

# Capitale sociale e salute: cosa dice la letteratura

A cura di Maurizio Marino e Luisella Gilardi

## Abstract in lingua italiana degli articoli selezionati

### CS, salute percepita e qualità di vita

(2)

**Fiorillo D, Sabatini F. 2015**

Questo studio presenta la prima valutazione empirica della relazione causale tra capitale sociale e salute in Italia. L'analisi si basa sull'Indagine Multiscopo del 2000 sulle famiglie condotta dall'Istituto Italiano di Statistica su un campione rappresentativo della popolazione (n = 46.868). La misura utilizzata del capitale sociale è la frequenza degli incontri con gli amici. Sulla base di analisi di regressione multivariate, si rileva che le persone che si incontrano con gli amici ogni giorno o più volte alla settimana hanno il 11-16% in più di probabilità di riportare punteggi elevati di buona salute percepita.

(3)

**Rocco L, Suhrcke M. 2012**

Lo studio "Is social capital good for health? A European perspective" di Lorenzo Rocco e Marc Suhrcke pubblicato dall'Ufficio europeo dell'Oms, intende provare l'esistenza di una relazione circolare tra capitale sociale e salute e stimare empiricamente l'effetto causale del capitale sociale sulla salute individuale, utilizzando i microdati della European Social Survey raccolti tra il 2002 e il 2006 in 14 Paesi europei.

I risultati dell'indagine mostrano che il capitale sociale – definito come l'aspettativa individuale circa la propensione degli altri ad assumere un comportamento cooperativo - ha un effetto causale positivo piuttosto marcato sulla salute del singolo e che questo effetto è tanto maggiore quanto più alto è il capitale sociale comunitario nella regione di residenza, cioè il livello medio di capitale sociale dell'individuo nella regione. Ad esempio, nelle regioni con un livello di capitale sociale comunitario attorno alla media europea, l'effetto stimato di un aumento del 10 per cento nel capitale sociale di una persona tipo, corrisponde a un aumento nella probabilità di essere in buona salute pari a 2,8 punti percentuali.

(4)

**Mohnen SM, Groenewegen PP, Völker B, Flap H. 2011**

La ricerca, realizzata nei Paesi Bassi (2010) ha indagato la relazione fra salute percepita individuale e intensità / qualità del CS esistente nel quartiere di residenza, tenendo conto di altre condizioni di salute dei soggetti indagati. L'indagine ha coinvolto un campione di 61.235 individui rappresentativi di 3273 quartieri sparsi sul territorio nazionale. E' stata rilevata una relazione positiva fra livello di salute percepito e le caratteristiche del CS diffuso nel quartiere di residenza: tale effetto si riscontra in particolare nelle aree con più alti livelli di urbanizzazione.

**(5)**

**Elgar FJ, Davis CG, Wohl MJ, Trites SJ, Zelenski JM, Martin MS. 2011**

Lo studio di ricercatori cinesi ha indagato la relazione fra CS, salute percepita e soddisfazione per la propria qualità di vita in un campione eterogeneo di popolazione adulta di 50 paesi, alcuni ricchi ed alcuni in via di sviluppo (in totale 69.725 adulti residenti in 50 paesi presenti nel World Values Survey<sup>1</sup>). I dati mostrano una relazione positiva fra CS del paese in cui si vive, salute percepita e soddisfazione per la qualità di vita a livello individuale. Dal confronto trasversale fra i diversi 'cluster' di paesi è possibile rilevare che i benefici prodotti dal CS del contesto in cui si vive sono maggiori per le donne rispetto agli uomini, negli anziani e nelle persone con un più alto livello di 'fiducia' (trust) negli altri e con una maggior diffusione di esperienze associative. Le disuguaglianze rilevate nei diversi gruppi fra intensità di CS e salute necessitano invece di ulteriori approfondimenti.

**(6)**

**Nogueira H. 2009**

Il dibattito sul rapporto fra ambiente sociale, sostenibilità e salute ha messo in evidenza l'importanza del ruolo svolto dal capitale sociale. Il capitale sociale varia da luogo a luogo e tali variazioni sono rilevanti per spiegare le variazioni nella salute. Questo articolo esplora l'associazione tra Capitale Sociale a livello di quartiere (distinguendo tra linking – collegamenti fra soggetti con ruoli gerarchici diversi o ruoli diversi nell'organizzazione, bonding, legami forti di tipo esclusivo, ad esempio reti familiari o bridging di tipo inclusivo e deboli) e di salute auto-riferita. Lo studio ha coinvolto 4.577 residenti in 143 quartieri dell'Area Metropolitana di Lisbona.

E' stato utilizzato un modello di regressione logistica per misurare il rapporto tra capitale sociale e salute auto-riferita. I risultati mostrano che il capitale sociale è fortemente associato con salute auto-riferita, anche dopo un aggiustamento per caratteristiche individuali.

Non è possibile separare la programmazione sanitaria dalla pianificazione urbana e dalla promozione del capitale sociale. Il senso di appartenenza ai luoghi, l'identità e le esigenze di chi li abitano devono essere al centro di tutti gli interventi di pianificazione di interventi rivolti al miglioramento della salute dei cittadini.

**(7)**

**Iversen T. 2008**

L'obiettivo di questo studio realizzato in Norvegia è quello di valutare le associazioni tra il capitale sociale e la salute quando altri fattori siano controllati. I dati sugli standard di vita, tratti dal sondaggio condotto dalla Statistics Norway, sono correlati con altri dati estrapolati da diverse altre fonti. L'insieme di queste informazioni permette di descrivere e mettere in relazione il CS a livello individuale con dati che descrivono gli indicatori di capitale sociale a livello comunitario, relativo a ciascuna contea di residenza della singola persona. Nello studio vengono utilizzati sia dati trasversali e sia dati riferiti a un panel di popolazione (campione rappresentativo e continuo di popolazione che resta invariato nel tempo). Lo studio evidenzia come un indicatore di capitale sociale utilizzato a livello comunitario - la partecipazione al voto alle elezioni locali - sia positivamente associato

---

<sup>1</sup> Il World Values Survey ([www.worldvaluessurvey.org](http://www.worldvaluessurvey.org)) è un network globale di scienziati sociali che studiano i cambiamenti e il loro impatto sulle condizioni di vita delle comunità e le loro politiche, guidato da un gruppo internazionale con sede a Stoccolma (Svezia) In: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp> (14/11/2016)

con la salute auto-riferita in tutti e due gli studi (trasversale e di panel). Altri indicatori di CS di comunità, quali la presenza di associazioni religiose hanno un effetto positivo nella sezione trasversale dell'indagine e ma nessun effetto nel sondaggio a panel; le organizzazioni sportive invece hanno un effetto negativo sulla salute nell'indagine trasversale e nessun effetto nel un'indagine a panel. Uno dei problemi posti dallo studio è quello di capire se lo sviluppo del welfare state diminuisca l'impatto del CS strutturale della Comunità, rappresentato dalle organizzazioni di volontario, e di come questo effetto agisca sulla salute degli individui.

**(8)**

**Van Hooijdonk C, Droomers M, Deerenberg IM, Mackenbach JP, Kunst AE. 2008.**

La letteratura sull'effetto del CS di Comunità sulla salute degli individui presenta risultati non sempre coerenti fra loro: questo può essere messo in relazione alle misure di capitale sociale utilizzate, ai diversi outcome di salute considerati o ai diversi gruppi di popolazione studiati. Questo studio esamina le diverse modalità di associazione tra comunità, capitale sociale e salute indagando malattie diverse, in popolazioni gruppi sociali diversi.

I dati considerati si riferiscono alla mortalità stratificata per sesso, l'età, lo stato civile, l'origine etnica e il luogo di residenza (disponibile per 6 anni dal 1995 al 2000). Sono state rilevate le caratteristiche di contesto del quartiere con dati socio economici e di urbanizzazione, collegati agli individui attraverso informazioni riferite al codice postale. Il capitale sociale della Comunità è stato inoltre indagato con l'analisi delle interazioni della comunità, il senso di appartenenza, la soddisfazione per la qualità di vita e il livello di coinvolgimento. Le variazioni dei tassi di mortalità per tutte le cause e mortalità causa-specifica tra quartieri con bassi e alti livelli di capitale sociale sono stati stimati attraverso la regressione di Poisson. Inoltre, le analisi sono state stratificate in base al gruppo di popolazione e per livello di urbanizzazione.

**Risultati.** Nella popolazione totale, il capitale sociale di comunità è correlato alle variazioni di mortalità per tutte le cause (RR = 1.00; CI: 0,99-1,01). Tuttavia, i residenti dei quartieri con alti livelli di CS presentano rischi di mortalità più bassi per cancro, in particolare del polmone (RR = 0.92; CI: 0,89-0,96) e per il suicidio (RR = 0.90; CI: 0,83-0,98).

Sono stati trovati rischi di mortalità leggermente più bassi anche per gli uomini (RR = 0,98; CI: 0,97-0,99), individui sposati (RR = 0.96; CI: 0,94-0,97) e per i residenti che vivono in quartieri con una vita sociale forte, situati nelle grandi città (RR = 0.95; CI: 0,91-0,99).

