



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA E MANAGEMENT

PROVA FINALE

LA RELAZIONE TRA FELICITÀ, CAPITALE SOCIALE E SALTE
INDIVIDUALE

RELATORE:

CH.MO PROF. Rocco Lorenzo

LAUREANDA: RAFFAELLI CHIARA

MATRICOLA N. 1000397

ANNO ACCADEMICO 2012 – 2013

INDICE

1) INTRODUZIONE	Pg.2
2) PARTE 1: Literature Review	Pg.6
i) <i>CAPITOLO I: Le tre variabili</i>	Pg.7
i. Felicità	Pg.7
ii. Capitale sociale	Pg.12
iii. Salute	Pg.14
ii) <i>CAPITOLO II: Le relazioni tra le variabili</i>	Pg.18
i. Capitale sociale & Salute	Pg.18
ii. Felicità & Salute	Pg.27
iii. Felicità & Capitale sociale	Pg.31
iv. Felicità-Capitale sociale-Salute	Pg.34
iii) <i>CAPITOLO III: Il problema delle variabili endogene</i>	Pg.37
3) PARTE 2: Analisi Dati	Pg.45
i) <i>CAPITOLO I: Metodologia</i>	Pg.46
ii) <i>CAPITOLO II: Risultati e discussione</i>	Pg.47
i. Felicità	Pg.47
ii. Capitale sociale	Pg.56
iii. Salute	Pg.78
iv. Le tre variabili	Pg.84
v. Discussione dell'analisi	Pg.86
4) CONCLUSIONI	Pg.89
5) BIBLIOGRAFIA	Pg.91

INTRODUZIONE

Una delle domande con cui l'uomo si è dovuto scontrare fin dalle origini è stata: “cosa vuol dire essere felici?”. Negli ultimi decenni si è riscontrato un crescente interesse nello studio di questa disciplina, non solo da parte di psicologi e sociologi, ma anche da parte di economisti, politici e medici; in definitiva si può dire, infatti, che tutte le azioni umane al fondo sono mosse dal desiderio di sentirsi bene. Ma quali sono i fattori che maggiormente determinano e influiscono sul benessere della persona?

Per decenni il benessere di una nazione si è basato esclusivamente su parametri economici quali il PIL, il tasso di disoccupazione o dell'inflazione. Uno dei paradigmi degli studi di microeconomia è che, tutto il resto uguale, una maggior varietà di scelta comporta un maggior livello di benessere in quanto gli individui possono selezionare il paniere di beni e/o servizi che massimizza la loro utilità. Assumendo che più alto sia il reddito, maggiore sia la possibilità di scelta, un maggior reddito equivale a un maggior benessere. L'assioma di non sazietà delle preferenze del consumatore, infatti, afferma che “il più è meglio”; ossia che una combinazione che contiene una quantità maggiore di uno qualsiasi dei due beni verrà sempre preferita a una combinazione che ne contiene una quantità minore.

Tuttavia, un sempre crescente numero di indagini dimostra come tali indicatori spesso non siano sufficienti per determinare il livello di felicità di una popolazione. L'immagine sottostante illustra come la soddisfazione di vita degli americani negli ultimi cinquant'anni non sia cresciuta proporzionalmente alla crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL).

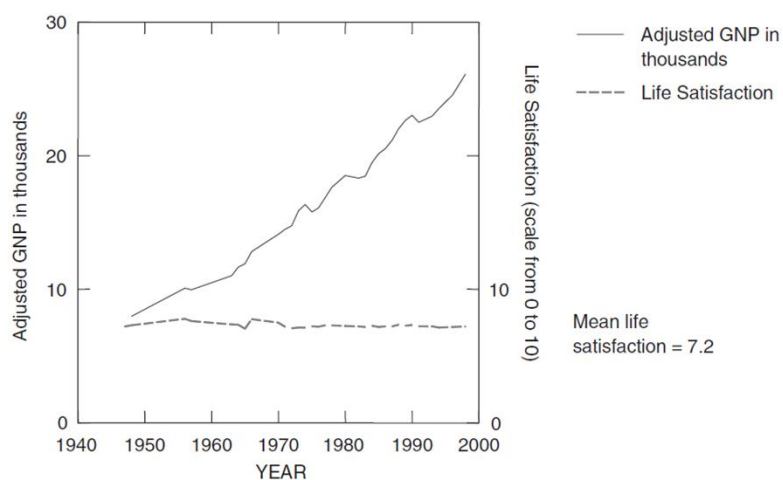


Figura 1: PIL e soddisfazione di vita media tra il 1947 e il 1998 negli Stati Uniti
Fonte: Diener, Seligman, (2004)

Sebbene tale indicatore influenzi sostanzialmente il benessere della nazione, esso è soggetto ad alti margini d'errore quando è utilizzato per misurare la qualità di vita. Ad esempio, il PIL non comprende i beni non commercializzabili, come possono essere gli interventi sociali o ciò che è prodotto in casa (la cura dei bambini, la produzione dell'orto, etc...), fattori che tuttavia di certo influenzano in modo sostanziale il livello di soddisfazione della popolazione. Già nel 1968 Robert Kennedy affermò che “non possiamo misurare i successi del Paese sulla base del Prodotto Interno Lordo: il PIL misura tutto, eccetto ciò che rende la vita degna di essere vissuta”. Con la crisi economica, questa frase è tornata ancora più attuale. E così, governi e scienziati si ingegnano per trovare nuovi parametri con cui valutare lo sviluppo, inteso in senso più ampio. Senza toccare l'estremo del Bhutan, dove dal 2008 il PIL è stato sostituito da Ghn (Gross National Happiness, ossia la felicità nazionale lorda), Canada, Australia, Gran Bretagna, Francia, Germania, e Italia hanno intrapreso programmi per arrivare a una misurazione del benessere nazionale. In Italia, ad esempio, l'Istat (Istituto Nazionale di Statistica) e il Cnel (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) hanno dato vita a un apposito comitato che ha individuato 12 domini che formano l'Indice del Benessere Equo e Sostenibile (BES): ambiente, salute, benessere economico, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione dei tempi di vita, relazioni sociali, sicurezza, benessere soggettivo, paesaggio e patrimonio culturale, ricerca e innovazione, qualità dei servizi, politica e istituzioni.

Questo non vuole portare a concludere che il reddito non abbia un impatto sul livello di benessere, ma, piuttosto, che abbia un impatto a livello individuale più che a livello comunitario. Questa evidenza, conosciuta come ‘il Paradosso di Easterlin’, verrà analizzata più approfonditamente nel paragrafo dedicato alla felicità. Enrico Giovannini, ex presidente Istat, ha spiegato che “bisogna integrare il Prodotto Interno Lordo con altri indicatori che descrivano la società nella sua interezza; la misura del benessere non è un giochino, indica quale sarà il tipo di società che vogliamo costruire”.

Diener e Seligman in *Beyond Money* (2004) affermano che gli indicatori economici sono stati di assoluta importanza nei primi decenni dello sviluppo economico, quando la necessità era quella di soddisfare i bisogni primari. Con l'evolversi della società, tuttavia, le differenze riportate nel benessere individuale sono sempre meno basate esclusivamente sul reddito e più spesso sono determinate anche da componenti sociali quali il capitale sociale, la salute individuale, i diritti umani, l'ambiente di lavoro, etc. Accanto ai principi dell'economia classica e alle più popolari concezioni di well-being economico come appagamento dei desideri, felicità o soddisfazione delle preferenze, recenti e innovativi contributi del sapere convergono verso una prospettiva tesa all'effettiva tutela di aspetti centrali dei diritti umani e alla governabilità delle risorse finalizzate al benessere. Nuove teorie, in ambito economico,

superano la concezione del PIL inteso come unico indicatore di sviluppo, e indicano nuovi scenari di ricerca, di intervento, di governabilità politica e di salvaguardia della qualità della vita.

La ricerca presentata in questa tesi ha come principale obiettivo quello di analizzare alcune tra le variabili che si sono scoperte essere essenziali per il benessere dell'individuo, ossia il capitale sociale e la salute fisica e psichica. In altre parole, l'obiettivo è quello di indagare la relazione tra felicità, capitale sociale e benessere individuale. Si vuole cercare di definire se, e in quale misura, il capitale sociale e la salute dell'individuo impattano sulla sua felicità. Sebbene sia evidente che capitale sociale e salute individuale non possono essere le uniche determinanti del benessere generale, l'importanza di questi due fattori e l'alto coefficiente di correlazione che dimostrano avere con la felicità sembrano elementi riconosciuti da un crescente numero di studi. La letteratura, tuttavia, sembra carente nell'analizzare la relazione congiunta di queste tre determinanti che invece può avere importanti implicazioni economiche e politiche. I motivi che hanno dissuasato gli studiosi da tali ricerche sono molteplici, innanzitutto, come è stato visto, il contributo alla felicità di fattori diversi dalla ricchezza è relativamente recente; inoltre, come verrà trattato nel capitolo dedicato alle diverse variabili, la difficoltà nel misurarle in modo oggettivo risulta essere motivo di numerose discussioni riguardo la validità degli scarsi studi esistenti; infine, esiste il problema dell'ortogonalità di tali variabili, problema che verrà sviluppato nel capitolo dedicato alle variabili endogene.

La presente tesi, inoltre, terrà in particolare conto l'impatto che la ricchezza (misurata in genere attraverso il reddito pro capite della popolazione) ha sulla felicità, dal momento che per decenni questa è stata considerata l'unica variabile considerata determinante per la soddisfazione della vita degli individui.

La ricerca è organizzata come segue:

- La prima parte riassume l'analisi della letteratura condotta. Questa sezione è stata suddivisa in più capitoli.

Il primo capitolo analizza le tre variabili: i paragrafi di questo capitolo analizzano le tematiche più importanti della felicità, del capitale sociale, e della salute, e si è cercato di confrontare le tecniche di misurazione più usate.

Il secondo capitolo propone un'analisi delle relazioni tra le diverse variabili: capitale sociale & salute, felicità & salute, felicità & capitale sociale, felicità-capitale sociale-salute.

L'ultimo capitolo, infine, analizza il problema delle variabili endogene; la difficoltà maggiore in cui ci si imbatte trattando queste variabili, infatti, è che bisogna trovare un modo per purificarle dalla componente endogena del termine d'errore che non permette di ottenere stime OLS corrette. Viene dunque esposto il metodo delle variabili strumentali; in particolare, la discussione della letteratura verte intorno a quali siano le variabili strumentali che rispondono in maniera più accurata alle condizioni di rilevanza e ortogonalità (necessarie affinché la stima delle variabili rispecchi la reale correlazione tra le variabili).

- La seconda parte riguarda l'analisi dei dati
- L'ultima parte contiene le implicazioni della tesi e le sue conclusioni

PARTE 1:
LITERATURE REVIEW

Capitolo I: LE TRE VARIABILI

FELICITA`

Cosa vuol dire “felicità”? “Tutti gli uomini vogliono essere felici, ma nessuno riesce a vedere bene cosa occorra per rendere la vita felice”, affermava Seneca. Filosofi, scrittori, artisti di ogni epoca hanno provato a trovare una definizione, ma questo concetto, usato e ripetuto in ogni campo di studi e di ricerca, forse non ha ancora una definizione condivisa.

Il concetto di felicità è un valore esplicitamente sancito in alcune Costituzioni; secondo la Dichiarazione di indipendenza degli Stati Uniti d'America (documento che segna la nascita di tale nazione, ratificato a Filadelfia il 4 luglio 1776) “tutti gli uomini sono stati creati uguali, e essi sono dotati dal loro Creatore di alcuni Diritti inalienabili, fra questi sono la Vita, la Libertà e la ricerca delle Felicità; e allo scopo di garantire questi diritti, sono creati fra gli uomini i Governi”; lo stato americano, dunque, riconosce la ricerca della Felicità come un diritto inalienabile dell'uomo, e su tale diritto si basa ogni sua politica.

Layard (2003), con il termine ‘felicità’ intende il sentirsi bene, godersi la vita, credere che valga la pena viverla; e con ‘infelicità’ intende sentirsi tristi e desiderare che le cose vadano diversamente. Ad ogni modo, la definizione di felicità rimane ancora dibattuta; spesso risulta più facile rispondere alla domanda: “Cosa rende felice?”.

Sembra evidente che diversi fattori determinino se una persona è felice o meno: fattori esterni, come avere un lavoro, o disporre di un reddito cospicuo; e fattori interni, come l'età (in genere i giovani e gli anziani sono più felici delle persone di mezza età), e la personalità (ad esempio essere persone ottimiste o meno).

Gli studi sulle componenti del benessere (SWB, subjective well-being) assumono la forma generale:

$$SWB(report) = r(h)$$

Ossia, il benessere soggettivo riportato (SWB) è una funzione (r) del vero benessere SWB (h), e il vero SWB è determinato da vari fattori sociali, economici, e ambientali (x):

$$SWB_{it} = \alpha + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \dots + \varepsilon_{it}$$

Dove le differenze personali sono descritte dal termine d'errore ε .

Dolan *et al.* (2007), analizzando la più importante letteratura esistente, fino al 2007, in questo campo, hanno riassunto sette maggiori potenziali determinanti della felicità dell'individuo:

- 1) Reddito
- 2) Caratteristiche personali (età, sesso, etnia, personalità, ...)
- 3) Caratteristiche socialmente sviluppate (educazione, salute, disoccupazione, tipo di lavoro)
- 4) Come l'individuo spende il proprio tempo (ore di lavoro, volontariato, attività fisica, attività religiose, ...)
- 5) Comportamenti e credenze rispetto a se stessi, agli altri, alla vita (fiducia, orientamenti politici, credo religioso, ...)
- 6) Relazioni (stato civile, presenza di figli, frequenza di contatto con la famiglia e gli amici)
- 7) Situazione economica, politica, e sociale (tasso di disoccupazione, inflazione, grado di democrazia, urbanizzazione, ...)

