fra paesi, ma il fenomeno in quanto tale è universale. Le future comparazioni dovrebbero arricchire la nostra comprensione delle ragioni della variazione internazionale delle disuguaglianze di salute.

Bibliografia di riferimento

- Allardt E. Challenges for comparative social research (1990). *Acta Sociologica*, 33: 183-193
- Dahl E., Fritzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., Mackenbach J. (2006). *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*, Oxford: Oxford University Press
- Dalstra J., Kunst A., Borrell C., Breeze E., Cambois E., Costa G., Geurts J., Lahelma E., Van Oyen H., Rasmussen N., Regidor E., Spadea T., Mackenbach J. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries, *International Journal of Epidemiology*, 34: 316-326
- Durkheim E. (1996). *Le regole del metodo sociologico*. Milano: Edizioni di Comunità (ed. orig. 1895)
- (1991). *Il suicidio. Studio di sociologia*, Milano: BUR (ed. orig.: 1897)
- Durkheim E. (1979). *Suicide: a study in sociology*. New York: The Free Press
- Eikemo T., Bambra C., Joyce K., Dahl E. (2008). Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries, *European Journal of Public Health*, 18: 593-599
- Elo I., Martikainen P., Smith K. (2006). Socioeconomic differentials in mortality in Finland and the United States: the role of education and income, *European Journal of Population*, 22: 179-203
- Esping-Andersen G. (1990). *Three worlds of welfare capitalism*, Polity Press Oxford
- Fawcett J., Blakely T., Kunst A. (2005). Are mortality differences and trends by education any better or worse in New Zealand? A comparison study with Norway, Denmark and Finland, 1980-1990s, *European Journal of Epidemiology*, 20: 683-691
- Karisto A., Notkola V., Valkonen T. (1978). Socioeconomic status and health in Finland and the other Scandinavian countries, *Social Science and Medicine*, 12C: 83-88
- Kunst A., Bos V., Lahelma E., Bartley M., Lissau I., Regidor E., Mielck A., Cardano M., Dalstra J., Geurts J., Helmer U., Lennartsson C., Ramm J., Spadea T., Stronegger W., Mackenbach J. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries, *International Journal of Epidemiology*, 34: 295-305
- Mackenbach J., Kunst A., Cavelaars A., Groenhouf F., Geurts J., and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe, *Lancet*, 349: 1655-1659
- Mackenbach J., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., Reid A., Hemström Ö., Valkonen T., Kunst A. (2003). Widening Socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *International Journal of Epidemiology*, 32: 830-837
- Mackenbach J., Stirbu I., Roskam A-J., Schaap M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A. for The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries, *New England Journal of Medicine*, 358: 2468-2481
- Mackenbach J., Bakker M., editors (2002). *Reducing inequalities in health: A European perspective*. London: Routledge
- Palosuo H. (2000). How good is "normal" health? An exercise in Russian-Finnish comparative survey methodology, *The Finnish Review of Eastern European Studies*, 7: 41-70
- The Marmot Review (2010). *Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*, London
- Valkonen T. (1989). Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. In: Fox A., ed., *Health inequalities in European countries*, Gower, Aldershot