**Conclusioni.** L'associazione tra capitale sociale di comunità e salute si differenzia per esito di salute, per caratteristiche della popolazione in studio e caratteristiche del contesto in studio (location). Ciò sottolinea la necessità di prendere in considerazione queste diversità di esito di salute e di caratteristiche della popolazione in studio quando si vuole concettualizzare la relazione tra la comunità, il capitale sociale e la salute.

## **CS e salute / patologie specifiche**

### **- Salute mentale**

**(9)**

**Zoppei S, Lasalvia A, Bonetto C, Van Bortel T, Nyqvist F, Webber M, Aromaa E, Van Weeghel J, Lanfredi M, Harangozó J, Wahlbeck K, Thornicroft G. 2014**

**OBIETTIVO:** il capitale sociale è un fattore protettivo per la salute mentale. Le persone con depressione sono vulnerabili a fenomeni di discriminazione e al suo impatto dannoso sulla salute. Non esistono studi che abbiano esplorato il legame tra capitale sociale con esperienze dirette o antecedenti di discriminazione delle persone affette da depressione. Questo studio si propone di verificare l'ipotesi che i livelli di discriminazione auto-riferiti in persone con depressione siano inversamente associati con livelli di capitale sociale.

**METODI:** hanno partecipato allo studio 434 persone con depressione maggiore reclutati in regime ambulatoriale in 15 paesi europei. E' stata utilizzata la regressione multivariata per analizzare le relazioni tra la discriminazione e la fiducia interpersonale e istituzionale, sostegno sociale e reti sociali.

**RISULTATI:** è stata misurata un'associazione inversa significativa tra la discriminazione e capitale sociale nelle persone con depressione maggiore. In particolare, le persone con livelli più elevati di capitale sociale hanno minori probabilità di avere sperimentato elevati livelli di discriminazione.

**CONCLUSIONI:** maggiore livello di capitale sociale possono essere strettamente associati con un minor livello di discriminazione sperimentato tra i pazienti con depressione maggiore. E' importante esplorare queste associazioni più a fondo per stabilire le possibili direzioni di causalità al fine di individuare gli interventi che possano promuovere il capitale sociale e ridurre la discriminazione. Questo può consentire una maggiore integrazione nella società e maggior accesso ad importanti opportunità di vita per le persone affette da depressione.

**(10)**

**Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. 2013**

Studi precedenti avevano già analizzato il rapporto fra capitale sociale e la salute mentale.

Tuttavia, nessun studio si è concentrato in particolare sugli effetti positivi della salute e il benessere mentale. Questa revisione ha l'obiettivo di esplorare il rapporto tra capitale sociale e il benessere mentale nelle persone anziane. La revisione sistematica ha indagato 10 banche dati cercando di utilizzare una vasta strategia di ricerca degli studi che hanno analizzato il legame tra capitale sociale e il benessere mentale. I criteri per l'inclusione nella revisione sistematica sono stati studi il cui campione intercetti gli anziani ( $\geq 50$  anni), che riportino un indicatore di benessere mentale quale esito, nei quali il capitale sociale sia una variabile di esposizione, che abbiano utilizzato metodi quantitativi e pubblicato in inglese, fra il gennaio 1990 e settembre 2011.

Undici studi rispondono ai criteri di inclusione. Ogni studio è stato valutato su sette possibili misure di esposizione (strutturale, cognitiva, bonding, bridging, linking, individuali, collettivi). I risultati hanno mostrato che tutti gli studi inclusi hanno trovato associazioni positive tra le parti del capitale sociale e gli aspetti di benessere mentale.

In genere, il rapporto tra capitale sociale e il benessere mentale differiva all'interno e tra gli studi.

I nostri risultati evidenziano che non esiste un 'gold standard' di come misurare il capitale sociale o il benessere mentale. Capitale sociale viene generato nell'interazione tra la vita individuale e collettiva. Una possibilità per la ricerca futura è quindi quello di seguire la divisione classica di Bronfenbrenner in macro, meso e micro livelli (con il suo modello ecologico, intende l'ambiente di sviluppo del bambino come una serie di cerchi concentrici, legati tra loro da relazioni). Noi consideriamo che per la generazione di capitale sociale e di benessere nelle persone anziane la famiglia e gli amici a livello micro siano dei fattori chiave.

**(11)**

**Rothon C, Goodwin L, Stansfeld S. 2012**

**OBIETTIVO.** Esaminare le associazioni tra sostegno sociale della famiglia, capitale sociale della comunità, la salute mentale e risultati scolastici.

**METODI.** I dati provengono dallo studio longitudinale sui giovani in Inghilterra, realizzato su un campione casuale multistadio stratificato e rappresentativo a livello nazionale. Il supporto sociale familiare fa riferimento alle relazioni parentali, al numero di cene con la famiglia, alla sorveglianza dei genitori, il capitale sociale della comunità riguarda il coinvolgimento dei genitori a scuola, il livello di socialità e di coinvolgimento in attività fuori casa. Queste misure sono state rilevate all'età di 13-14, utilizzando una varietà di strumenti. La salute mentale è stata misurata a 14-15 anni (tramite il questionario GHQ-12<sup>2</sup>) e i risultati scolastici sono stati misurati all'età di 15-16 anni in base al Certificato Generale di Educazione Secondaria.

**RISULTATI.** Dopo gli aggiustamenti per vari confondenti, si riscontra che buone relazioni paterne (OR = 0.70, 95% CI,56-,86) e materne (OR = 0,65, 95% CI 0.53-0.81), un'alta sorveglianza dei genitori (OR = 0.81, 95% CI 0,69-0,94) e la condivisione della cena con la famiglia (6 o 7 volte a settimana: OR = 0.77, 95% CI 0,61-0,96) sono associati con quote inferiori di cattiva salute mentale. Un elevato coinvolgimento in attività extra-curricolari (OR = 2.57, 95% CI 2,11-3,13) e dei genitori alle attività della scuola (OR = 1.60, 95% CI 1,37-1,87) sono stati associati ad una maggiore probabilità di raggiungere elevati risultati scolastici. Una bassa partecipazione diretta alle attività scolastiche ed extra-curricolari è stata associata con probabilità più basse di raggiungere dei migliori risultati scolastici (OR = 0,79, 95% CI,70-,89)

**CONCLUSIONI:** Costruire capitale sociale nelle comunità svantaggiate può essere uno dei modi per migliorare sia la salute mentale sia i risultati scolastici. E' importante concentrarsi, in particolare, sulla famiglia quale fornitore di supporto.

**(12)**

**Fordham M, Komproe IH. 2011**

**RAZIONALE.** Nonostante gli sforzi delle politiche nazionali e internazionali per sviluppare il capitale sociale nelle comunità colpite da un disastro, sono ancora limitate ed ambigue le evidenze empiriche sulla associazione tra capitale sociale e salute mentale in una situazione post disastro.

**OBIETTIVO.** Lo studio esplora il rapporto tra capitale sociale e salute mentale (PTSD, ansia e depressione) a seguito d un disastro tenendo conto di fattori individuali (Appraisal / valutazioni/percezioni individuali, atteggiamento di coping e supporto sociale).

**DISEGNO DELLO STUDIO.** Questo è uno studio trasversale realizzato in comunità di città colpite dalle inondazioni nel nord dell'Inghilterra. Lo studio fa parte del progetto di ricerca multicentrico 'Microdis' che esamina l'impatto dei disastri naturali. Lo studio include 232 intervistati colpiti dalle inondazioni.

**RISULTATI.** I risultati hanno mostrato che una parte considerevole dell'associazione tra capitale sociale (cognitivo e strutturale) e salute mentale è esercitata attraverso singoli processi di valutazione individuale / appraisal <sup>3</sup>, il sostegno sociale e il comportamento di

---

<sup>2</sup> Questionario sul 'benessere generale GHQ-12. In :

<http://sacsuniaq.altervista.org/alterpages/files/QuestionariosulBenesseregenerale..pdf> vedasi anche

<http://www.psicologiadelavoro.org/?q=content/strumenti-misurare-la-qualit%C3%A0-di-vita-ghq-12> (14/11/2016)

<sup>3</sup> Appraisal Theory: Secondo queste teorie, gli elementi cognitivi sono i contenuti e le cause delle emozioni, nel senso che ogni emozione equivale ad una specifica struttura di significato o valutazione cognitiva della situazione; l'appraisal

coping. Questi fattori individuali hanno influenzato il capitale sociale. Dopo l'inserimento delle caratteristiche individuali, il capitale sociale cognitivo è stato negativamente correlato ad una riduzione dei problemi di salute mentale e il capitale sociale strutturale è stato positivamente associato a episodi di ansia ma non a PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD oppure Disturbo Post Traumatico da Stress, DPTS) o depressione. Depressione e ansia hanno mostrato un modello diverso di associazione con entrambe le componenti del capitale sociale.

**CONCLUSIONI.** I singoli interventi orientati alla riduzione dello stress che utilizzano il processo di appraisal, il supporto sociale, il coping come punti di partenza potrebbero essere più efficaci se prendessero in considerazione l'esperienza soggettiva del contesto sociale in termini di fiducia e sentimenti di sostegno reciproco e di reciprocità in una comunità. I risultati indicano che le persone colpite da eventi drammatici possono beneficiare in particolare di una combinazione di interventi individuali di riduzione dello stress e interventi psicosociali che promuovano il capitale sociale cognitivo.