L'interesse su quelle che sono le determinanti principali della felicità è cresciuto in modo sostanziale ed evidente a partire dal 1974, anno in cui viene teorizzato il *Paradosso di Easterlin*, in cui viene affermato che, all'interno di uno Stato, le persone più ricche sono, in media, più felici di quelle povere; ma che il livello di felicità non aumenta se aumenta la ricchezza generale dello Stato. All'interno di una Nazione, la relazione reddito-felicità, oltre un certo livello minimo di ricchezza, non è più lineare.

Le tabelle sottostanti mostrano come le percentuali di americani che si considerano felici siano rimaste pressoché invariate negli anni, anche a fronte di un aumento del PIL o della condizione di vita, ma che a livello individuale, gli individui più ricchi dimostrano tassi più elevati di felicità.

	Top quarter	Bottom quarter
Very happy	41	26
Pretty happy	52	61
Not too happy	7	13
	100	100

Tabella 1:

a) felicità rispetto al livello del reddito (US, 1975)

b) distribuzione della felicità (US)

Fonte: General Social Survey

	1975	1996
Very happy	32	31
Pretty happy	55	58
Not too happy	13	11
	100	100

Sebbene la completa spiegazione al paradosso rimanga ancora irrisolta, un'interpretazione plausibile sembra quella che le aspirazioni dell'uomo aumentino all'aumentare del reddito percepito, ma che, dopo un certo livello (ancora non stabilito), la felicità sia determinata più dal livello relativo di reddito, piuttosto che da quello assoluto. Diversi psicologi assumono che ogni individuo abbia un determinato livello di felicità a cui tende tornare nel tempo, anche dopo importanti e significativi avvenimenti come una vincita alla lotteria. In altre parole, le persone si adattano facilmente e sono in grado di abituarsi a molte cose, in particolare ad un aumento del reddito (Graham, 2008).

D'altra parte, che i bisogni fisiologici, raggiunto un certo livello, non possano soddisfare completamente l'individuo non è un'idea nuova, e già Maslow (1954) aveva teorizzato il concetto di 'Gerarchia dei bisogni'. Questa scala è composta di cinque differenti livelli, dai più elementari (necessari alla sopravvivenza dell'individuo) ai più complessi (di carattere sociale). L'individuo si realizza passando per i vari stadi, i quali devono essere soddisfatti in modo progressivo.



Figura 2: La piramide di Maslow
Fonte: www.atlantidesrl.org

Anche la scienza e la medicina si sono lungamente interessate dell'argomento della felicità. Recenti studi, partendo dall'osservazione di alcuni gemelli omozigoti e monozigoti, ipotizzano che la propensione ad essere più o meno felici sia in parte ereditabile (il DNA spiegherebbe il 33% delle variazioni nella felicità percepita dalle persone (De Neve *et al.*, 2010)). Uno dei ricercatori che si è interessato di questo tema (Jan-Emmanuel De Neve, 2010) afferma che tale risultato è causato dal gene che codifica la proteina che trasporta la serotonina attraverso le membrane cellulari. La serotonina, conosciuta anche come l'ormone della felicità, è considerata uno dei fattori responsabili dei cambiamenti di umore, e il modo con cui è trasportata risulta di estrema importanza.

In sintesi, questi studi affermano che la felicità dipende sia dal DNA, sia dall'esperienza personale (passata e presente). In ogni caso, ogni interesse economico, politico e sociale dovrebbe interessarsi principalmente dei fattori esterni, dal momento che sono gli unici che possono venire effettivamente influenzati (Layard, 2003). Un'altra importante osservazione che deve esser fatta ai fini di questo studio, è quella di tener presente che non tutta la realtà può essere compresa e controllata da tali fattori esterni.

METODI DI MISURAZIONE:

Già Aristotele tentò di risolvere l'arcano di cosa voglia dire essere felici e cosa determini la felicità dell'individuo. Egli si concentrò su misure che potessero descrivere l'esperienza di soddisfazione nella vita (piuttosto che domande riguardanti la felicità) poiché affermava che è più semplice vedere il riflesso di una vita bella. Difatti, ancora oggi per quantificare il grado di felicità di una popolazione uno dei metodi più usati è una scala da 1 a 10 per definire quanto si è soddisfatti del proprio stato di vita. Tuttavia, sussistono ancora forti dubbi sull'utilità e sull'affidabilità di questa misura. In primo luogo molti economisti sono sospettosi riguardo qualsiasi tipo di dato soggettivo. Altri economisti affermano che gli individui tendono a ricordare solo i momenti finali di un'esperienza o i momenti di maggior intensità e che le decisioni future si basano appunto su tali ricordi, piuttosto che su una visione di soddisfazione d'insieme (Kahneman *et al.*, 1997). Infine, tale misurazione non tiene in considerazione la personalità dell'individuo; si pensi ad esempio al diverso giudizio che possono dare persone ottimiste o pessimiste della stessa situazione, o alle differenze che possono esistere tra diverse nazioni (King *et al.*, 2003).

Alcuni studiosi suggeriscono che "self-ratings of happiness" sia il riflesso della percezione del breve periodo e di situazioni che sono espressioni dipendenti dall'umore; mentre "self-rating of life satisfaction" appare come una valutazione più stabile ed espressione del lungo periodo (Helliwell e Putnam, 2004).

Ad ogni modo, la scienza e la tecnologia oggi forniscono strumenti che permettono di verificare che i sentimenti riportati dagli individui corrispondano effettivamente alla realtà. Si è scoperto, infatti, che i sentimenti riportati dalle persone derivano da attività di determinate aree del cervello possono essere misurate istante per istante. Sentimenti positivi corrispondono ad attività cerebrali dell'emisfero sinistro della corteccia pre-frontale (tra la fronte e le orecchie); e sentimenti negativi corrispondono ad attività nella stessa zona del cervello, ma nell'emisfero destro (Davidson, 2000). In questo modo è possibile ovviare, almeno in parte, il problema dell'oggettività delle misurazioni sulla felicità.

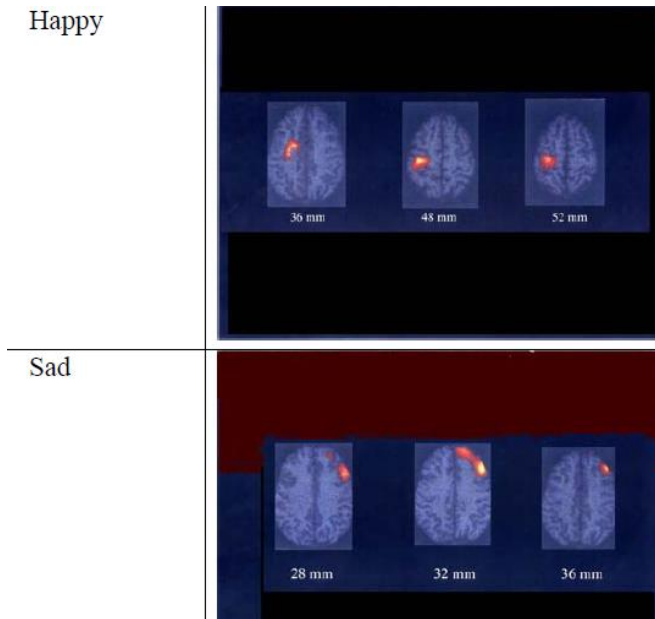


Figura 3: Risposte del cervello a diversi stimoli

Fonte: Layard (2005)

Per concludere questa breve panoramica sulla felicità, possiamo affermare che la sua definizione è ancora largamente dibattuta, eppure un individuo in genere sa riconoscere quando è felice e quando no; questo rende possibile una sua, seppur soggettiva, misurazione (spesso attraverso la domanda se si è soddisfatti della propria vita; tale strumento di misurazione verrà testato nel capitolo dedicato all'analisi dati). Oggigiorno i notevoli passi fatti dalla scienza e dalla tecnologia ci permettono anche di verificare lo stato di felicità di un individuo osservando l'attività delle diverse aree cerebrali.

Particolare interesse è sorto rispetto alle determinanti della felicità a partire dal paradosso di Easterlin (conosciuto anche come Paradosso della felicità): la ricerca analizza il rapporto tra la felicità e la ricchezza di ogni individuo, e i risultati dimostrano che, oltre una certa soglia, esiste un rapporto inversamente proporzionale tra i due valori. Il fatto che, oltre certi valori, la ricchezza non possa determinare la felicità dell'individuo è confermata anche dagli studi di Maslow (Gerarchia dei bisogni). Diversi studi e dibattiti si sono poi susseguiti sulle determinanti della felicità e sul loro diverso peso: fattori interni all'individuo, fattori esterni, propensione ereditaria ad essere più o meno felici.

CAPITALE SOCIALE

Negli ultimi decenni un crescente numero di studiosi si è concentrato sul significato di “capitale sociale” e sulle corrispettive implicazioni economiche, sociali, e politiche. Putnam¹ (2001), in *Bowling Alone*, dimostra come molte delle variabili utilizzate per la misurazione del benessere di un paese siano correlate a diversi indici del capitale sociale.

L’origine del termine capitale sociale è tradizionalmente ricondotta a Bourdieu (1977) che introdusse il termine negli anni ’70 differenziandolo in seguito dal capitale culturale, economico, e simbolico, successivamente il termine venne sviluppato da Coleman (1988).

Esistono diverse definizioni e classificazioni di capitale sociale. Una classificazione ricorrente è tra *livello personale* e *livello collettivo*. Altri studi, invece, (Folland, 2007) affermano che le relazioni individuali sono l’elemento base del capitale sociale, tanto nell’approccio individuale quanto in quello collettivo. Glenn Loury (1977) afferma che il capitale sociale è il naturale risultato dell’interazione tra individui. Infine, Putnam (2001) aggiunge le caratteristiche e le qualità che deve avere questa interazione: “social networks of norms of reciprocity and trustworthiness”.

Solitamente, inoltre, il capitale sociale è caratterizzato da una dimensione *strutturale* e da una *cognitiva*. La dimensione strutturale del capitale sociale riguarda il comportamento dell’individuo come il consumo di beni correlati all’intrattenimento di rapporti sociali, la partecipazione in social networks e in attività di volontariato. Sabatini (2011) misura il capitale sociale strutturale in base alla frequenza degli incontri con gli amici, la frequenza degli incontri con i parenti e la partecipazione ad associazioni di volontariato. Dall’altra parte, la dimensione cognitiva riguarda la percezione dell’individuo, come ad esempio la fiducia nelle persone, la reciprocità, e le credenze condivise. Tale capitale sociale può essere misurato dalla fiducia della popolazione nelle istituzioni quali la polizia, il primo ministro o il sindaco. La letteratura è solita utilizzare la domanda: “In generale, pensi che la maggior parte delle persone siano degne di fiducia?” per quantificare questo parametro.

Sono inoltre comunemente riconosciute le dimensioni di *bonding* (nessi tra persone appartenenti a stati sociali simili), di *bridging* (nessi tra persone appartenenti a diversi stati) e *linking* (rapporti tra persone con diversi livelli di potere).

Tuttavia, secondo Putnam (2001), una netta separazione tra le varie dimensioni non è necessaria e un solo indice di capitale sociale è sufficiente, definito come il risultato dalla combinazione di fiducia, norme, e network. Ad esempio, gli individui si aggregano

¹ Putnam è considerato il primo studioso che propone l’utilizzo del concetto di capitale sociale per usi politico-economici.

volontariamente in diverse associazioni, dove imparano a fidarsi degli altri attraverso ripetute interazioni; imparando a fidarsi delle persone all'interno dell'associazione, gli individui iniziano anche a fidarsi delle persone estranee. La veridicità di tale definizione unitaria è tuttora discussa dai più recenti studi (Bjørnskov, 2006).

Diverse ricerche (Putnam, 2001; Diener & Seligman, 2004) testimoniano come oggi le relazioni alla base del capitale sociale stiano diventando sempre più deboli, con conseguenze negative tanto a livello individuale quanto a livello comunitario. Tale indebolimento è in gran parte correlato ai cambiamenti nello stile di vita della società contemporanea che sempre più impatta negli ambienti in cui il capitale sociale tradizionalmente si sviluppa. Diversi sono i luoghi in cui gli individui intrattengono rapporti: la famiglia, il quartiere di residenza, il luogo di lavoro, etc. Per anni la famiglia, in particolare quando coesa e unita, è stata il luogo privilegiato per intrattenere rapporti duraturi e in grado di dare supporto nella vita quotidiana (Ravanera & Rajulton, 2009). A partire dal secolo scorso, quella che una volta veniva considerata come la "famiglia legale", cioè quella regolarmente costituitasi almeno con un atto civile, non si presenta più come un modello a livello sociale. Infatti abbiamo coppie non sposate che vivono sotto lo stesso tetto, anche con figli; coppie che si sono separate e poi alle volte risposate e quindi hanno costituito un nuovo nucleo familiare, etc. A tutte queste numerose problematiche si aggiungono quelle interne a ogni singola famiglia. Oggi, di fatto, i "tradizionali" momenti di riunione della famiglia, ad esempio in occasione dei pasti principali della giornata, tendono a non esistere più, poiché gli orari di lavoro, e delle attività in genere, di ciascun componente del nucleo familiare sono diversi. Molte ricerche, inoltre, rilevano l'importanza del quartiere e del vicinato come luogo di incontro e come fonte di capitale sociale generato dall'accesso a risorse dovute a rapporti tra persone in una socievole, ben congiunta e connessa comunità (Mohnen *et al.*, 2012).

Le differenze tra le varie definizioni riportate sopra evidenziano la mancanza di consenso tra i teorici riguardo al concetto e al possesso del capitale sociale.

METODI DI MISURAZIONE:

L'eterogeneità della definizione di capitale sociale conduce a un secondo problema riguardante il capitale sociale, e cioè la sua misurazione. Sia che si adotti una definizione di capitale sociale estesa, sia una più ristretta, la maggior parte delle ricerche analizzate pone l'accento sulla difficoltà che si riscontra nel tentare di misurare oggettivamente il livello di capitale sociale. D'Hombres *et al.* (2010) suggeriscono tre principali indicatori del capitale

sociale: il livello individuale di fiducia, la partecipazione in organizzazioni locali (sport, arte, musica, chiese, associazioni femminili, etc.), e il livello di isolamento. Folland (2007) estende tale categorizzazione a una più ampia gamma di misurazioni che influenzano e determinano il livello di capitale sociale, tra cui la frequenza con cui ci si reca a incontri di associazioni, la partecipazione a progetti comunitari o ad attività di volontariato, e la fiducia nelle persone.