### **(13)**

**Giordano GN, Lindström M. 2011**

L'associazione positiva fra CS e salute in generale è stata ampiamente studiata in questa ultima decade e gli studi su CS e benessere psicologico hanno dato dei risultati poco consistenti. Questo studio inglese analizza la relazione fra i cambiamenti nella salute psicologica in rapporto a tre diversi proxies di livelli di CS, misure di status socio economico e supporto sociale, controllati per età e genere. I dati derivano dalla survey - British Household Panel Survey (N=7994 persone) realizzata fra il 200 e il 2007. Sono stati rilevati due diversi stati di benessere psicologico (buono e basso) come variabile dipendente.

I modelli multivariati mostrano che la 'fiducia generalizzata' è l'unica misura di CS capace di mantenere una relazione positiva con la salute mentale.

Le altre misure di stato economico e supporto sociale non mantengono questa relazione significativa.

Noi ipotizziamo che la tendenza alla rottura dei legami familiari (con conseguente riduzione degli investimenti di capitale familiare) possa avere un effetto sul livello di fiducia e possa tradursi in un peggioramento del benessere psicologico nelle coorti più giovani.

### **(14)**

**Lindström M. 2008**

La letteratura sul rapporto fra capitale sociale e salute è cresciuta esponenzialmente negli ultimi 10 anni. Lo studio di Kouvonen et al. (Am J Epidemiol 2008; 167: 1143-1151) è un'analisi longitudinale multilivello realizzata su 33.577 dipendenti del settore pubblico in Finlandia.

Lo studio mostra un'associazione significativa tra luogo di lavoro, il capitale sociale e la depressione. Si tratta di una scoperta interessante in un nuovo campo di studio del capitale sociale e salute. Tuttavia, lo studio serve anche come fonte di ispirazione per ulteriori studi in importanti aree di ricerca.

---

è un fenomeno conseguente alla percezione e consiste in una valutazione automatica (generalmente involontaria almeno in un primo tempo) sulla presenza o assenza di un determinato oggetto / fenomeno e sulla sua positività /negatività. La conseguenza dell'appraisal è la tendenza a fare qualcosa, che viene vissuta come emozione in: [https://en.wikipedia.org/wiki/Appraisal\\_theory](https://en.wikipedia.org/wiki/Appraisal_theory) (20/07/2016)

Il capitale sociale sul posto di lavoro può essere studiato in funzione sia orizzontale, vale a dire, considerando i contatti sociali e il livello di fiducia in relazione ai colleghi, sia verticale, cioè, indagando la relazione con il datore di lavoro / supervisore attraverso diversi gradienti di potere e dimensioni.

Il fatto che il capitale sociale sul posto di lavoro possa influenzare il capitale sociale esterno al lavoro e viceversa è di forte interesse. E' anche importante definire e identificare il livello del contesto sociale nei quali analizzare il capitale sociale in modo corretto in studi multilivello. Nello studio di Kouvonen et al., Il contesto sociale non è un'entità geografica, ma un soggetto definito in base al luogo di lavoro, e la definizione di un tale contesto sociale comporta diverse difficoltà. Questo studio presenta dei risultati interessanti e fornisce una base per studi futuri.

## **- Salute orale e cure dentali**

**(15)**

**Lida H, Rozier RG. 2013**

### **OBIETTIVI**

Lo studio esamina l'associazione fra capitale sociale di comunità percepito dalle madri e la salute orale e cure odontoiatriche dei bambini.

### **MATERIALI E METODI**

Sono stati analizzati i dati di 67 388 bambini le cui madri hanno partecipato al sondaggio nazionale 2007 di salute dei bambini. Si sono misurati il capitale sociale percepito dalle madri con un indice di capitale sociale a 4 item (SCI) che cattura l'aiuto reciproco, il sostegno e la fiducia nel quartiere. Le variabili dipendenti erano il feedback sulla salute orale dei propri figli percepita dalla madre, bisogno insoddisfatto di cure odontoiatriche e mancanza di una visita odontoiatrica preventiva nell'anno precedente. Sono stati eseguite analisi di regressione logistica bivariate e multivariata per ogni outcome.

### **RISULTATI**

Dopo aver controllato per potenziali confondenti, ai figli di madri con indici medi di capitale sociale (SCI= 5-7) e quelli di madri con bassi indici (SCI > 8) corrispondevano rispettivamente un 15% (P=0.05) e circa un 40% (P< 0.02) in più di probabilità di rinunciare a visite preventive odontoiatriche rispetto ai figli con più alti livelli di capitale sociale (SCI = 4).

Madri con più bassi livelli di capitale sociale avevano il 79% in più di probabilità di registrare dei bisogni insoddisfatti a livello di cure dentarie per il loro figli, rispetto a quelle con più alti livelli di capitale sociale SCI (P=0.01).

### **CONCLUSIONI**

Una migliore comprensione degli effetti del capitale sociale sui rischi per la salute orale dei bambini possono contribuire ad affrontare le disuguaglianze nella salute orale.

## **- Capitale sociale e HIV**

**(16)**

**Webel A, Phillips JC, Rose CD, Holzemer WL, Chen WT, Tyer-Viola L, Rivero-Méndez M, Nicholas P, Nokes K, Kemppainen J, Sefcik E, Brion J, Eller L, Iipinge S, Kirksey K, Wantland D, Chaiphibalsarisdi P, Johnson MO, Portillo C, Corless IB, Voss J, Salata RA. 2012**

**BACKGROUND.** Le risorse di capitale sociale risultano essere fortemente collegate al fatto di usufruire di forti reti sociali. Questo concetto gioca un ruolo importante rispetto gli esiti di salute tra persone che vivono con l'HIV / AIDS, perché, in genere, si tratta di una popolazione altamente emarginata. Studi di caso mostrano che la modifica del capitale sociale può portare a miglioramenti nella trasmissione e la gestione dell'HIV. Tuttavia, rimangono delle lacune conoscitive riguardo la descrizione e definizione di capitale sociale in contesti internazionali. Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di descrivere il grado di capitale sociale in un campione internazionale di adulti che vivono con l'HIV / AID.

**METODI.** Sono stati reclutate PLWH (persone che vivono con l'HIV) in 16 aree di cinque paesi, tra cui Canada, Cina, Repubblica della Namibia, Thailandia e Stati Uniti. I partecipanti (n = 1.963) hanno completato uno studio trasversale; i dati sono stati raccolti tra agosto 2009 e dicembre 2010. Le analisi hanno previsto statistiche descrittive, analisi fattoriale e analisi di correlazione.

**RISULTATI.** L'età media dei partecipanti è 45,2 anni, la maggior parte (69%) sono uomini, il 39,9% sono afroamericani / neri e il 69,5% disoccupati. Il punteggio medio totale di capitale sociale è stato di 2,68 punti, un punteggio superiore alla media totale del capitale sociale in tutta la popolazione. Sono state osservate correlazioni deboli tra salute fisica auto riferita ( $r = 0.25$ ), condizione psicologica ( $r = 0,36$ ), sostegno sociale ( $r = 0.31$ ) e il capitale sociale totale. Non sono stati rilevati i rapporti tra i fattori di salute mentale, compreso l'uso di sostanze, e il capitale sociale.

**CONCLUSIONI.** Questo è il primo rapporto che descrivere i livelli di capitale sociale in un campione internazionale di persone sieropositive e il rapporto fra livelli di capitale sociale e la salute auto riferita in questa popolazione.

## **CS e lavoro / condizione occupazionale**

(17)

**Åslund C, Starrin B, Nilsson KW. 2014**

**Background.** La disoccupazione è associata ad effetti negativi sulla salute. Il CS sembra essere un elemento di promozione della salute attraverso l'azione su nessi causali correlati a rischi legati al fatto di essere disoccupati. Questo studio analizza l'effetto aggiuntivo e l'interazione fra disoccupazione e cinque diverse modalità di CS su sintomi psicosomatici e bassi indici di benessere psicologico.

**Metodi.** Lo studio ha coinvolto un campione casuale di oltre 20.000 svedesi fra i 18-85 anni, con un questionario postale che comprendeva domande sulle condizione occupazionale, sintomi psicosomatici, benessere psicologico (SF – 12) e capitale sociale.

**Risultati.** Sintomi psicosomatici e bassi indici di benessere psicologico sono più frequenti fra i disoccupati rispetto agli occupati, ma bassi livelli di CS, associati all'essere disoccupati, hanno un effetto di ulteriore peggioramento dello stato di salute. Fra le persone disoccupate con bassi livelli di CS – in particolare di supporto sociale – peggiorano ulteriormente le condizioni di salute rispetto a chi usufruisce di un miglior supporto sociale. Non sono state rilevate interazioni significative fra incremento del CS e miglioramento delle condizioni di salute.

**Conclusioni.** Elementi legati al CS, quali il supporto sociale, possono avere un importante effetto protettivo sulla salute dei disoccupati.

**(18)**

**Nyqvist F, Forsman AK, Cattan M. 2013**

Obiettivo dello studio è quello di valutare il rapporto che c'è fra livelli di CS e livelli di controllo (*sense of mastery*) nel ruolo professionale fra i lavoratori anziani e se questa relazione sia più forte fra questi rispetto ai lavoratori in pensione.

Lo studio utilizza i dati di un'indagine sulla salute mentale su oltre 2600 anziani finlandesi (50 anni ed oltre) nel 2011, che ha avuto un tasso di risposta del 57%. L'associazione fra 'livello di controllo', misurato tramite la scala Pearlin's Sense of Mastery e il CS misurato attraverso indicatori di reti sociali, attività organizzate, fiducia, senso di appartenenza è stata testata attraverso una regressione logistica.

I risultati mostrano che i lavoratori anziani hanno dei livelli più alti di 'controllo' rispetto ai loro coetanei pensionati. La fiducia e il senso di appartenenza sono positivamente associate con il livello di controllo delle decisioni.

Le disuguaglianze dello stato di salute mentale fra gli anziani inclusi o esclusi dal modo del lavoro sono una sfida delle politiche. I nostri risultati mostrano che l'azione sul capitale sociale dev'esser una priorità nella promozione della salute mentale. Dovrebbe essere prestata maggior attenzione alla promozione della salute mentale fra gli anziani pensionati.

**(19)**

**Van Scheppingen AR, de Vroome EM, ten Have KC, Bos EH, Zwetsloot GI, van Mechelen W. 2013**

**L'obiettivo** è quello di misurare l'associazione fra CS organizzativo (distinguendo tra *linking* – legami 'gerarchici', *bonding*, legami di tipo esclusivo o *bridging* di tipo inclusivo) e salute e performance dei lavoratori.

**Metodo:** regressioni lineari su un campione di 718 impiegati di due compagnie tedesche.

**Risultati:** Il CS è fortemente associato con lo stato di salute percepito (Beta = 0.20; P < 0,001) e con lo stress emotivo (Beta = -0,34; P < 0,001). Entrambi gli indicatori sono a loro volta associati con l'assenteismo, presenzialismo e l'effettivo funzionamento personale nei ruoli di direzione: vale a dire, una salute migliore è risultata associata a un migliore espletamento di questa funzioni.

In particolare legami 'esclusivi' (*bonding*) sono associati in modo significativo con la salute percepita ( $\beta = 0.14$ ; P < 0.01), con lo stress emotivo ( $\beta = -0.26$ ; P < 0.001). I legami *linking* sono associati con lo stress emotivo.

Il capitale sociale organizzativo è risultato essere una risorsa per la salute dei dipendenti, con implicazioni sul business dell'impresa.

**(20)**

**Jung J, Ernstmann N, Nietzsche A, Driller E, Kowalski C, Lehner B, Stieler-Lorenz B, Friepörtner K, Schmidt A, Pfaff H. 2012**

Questo studio esamina l'associazione fra CS sul luogo di lavoro e sintomi depressivi fra i lavoratori.

Si tratta di uno studio cross-sectional che utilizza i dati di una survey online realizzata in sei compagnie tedesche dei settori di informazione e comunicazione.

I risultati suggeriscono che, nei 328 lavoratori intercettati, dopo i controlli per fattori socio demografici, consapevolezza della salute, e la tensione sul lavoro, bassi livelli di capitale sociale percepito sul posto di lavoro sono associati con l'esperienza di sintomi depressivi (OR = 0.76; 95% CI: 0.64-0.90).

I risultati suggeriscono che un alto livello di capitale sociale al lavoro, come ad esempio un ambiente che genera fiducia e un senso dei valori e delle convinzioni comuni, potrebbe essere una risorsa essenziale per la prevenzione dei sintomi depressivi.

**(21)**

**Oksanen T, Kivimäki M, Kawachi I, Subramanian SV, Takao S, Suzuki E, Kouvonen A, Pentti J, Salo P, Virtanen M, Vahtera J. 2011**

Lo studio esamina l'associazione fra CS sui luoghi di lavoro e tassi di mortalità per tutte le cause, in un'ampia coorte di lavoratori finlandesi.

Lo studio ha realizzato un record linkage dei 28.043 partecipanti ad una survey nazionale degli anni 2000, 2002 e 2004 con i dati di mortalità fino al 2009. Durante i 5 anni di follow-up sono deceduti 196 lavoratori. Un aumento di 1 unità fra le misurazioni ripetute di capitale sociale auto-valutato sul posto di lavoro (range 1-5) è stato associato ad una diminuzione del 19% del rischio di mortalità per qualsiasi causa (odds ratio = 0.81; 95% CI =0.55, 1.19). Le misurazioni sono controllate per età e sesso.

In conclusione il capitale sociale sul posto di lavoro pare essere associato a più bassi tassi di mortalità nella popolazione in età lavorativa.

**(22)**

**Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, Pentti J, Virtanen M, Linna A, Vahtera J. 2008**

La maggior parte della ricerche che si sono occupate di CS e salute si sono realizzate nei quartieri dove risiedono le persone o nelle comunità locali. Usando i dati del Finnish 10-Town study, lo studio analizza il capitale sociale nell'ambiente di lavoro quale predittore dello stato di salute in una coorte di lavoratori pubblici in buona salute: inizialmente 9524 lavoratori occupati in 1522 sedi lavorative, che non hanno cambiato unità lavorativa dal 2000 al 2004 e hanno partecipato alla survey che indaga aspetti del CS lavorativo e condizioni di salute in entrambi gli anni di somministrazione (2000 – 2004).

Per misurare il livello di CS è stato utilizzato uno strumento validato sia a livello di CS percepito individualmente che fra i colleghi di lavoro. Nel modello sono stati considerati gli effetti del contesto di CS lavorativo controllati per caratteristiche socio-demografiche e stili di vita.

Le probabilità di danni alla salute erano 1.27 volte più elevate fra i lavoratori che costantemente avevano lavorato in unità con bassi livelli di CS rispetto a quelli che avevano lavorato in unità con alti livelli di CS. A un basso livello di CS individuale o in declino fra i due periodi corrispondevano un rischio per la salute rispettivamente del 1.56 e 1.78. L'incremento dei livelli di CS individuale è associato con la manutenzione di una buona salute. In conclusione questo studio longitudinale multilivello supporta l'ipotesi che bassi livelli di CS lavorativo va a detrimento della salute dei lavoratori.

## **CS e disuguaglianze sociali**

**(23)**

**Moore S, Stewart S, Teixeira A. 2014**

La ricerca ha dimostrato fino ad ora l'associazione esistente fra reti di CS, comportamenti e condizioni di salute. Scarse invece sono le conoscenze sul fatto che disuguaglianze a livello di CS influenzino la salute e quali siano i fattori sociali che contribuiscono a queste disuguaglianze.

Lo studio fa riferimento al DB della ricerca Montreal Neighbourhood Networks and Healthy Aging Study (n=2707). Sono stati individuati diversi livelli di reti di CS (tramite un 'generatore di posizione' di CS). Gli out come di salute riguardano: la salute percepita (SRH), l'inattività fisica e l'ipertensione, scomposte nei diversi determinanti sociali (demografici, socioeconomici, di rete e psicosociali). E' stato calcolato il contributo percentuale di ciascuno di questi determinanti nello 'spiegare' le disuguaglianze di salute. Fra i tre outcome considerati, un alto livello di istruzione ha contribuito più costantemente a spiegare le disuguaglianze di capitale sociale nei bassi livelli di salute percepita - SRH (% C = 30,8%), nell'inattività fisica (15,9%) e nell'ipertensione (51,2%).

L'isolamento sociale contribuisce all'inattività fisica (11,7%) e all'ipertensione (18,2%). Il 'sense of control' (per il 24,9%) e la coesione percepita (per l'11,5%) contribuiscono a bassi livelli di salute percepita. L'età riduce o aumenta le disuguaglianze di CS nell'ipertensione, ma questo dipende dalle fasce di età considerate.

Concludendo: interventi che includano strategie per ridurre le disuguaglianze socioeconomiche e incrementino le reti sociali possono aver un impatto positivo sul ridurre le disuguaglianze nel rapporto fra CS e salute.

**(24)**

**Putland C, Baum F, Ziersch A, Arthurson K, Pomagalska D. 2013**

**Razionale.** Il crescere di evidenze scientifiche che mettono in relazione aspetti del CS con outcomes di salute e benessere, in particolare in riferimento alla riduzione delle disuguaglianze sociali, hanno accresciuto l'interesse sulle teorie del CS da parte della sanità pubblica in queste ultime decadi. Di conseguenza molti governi a livello internazionale stanno disegnando degli interventi di miglioramento della salute e del benessere focalizzando i livelli di CS delle comunità. L'applicazione delle teorie sul CS alla pratica avviene in modo molto differenziato, riflettendo le diverse modalità di affrontare il rapporto fra CS e salute, anche per le divergenze fra le teorie sul CS. Un'implementazione non corretta può limitare la possibilità di contribuire ad una maggior equità nella salute attraverso queste modalità, ma fino ad ora esiste un numero limitato di ricerche che indagano come la teoria venga interpretata dalle politiche e poi tradotta in pratica.