In sintesi, il capitale sociale può essere sintetizzato come il naturale risultato dell'interazione tra individui. Molti studiosi hanno cercato di definire e soprattutto di classificare il capitale sociale in diverse componenti: livello personale e livello collettivo, dimensione strutturale o cognitiva, dimensioni di bonding, di bridging, di linking. Tuttavia altri influenti autori (ad esempio Putnam) affermano che una separazione non è necessaria in quanto i diversi livelli nella pratica si sovrappongono. Grandi cambiamenti si riscontrano oggi nelle relazioni che sono alla base del capitale sociale, come la famiglia e i rapporti con il vicinato.

Misurare il capitale sociale in modo diretto è particolarmente complicato in quanto soggetto a forti distorsioni soggettive; vengono dunque frequentemente utilizzate come indici di misurazione la frequenza degli incontri con gli amici/parenti, la partecipazione ad associazioni di volontariato, la fiducia nelle altre persone o nelle istituzioni.

SALUTE

Come per le definizioni di felicità e di capitale sociale, anche quella di “salute” non è chiara e totalmente condivisa nella letteratura. Platone e Aristotele affermarono che in qualche modo l'espressione “un buon uomo” (con riferimento alla morale), si può paragonare alla parola “un uomo sano”. Quando pensiamo a una persona in salute, abbiamo in mente qualcuno che non sta soffrendo di nessuna identificabile e seria malattia. Il professor Boorse (1977) suggerisce che un organismo è sano in un determinato momento nella proporzione in cui non è ammalato; malattia è un tipo di stato interno dell'organismo che:

- a) Interferisce con il compimento di qualche funzione che, per natura, si può compiere a una determinata età.
- b) È atipica per quella determinata specie di organismo o, se tipica, è dovuta a cause ambientali.

A partire dalla seconda metà del ventesimo secolo, comunque, per la maggior parte delle popolazioni mondiali il problema della salute è sensibilmente cambiato: non si tratta più solamente di essere minacciati da una morte precoce o da una qualche malattia. Il fatto che le malattie croniche si presentino sempre più insidiose, spesso più di una contemporaneamente, e con un periodo di latenza più lungo, fa sorgere un nuovo tipo di problema della salute. Nasce così l'idea di quella che viene definita 'salute positiva', ossia uno stato di salute dell'individuo non solo libero da malattie, ma di benessere superiore alla norma.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) definisce la salute come "uno stato fisico, mentale, e di benessere sociale, non solamente l'assenza di malattie o infermità" (1948). Una delle più importanti intuizioni di tale definizione è stata quella di includere la salute mentale. L'accettazione dell'idea di malattia mentale ha iniziato ad essere particolarmente accettata quando le persone hanno iniziato ad essere più ottimiste rispetto alla possibilità di curare tali malattie, perché si pensava di essere sulla buona strada per trovarne la loro causa. L'indice di salute mentale rispetto all'età sembra rappresentare una distribuzione a forma di U: minor sanità tra i giovani e gli anziani, rispetto alle persone adulte. Inserendo il benessere sociale nella definizione proposta dalla WHO, sembra plausibile considerare la felicità dell'uomo da un punto di vista medico. Infine, il benessere sociale viene definito come il grado con cui un individuo è un membro "funzionale" della sua comunità: occupazione lavorativa, stato matrimoniale, socializzazione, etc.

Ad ogni modo, almeno intuitivamente, ognuno è in grado di dire cosa sia la salute partendo dal paragone esperienziale di stato di malattia. In altre parole, anche se non si è in grado di definire la salute in modo positivo, si è di certo in grado di dire quando si è indisposti, paragonando lo stato attuale con lo stato precedente che non presentava queste condizioni. Quindi si può parlare di malattia come una deviazione dalla norma, anche se non è possibile specificare con chiarezza cosa si intenda per 'norma'. Tuttavia anche questo approccio presenta alcuni problemi: in primo luogo, è documentato da diverse fonti che quello che può essere considerato uno stato di malattia in una determinata cultura, può non essere considerato allo stesso modo in un'altra cultura; stesso problema si pone con la percezione di dolore e sofferenza che varia da persona a persona. Inoltre, può essere variamente discusso quanto grande debba essere una deviazione da un'indeterminata norma prima che si possa parlare di malattia (Callahan, 1973).

È evidente che la salute, in media, è migliore tra i giovani e peggiora con l'età. Interessante, ancora una volta, è l'influenza del reddito sulla salute. Similmente al Paradosso di Easterlin, dove il livello di ricchezza di uno Stato ha maggiori implicazioni sulla felicità nei paesi con

un basso livello di ricchezza, la *Curva di Preston* mostra come il reddito influisca maggiormente sulla salute e sulla longevità in quei paesi con un basso reddito. In altre parole, solo coloro con un livello di reddito considerato inadeguato hanno evidenti segni di povera salute, mentre la differenza nel livello di salute non è così evidente tra gli individui che hanno un adeguato livello di ricchezza.

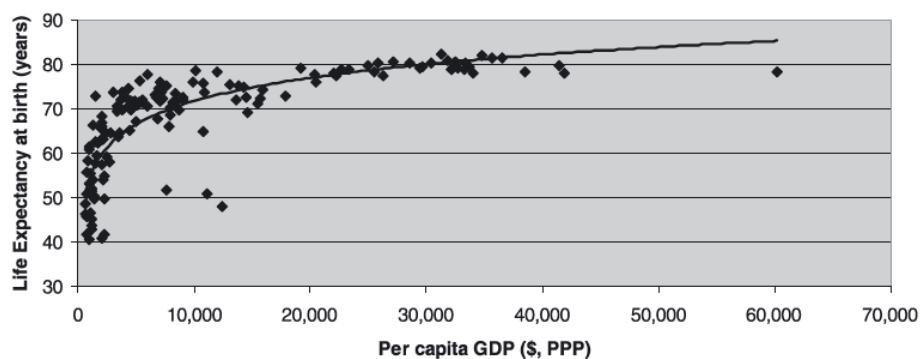


Figura 4: Aspettativa di vita e PIL pro capite nel 2005 (140 Paesi)

Fonte: Borghesi, Vercelli (2012)

The *Global Burden of Disease Study 2010* è uno studio utile per capire lo stato in cui si trova la sanità mondiale. Sebbene nel 2010 ci siano stati 52,8 milioni di morti, si sta verificando un netto miglioramento nella salute della popolazione. L'aspettativa di vita, tanto per le donne quanto per gli uomini, sta aumentando (un'alta percentuale dei morti è di persone oltre i settanta anni, e sempre meno bambini muoiono prima dei cinque anni). *The Global Burden of Disease Study* del 1990 mette in luce la crescente rilevanza delle malattie non-comunicabili, specialmente le malattie mentali.

METODI DI MISURAZIONE:

Evidentemente per definire il livello di salute di un individuo si possono usare una moltitudine di misurazioni: come per la felicità si possono individuare misurazioni soggettive e oggettive, allo stesso modo per la salute sono utilizzati indici soggettivi e oggettivi.

Uno dei metodi più comunemente usati per definire il livello di salute soggettivo è quello di chiedere a ciascun individuo del campione quanto si consideri in salute. Uno dei limiti di questi dati è che si sono riscontrate sostanziali differenze determinate dalla cultura degli intervistati (D'Hombres *et al.*, 2010). Ad esempio in alcuni paesi il consumo di bevande alcoliche è più diffuso che in altri (si pensi ad esempio alla differenza tra i paesi occidentali rispetto a quelli di religione prevalentemente musulmana), dunque quello che potrebbe essere considerato un livello di alcol nel sangue normale in una certa cultura, in un'altra potrebbe

esser già classificato come stato se non altro di ebrezza. Inoltre l'accesso e la presenza dei servizi sanitari influenza il livello di salute percepito.

Nell'*Alameda Country Human Population Laboratory*, la salute è considerata una variabile multidimensionale, uno spettro con tre assi: fisico, mentale, e benessere sociale (rifacendosi alla definizione WHO). Ogni persona può essere classificata ponendola in un particolare punto di ciascun asse dello spettro. La posizione in cui si trova ogni persona indica il suo livello di salute. Ovviamente la selezione di questi tre aspetti della salute e dei precisi criteri per collocare un individuo nello spettro sono in parte influenzati da valori culturali (Breslow, 1972).

Riassumendo, le definizioni più recenti del concetto di salute tendono ad unire la salute fisica, quella mentale, e il benessere sociale. Queste tre componenti sembrano poter determinare un uomo in salute, ossia un membro "funzionale" all'interno della sua comunità. Seguendo tale definizione, la salute è considerata una variabile multidimensionale, e la sua misurazione può avvenire attraverso uno spettro a tre assi su cui viene "posizionato" l'individuo. Questo metro di misurazione permette di evitare alcuni dei problemi che si pongono con le misurazioni soggettive della salute.

Come visto per la felicità, anche nei confronti della salute il reddito sembra avere un ruolo particolare, descritto dalla Curva di Preston: il reddito influisce maggiormente sulla salute e sulla longevità in quei paesi con un basso reddito.

Negli ultimi decenni sicuramente si è andato incontro a un netto miglioramento nelle condizioni di salute della popolazione mondiale. Tuttavia il sempre maggior impatto delle malattie croniche sulla popolazione (che spesso si presentano in modo combinato, e con lunghi periodi di latenza) pone le basi per un nuovo concetto di salute positiva, ossia di individui che sperimentano un benessere superiore alla norma.

Capitolo II: LE RELAZIONI TRA LE VARIABILI

CAPITALE SOCIALE & SALUTE

La relazione tra la rete di rapporti sociali e la salute di un individuo fu analizzata per la prima volta nel 1987, quando Emile Durkheim documentò la relazione tra il tasso di suicidi e il livello di integrazione sociale di una società. Lo studio sulla relazione tra relazioni sociali e salute fu in seguito arricchito da nuove ricerche basate su quello che viene definito ‘supporto sociale’, termine usato inizialmente nella letteratura psichiatrica. A partire dallo studio di Durkheim, da oltre un secolo diverse ricerche hanno cercato di dimostrare come gli individui con più alti livelli di integrazione, rapporti, e supporto sociale abbiano una miglior salute (tra questi Berkman e Syme, 1979; Lasker, Egolf, e Wolf, 1994; Pennix *et al.*, 1997). Ricerche più recenti riportano come negli Stati americani con un basso livello di capitale sociale sia più alto il tasso di mortalità e peggiore il livello di salute complessivo (Kawaka *et al.*, citati in D’Hombres *et al.*, 2010). Un tipico esempio di questa relazione positiva è Roseto, in Pennsylvania (US), una piccola città fondata da un gruppo di Italiani immigrati da Roseto Valforte (ITA). Questo esempio ha attratto l’attenzione degli epistemologi fin dagli anni ’50 perché i suoi abitanti erano caratterizzati da migliori tassi di salute rispetto agli altri paesi americani con caratteristiche economiche e demografiche simili. L’unica anomalia riscontrata dai ricercatori è stata che gli abitanti italiani avevano cercato di mantenere la cultura e lo stile di vita originari, caratterizzati da una maggior vita sociale. Tali positive anomalie della salute scomparirono tra gli anni ’60 e ’70 quando lo stile di vita degli abitanti di Roseto divenne simile allo stile di vita americano. Osservando tale caso, gli epistemologi ipotizzarono una correlazione positiva e statisticamente significativa tra la salute e il capitale sociale.

Come accennato nella sezione dedicata al capitale sociale, D’Hombres *et al.* (2010) propongono tre indicatori per la misurazione del capitale: il livello di fiducia individuale, l’isolamento, e la partecipazione nelle organizzazioni locali. Molte delle ricerche sulla relazione tra capitale sociale e salute individuale preferiscono valutare separatamente l’impatto di ciascuna componente del capitale sociale sul benessere individuale, rilevando che considerare i rapporti sociali con un’unica variabile conduca a una eccessiva semplificazione. In altre parole, il livello del capitale sociale misurato al tempo (t-1) è positivamente associato

al livello di salute che un individuo percepisce al tempo (t), anche dopo esser stato aggiustato delle altre conosciute determinanti della salute al tempo (t-1) (Giordano *et al.*, 2012).

Nel loro studio, D'Hombres *et al.* (2010) rilevano che l'aver fiducia nelle persone è positivamente e significativamente correlato alla salute individuale e che l'isolamento è negativamente e significativamente correlato alla salute. Dall'altra parte, invece, l'appartenenza a un'associazione non sembra essere significativamente correlato alla salute percepita dall'individuo. Al contrario, altri studi (ad esempio Giordano e Lindstrom, 2010) suggeriscono che la fiducia nelle persone e la partecipazione sociale hanno un'alta e significativa associazione con le differenze riscontrate sui livelli di salute personale percepita nel tempo, mentre la maggior parte degli altri indicatori del capitale sociale sono generalmente insignificanti.

Bisogna inoltre ricordare che spesso è presente anche una relazione inversa, ossia che il benessere sociale facilita l'incremento di capitale sociale attraverso la partecipazione ad attività sociali o la generale fiducia nelle persone. Le persone affette da malattie fisiche possono esser costrette a rimanere a casa e non poter partecipare a quelle attività che facilitano la creazione e lo sviluppo del capitale sociale, o esser talmente debilitate da non poter stringere rapporti con altre persone. Anche le malattie mentali possono non permettere (o rendere più difficile) lo sviluppo del capitale sociale, o addirittura escludere il soggetto dalla vita sociale della comunità (anche se questa discriminazione al giorno d'oggi è sensibilmente stata ridotta grazie a nuove cure e a campagne di informazione e di sensibilizzazione).