**Metodi.** Il documento delinea un disegno di ricerca partecipata, con l'obiettivo di superare il deficit di conoscenze in merito alla diversa efficacia delle modalità di implementazione. Realizzato in collaborazione con i dipartimenti governativi, lo studio ha esplorato l'applicazione della teoria del capitale sociale nei programmi destinati a promuovere la salute e il benessere in Adelaide, Sud Australia. Il report è composto da tre studi di caso basati sulla comunità pratica, utilizzando interviste qualitative e focus group con partecipanti della comunità, professionisti, responsabili dei programmi e dei responsabili politici, per esaminare i modi in cui il concetto è stato interpretato e reso operativo e identificare i fattori che influenzano il successo. Questi approfondimenti hanno fornito le informazioni per lo sviluppo di risorse pratiche quali una guida per gli operatori e dei policy brief per i responsabili politici.

**Risultati.** Nel complesso lo studio ha dimostrato che i progetti di comunità efficaci possono contribuire alla salute della popolazione e al benessere e ridurre le disuguaglianze di salute. La rilevanza specifica di questo lavoro, tuttavia, è la constatazione che i progetti comunitari si basano per la loro efficacia su un forte impegno del committente che si esprime attraverso l'attivazione di politiche e di reti al più alto livello del processo decisionale. In particolare questo processo richiede una visione a lungo termine, l'investimento sul lavoro intersettoriale, sul consolidamento di solide reti relazionali e conoscenze teoriche e pratiche.

**Conclusioni.** L'attenzione all'applicazione pratica della teoria di CS dimostra che i progetti di sviluppo di comunità richiedono il supporto strutturale dell'impegno reciproco per sviluppare salute e benessere e ridurre le disuguaglianze. L'insieme delle tecniche di sviluppo della comunità sono essenziali, ma non operano in modo indipendente dalle strutture e delle politiche ai più alti livelli di governo. Il riconoscimento dell'interdipendenza delle politiche e delle prassi consentirà un miglior governo dei processi per raggiungere questi obiettivi in modo più efficace.

**(25)**

**Mansur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L. 2008**

Si sta sviluppando l'interesse scientifico sul rapporto fra contesto sociale e salute. Fra i concetti che sono emersi per esaminare questa relazione troviamo quello delle disuguaglianze e quello di CS. Utilizzando i dati della World Values Survey e della banca Mondiale, abbiamo testato l'ipotesi che la salute percepita sia influenzata dai livelli CS e dalle disuguaglianze di reddito fra le nazioni. Il merito del nostro approccio è che abbiamo utilizzato metodi di analisi multilivello in un ampio e diversificato numero di paesi di quelli studiati in precedenza. I nostri risultati indicano che per un gran numero di paesi misure diverse di capitale sociale e disparità di reddito comunemente usate hanno avuto forti effetti composti sulla salute auto percepita, ma gli effetti contestuali incoerenti, dipendono dai paesi inclusi negli studi. L'analisi delle interazioni multilivello suggerisce che le misure contestuali possono moderare l'effetto di composizione delle misure in materia di salute auto percepita. Test di sensibilità hanno indicato che gli effetti variano in diversi sottogruppi di paesi. La ricerca futura dovrebbe esaminare le caratteristiche specifiche del paese, come le differenze di valori o norme culturali, che possono influenzare le relazioni tra il capitale sociale, la disuguaglianza di reddito, e la salute.

**(26)**

**Hunter BD, Neiger B, West J. 2011**

I determinanti sociali stanno guadagnando importanza nelle attività della sanità pubblica. Molte soluzioni proposte per affrontare i determinanti sociali sono al di fuori dell'ambito di intervento dei professionisti della sanità pubblica locale. Questo articolo esamina la letteratura per trovare possibili variabili 'moderatrici', che possano attenuare gli effetti dei determinanti sociali della salute a livello locale e permettere che i determinanti sociali possano essere affrontati all'interno delle competenze dei dipartimenti sanitari locali. L'approccio sistematico impiegato per questo articolo ha realizzato ricerche su database elettronici accademici (PubMed, EBSCO e Medline) e motori di ricerca Internet e siti web rilevanti per articoli pubblicati tra il 1975 e il maggio 2010. Su 2.554 articoli rilevati, 36 sono stati considerati appropriati per la revisione. Lo scopo della ricerca era quello di individuare gli articoli pubblicati relativi ai determinanti sociali della salute, al capitale sociale e ad approcci efficaci per affrontare questi aspetti a livello di servizio sanitario locale. La ricerca è stata poi ampliata per includere materiale inedito e il punto di vista dei dipartimenti sanitari locali. Questo processo ha portato l'inserimento di contenuti da cinque fonti. Questo articolo si è concentrato su interventi di capitale sociale volti a mitigare i problemi di salute associati con determinanti sociali. Sono stati forniti esempi di interventi efficaci per aiutare gli operatori sanitari pubblici locali a sviluppare soluzioni specifiche per affrontare i determinanti sociali.

## **CS e minoranze / gruppi svantaggiati**

**(27)**

**Becares L, Nazroo J. 2013**

**Obiettivi.** La letteratura suggerisce che le minoranze etniche sembrano essere più sane quando vivono in aree con una maggiore concentrazione di persone del loro stesso gruppo etnico, il cosiddetto effetto 'densità etnica'. La spiegazione proposta è che la densità etnica e l'effetto positivo sui risultati di salute siano in parte attribuibili agli effetti protettivi e tampone di aumento di capitale sociale. In realtà, una letteratura parallela ha riportato un aumento dei livelli di capitale sociale nelle zone di maggiore diversità etnica residenziale, ma fino ad oggi, nessuno studio in Inghilterra ha esplorato se è l'aumento di capitale sociale che media la relazione tra effetti protettivi attribuiti alla concentrazione residenziale di gruppi omogenei di minoranze etniche e la salute.

**Disegno dello studio.** Lo studio si avvale di un mix di approcci metodologici per esaminare l'associazione tra l'etnia, il capitale sociale e la salute mentale. Analizziamo i dati geocodificati dalla Health Survey 2004 per l'Inghilterra per esaminare l'associazione tra (1) la concentrazione etnica residenziale e la salute; (2) la concentrazione residenziale etnica e il capitale sociale; (3) il capitale sociale e la salute; (4) l'effetto di mediazione del capitale sociale sull'associazione tra la concentrazione residenziale etnica e la salute. Per aggiungere ulteriore elementi alla nostra comprensione dei processi coinvolti, sono stati utilizzati i dati provenienti da uno studio qualitativo sulla qualità di vita delle persone anziane appartenenti a minoranze etniche, per esaminare aspetti relativi al significato del luogo di residenza rispetto alla qualità della vita.

**Risultati.** Le differenze strutturali nelle caratteristiche dei quartieri dove risiedono i diversi gruppi etnici si riflettono su aspetti delle loro esperienze quotidiane; abbiamo osservato narrazioni di esperienze diverse tra il quartiere dove gli intervistati erano Indiani o dei Caraibi. L'uso di metodi misti fornisce un importante contributo allo studio delle esperienze delle persone appartenenti a minoranze etniche dei loro quartieri, in quanto questo approccio ci ha permesso di ottenere importanti intuizioni che non si possono dedurre dall'utilizzo esclusivo di dati solo quantitativi o solo qualitativi.

**(28)**

**Bernosky de Flores CH. 2010**

L'immigrazione Messicana negli Stati Uniti è un fenomeno intra-generazionale. I giovani adulti messicani lasciano le loro famiglie di origine alla ricerca di opportunità di lavoro che li attirano verso nuove comunità. L'articolo introduce un quadro concettuale che definisce e fa riferimento ai concetti di capitale sociale umano, reti individuali, capitale sociale e risorse. Analizza l'influenza che il CS ha sulle competenze degli immigrati nell'accedere alle risorse descritte. Il disegno dello studio analizza gli approcci che le donne immigrate messicane utilizzano per accedere alle risorse per una gravidanza sana nelle nuove comunità di destinazione, in assenza delle reti familiari di supporto tradizionali.

**(29)**

**Stoyanova A, Díaz-Serrano L. 2009**

**Obiettivi.** Lo studio cerca di creare un ponte fra letteratura scientifica su immigrazione, CS e salute. Gli obiettivi sono due: primo, produrre nuove evidenze empiriche sulla relazione fra CS e salute, attraverso i dati della Catalonia, in seguito indagare eventuali

differenze di impatto del CS sulla salute dei residenti nati nella regione e degli immigrati. Inoltre si sono analizzati due diversi tipi di CS: quello individuale e quello di comunità.

**Metodi.** Sono stati usati i dati della Survey sulla salute del 2006 realizzata in Catalonia. La valutazione dell'impatto del CS sulla salute mentale è stata fatta attraverso modelli multivariati con stime differenziate per i nati nella regione e gli immigrati.

**Risultati.** Mostrano una relazione positiva fra CS e salute mentale in Catalonia. Come sempre, questa relazione è più forte per il CS individuale che per quello di comunità. I risultati non evidenziano differenze di impatto fra i nati nella regione e gli immigrati, ma segnala delle differenze fra spagnoli nati fuori della Catalonia. Una eterogeneità geografica dell'impatto del CS individuale sulla salute mentale è stata rilevata anche fra gli immigrati ed i residenti nati nella regione.

**Conclusioni.** Noi crediamo che il rafforzamento del capitale sociale possa potenzialmente essere uno strumento politico efficace per raggiungere gli obiettivi legati al miglioramento dello stato di salute.