Esistono molteplici vie attraverso cui il capitale sociale può avere conseguenze sul benessere; riassumendo la letteratura analizzata, possiamo individuare tre principali canali:

1. Influenza sui comportamenti salutari (fumo, alcol, attività fisica)
2. Influenza sociale
3. Influenza biologico-medica

COMPORAMNETI SALUTARI

Mohonen *et al.* (2012) hanno condotto una ricerca che li porta a concludere che la quantità e la qualità delle relazioni sociali nei quartieri (la loro ricerca si focalizza sui quartieri olandesi) impatta sulle abitudini e sulle attitudini dei fumatori, sul consumo di bevande alcoliche e sulla frequenza di attività fisica negli adulti e nei bambini. La spiegazione che Mohonen *et al.* (2012) danno a tali relazioni è che se gli individui vivono vicini tra loro e, in particolare, se

sono fortemente connessi socialmente, è più facile che essi osservino i comportamenti dei vicini e che si copino a vicenda. Tuttavia, ci viene da dire, tale tesi è un'arma a doppio taglio: sebbene le loro conclusioni siano consolidate e supportate da molteplici altre ricerche, altri studi affermano che le correlazioni non sono sempre positive o sempre negative, ma che debbano esser fatte ulteriori specificazioni che evitino un'eccessiva generalizzazione. Certo gli individui sono per natura spinti a copiare le buone abitudini dei vicini, ma allo stesso tempo possono essere portate a copiare anche le cattive abitudini, se queste vengono viste come fonte di un beneficio (che potrebbe essere diverso e/o opposto a quello della salute).

Una comunità ben connessa potrebbe disapprovare il fumo; in tal modo, per la teoria della diffusione delle innovazioni (Lindström, 2003), i fumatori abituali potrebbero essere considerati una 'piaga sociale' e questo potrebbe indurli a smettere di fumare. Lindström (2003) afferma che l'essere fumatori abituali è significativamente e positivamente associato con la mancanza di rapporti sociali e con scarsi livelli di partecipazione sociale; la scarsità di rapporti può essere uno dei motivi che inducono a iniziare a fumare o che diminuiscono la tendenza a smettere di fumare, se il fumo viene considerato un possibile sostituto dei rapporti sociali. Dall'altra parte, lo smettere di fumare e l'essere fumatori occasionali sono significativamente e positivamente associati ad alti livelli di capitale sociale: è esperienza comune che spesso stando insieme si fumi, anche se non si è fumatori abituali.

In secondo luogo, società coese potrebbero essere più portate a denunciare il consumo di bevande alcoliche da parte dei minorenni, spinti dal desiderio di partecipare all'educazione e alla crescita dei figli dei propri vicini (Mohnen *et al.*, 2012). Tuttavia, nello stesso studio gli autori sottolineano come una società con numerose relazioni sociali crei maggiori opportunità di aggregazione e che spesso grandi quantità di alcol vengono consumate proprio in gruppo. Una ricerca del 2005 (Weitzman e Chen) suggerisce che gli studenti che frequentano scuole in cui i rapporti e la partecipazione a società sono elevati, sono meno soggetti all'abuso di alcol e ai suoi effetti secondari: un quarto d'ora trascorso svolgendo attività di volontariato all'interno del campus diminuisce l'abuso di alcol dell'11%, in particolare modificandone il consumo. È ipotizzabile che alti livelli di capitale sociale nelle scuole creino luoghi salutarci dove c'è minor necessità psicologica di bere. Un'altra ricerca stabilisce che gli individui socialmente isolati tendono a bere 15 grammi in più di alcol al giorno rispetto agli individui ben integrati (Kawachi *et al.*, 1996).

È stato infine dimostrato che alti livelli di capitale sociale aumentano in modo significativo la probabilità che un individuo pratichi attività fisica (Mohnen *et al.*, 2012). Da una parte le persone sono spinte a praticare attività fisica dal momento in cui sentono parlare amici, parenti o perfetti sconosciuti dei benefici ottenuti; dall'altra parte è esperienza comune che andare in palestra insieme ad un amico è molto più desiderabile che andarci da soli. Tuttavia è anche possibile che la relazione sia inversa, ossia che persone che praticano attività fisica in modo regolare (andare a correre nel parco, portare i bambini a giocare all'aria aperta, frequentare palestre, etc...) abbiano maggiori opportunità di stringere rapporti sociali rispetto a persone sedentarie.

INFLUENZA SOCIALE

Un elevato numero di rapporti sociali, alti livelli di fiducia nelle persone, e una frequente partecipazione ad associazioni facilita la trasmissione di informazioni correlate alla salute fisica (Nauenberg *et al.*, 2011), come per esempio l'esistenza di determinati farmaci o determinate cure, o i pericoli correlati al consumo di alcol, fumo, o droghe. È stato documentato come gli uomini americani socialmente isolati siano più restii a tenere sotto controllo la pressione, ad eseguire agli esami del sangue (in particolare al controllo del tasso di colesterolo), e a sottoporsi periodicamente a visite mediche di controllo (Kawachi *et al.*, 1996) (Tabella 2).

La diffusione di informazioni permette tanto la prevenzione quanto un adeguato trattamento di determinate malattie.

<i>Risk factor</i>	<i>Berkman-Syme social network index</i>			
	<i>IV (high)</i>	<i>III</i>	<i>II</i>	<i>I (low)</i>
No (%)	16 807 (51·5)	6 216 (19·1)	7 706 (23·6)	1 895 (5·8)
Smoking (%)	7·3	9·1	9·5	12·1
Hypertension (%)	19·1	20·4	20·5	20·1
Diabetes (%)	2·7	2·5	2·8	2·8
High cholesterol (%)	16·8	18·0	17·4	16·4
Body mass index (kg/m ²)	25·1	25·0	24·9	24·9
Parental history of MI before age 60 (%)	11·7	12·5	13·1	12·0
Alcohol intake >15 g/d (%)	11·4	16·0	17·0	19·6
Physical activity (MET-h/week)	20·0	19·5	19·5	20·1
Blood pressure check in in past 2 years (%)	86·2	83·2	82·7	79·3
Cholesterol check in past 2 years (%)	70·4	68·6	65·8	62·1
Screening physical exam in past 2 years (%)	66·8	64·0	60·3	57·1

Tabella 2: Distribuzione dei fattori di rischio in relazione al livello di capitale sociale (level I = basso capitale sociale; level IV = alto capitale sociale)

Fonte: Kawachi *et al.* (1996)

In secondo luogo, il capitale sociale facilita l'accesso a strutture e a servizi di supporto, che supportano la guarigione, la convalescenza, e il ritorno alla vita quotidiana del paziente e dei familiari dopo importanti malattie (Kawachi *et al.*, 1996). Secondo Mechanic (1986), la

decisione di cercare cure mediche è in gran parte determinata da bisogni che hanno origine in fattori sociali e culturali. Tale risultato, tuttavia, può anche condurre alla riduzione di ricerca di cure mediche e di informazioni se questa è la propensione nell'ambiente in cui l'individuo intrattiene rapporti sociali; è questo il caso, ad esempio, di alcune tribù africane in cui il ricorso alla magia o alle cure tramandate da generazioni non rendono possibile l'introduzione e l'accettazione delle cure più all'avanguardia (questa difficoltà si è presentata, e in alcune aree ancora si presenta, con le cure contro l'AIDS).

Inoltre queste strutture che accompagnano il malato e la sua famiglia nel percorso, a volte lungo e faticoso, verso la guarigione, la convalescenza, e il ritorno alla vita quotidiana del paziente, in genere costituiscono un essenziale servizio di supporto morale e finanziario. Ad esempio, persone sole possono non essere in grado di assicurare la salute a fronte di improvvise riduzioni del reddito (D'Hombres *et al.*, 2010); non di rado, purtroppo, in seguito a gravi incidenti e malattie, le persone sono costrette ad abbandonare il lavoro, tale shock può essere superato solo con un adeguato supporto tanto da parte di amici e parenti, quanto dalle istituzioni.

Infine, per quanto riguarda l'accesso a cure mediche, il capitale sociale è uno degli elementi che aumenta tanto la probabilità quanto l'impatto "*dell'accountability mechanism*" (Hendryx *et al.*, 2002). Le community accounabilities sono le strutture e i processi che vengono usati per fare in modo che il sistema sanitario sia adeguato agli standard di comportamento locale, ai valori condivisi, e agli obiettivi della comunità. Questo meccanismo può essere formale, come ad esempio coalizioni e collaborazioni tra strutture sanitarie, accordi contrattuali, o altre strutture legali, o informali (come ad esempio la diffusione di una certa cultura al benessere). Ovviamente nel caso in cui ci sia uno scarso senso di appartenenza a una comunità e ci siano scarsi valori condivisi è più difficile mettere in moto tale meccanismo in quanto non ci sono degli standard locali su cui basarsi. Uno dei principali meriti di questo sistema è quello di garantire l'accesso alle cure mediche anche alla popolazione più vulnerabile; le iniziative per proteggere l'accesso alle cure sono infatti pensate in modo che le strutture assicurino alta qualità del servizio per tutti i segmenti della popolazione.

Alcune ricerche (ad esempio Giordano e Lindstrom, 2010) sottolineano come il canale dell'influenza sociale sia supportato non tanto dal capitale sociale in generale, ma piuttosto dalla partecipazione sociale. L'esperienza comune, ad ogni modo, porta a considerare il fatto che la fiducia nelle persone non possa esser considerata meno importante nella trasmissione di informazioni e consigli che riguardano la salute personale (D'Hombres *et al.*, 2010): senza che ci si fidi di chi ci trasmette le informazioni, infatti, queste non vengono prese in

considerazione e non si trasformano in corrispondenti attività che possono avere conseguenze benefiche sulla salute.

Due principali spiegazioni possono essere date alla correlazione positiva tra salute e capitale sociale attraverso il canale sociale.

In primo luogo, il capitale sociale (fiducia tra i cittadini, reciprocità, e impegno civile) può migliorare tanto la funzionalità quanto l'efficienza delle istituzioni sanitarie (Putnam, 1993). Norme reciproche abbassano i costi di transazione, facilitano la cooperazione, e bilanciano l'interesse personale con la solidarietà. Rapporti di impegno civile aumentano i costi correlati alla trasgressione, perché tutti gli altri individui ne vengono facilmente a conoscenza, la comunicazione è facilitata e aumenta il flusso di informazioni (Hendryx *et al.*, 2002).

In secondo luogo, sembra proprio che la fiducia verticale (viene così definita in molti articoli accademici la fiducia nelle istituzioni) sia alla base di ogni performance del sistema sanitario in quanto è ciò che permette di gestire l'asimmetria informativa che è insita nel rapporto tra medico e paziente (Mohseni e Lindstrom, 2007). L'asimmetria informativa è una condizione in cui un'informazione non è condivisa integralmente fra gli individui facenti parte del processo economico, dunque una parte degli agenti interessati ha maggiori informazioni rispetto al resto dei partecipanti e può trarre un vantaggio da questa configurazione. Nell'ambiente sanitario, al paziente (il consumatore) mancano informazioni tanto a riguardo delle misure preventive e disagnostico-terapeutiche che è necessario adottare (dunque *ex ante*), tanto a riguardo degli esiti delle prestazioni sanitarie ricevute (*ex post*). Non avendo a disposizione le informazioni necessarie a consentirgli di valutare autonomamente il trattamento sanitario necessario e la sua eventuale/probabile efficacia, in certi casi il paziente non avverte neanche il bisogno sanitario. Tutte queste conoscenze, invece, le possiede il medico (che rappresenta in molti casi anche il fornitore del servizio), che si trova quindi in una posizione di vantaggio informativo. In sanità le scelte individuali vengono formulate principalmente considerando le indicazioni di un esperto (il medico) alle quali si può aderire in maniera più o meno accentuata in base al livello di fiducia che si ha nei suoi confronti. In questo modo si instaura tra le due parti un "contratto" di agenzia. Un contratto di agenzia sorge allorché il paziente (definito *Principale*) affida al medico (*Agente*) il compito di raggiungere, in suo nome e per suo conto, determinati obiettivi che lui non è in grado di perseguire in proprio a causa dell'insufficienza delle informazioni a sua disposizione. Ad ogni modo, è difficile che si instauri un rapporto di agenzia perfetto, in quanto il medico spesso ha obiettivi confliggenti con quelli del consumatore (ad esempio il reddito, il prestigio professionale, e la minimizzazione dei rischi di responsabilità civile o penale). La fiducia è

essenziale per un buon rapporto tra il paziente e il medico (che personifica il sistema sanitario) perché il malato è generalmente ignorante nella materia, e tale fiducia deve essere tanto maggiore quanto maggiore è la gravità della patologia. Inoltre, la fiducia nel sistema sanitario è presupposto essenziale della ricerca di informazioni (Mohseni & Lindstrom, 2007). Bisogna aggiungere che tale asimmetria può mutare con l'aumento delle informazioni e quindi della capacità di autodiagnosi oltre che a una capacità di confronto del paziente che crea concorrenza per comparazione. Benché le scelte finali di consumo siano fortemente mediate dai medici, gli individui tendono sempre più a formarsi attivamente delle proprie convinzioni riguardo ai modi con cui migliorare o mantenere la propria salute, soprattutto nei paesi in cui i servizi sanitari sono più evoluti. Il capitale sociale risulta, dunque, essenziale per la riduzione dei rischi correlati all'asimmetria informativa e per l'efficace funzionamento del servizio sanitario in un Paese.

Il canale appena descritto, che correla il capitale sociale alla salute dell'individuo, spesso è descritto attraverso la prospettiva dei neo-materialisti (Giordano e Lindstrom, 2010; Verhaeghe e Tampubolon, 2012). Questa corrente di pensiero afferma che le disparità nella salute delle persone sono determinate esclusivamente da differenze nell'accesso alle risorse materiali quali i soldi, il cibo, l'acqua potabile, case sicure, medicine, cure, etc., e da esposizione a fattori stressanti quali la perdita del lavoro o il ritardo nel pagamento dei debiti. Tuttavia, uno studio condotto tra la popolazione inglese (Marmot *et al.*, 1997) dimostra che anche tra le persone che hanno simile accesso alle risorse individuate dai neo-materialisti, esistono sostanziali differenze nel benessere fisico percepito. Una possibile spiegazione può essere trovata nell'applicazione delle ipotesi di Wilkinson (1996, 1999) sulle differenze nel reddito, stress, e conseguenze sulla salute (analizzate nel dettaglio nei prossimi paragrafi).

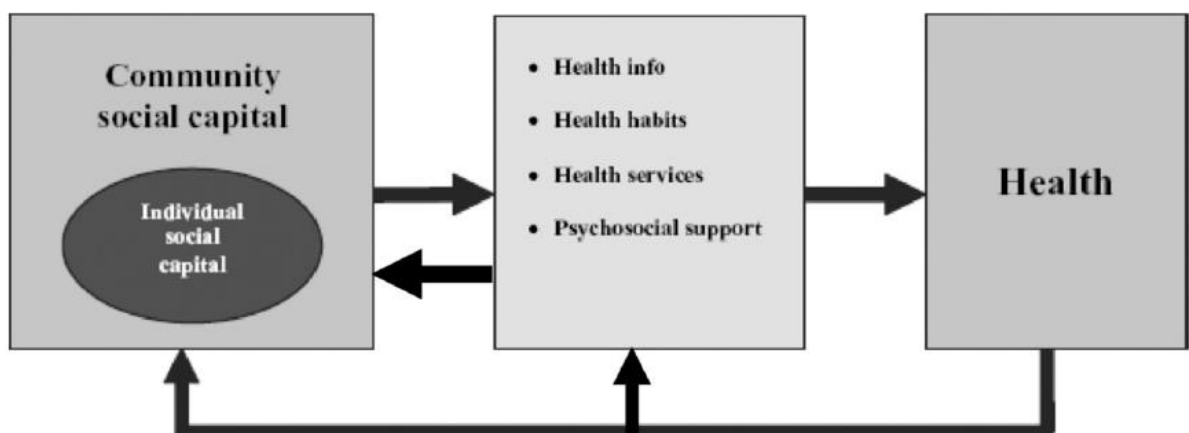


Figura 5: Meccanismo che correla il capitale sociale e la salute dell'individuo (primi due canali)

Fonte: Nauenberg *et al.* (2011)

INFLUENZA BIOLOGICO-MEDICA

L'ultimo canale che ci permette di spiegare la correlazione che è stata osservata tra capitale sociale e salute individuale è attraverso una vera e propria influenza biologico-medica.

Innanzitutto è stato sperimentato che il sentirsi parte di una comunità o di un gruppo può abbassare la pressione sanguigna, diminuire la probabilità di riscontrare malattie cardiovascolari, e ridurre la predisposizione a incorrere in malattie infettive (Mohnen *et al.*, 2012). Cassel (1976) ha scoperto come la presenza di un membro della stessa specie sia in grado di moderare l'impatto che situazioni di stress hanno sull'ulcera, sull'ipertensione, e sulla nevrosi, rispettivamente dei ratti, dei topi, e sulle capre.

Diversi studi ipotizzano che l'impatto che il capitale sociale ha sull'organismo possa addirittura influire sulla probabilità di morte precoce: gli individui socialmente isolati hanno un rischio totale di morte superiore dell'1,5 rispetto a quelli con maggiori rapporti sociali; il rischio di morire per ictus è di 1,31 tra gli individui con il più alto tasso di capitale sociale, di 6,59 tra quelli con più basso livello di rapporti sociali (Kawachi *et al.*, 1996); variazioni nel livello di fiducia generale spigano il 58% della variazione della mortalità totale (Kawachi *et al.*, 1997).

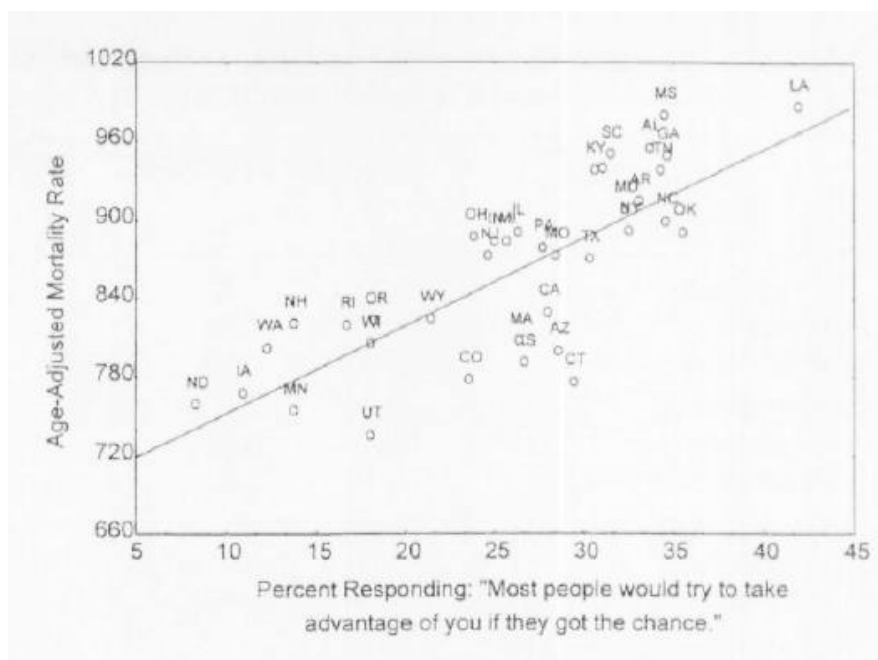


Figura 6: La relazione tra il tasso di mortalità (aggiustato per l'età) e la mancanza di fiducia sociale

Fonte: Kawachi *et al.* (1997)

Tali risultati sono tuttavia ancora oggetto di forti dibattiti in campo medico; Kawachi *et al.*, (1996), ad esempio, affermano che non si riscontra una generale maggior predisposizione a malattie negli individui con minor capitale sociale, ma che tale relazione è solo correlata a un maggior rischio di suicidio e di morte per malattie cardiovascolari. È invece sostenibile che le relazioni sociali aumentino la probabilità di sopravvivenza in seguito a malattie arterio-coronarie, ma non che aumentino la probabilità di riscontrare la malattia; tale ipotesi è supportata da uno studio sulle morti improvvise (entro un'ora) correlate al cuore, le quali non sembrano essere influenzate dal livello di relazioni sociali che l'individuo aveva dichiarato (Kawachi *et al.*, 1996).

In secondo luogo, Wilkinson (1996) ipotizza che il livello di fiducia nelle persone sia fortemente correlato ai livelli di stress e ansia percepiti. La relazione tra depressione ed eccessivi livelli di cortisolo nel sangue furono descritti più di cinquant'anni fa. Lo stress è uno dei molti fattori che spingono l'ipotalamo a stimolare l'ipofisi, la quale a sua volta agisce sulla produzione di cortisolo del surrene. Il cortisolo produce un'ampia varietà di effetti centrali e periferici tra cui la regolazione del ciclo sonno-veglia e dell'appetito, la capacità di far fronte a situazioni di stress, l'attivazione dei processi di apprendimento e di memoria.

IMPLICAZIONI

La relazione documentata nei paragrafi precedenti ha tre principali implicazioni politico-economiche:

1. È essenziale che, tanto a livello individuale quanto a livello comunitario, siano adottate misure a supporto della fiducia, della partecipazione sociale, e dei rapporti inter-personali.
2. Devono essere adottate politiche che garantiscano maggiore assistenza sanitaria a supporto delle persone che presentano uno svantaggioso capitale sociale.
3. Gli individui svantaggiati devono essere educati ad ottimizzare il loro limitato capitale sociale per il loro benessere individuale.

Riassumendo i risultati principali che si possono trarre dall'analisi appena condotta, risulta che una certa relazione tra capitale sociale e salute sia stata documentata già a partire dal 1987. Il capitale sociale influenza la salute della persona attraverso tre principali canali: favorisce comportamenti salutari (come la riduzione del fumo o dell'abuso di alcol, o ancora l'aumento dell'attività fisica); attraverso canali sociali, ossia favorendo lo scambio di informazioni su cure e prevenzione, creando maggior supporto sociale ai malati e alle loro

famiglie, e facilitando l'accesso alle strutture di cura e di sostegno; e infine attraverso un vero e proprio canale biologico-medico (pressione sanguigna, malattie arterio-coronarie, malattie infettive, fino a esser correlate con una riduzione della probabilità di morte). Tuttavia sull'effettivo impatto del capitale sociale sulla salute esistono ancora diversi punti oscuri e sembra che si possa affermare che le conseguenze sono diverse a seconda di quale componente del capitale sociale si consideri: la fiducia agisce in particolare attraverso il canale sociale, il vicinato o la famiglia hanno maggiore impatto sui comportamenti, etc.

È inoltre presumibile che esista anche una relazione inversa, ossia che la salute dell'individuo influisca sul livello del capitale sociale.

Considerate tutte le obiezioni che sono state fatte (e che tuttora esistono) su tale rapporto, sembra innegabile una relazione doppia tra le due variabili.

FELICITA' & SALUTE

Evidenze empiriche dimostrano come il livello di felicità riportato dagli individui dipenda fortemente dallo stato di salute percepito: un improvviso shock dello stato di salute, come può essere una seria malattia o una disabilità permanente, ha effetti negativi e spesso duraturi o permanenti sulla felicità. Allo stesso tempo, la felicità influenza lo stato di salute degli individui: le persone che si sentono felici dimostrano una miglior salute, mentre l'infelicità deteriora il loro benessere riducendo le difese immunitarie e dando origine a malattie psicosomatiche che possono condurre alla depressione e, nei casi più estremi, anche al suicidio. Sembra dunque esserci una casualità in entrambe le direzioni.

FELICITA' => SALUTE

Gli individui che presentano un più alto tasso di felicità in genere presentano un miglior sistema immunitario e una più bassa produzione di cortisolo causato dallo stress; il cortisolo, infatti, viene sintetizzato su stimolazione dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH), spesso associato allo stress, prodotto dall'ipofisi (vedere anche il paragrafo capitale sociale-salute). Il cortisolo viene anche detto "ormone dello stress" perché l'organismo ne produce una quantità maggiore in risposta a situazioni di allerta. Il cortisolo è una misura d'emergenza del corpo, atta a garantire il più efficace funzionamento degli organi in condizioni critiche e in cui si richiede una risposta veloce. Un quadro psichico-medico caratterizzato da ansia e depressione (a livelli più o meno importanti) fa sì che la produzione di cortisolo si innalzi per far fronte

alla carenza degli specifici ormoni deputati al benessere psico-fisico. Questa soluzione di emergenza, seppur necessaria per la sopravvivenza delle cellule neuronali, crea nel lungo periodo un effetto di tossicità, distruggendo le catene della serotonina e dell'epinefrina, due sostanze deputate a mantenere il buonumore e l'equilibrio psichico.

Un eccesso di cortisolo può avere molte conseguenze negative: inibisce la sintesi di DNA, RNA, proteine, GH (ormone della crescita, molto importante per un adeguato sviluppo muscolo-scheletrico), testosterone, aumenta la concentrazione sanguigna di sodio, diminuisce quella di potassio, catabolizza la massa cutanea, muscolare, ossea e quella delle mucose gastro-enteriche.

Diversi studi supportano la tesi che le persone più felici siano, in media, più sane. È stato osservato, per esempio, che se viene somministrato il virus dell'influenza a due gruppi di persone, uno dei quali sottoposto a stimoli positivi, e l'altro a stimoli negativi, quello con una maggior attività dell'emisfero sinistro del cervello (indicatore di felicità) è meno soggetto a riscontrare la malattia (Layard, 2003). Difatti, lo stress psicologico altera la produzione di anticorpi sia modificando i comportamenti degli individui, sia modificando i processi neuro-biologici. Nel primo caso lo stress favorisce comportamenti dannosi alla salute come il fumo, il consumo di alcol, l'alterazione del sonno e della dieta, che inibiscono il sistema immunitario; nel secondo caso, lo stress influenza la concentrazione nel sangue di numerosi ormoni che partecipano alla produzione di anticorpi (Cohen *et al.*, 2001). È inoltre stato dimostrato che le persone ottimiste sono meno a rischio di incorrere in malattie cardiovascolari (Diener e Seligman, 2004) e che la depressione, oltre ad aumentare il rischio di avere un tumore, ne velocizza la progressione (Spiegel e Giese-Davis, 2003).

Essere felici aumenta la probabilità di riportare buona salute del 23,5% (Sabatini, 2011).

L'importanza di tali ricerche è testimoniata dai risultati positivi che oggi giorno si possono raggiungere con le cure che si basano sulle emozioni positive, come la pet-therapy, o sul rilassamento.

Dopo aver analizzato la stretta relazione che lega lo stato di salute alla soddisfazione di vita, ci si può chiedere perché a un continuo miglioramento nei paesi sviluppati dopo la seconda Guerra Mondiale rilevato dalle variabili che descrivono lo stato di salute, non sia corrisposto un relativo aumento della felicità percepita. Una possibile spiegazione è che il progressivo aumento dell'aspettativa di vita e della riduzione del tasso di mortalità ha determinato un invecchiamento della popolazione che è negativamente correlato alla felicità soggettiva.

Tuttavia diversi studiosi, pur credendo che tale motivazione spieghi in parte la stagnazione della felicità nel dopo-guerra, sono convinti che il suo impatto non sia così incisivo da spiegare i dati osservati. Angner *et al.* (2009) affermano che le misurazioni sulla salute percepita dalle persone (soggettiva) in generale predicano in modo più accurato il livello di felicità, che non le misurazioni oggettive sulla salute. Tale scoperta comporta che la salute e la felicità soggettive dipendono non solo dalla lunghezza della vita, ma anche (e specialmente) dalla sua qualità: in altre parole, una vita lunga non vuol necessariamente dire una vita felice.