**(30)**

**Lindström M. 2008**

Questo studio indaga l'associazione tra la discriminazione etnica 'manifesta' e la salute psicologica auto-riferita, prendendo in considerazione la fiducia generalizzata nelle altre persone. Nel 2004 la Public Health Survey in Skåne, ha realizzato un questionario telefonico che ha coinvolto 27.757 rispondenti di età fra i 18 e gli 80 anni, con un tasso di risposta del 59%. L'analisi multivariata della relazione fra anticipazione della discriminazione e salute psicologica auto-riferita è stata eseguita utilizzando regressioni logistiche al fine di indagare l'importanza di possibili confondenti (età, paese di origine, di istruzione e di fiducia orizzontale). Bassi livelli di salute psicologica sono stati segnalati dal 13,0% degli uomini e il 18,9% delle donne e il 44,8% e 44,7%, e hanno riferito che il 50% o più dei datori di lavoro tendono a discriminare in base alla razza, colore della pelle, religione, o background culturale. Gli intervistati più giovani di età, nati all'estero, con alta formazione, bassa fiducia e alti livelli di discriminazione manifesta auto-riferita, avevano livelli significativamente più elevati di cattiva salute psicologica auto-riferita. C'è stata una significativa associazione tra la discriminazione manifesta e bassa fiducia orizzontale (fra pari). Dopo molteplici aggiustamenti per età, provenienza e formazione, l'aggiunta della variabile 'fiducia' nel modello, si è ridotto la probabilità di una cattiva salute psicologica auto-riferita nella categoria "la maggior parte dei datori di lavoro" da 1,8 (1,4-2,1) a 1,5 (1,3-1,9) tra uomini e da 2,2 (1,8-2,6) a 1,8 (1,5-2,2) tra le donne.

La fiducia generalizzata in altre persone può essere un fattore confondente dell'associazione tra la discriminazione manifesta e cattiva salute psicologica. La discriminazione manifesta può avere effetti sulla salute mentale non solo per le minoranze colpite, ma anche sulla salute mentale della popolazione generale.

**(31)**

**Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. 2009**

La salute individuale e di comunità è influenzata dalle reti amicali e dalle reti di supporto. Interventi comunitari volti a migliorare i fattori sociali che influenzano la salute degli individui e delle comunità sono sempre più supportati da strategie che mirano a sviluppare la resilienza attraverso la costruzione di reti e capitale sociale. Lo studio ha utilizzato un disegno di indagine trasversale, con due rilevazioni, in due punti di tempo, per misurare l'effetto di un programma comunitario di sviluppo delle competenze attuato da infermieri che operano nell'ambito della salute delle donne. I dati descrivono e, dove

possibile, misurano, la salute percepita fisica e mentale delle donne in rapporto alle loro reti amicali e di supporto, alle relazioni comunitarie e partecipazione, alla sicurezza e alle conoscenze per l'accesso alla rete dei servizi locali. Il follow-up ha anche misurato l'impatto nelle comunità di specifiche iniziative. Nel complesso i risultati di entrambe le rilevazioni sono stati coerenti, con alcune eccezioni degne di nota. Ad esempio, nel follow-up c'è stato un significativo miglioramento degli indicatori di salute mentale, ma in misura minore per le donne che credevano che i loro problemi fisici o emotivi fossero stati un notevole onere per le loro attività quotidiane. Loro credevano anche che persone di altre culture avessero maggiori probabilità di essere accettate dai vicini e hanno riferito una maggiore partecipazione alle attività della comunità come risultato diretto del Progetto Rompighiaccio Villawood.

## CS e popolazione anziana

(32)

Choi NG, Dinitto DM. 2013

**Razionale.** Precedenti studi hanno analizzato lo stato socio economico e lo stato di salute quali fattori predittivi del tipo di utilizzo di internet da parte dei adulti anziani (56 anni ed oltre), ma la ricerca non ha considerato la relazione negli adulti anziani fra i loro bisogni di salute, il capitale psicologico (benessere emozionale e efficacia-auto percepita), il capitale sociale (integrazione sociale e reti di supporto) con le diverse modalità di utilizzo di internet.

**Obiettivi.** Lo studio esamina se le condizioni di salute degli adulti anziani, il loro capitale sociale e psicologico differenziano l'uso o il non uso di internet e se le diverse modalità di utilizzo di internet sono condizionate dalle loro condizioni di salute, psicologiche e di CS.

**Metodi.** Lo studio ha utilizzato il database del National Health and Aging Trends Study, basato su un campione nazionale rappresentativo dei beneficiari di 65 anni ed oltre del Medicare degli US. Il campione di questo studio è rappresentato da coloro che vivevano nella comunità a casa loro o a casa di altri (n. 6680). Un modello di analisi di regressione logistica binaria è stata utilizzata per mettere comparare i bisogni di salute, il capitale psicologico e sociale con qualsiasi tipo di uso o non uso di internet, l'uso o il non uso di internet per questioni di salute, l'uso o il no uso di internet per acquisti e banca e l'uso o il non uso di internet solo per e mail e scrittura di testi e altri diversi usi.

**Risultati.** I sintomi depressivi e di ansia e le misure del capitale psicologico, sono stati negativamente associati con l'uso di Internet tra gli adulti più anziani (odds ratio [OR] 0.83, 95% CI 0,70-0,98,  $p = .03$  e OR 0.79, 95% CI 0,65-0,97,  $P = .03$ , rispettivamente), mentre la maggior parte delle misure di capitale sociale sono stati positivamente associati con l'uso di Internet. L'avere condizioni mediche croniche e l'impegnarsi nel volontariato formale aumentano le probabilità di utilizzo di Internet per le attività relative alla salute da 1.15 (95% CI 1.08-1.23,  $P < .001$ ) e 1.28 (95% CI 1.05-1.57,  $p = .02$ ), rispettivamente, ma i sintomi di ansia diminuiscono le probabilità (OR 0.74, 95% CI 0,55-0,99,  $p = .05$ ). L'utilizzo del servizio di assistenza religiosa è stato negativamente associato con l'uso di Internet per lo shopping e l'uso del portello bancario (OR 0.75, 95% CI 0,62-0,91,  $p = .01$ ). I sintomi di ansia aumentato la probabilità di utilizzo di Internet solo per le e mail / testi (OR 1,75, 95% CI 1,12-2,75,  $P = .02$ ), ma il volontariato formale riduce le probabilità di utilizzo (OR 0.63, 95% CI 0.43-0.92,  $P = .02$ ). Altri fattori correlati all'utilizzo di Internet solo per le e mail / sms l'età

avanzata (80-84 anni e  $\geq 85$  anni), l'essere nero o di altra etnia, un livello di istruzione scolastica più basso del liceo e il reddito basso.

**Conclusioni.** I risultati evidenziano l'importanza del capitale sociale nel facilitare l'apprendimento e l'adozione della tecnologia Internet negli anziani adulti. Gli anziani che hanno utilizzato Internet solo per scopi e-mail / sms sono stati il gruppo socialmente ed economicamente più svantaggiato fra gli utenti di Internet. La formazione all'uso del computer e di internet per gli anziani e il suo utilizzo per vari scopi può svolgere un ruolo importante nello sviluppo del loro capitale sociale.

**(33)**

**Forsman AK, Nyqvist F, Wahlbeck K. 2011**

**Obiettivi.** Valutare la correlazione esistente fra aspetti cognitivi del CS e la condizione di salute mentale negli adulti anziani.

**Metodi.** I dati sulle persone più anziane (65 anni di età o più anziani,  $n = 1.102$ ) sono stati recuperati da un'indagine sulla salute mentale condotta in Finlandia nel 2008. Il tasso di risposta è stato del 61%. L'associazione tra depressione auto-riferita (misurata dal Questionario Internazionale Diagnostic Interview - formulario semplificato, CIDI-SF) o disagio psicologico (misurata dal General Health Questionnaire, GHQ-12) e il sostegno sociale percepito e il senso di appartenenza e la fiducia sono stati testati attraverso analisi di regressione logistica.

**Risultati.** Per gli indicatori di capitale sociale cognitivo, il difficile accesso all'aiuto dei vicini ha mostrato una significativa associazione con la depressione. Inoltre, il non avere delle persone su cui contare, sperimentare una mancanza di preoccupazione da parte delle altre persone e la sensazione di diffidenza verso gli altri sono stati tutti significativamente associati con il disagio psicologico.

**Conclusioni.** La relazione fra salute mentale e aspetti cognitivi del CS indicano che il supporto sociale e la fiducia possono essere dei fattori importanti quando si sviluppano degli interventi per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio mentale fra gli adulti anziani.