SALUTE => FELICITA`

È essenziale citare la salute fisica degli individui come una delle maggiori determinanti della loro felicità (Borghesi e Vercelli, 2012). Frey e Stutzer (2002) sottolineano che quando viene chiesto alle persone di valutare l'importanza di diversi aspetti della loro vita, la salute ottiene i più alti punteggi. Graham (2008) afferma che la salute ha un forte peso nell'equazione della felicità. Ovviamente le malattie, che siano mentali o fisiche, rendono, nella maggior parte dei casi, la felicità meno possibile.

Callahan (1973) afferma che questa relazione avviene perché le malattie sono il sintomo del limite umano, che costringe gli infiniti desideri umani a scontrarsi costantemente con i limiti della realtà. Se è vero che i desideri umani sono infiniti, qualsiasi sia la risposta alla domanda sulla felicità umana, non ci sono particolari motivi per credere che la medicina possa dare molto più che un limitato contributo (Callahan, 1973). Secondo questo studioso, la relazione tra salute e felicità deve essere ridimensionata: la salute è solo una parte della vita; sebbene importante, la medicina non può risolvere la maggior parte dei problemi sociali, politici, e culturali che continuano a giocare un ruolo essenziale nella determinazione della felicità degli uomini.

La relazione positiva tra felicità e salute tende ad essere più forte considerando la salute psichica-psicologica, rispetto a quella fisica (Dolan *et al.*, 2008). Sebbene gravi malattie o disabilità abbiano forti effetti negativi sulla felicità, le persone che riscontrano tali difficoltà in genere adattano le loro aspettative di salute nel tempo, e ritornano, almeno in parte, al loro livello di felicità iniziale dopo un periodo di adattamento e accettazione della nuova situazione. Le persone affette da depressione, invece, sono meno in grado di mettere in campo questo tipo di adattamento e, invece, entrano in una spirale in cui l'infelicità dovuta all'iniziale depressione porta a ulteriore infelicità e più profonda depressione.

Inoltre, almeno in parte, la relazione tra salute e felicità dipende dal fatto che la salute sia basata su misurazioni soggettive o oggettive: Frey e Stutzer (2002) affermano che la salute soggettiva ha un maggior effetto sulla felicità rispetto a una misurazione oggettiva. Questo dato potrebbe esser dovuto al fatto che alle volte l'individuo non si rende conto dello stato reale della sua malattia e quindi non influisce sul livello della felicità; dall'altra parte anche malattie poco gravi ma particolarmente dolorose possono avere un impatto sulla soddisfazione di vita particolarmente pesante.

Alcuni studiosi affermano che, pur con i dovuti adattamenti, la relazione tra felicità e salute segua trend simili a quelli analizzati nel Paradosso di Easterlin. Ovviamente lo standard di salute è andato migliorando nel tempo, e gli individui ora si aspettano miglioramenti della medicina: siamo abbastanza fiduciosi che la ricerca possa, col tempo e le risorse adeguate, trovare un rimedio alla maggior parte delle malattie che ad oggi non sono ancora curabili. Inoltre, bisogna prendere in considerazione quello che potrebbe esser definito un *decreasing return marginale*: una volta che un determinato livello di longevità è stato raggiunto, i benefici di un aumento della longevità sono soppesati con altri obiettivi, come ad esempio una miglior qualità di vita. Raggiunto un certo livello di standard di salute e di longevità, non si evidenzia più nessuna correlazione positiva tra salute e felicità (Graham, 2008). Un recente studio, basato sulla popolazione di alcuni paesi europei, ha addirittura osservato una relazione negativa tra longevità e felicità. La spiegazione sembra essere che le condizioni socio-economiche di tali nazioni consentono alla popolazione di aspettarsi, mediamente, una buona salute, e che quindi altri fattori, estranei alla longevità, determinino la relazione tra felicità e salute, come ad esempio norme riguardanti gli standard di salute. Infine, come per il Paradosso di Easterlin, all'interno di una nazione le persone più in salute sono quelle più felici.

Riassumendo, la felicità e la salute sono correlate da causalità in entrambe le direzioni: sia la felicità influenza la salute, sia la salute influenza la felicità. Nel primo caso, si è scoperto che la felicità determina un miglior sistema immunitario (influenzando sulla produzione di anticorpi), mantiene controllata la produzione di cortisolo, e riduce il rischio di malattie cardiovascolari. Per quanto riguarda l'altro lato della relazione, la salute è risultata essere uno tra gli elementi più importanti nella determinazione del grado di felicità. Inoltre, la relazione in generale è più forte considerando la salute psichico-psicologica rispetto a quella fisica, e più forte considerando le misurazioni basate sulla salute percepita soggettivamente, rispetto a quella misurata oggettivamente.

FELICITA` & CAPITALE SOCIALE

In un recente editoriale intitolato “Semplicissima felicità”, D’Avenia (2013) testimonia come “la felicità per i bambini non solo è semplicissima, ma è soltanto relazionale”. Quando è stato chiesto a dei bambini della scuola materna dove insegna lo scrittore cosa sia la felicità, tutti l’hanno associata a famigliari e amici: “La felicità dei bambini non ha tempo e non ha spazio, anzi, meglio, ha il presente come unico tempo e la presenza come unico spazio” (D’Avenia, 2013). Tale felicità relazionale, evidente nel bambino, viene contrapposta alla felicità basata sul consumismo, spesso caratteristica degli adulti. Il consumismo, secondo molte ricerche, è considerato dalla società moderna un dispensatore di felicità, infatti “è la prima vera possibilità di liberarci della resistenza della realtà” (Bauman, citato in D’Avenia, 2013); sempre secondo D’Avenia (2013), “siamo diventati soggetti che comprano oggetti che finalmente rispondano perfettamente alle nostre aspettative”.

Leggendo però le numerose statistiche e ricerche che oggi sono disponibili, sembra che anche la popolazione adulta non si accontenti più della sola ricchezza materiale, ma che la felicità sia determinata in modo sostanziale anche dal capitale sociale.

Layard (2005), basandosi sull’*United States General Social Survey*, descrive i “Grandi Sette” fattori che determinano la felicità tra la popolazione adulta: al secondo posto egli pone le relazioni familiari e, al quarto posto, la comunità e gli amici. Helliwell (2003, 2006, citato in Dolan, 2008) e Helliwell e Putnam (2004, citati in Dolan, 2008) hanno scoperto che la fiducia sociale (fiducia generale nelle altre persone) è associata a una maggior soddisfazione di vita e felicità, e a una minor probabilità di suicidio. Un cambiamento del 10% del grado di capitale sociale comporta un aumento del 4,5% nella soddisfazione di vita; un equivalente cambiamento necessiterebbe del dimezzamento dell’inflazione o di un aumento del reddito pro capite del 25% (Dolan, 2008). Anche la fiducia nelle istituzioni pubbliche, come la polizia, il sistema legale, o il governo è associata a un maggior benessere.

A questo proposito, le associazioni definite *bridging* sembrano favorire maggiormente conseguenze positive rispetto alle associazioni *bonding*; sembra plausibile, infatti, che le prime promuovano la fiducia e diminuiscano i costi di transazione, facilitando così le attività economiche. Tuttavia, alcune ricerche dimostrano anche che gli individui ricevono supporto sociale principalmente dai legami *bonding* piuttosto che da quelli *bridging* (Ateca-Amestoy *et al.*, 2013).

Anche Putnam (2000) dimostra che esiste una significativa relazione tra capitale sociale e felicità. Egli conclude che la regolare partecipazione a club, svolgere attività di volontariato,

partecipare ad attività ricreative, o frequentare le chiese è equivalente, dal punto di vista della felicità, ad avere un diploma alla scuola secondaria o più che raddoppiare il proprio reddito.

Layard (2005) afferma che, tutto il resto uguale, le persone sposate sono più felici delle coppie di fatto, dei vedovi/e, divorziate, separate (in ordine gerarchico). Forse per questo si mormora che la moglie del ricchissimo fautore di Facebook abbia fatto firmare al marito un contratto matrimoniale nel quale è pattuito che passeranno almeno 100 minuti alla settimana in intimità; che sia vero o meno, questa “leggenda” forse è solo una prova che più che la felicità prodotta dagli oggetti e dai beni materiali l’uomo contemporaneo cerca attenzione e fedeltà dalle altre persone.

Bisogna inoltre ricordare che quando in una società esistono norme (condizione necessaria contenuta nella definizione di capitale sociale), e sono efficienti, esse possono costituire un’importante forma di capitale sociale (Coleman, 1988). Norme che reprimono la criminalità, ad esempio, permettono alla popolazione di uscire la sera senza timore.

Infine, altro elemento che aumenta la felicità percepita dagli individui sembra essere quello dell’appartenenza a una religione; anche se ancora non è ben chiaro se tale risultato sia determinato dalla percezione di appartenenza (come potrebbe esserlo allo stesso modo l’appartenere a un club, a un partito politico, o a un’associazione di volontariato) o di credenza in qualcuno/qualcosa di superiore. Ad ogni modo, è stato dimostrato che la frequentazione delle chiese accresce il livello di capitale sociale comunitario.

In definitiva, comunque, maggiori rapporti con altri individui, tanto nelle chiese quanto in altri ambienti comunitari, aumenta la probabilità che gli individui pensino che le persone in generale siano affidabili.

La correlazione tra felicità e capitale sociale può, almeno in parte, spiegare e conciliarsi con il Paradosso di Easterlin; in particolare, Ateca-Amestoy *et al.* (2013) affermano che le maggiori determinanti della soddisfazione della vita di un individuo sono il livello di rapporti sociali e il confronto sociale tra gli individui. È plausibile che il confronto tra gli individui, in particolare rispetto alla propria ricchezza, sia in parte influenzato dal livello di capitale sociale prevalente in una determinata società. Se una popolazione, infatti, è molto individualista e con poche occasioni di socializzazione, tende a fare meno paragoni con gli altri individui. Inoltre Bortolini *et al.* (2008) aggiungendo un ulteriore tassello al quesito posto da Easterlin, suggeriscono che un maggior reddito aumenta la felicità fin tanto che non intacca il capitale sociale. Un reddito particolarmente elevato potrebbe portare gli individui ad essere

particolarmente diffidenti verso gli altri, ad avere preoccupazioni maggiori dovute alla sicurezza della loro ricchezza, e a chiudersi in loro stessi con eccessi di egoismo.

Sebbene la relazione tra felicità e capitale sociale in generale sia positiva, possono tuttavia sussistere alcune rare circostanze dove maggiori contatti sociali non comportano maggior benessere, ma anzi lo diminuiscono. Martin e Westerhof (2003, citati in Dolan, 2008), per esempio, dichiarano che il benessere è ridotto quando il rapporto con gli altri si limita o è particolarmente concentrato nel prendersi cura di amici o di familiari, e Pichler (2006, citato in Dolan, 2008) suggerisce possibili riduzione nel livello dei felicità nel caso in cui persone adulte vivano ancora insieme ai genitori.

Inoltre i risultati derivanti dalla *Canadian General Social Survey* (GSS) del 2003 dimostrano come i coefficienti positivi basati sullo stato civile di un individuo tendono a scomparire quando vengono aggiunte variabili che descrivono la sua personalità. È inoltre plausibile che il coefficiente di tale relazione dipenda dalla cultura di provenienza degli individui; in alcune culture, infatti, il ruolo della famiglia ha un'importanza estremamente superiore rispetto ad altre culture. Una delle classificazioni più usate per descrivere una cultura, per esempio, è quella proposta da Hofstede (1979, 1989): egli individua quattro dimensioni sulla base delle quali è possibile definire una società. Una cultura si distingue per la sua *power distance* (quindi in quale misura una cultura riconosce l'importanza delle gerarchie di potere sia nella vita privata quanto in quella pubblica), *uncertainty avoidance* (quanto gli individui di una società sono propensi ad assumersi un rischio), *masculinity vs femininity* (se una società è particolarmente maschilista, il che ad esempio implica che le famiglie sono molto patriarcali e che i ruoli di potere in politica e nelle aziende sono ricoperti dagli individui di sesso maschile), e *individualism vs collectivism*. La dimensione che maggiormente influenza il capitale sociale è senza dubbio il livello di individualismo o collettivismo di una società. Da una parte, l'individualismo è definito come la misurazione di quanto le persone sono propense a guardare solamente a loro stesse e alle loro famiglie; dall'altra parte abbiamo la situazione in cui le persone si sentono parte di un gruppo o di una collettività che si presuppone si prenda cura degli individui in cambio della loro fedeltà. In altre parole, si tratta di capire se gli individui di una certa cultura hanno un'idea di se stessi come 'io' o come 'noi'.

In primo luogo, dunque, è evidente che le nazioni più collettiviste, come ad esempio l'Indonesia, l'Uruguay, o il Portogallo, presentino un più alto tasso di capitale sociale dovuto alla loro naturale tendenza a socializzare di più, a sentirsi parte di un gruppo, a fidarsi degli altri; dall'altra parte, l'individualismo demolisce la fiducia di una società e aliena le persone, e in questo senso distrugge il capitale sociale di una nazione. Alla stessa conclusione si giunge seguendo la definizione di capitale sociale di Coleman (1988), che sottolinea il ruolo

essenziale delle norme condivise e dell'agire nell'interesse del gruppo nella costituzione del capitale sociale. Questa forma di capitale sociale si sovrappone con una delle caratteristiche che Hofstede (1979) cita come caratteristica peculiare delle culture collettiviste, ossia dare priorità all'interesse del gruppo piuttosto che al proprio (Allik e Realo, 2004).

In secondo luogo, è presumibile che tale capitale sociale risulti essere una maggior fonte di felicità e di gratificazione nelle culture meno individualiste, in quanto si è visto che lo sviluppo di capitale sociale richiede inevitabilmente un sacrificio dell'individuo; le società individualiste potrebbero non essere pronte a sostenere questo costo.

Quello che emerge in modo evidente da questo paragrafo è che l'uomo contemporaneo non si accontenta più solo del possesso materiale e del consumismo per ritenersi felice, ma ricerca sempre più la felicità in altre fonti, come ad esempio i rapporti umani, o altre attività esperienziali e di condivisione.

La relazione che lega il capitale sociale alla felicità può anche dare, in parte, una spiegazione al Paradosso di Easterlin.

Bisogna tuttavia sottolineare come il coefficiente del capitale sociale come determinante della felicità potrebbe essere in gran parte determinato sia dalla personalità dell'individuo, sia dalla sua cultura (si è ad esempio visto il diverso peso che potrebbe avere il capitale sociale in una cultura individualista o in una cultura collettivista, seguendo la classificazione di Hofstede).

FELICITA' - CAPITALE SOCIALE - SALUTE

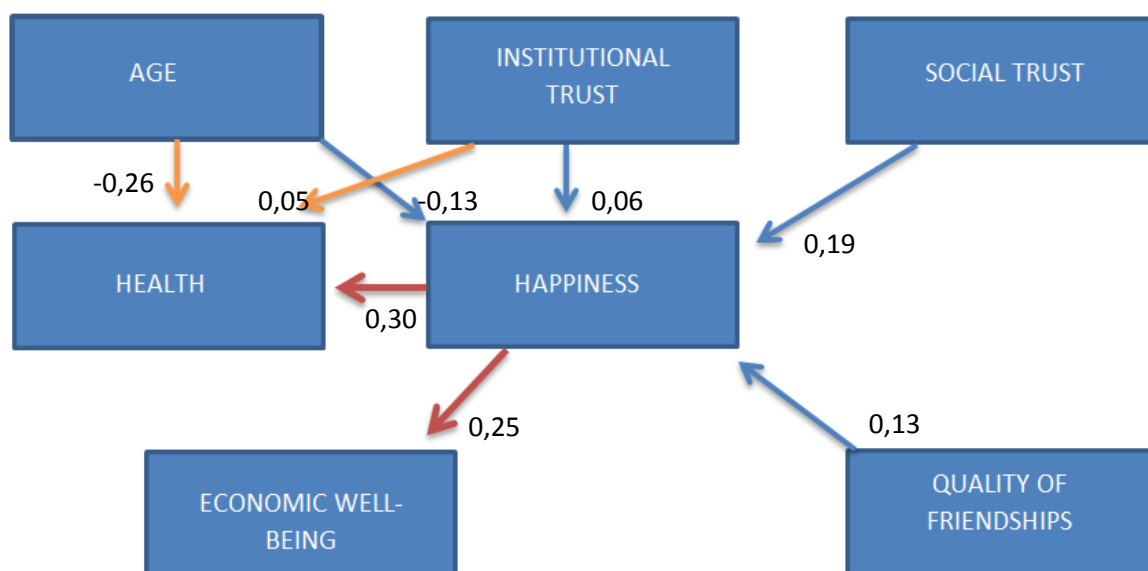
Come è stato dimostrato fino a questo punto, ci sono dunque diverse variabili che impattano sulla felicità individuale. La soddisfazione degli individui è stata principalmente analizzata secondo scale che considerano un solo fattore di influenza (il reddito, la salute, il capitale sociale, l'occupazione, il livello di istruzione, etc); tuttavia, anche se scarse, alcuni studi considerano contemporaneamente più fattori (come ad esempio Diener *et al.*, 1985). Come accennato nell'introduzione, scarsi sono gli studi esistenti sulla correlazione delle tre variabili considerate in questa tesi (salute, felicità, e capitale sociale). Molti di questi studi hanno riportato che la salute e il capitale sociale sono notevolmente più importanti per la felicità personale che la ricchezza, specialmente in alcune circostanze e sotto alcune assunzioni, come ad esempio il livello di ricchezza generale della nazione di appartenenza dell'individuo (Diener e Suh, 2003).

Per quanto potuto costatare dalla nostra analisi della letteratura esistente, uno dei più interessanti e completi studi riguardo alla correlazione delle tre variabili è quello di Sabatini (2011) nel quale viene proposta la seguente equazione:

$$H_{it} = \alpha + Ha'_{it} \beta + SC'_{it} \gamma + Z'_{it} \delta + \varepsilon_{it}$$

il pedice i identifica l'individuo e il pedice t è il tempo; H_{it} è la salute riportata; Ha'_{it} è la felicità dell'individuo; SC'_{it} è il capitale sociale; la variabile Z'_{it} racchiude una serie di altre variabili omesse, e infine ε_{it} è il termine di errore.

L'autore rappresenta il *best-fitting model* in questa maniera:



Il grafico vuole essere una rappresentazione dell'analisi SEM (structural equation model): esso riporta le variabili e le relazioni che incorrono tra loro. Queste connessioni possono essere rappresentate sia graficamente (attraverso le frecce), sia numericamente (attraverso i coefficienti di regressione). Il nesso causale tra due variabili è rappresentato da frecce che vanno dalla variabile indipendente alla variabile dipendente. L'assenza di frecce rappresenta l'ipotesi che tra le variabili non ci sia nessun nesso. I vantaggi dell'utilizzo dell'analisi SEM proposta da Sabatini (2011) sono duplici: da una parte, infatti, tale metodo può studiare simultaneamente più equazioni di regressione, fornendo dunque un modello flessibile per testare diverse possibili relazioni tra variabili; dall'altra parte, i parametri SEM possono quantificare il contributo di ogni variabile sulla struttura della covarianza. L'analisi SEM è composta da equazioni di regressione, che sono incluse nel modello solo se è possibile interpretarle come relazioni causali, teoricamente giustificabili e non falsificate dai dati.

L'analisi conferma una correlazione positiva e significativa tra la salute e la felicità e suggerisce che questa correlazione possa essere spiegata sia dall'influenza della felicità sulla salute, sia da altre determinanti comuni alle due variabili.

Secondo il *best-fitting model*, la salute è dovuta dalla felicità, dall'età, e da diverse variabili che influenzano allo stesso tempo la felicità e il benessere economico. La felicità è dovuta dalla fiducia sociale, dalla fiducia nelle istituzioni, dalla qualità delle amicizie, dall'età, e da altre variabili omesse che influenzano la salute e il benessere economico.

Come in parte è stato accennato nel paragrafo dedicato alle variabili, e come è evidenziato anche dal diagramma appena presentato, una delle difficoltà riscontrate nell'analizzare le tre grandezze è la loro possibile relazione circolare. In altre parole, diversi autori (Giordano *et al.*, 2012) ipotizzano che essere sottoposti per lunghi periodi ad alti livelli di stress cronico, considerato dagli autori come un indicatore di bassi livelli di fiducia generale, può portare, attraverso l'asse ipotalamo-pituitario-adrenalinico, ad un aumento del livello di cortisolo nel sangue, il quale potrebbe essere la causa di depressione e/o malattie cardio-vascolari. Altri studi, invece, suggeriscono una causalità indiretta: vivere in una società con un alto livello di fiducia sembra migliorare la salute della popolazione e, indirettamente, il suo benessere (Helliwell e Putnam, 2004). È stato comprovato che il capitale sociale è fortemente correlato con il benessere riportato dagli individui (felicità) attraverso canali diversi e indipendenti, e seguendo svariate forme. Il matrimonio e la famiglia, i legami con gli amici e il vicinato, i rapporti intessuti nell'ambiente di lavoro, l'impegno civile, l'affidabilità e la fiducia: tutti appaiono indipendentemente e significativamente correlati con la felicità e la soddisfazione di vita, attraverso la variabile della salute.

Se tali relazioni venissero comprovate, un importante contributo per migliorare contemporaneamente tanto la felicità della popolazione quanto la loro salute potrebbe venire da politiche che tendono a proteggere e promuovere il capitale sociale. In particolare, ogni politica che favorisca la partecipazione sociale, la trasparenza delle istituzioni e i rapporti sociali, può controbilanciare l'attuale declino del capitale sociale dovuto a molteplici caratteristiche del moderno stile di vita, come ad esempio il peggioramento della qualità della vita nelle città, gli ambienti di lavoro stressanti, e l'aumento della diffusione di intrattenimenti a casa che tendono a soppiantare i beni relazionali (Borghesi e Vercelli, 2012). Lo stesso si può dire per le politiche di supporto alla famiglia, che possono aumentare in modo significativo la salute e la felicità dei membri della famiglia.

Capitolo III: IL PROBLEMA DELLE VARIABILI ENDOGENE (le variabili strumentali)

Molte delle analisi econometriche si basano sullo studio della relazione che lega due variabili; in altre parole, si chiedono come y vari al variare di x . Problemi di questo tipo sono in genere rappresentati da un modello di regressione lineare:

$$y = \beta_0 + \beta_1 x + u$$

I vari parametri devono essere stimati in modo tale da descrivere al meglio i dati. Ovviamente qualsiasi variabile dipendente è soggetta ad errore; tale errore si assume che sia una variabile causale rappresentata nel modello dal termine u . Quest'ultimo è una variabile causale e rappresenta una variazione non controllabile e imprevedibile nella variabile dipendente.

Per poter ottenere stime realistiche dei parametri β_0 e β_1 da un campione casuale di dati è necessario fare un'assunzione particolarmente stringente su come il termine d'errore (u) è in rapporto con la variabile indipendente (x). Innanzitutto, fin tanto che l'intercetta β_0 è inclusa nel modello, è possibile assumere che il valore medio del termine d'errore all'interno della popolazione sia zero:

$$E(u) = 0$$

Inoltre bisogna assumere che il valore medio di u non dipende da valore dato a x :

$$E(u|x) = E(u)$$

Combinando le due equazioni appena citate, si ottiene la condizione necessaria per avere stime corrette (condizione di esogeneità), ossia:

$$E(u|x) = 0$$

Data questa assunzione, è possibile ottenere le stime OLS (*Ordinary Least Squares*, conosciuta anche con il nome di *Metodo dei minimi quadrati*) dei parametri β_0 e β_1 .

Uno dei maggiori problemi nell'affrontare la relazione tra capitale sociale e salute dell'individuo è che queste variabili sono, per definizione, endogene e dipendenti da diverse caratteristiche individuali. In altre parole, quando si effettua la regressione della salute sul

capitale sociale, la media condizionata dell'errore riferito a x non è più zero, e quindi non si ottiene una stima OLS corretta. Come hanno notato Durlauf e Fafchamps (2005), ci sono tre principali ragioni per cui la condizione di ortogonalità potrebbe non essere assicurata:

1. In genere è difficile distinguere tra l'effetto del capitale sociale da quello di altri fattori locali che potenzialmente potrebbero influenzare la salute.
2. Il capitale sociale, la salute, e la felicità sono dipendenti dalle specificità e dalle preferenze dell'individuo; dunque, esse sono per definizione variabili endogene.
3. È possibile che esista una causalità inversa, ad esempio tra salute e felicità e salute e capitale sociale.

Ci si chiede, dunque, se sia il capitale sociale che causa una miglior salute, oppure se questo nasconda altre variabili. L'evidente correlazione tra capitale sociale e salute, infatti, non ne implica automaticamente la causalità. In questo caso, affinché gli studi abbiano validità, occorre trovare una maniera per "purificare" la variabile dipendente dalla componente endogena del termine d'errore.

Il metodo delle variabili strumentali viene utilizzato diffusamente nelle ricerche economiche, in quanto può essere utilizzato indipendentemente dal fatto che x e u siano correlate. Per ottenere stime consistenti dei parametri β_0 e β_1 quando x e u sono correlate sono necessarie alcune informazioni in più; è necessario trovare un accidente che modifichi la variabile indipendente, ma che lasci inalterato tutto il resto. La condizione *Ceteris Paribus*, garantita dalla variabile strumentale, è essenziale per la verifica dell'analisi della causalità tra due variabili; trovare associazioni tra due o più variabili, infatti, può essere interessante, ma senza stabilirne la causalità la loro utilità è di molto limitata. Le informazioni necessarie alla regressione in questo caso sono racchiuse in una nuova variabile, chiamata variabile strumentale (z); questo termine nasce dal fatto che, mentre z non ha un effetto diretto su y , essa permette tuttavia di stimare la relazione tra x e y . Per essere valida, la variabile strumentale deve però essere in grado di soddisfare due condizioni:

- a) Deve essere fortemente correlata con la variabile indipendente, ad esempio il capitale sociale (strumento rilevabile): $\text{Cov}(z,x) \neq 0$
- b) Deve soddisfare la condizione di ortogonalità rispetto alla variabile dipendente dell'equazione; cioè non deve avere nessun impatto diretto sulla salute, ma, al massimo, solo quello indiretto mediato attraverso il capitale sociale.

Chiaramente non è facile trovare variabili che soddisfino contemporaneamente queste due condizioni, e proprio su tale difficoltà si concentra il dibattito documentato in vari articoli accademici e che verrà analizzato in seguito. Il problema è quello di trovare lo strumento (o gli strumenti) che permettono la miglior approssimazione. Abbiamo assunto che esista una singola variabile endogena e una variabile strumentale per y ; tuttavia succede spesso che esista più di una variabile esogena esclusa dal modello e che può essere correlata con la variabile dipendente, che quindi può essere una valida variabile strumentale. Ad ogni modo, assumendo che esista almeno una variabile che soddisfa tanto la condizione di rilevanza quanto quella di ortogonalità, questa può venire utilizzata per verificare la variabile y . Questo approccio viene chiamato *two stage least squares estimator (2SLS)*; il nome è proprio dato dal fatto che la stima è ottenuta attraverso due least squares regressions.