## **CS salute materno infantile e prima infanzia**

**(34)**

**Shan H, Muhajarine N, Loptson K, Jeffery B. 2014**

In queste ultime tre decadi vari concetti e strategie sono stati sviluppati per studiare i determinanti sociali della salute. Questo studio riunisce i diversi obiettivi della promozione della salute e dimostra che i programmi di intervento efficace per la salute devono essere realizzati a più livelli e su più fronti. In particolare, sulla base della valutazione del programma 'Prima i bambini', di interventi precoci per la prima infanzia in Saskatchewan (Canada), questo articolo presenta le pratiche che sono risultate efficaci nel migliorare il capitale sociale e la coesione sociale della comunità e ai livelli istituzionali. I risultati afferiscono a tre aree interconnesse: rafforzamento del tessuto comunitario; creazione di capitale sociale istituzionale e livello di CS di legame forti, inclusivi e ponte. Il programma Prima i Bambini ha coinvolto tutta la comunità attraverso lo svolgimento di ampie consultazioni e mirate e lo sviluppo di partnership e rapporti di collaborazione in modo aperto e trasparente. Essa ha inoltre sviluppato il capitale sociale istituzionale attraverso il coinvolgimento del personale a livello locale e incoraggiandolo ad approfondire i

collegamenti con le comunità. Inoltre, si è cercato di creare le condizioni che consentano alle famiglie vulnerabili di migliorare le relazioni tra di loro e collegarli ai servizi, integrandoli nella comunità più ampia. Il successo del programma, tuttavia, non dipende solo dalle iniziative locali del programma, ma anche dall'impegno del quadro politico centrale del governo.

In particolare, l'attenzione del programma allo sviluppo sano dei bambini ha avuto una forte risonanza nelle comunità locali. La sua approvazione da parte della leadership locale e intersettoriale ha facilitato la mobilitazione delle risorse e delle conoscenze della comunità. Inoltre, il suo impegno per la partecipazione locale al programma e la sua flessibilità strutturale ha determinato anche le modalità per le quali il programma si è adeguato alle storie delle comunità locali.

**(35)**

**Eriksson U, Asplund K, Sellström E. 2010**

**Introduzione.** Le persone sono influenzate dalle caratteristiche del quartiere in cui vivono. Il quartiere può essere particolarmente importante per il benessere dei bambini a causa dei vincoli che impone ai loro modelli di vita quotidiana. Inoltre, il quartiere è un contesto centrale per lo sviluppo sociale, essendo un luogo dove i bambini costruiscono reti e acquisiscono competenze e valori sociali. Lo scopo di questo studio è stato quello di descrivere come il capitale sociale nel quartiere viene percepito dai bambini che vivono nelle zone rurali, e di individuare che cosa questo aggiunge al loro senso di benessere.

**Metodi.** Lo studio utilizza un disegno di ricerca descrittiva con un approccio qualitativo. Sono stati realizzati sette focus group dello stesso sesso sono stati condotti con i bambini il 6 ° grado (età 11-12 anni) dello stesso sesso. I dati sono stati analizzati utilizzando l'analisi deduttiva del contenuto.

**Risultati.** I bambini percepiscono una mancanza di capitale sociale, a causa dei vincoli ambientali e sociali nella loro vita quotidiana. Tuttavia, il loro benessere è stato migliorato da una forte coesione nel quartiere. Inoltre, contesti come la scuola, l'ambiente naturale e le associazioni sportive sono stati molto apprezzati e sono emersi come fattori cruciali per migliorare il benessere dei bambini. L'isolamento spaziale che caratterizza le zone rurali ha creato un contesto particolare di strutture di rete sociale, di coesione e di fiducia, ma è anche un terreno fertile per l'esclusione e il controllo sociale. Le storie hanno rivelato sentimenti paradossali rispetto al vivere in una zona buona e sicura, ma dove allo stesso tempo ci si sente isolati e limitati.

**Conclusioni.** Da una prospettiva di contesto rurale, questo studio rivela la complessità delle percezioni dei bambini del loro ambiente, e di come questa percezione possa avere delle ricadute sia positive che negative sul loro benessere. I risultati evidenziano quanto sia importante per gli operatori sanitari nelle aree rurali prendere in considerazione la complessa influenza del capitale sociale basato su legami forti (familiari) sul benessere dei bambini, sapendo che questo può promuovere l'esclusione così come la coesione.

**(36)**

**Jones L, Lu MC, Lucas-Wright A, Dillon-Brown N, Broussard M, Wright K, Maidenberg M, Norris K, Ferré C. 2010**

Questo articolo descrive lo sviluppo di un programma innovativo di intervento nella comunità. Cento Azioni Intenzionali di Attenzione verso una Donna Incinta (100 Azioni), un programma che mira ad aumentare il capitale sociale riproduttivo per le donne incinte nelle comunità a sud e centro di Los Angeles. Il capitale sociale riproduttivo include funzioni come le reti, norme e fiducia sociale che facilitano la salute riproduttiva ottimale

all'interno di una comunità. 100 Azioni è stato progettato e sviluppato dal progetto Famiglie Sane Afro Americane, con metodi partecipativi della comunità, per aumentare il supporto della comunità locale e delle reti sociali per le donne in gravidanza. Gruppi di discussione con le donne in gravidanza hanno identificato le azioni specifiche che le famiglie, gli amici e le persone 'sconosciute' possono fare per sostenere le donne incinte. I partecipanti in primo luogo volevano sostegno emotivo e strumentale dalla famiglia e dagli amici. Dagli 'sconosciuti' invece volevano il rispetto per lo spazio personale e la cortesia comune. Sulla base di questi risultati, il progetto 100 Azioni è stato creato per essere utilizzato nella comunità di Los Angeles. 100 Azioni incoraggia e impegna la partecipazione attiva da parte dei membri della comunità nella promozione di gravidanze sane. Cercando di aumentare il capitale sociale riproduttiva a livello comunitario, 100 Azioni sposta la fornitura di sostegno sociale durante la gravidanza da un approccio rivolto alle situazioni ad alto rischio ad un approccio rivolto all'insieme della popolazione. 100 Azioni stabilisce anche nuove norme sociali su come le donne in gravidanza sono valutate, trattate e rispettate.

## **CS e stili di vita**

**(37)**

**Legh-Jones H, Moore S. 2012**

La ricerca sul capitale sociale individuale e l'attività fisica ha avuto la tendenza a concentrarsi sulla associazione tra attività fisica, la fiducia generalizzata, e la partecipazione sociale. Meno si sa circa l'associazione tra capitale social network, vale a dire, le risorse accessibili tramite le proprie relazioni sociali, e l'inattività fisica. Utilizzando misure di reti formali di capitale sociale, questo studio ha esaminato quale dimensione specifica del capitale della rete (vale a dire la diversità, i punti di contatto, l'estensione) è stato associato con l'inattività fisica e se il capitale sociale di rete ha mediato l'associazione tra inattività fisica e la partecipazione sociale. I dati è provengono dalla survey sulle Reti di vicinato e Invecchiamento Sano, realizzata nel 2008 a Montreal (Canada), in cui sono stati intervistati 2707 adulti di 25 anni e più in 300 quartieri di Montreal. L'attività fisica è stata auto-riferita utilizzando il questionario sull'attività fisica Internazionale (IPAQ). Le linee guida IPAQ hanno fornito la base per il cut-off dell'inattività fisica. Il capitale sociale di rete è stato misurato con uno strumento generatore di posizione. Sono stati usati metodi di logistica multilivello per esaminare l'associazione tra inattività fisica e dimensioni individuali di capitale sociale, con l'aggiustamento per fattori socio-demografici e economici. Maggiore variabilità della rete è stata associata con una diminuzione della probabilità di inattività fisica. In linea con i risultati precedenti, gli individui che non hanno alcuna partecipazione ad associazioni formali sono hanno maggiori probabilità di essere fisicamente inattivi rispetto a quelli con alti livelli di partecipazione. La variabilità delle reti media l'associazione tra inattività fisica e la partecipazione. La fiducia generalizzata e le diverse componenti della rete (i punti di contatto, l'estensione) non sono sembrano associati con l'inattività fisica. I risultati mettono in luce l'importanza della partecipazione sociale e il capitale sociale di rete e il valore aggiunto delle azioni di rete per lo studio del capitale sociale e l'inattività fisica.

Programmi rivolti a specifici target di popolazione adulta inattiva potrebbero prendere in considerazione interventi a livello ecologico che facciano leva sul coinvolgimento associativo e sulle relazioni interpersonali per migliorare l'attività fisica a livello di popolazione.

## **CS e prevenzione**

**(38)**

**Long JA, Field S, Armstrong K, Chang VW, Metlay JP. 2010**

E' in atto una crescente epidemia di diabete negli Stati Uniti e se si vuole fermare il suo sviluppo è necessario capire meglio i determinanti sociali di questa malattia e del suo controllo. Il capitale sociale, che è stato associato con la salute e la mortalità in generale, può essere un importante mediatore di controllo del glucosio. In questo studio abbiamo determinato se il capitale sociale di quartiere è associato con il controllo del glucosio, indipendentemente da fattori individuali. Abbiamo condotto uno studio trasversale sui neri con il diabete che vivono da più anni a Philadelphia. Abbiamo linkato dati a livello individuale provenienti da indagini con diagrammi di aree di sei diversi livelli di capitale sociale. Considerando tutte le altre variabili, nei pazienti che hanno vissuto in quartieri e che hanno buoni livelli di CS (vicino al 5 ° percentile di lavoro insieme per migliorare il quartiere) sono stati stimati valori di emoglobina glicosilata (HbA1c) almeno un punto al di sopra di una definizione clinica conservativa di "controllo del diabete" ( $HbA1c \leq 8\%$ ). Se questi stessi pazienti vivevano in quartieri collocati altre 95 ° percentile di CS, la loro HbA1c attesa si sarebbe collocata  $\frac{1}{2}$  un punto al di sotto del valore di cut-off. Nessun'altra misura di capitale sociale è stata associata con i livelli di HbA1c. In questo studio sui neri con diabete abbiamo osservato che vivere in quartieri in cui le persone lavorano insieme è associato con un migliore controllo del glucosio.

## **CS e accesso alle cure**

**(39)**

**Derose KP, Varda DM. 2009**

Vi è un crescente interesse a livello di comunità, di come capitale sociale sia correlato all'accesso all'assistenza sanitaria. Per valutare il rigore con cui questa costruzione è stata empiricamente applicata nel campo della ricerca in materia di accesso all'assistenza sanitaria, è stata condotta una revisione sistematica. Sul totale di 2396 articoli 21 hanno risposto ai criteri di selezione nel senso che analizzano delle misure di CS e i loro effetti sull'accesso alle cure sanitarie.

La revisione ha riscontrato una mancanza di congruenza su come il capitale sociale, sia stato misurato e interpretato e un'incoerenza generale dei risultati, cosa che ha reso difficile trarre delle conclusioni definitive circa gli effetti del capitale sociale, in materia di accesso all'assistenza sanitaria.

Un approfondimento della letteratura sui social network potrebbe contribuire a migliorare i problemi concettuali e di misurazione. I lavori futuri dovrebbero distinguere comunque distinguere tra capitale sociale bonding, bridging e linking, le loro caratteristiche e i loro benefici, ed esamina se in realtà esistono tre dimensioni di capitale sociale: cognitivo, comportamentale e strutturale.

## Riferimenti bibliografici

1. Cnel – Istat, Benessere Equo Sostenibile: misurare e valutare il progresso della società italiana, in:  
[http://www.misuredelbenessere.it/fileadmin/upload/docPdf/Rapporto\\_relazioni\\_sociali.pdf](http://www.misuredelbenessere.it/fileadmin/upload/docPdf/Rapporto_relazioni_sociali.pdf) (consultato il 16 novembre 2016).

## CS, salute percepita e qualità di vita

2. Fiorillo D, Sabatini F. Structural social capital and health in Italy. *Economics and human biology* 2015; 17 (C): 129-142
3. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health? A European perspective. WHO Europe 2012.
4. Mohnen SM, Groenewegen PP, Völker B, Flap H. Neighborhood social capital and individual health. *Social science and medicine* 2011; 71 (5): 660-667.
5. Elgar FJ, Davis CG, Wohl MJ, Trites SJ, Zelenski JM, Martin MS. Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health & place* 2011; 17 (5): 1044-1053.
6. Nogueira H. Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area. *Health & place* 2009; 15(1):133-139.
7. Iversen T. An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway. *Health economics policy and law* 2008; 3 (4): 349-364.
8. Van Hooijdonk C, Droomers M, Deerenberg IM, Mackenbach JP, Kunst AE. The diversity in associations between community social capital and health per health outcome, population group and location studied. *International journal of epidemiology* 2008; 37 (6): 1384-1392.

## CS e salute / patologie specifiche

### - Salute mentale

9. Zoppei S, Lasalvia A, Bonetto C, Van Bortel T, Nyqvist F, Webber M, Aromaa E, Van Weeghel J, Lanfredi M, Harangozó J, Wahlbeck K, Thornicroft G. Social capital and reported discrimination among people with depression in 15 European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2014; 49 (10): 1589-1598.
10. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. *Aging & mental health* 2012; 17(4): 394-410.
11. Rethon C, Goodwin L, Stansfeld S. Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2012; 47 (5): 697-709.
12. Wind TR, Fordham M, Komproe IH. Social capital and post-disaster mental health. *Global action health* 2011; 4.
13. Giordano GN, Lindström M. Social capital and change in psychological health over time. *Social science and medicine* 2011; 72(8):1219-1227.

14. Lindström M. Invited commentary: social capital, social contexts, and depression. *American journal of epidemiology* 2008; 167(10): 1152-1154.

#### **- Salute orale e cure dentali**

15. Lida H, Rozier RG. Mother-perceived social capital and children's oral health and use of dental care in the United States. *American journal of public health* 2013; 103(3): 480-487.

#### **- Capitale sociale e HIV**

16. Webel A, Phillips JC, Rose CD, Holzemer WL, Chen WT, Tyer-Viola L, Rivero-Méndez M, Nicholas P, Nokes K, Kempainen J, Sefcik E, Brion J, Eller L, Liping S, Kirksey K, Wantland D, Chaiphibalsarisdi P, Johnson MO, Portillo C, Corless IB, Voss J, Salata RA. A cross-sectional description of social capital in an international sample of persons living with HIV/AIDS (PLWH). *BMC Public Health* 2012; 12: 188.

#### **CS e lavoro / condizione occupazionale**

17. Åslund C, Starrin B, Nilsson KW. Psychosomatic symptoms and low psychological well-being in relation to employment status: the influence of social capital in a large cross-sectional study in Sweden. *International journal for equity in health* 2014; 13: 22.
18. Nyqvist F, Forsman AK, Cattan M. A comparison of older workers' and retired older people's social capital and sense of mastery. *Scandinavian journal of public health* 2013; 41(8): 792-798.
19. van Scheppingen AR, de Vroome EM, ten Have KC, Bos EH, Zwetsloot GI, van Mechelen W. The associations between organizational social capital, perceived health, and employees' performance in two Dutch companies. *Journal of occupational and environmental medicine* 2013; 55(4): 371-377.
20. Jung J, Ernstmann N, Nitzsche A, Driller E, Kowalski C, Lehner B, Stieler-Lorenz B, Friepörtner K, Schmidt A, Pfaff H. Exploring the association between social capital and depressive symptoms: results of a survey in German information and communication technology companies. *Journal of occupational and environmental medicine* 2012; 54: 23-30.
21. Oksanen T, Kivimäki M, Kawachi I, Subramanian SV, Takao S, Suzuki E, Kouvonen A, Pentti J, Salo P, Virtanen M, Vahtera J. Workplace social capital and all-cause mortality: a prospective cohort study of 28,043 public-sector employees in Finland. *American journal of public health* 2011;101(9): 1742-1748.
22. Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, Pentti J, Virtanen M, Linna A, Vahtera J. Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Social science and medicine* 2008; 66 (3): 637-649.

#### **CS e disuguaglianze sociali**

23. Moore S, Stewart S, Teixeira A. Decomposing social capital inequalities in health. *Journal of epidemiology and community health* 2014; 68 (3): 233-238.

24. Putland C(1), Baum F, Ziersch A, Arthurson K, Pomagalska D. Enabling pathways to health equity: developing a framework for implementing social capital in practice. *BMC Public Health* 2013;13: 517.
25. Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social science and medicine* 2008; 66(1): 43-56.
26. Hunter BD, Neiger B, West J. The importance of addressing social determinants of health at the local level: the case for social capital. *Health & social care in the community* 2011;19 (5): 522-530.

### **CS e minoranze / gruppi svantaggiati**

27. Becares L, Nazroo J. Social capital, ethnic density and mental health among ethnic minority people in England: a mixed-methods study. *Ethnicity & health* 2013; 18 (6): 544-562.
28. Bernosky de Flores CH. A conceptual framework for the study of social capital in new destination immigrant communities. *Journal of transcultural nursing* 2010; 21 (3): 205-111.
29. Stoyanova A, Díaz-Serrano L. Differential impact of social capital on mental health in the native-born and immigrant populations living in Catalonia. *Gaceta sanitaria* 2009; 23 Suppl 1: 93-99.
30. Lindström M. Social capital, anticipated ethnic discrimination and self-reported psychological health: a population-based study. *Social science and medicine* 2008; 66 (1): 1-13.
31. Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. Building social capital with women in a socially disadvantaged community. *International journal of nursing practice* 2009;15 (3): 172-184.

### **CS e popolazione anziana**

32. Choi NG, Dinitto DM. Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. *Journal of medical internet research* 2013; 15(5): e97.
33. Forsman AK, Nyqvist F, Wahlbeck K. Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population-based cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health* 2011; 39(7): 757-765.

### **CS salute materno infantile e prima infanzia**

34. Shan H, Muhajarine N, Loptson K, Jeffery B. Building social capital as a pathway to success: community development practices of an early childhood intervention program in Canada. *Health promotion international* 2014; 29 (2): 244-255.
35. Eriksson U, Asplund K, Sellström E. Growing up in rural community children's experiences of social capital from perspectives of wellbeing. *Rural and remote health* 2010; 10 (3): 1322.
36. Jones L, Lu MC, Lucas-Wright A, Dillon-Brown N, Broussard M, Wright K, Maidenberg M, Norris K, Ferré C. One Hundred Intentional Acts of Kindness toward a Pregnant

Woman: building reproductive social capital in Los Angeles. *Ethnicity & disease* 2010; 20 (1 Suppl 2): S2-36-40.

### **CS e stili di vita**

37. Legh-Jones H, Moore S. Network social capital, social participation, and physical inactivity in an urban adult population. *Social science and medicine* 2012; 74(9): 1362-1367.

### **CS e prevenzione**

38. Long JA, Field S, Armstrong K, Chang VW, Metlay JP. Social capital and glucose control. *Journal of community health* 2010; 35 (5): 519-526

### **CS e accesso alle cure**

39. Derose KP, Varda DM, Social capital and health care access: a systematic review. *Medical care research and review* 2009; 66(3): 272-306.