Il primo stadio è quello della regressione di x sulla variabile strumentale z , il che consente di ottenere il valore della variabile x depurata dalla variabile endogena:

$$X = \beta_0 + \beta_1 z + \mu$$

$$\hat{X} = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 z$$

Il secondo stadio consiste nella regressione OLS utilizzando la stima ottenuta della variabile x , come se fosse una variabile strumentale:

$$Y = \alpha_0 + \alpha_1 \hat{X} + \varepsilon$$

Come abbiamo già accennato in precedenza, la maggiore discussione verte intorno a quali siano le variabili strumentali che rispondono in modo più accurato alle due condizioni necessarie affinché la stima delle variabili rispecchi la loro vera correlazione. Nell'ipotesi di voler svolgere la regressione della salute sul capitale sociale, Rocco *et al.* (2013) suggeriscono come variabile strumentale l'esser stati vittime di piccoli crimini negli ultimi 5 anni (furti in appartamento o scippi che però non hanno comportato ferite fisiche). L'esser vittima di tali reati è un *evento random*, al di là del controllo dell'individuo. Inoltre, secondo gli autori, questi eventi non sono dovuti a caratteristiche particolari del soggetto, ma ad un'esperienza reale. Per quanto riguarda la prima condizione (rilevanza dello strumento sulla variabile indipendente, nel nostro caso il capitale sociale) è presumibile che gli individui colpiti siano più diffidenti e più scettici verso il prossimo, almeno rispetto a quelli al di fuori del più stretto circolo di amici e parenti. Maggiori problemi sorgono nel cercare di verificare la condizione di ortogonalità. È possibile escludere la possibilità di un effetto diretto dei crimini sulla salute fisica dato che sono stati considerati solo crimini di piccola intensità e di impatto non

particolarmente grave sulla vittima. Anche la possibilità che l'esser stati vittima possa aumentare la probabilità di esser soggetti a depressione o altre malattie mentali può essere esclusa dal momento che per influenzare la salute mentale il crimine deve superare un certo livello di gravità. Inoltre, l'esogeneità della variabile strumentale potrebbe essere messa in discussione se è possibile trovare altri canali, oltre al capitale sociale, attraverso cui l'esser stati vittima di crimini impatta sulla salute. È stato ad esempio dimostrato che esiste un'associazione negativa tra l'essere stati vittima di un crimine e la felicità individuale. Dunque, se si assume che la felicità sia un fattore determinate della salute individuale distinta dal capitale sociale, la validità dell'esser stati vittima di crimini negli ultimi anni potrebbe esser messa in discussione poiché in questo caso non sarebbe escludibile dall'equazione della salute, ma ne sarebbe invece un input.

Alesina e La Ferrara (2000, 2002), invece, usano come variabili strumentali misure dell'eterogeneità della comunità analizzata (in particolare attraverso gli indicatori: credenze religiose, livello di educazione, e situazione economica), e il livello medio di capitale sociale all'interno della comunità. Tali variabili, secondo gli autori, risultano essere sia rilevanti, sia soddisfacenti la condizione di ortogonalità.

Nel primo caso, la giustificazione della rilevanza è data dal fatto che, in genere, gli individui diffidano di coloro che sono percepiti come “diversi da sé”, e i contatti con persone diverse sono più probabili in società eterogenee. In America, ad esempio, il frazionamento razziale e le differenze di reddito hanno un impatto negativo sia sulla partecipazione a diversi tipi di associazioni, sia sulla fiducia tra le persone. Per quanto riguarda l'ortogonalità, se si prende come esempio le disparità di reddito, sembra che non ci sia correlazione diretta tra l'essere in buona salute e la disparità di reddito (Deaton, 2003), ma che piuttosto il livello di disparità nella ricchezza sia correlato con indicatori di politiche sanitarie. Resta però da comprovare il fatto che effettivamente disparità di reddito non siano correlate con diversi livelli di salute; oggi, specialmente in alcuni Stati, le cure più avanzate sono disponibili solo a fronte di alti costi (si pensi al caso dell'Africa e delle cure contro l'AIDS), oppure le assicurazioni sanitarie che sono necessarie in alcuni paesi per ottenere cure mediche potrebbero non essere accessibili, e questo potrebbe causare disparità di salute. Sembra, quindi, che queste motivazioni siano adeguate a supportare la validità di questa variabile strumentale, ma è necessario fare ulteriori specificazioni sugli indicatori usati per l'eterogeneità delle comunità: la situazione economica, come si è visto, presenta alcuni limiti, e anche le credenze religiose potrebbero presentare alcuni problemi se si pensa, ad esempio, ad alcune pratiche previste dalle tribù africane.

L'idea sottostante la seconda variabile, invece, è che più le persone si fidano degli altri e più essi sentono che gli altri si fidano di loro, più è facile che si verifichino comportamenti di cooperazione e reciprocità. Allo stesso modo, la possibilità di essere membro di qualche organizzazione (indicatore di capitale sociale della comunità) dipende anche dall'offerta di tali organizzazioni proposta dalla società di appartenenza degli individui.

Per quanto riguarda la condizione di ortogonalità, è ipotizzabile che l'effetto del capitale sociale comunitario sulla salute individuale possa essere dovuto dalla sua correlazione positiva con il capitale sociale individuale. Diversi studi suggeriscono che gli indicatori di capitale sociale definiti a livello comunitario non sono significativamente correlati con la salute individuale, una volta considerato il capitale sociale individuale (il capitale sociale comunitario non ha un effetto indipendente sulla salute riportata dagli individui). Questo non implica negare il ruolo del capitale sociale comunitario, ma piuttosto che il capitale sociale individuale ne risulta il canale dei suoi effetti; e che quindi influisce sulla salute in modo indiretto. Ci sembra però di poter affermare che, nella pratica, tale motivazione risulta debole: non è ancora riconosciuta da tutti la differenza di classificazione tra il capitale sociale individuale e collettivo: ricordiamo che secondo Folland (2007) le relazioni individuali sono alla base tanto del capitale sociale individuale, quanto di quello collettivo, e che dunque una sua diversa classificazione non è ammissibile. Potrebbe inoltre essere difficile, da un punto di vista econometrico, riconoscere la parte del capitale sociale collettivo da usare come variabile strumentale, rispetto al capitale sociale individuale.

Infine, Folland (2007) propone altre tre variabili strumentali diverse. In primo luogo, il tasso di occupazione pro capite: il luogo di lavoro è un'occasione di socializzazione e che favorisce il consolidamento dei rapporti sociali tra gli individui, inoltre le persone con un'occupazione possono essere più invogliate a trascorrere il tempo libero con amici e parenti, rispetto a persone disoccupate. Allo stesso tempo, il tasso di occupazione difficilmente può essere considerato in sé un input nell'equazione della salute.

La seconda variabile è la latitudine geografica: negli Stati Uniti, le differenze del livello di capitale sociale tra Nord e Sud sono evidenti; allo stesso tempo l'etnia non è, di per sé, un fattore che determina benefici per la salute. Diversi esempi, oltre quello americano, possono essere portati a supporto della rilevanza di tale variabile strumentale, basti pensare alla differenza tra le popolazioni scandinave e quelle mediterranee in Europa. Tuttavia, non sempre spostandosi più a Sud troviamo persone con un maggior capitale sociale rispetto al Nord: mentre questo sembra quello che si verifica in Italia, in Inghilterra si dice che siano gli individui delle aree settentrionali ad avere più rapporti sociali rispetto a quelle meridionali.

Inoltre la latitudine geografica è sempre correlata a un certo clima, a certe abitudini alimentari, a certi stili di vita, etc., che non è detto che non abbiano riscontri sulla salute (si pensi ad esempio ai comprovati benefici della dieta mediterranea).

L'ultima variabile, infine, sono i contributi che il governo distribuisce, pro capita, ai college: nelle teorie economiche, i contributi pubblici all'educazione sono in genere correlati a un miglioramento della civilizzazione; l'autore afferma che questa variabile può anche essere un indicatore della partecipazione di una certa comunità a una forma di capitale sociale, e che non è strettamente correlata con i livelli di educazione locale, che invece sono risultati essere particolarmente correlati con la salute della popolazione.

Abbiamo discusso solo alcune delle numerose variabili strumentali proposte dalla letteratura per ovviare al problema delle variabili endogene che si presenta quando si regredisce la salute sul capitale sociale, e si è visto come la condizione di ortogonalità spesso risulta essere fonte di grandi problematicità. Dopo aver analizzato i punti di forza e di debolezza di alcune delle variabili strumentali, proponiamo una nuova variabile strumentale: la densità di spazi urbani pubblici per l'aggregazione dei cittadini come ad esempio teatri, biblioteche, parchi tematici, zone pedonali, università per la terza età. Tali luoghi sono sicuramente un fattore rilevante per lo sviluppo di rapporti sociali all'interno della comunità, creando spazi in cui i cittadini hanno modo di incontrarsi, di scambiarsi pareri e opinioni e di intrecciare rapporti in un clima sereno. Dall'altra parte, tali luoghi, se vengono selezionati con accortezza, difficilmente hanno un impatto diretto sulla salute dell'individuo; ad esempio, includiamo nel conteggio solo i parchi tematici, in quanto gli altri parchi possono avere un impatto diretto sulla salute facilitando l'attività fisica dei cittadini, escludiamo invece le discoteche, in quanto esse sono sì luogo di aggregazione, ma allo stesso tempo possono favorire l'uso di alcol o possono favorire abitudini che alterano il ciclo sonno-veglia (i medici ritengono che un individuo in media abbia bisogno di 8 ore di sonno) che potrebbero danneggiare la salute dell'individuo.

Rocco *et al.* (2013) hanno utilizzato lo stesso metodo delle variabili strumentali anche per testare la causalità inversa tra salute e capitale sociale. In altre parole, hanno regredito il capitale sociale sulla salute. Per fare ciò è stata scelta come variabile strumentale la densità di dottori presenti sul territorio oggetto di analisi, la rilevanza di questa variabile sta nel fatto che l'offerta di servizi sanitari è considerato un elemento di input nell'equazione della salute individuale. Sicuramente il numero di dottori per numero di abitanti influisce direttamente sulla qualità delle cure mediche offerte a una comunità. Si potrebbe tuttavia argomentare che la densità di medici permette anche di rafforzare il rapporto tra medico e paziente, il che è fonte di capitale sociale; un considerevole numero di ricerche, però, che si è interessato

dell'argomento, non ha trovato alcun supporto empirico dell'influsso della densità di dottori sul capitale sociale, convalidando, di fatto, la variabile strumentale proposta.

Ragionamento simile è possibile farlo prendendo in considerazione la regressione della salute sulla felicità. Innanzitutto è difficile distinguere tra l'effetto della felicità da quello di altre variabili che potenzialmente possono influenzare la salute. Secondo, circostanze personali (come ad esempio shocks individuali endogeni) possono essere correlate sia con la salute riportata sia con la felicità della persona. Infine, anche in questo caso è immaginabile che ci possa essere una causalità inversa.

Due variabili strumentali che possono essere utilizzate per ovviare tale problema potrebbero essere la qualità delle amicizie di un individuo (misurata chiedendo quanto ci si sente soddisfatti delle proprie amicizie), e la fiducia sociale (Sabatini, 2011). Tali variabili sembrano soddisfare le due condizioni necessarie delle variabili strumentali. Per quanto riguarda la rilevanza della prima variabile, l'amicizia è risultata essere un'importante fonte di felicità. Per quanto riguarda la condizione di ortogonalità, invece, bisogna ammettere che diversi studi hanno riportato correlazioni dirette tra la qualità delle amicizie e la salute, tuttavia la validità della variabile sussiste per il particolare campione utilizzato da Sabatini (2011) in quanto si concentra sulla popolazione trentina: l'estensione e l'efficacia del servizio sanitario pubblico di questa regione diminuisce sensibilmente l'influenza delle relazioni sociali rispetto all'accesso a informazioni e servizi sanitari. In supporto all'ipotesi di ortogonalità, le regressioni effettuate non hanno dimostrato nessuna significativa correlazione tra la soddisfazione rispetto alle proprie amicizie e la salute riportata dal campione.

Rispetto alla seconda variabile strumentale (la fiducia sociale), invece, la fiducia sociale è risultata essere significativamente e positivamente correlata con la felicità nella maggior parte degli studi sul capitale sociale e sul benessere. Per quanto riguarda la seconda condizione necessaria per la validità delle variabili strumentali, esistono senza dubbio correlazioni dirette tra la fiducia sociale e la salute individuale, ma queste non includono simultaneamente la felicità; quindi, l'effetto della fiducia sociale potrebbe esser dovuta alla correlazione positiva con la felicità. Numerosi studi non riscontrano nessuna correlazione tra la fiducia sociale e la salute percepita. Sempre rifacendosi al particolare campione usato da Sabatini (2011), non esistono dirette correlazioni tra fiducia sociale e salute.

Per concludere questo capitolo, se si vuole analizzare l'influenza che una o più variabili hanno su un'altra variabile in genere si usa un modello di regressione lineare. Per poter ottenere stime realistiche dei parametri del modello è necessario che il termine d'errore sia zero (ossia

che le variabili siano esogene). Uno dei maggiori problemi nell'affrontare la relazione tra capitale sociale e salute è che entrambe queste variabili sono endogene, come anche lo è la felicità. Uno dei metodi più utilizzati per liberare la variabile dipendente dalla componente endogena del termine d'errore è quello delle variabili strumentali. Se è possibile, infatti, trovare delle variabili che contemporaneamente soddisfano la condizione di rilevanza e la condizione di ortogonalità, attraverso l'approccio 2SLS è possibile verificare la variabile dipendente.

Non è facile trovare variabili che effettivamente soddisfino le due condizioni; il capitolo ha trattato la validità di alcune variabili proposte dalla letteratura: l'esser stati vittima di piccoli crimini negli ultimi 5 anni, il livello di eterogeneità di una comunità, il livello medio di capitale sociale all'interno della comunità, il tasso di occupazione pro capita, e la latitudine geografica. È stata inoltre proposta un'ulteriore possibile variabile strumentale, e cioè la densità di spazi urbani pubblici per l'aggregazione dei cittadini. Il metodo delle variabili strumentali è stato anche utilizzato per verificare la causalità del capitale sociale regredito sulla salute (utilizzando la densità di dottori per pazienti come strumento).

Per quanto riguarda la regressione della salute sulla felicità, potrebbero essere utilizzate come variabili la qualità delle amicizie di un individuo, o la fiducia sociale.

PARTE 2: ANALISI DATI

Capitolo I: METODOLOGIA

L'analisi dei dati presentati in questa ricerca inizia con una panoramica delle tre variabili prese in considerazione (felicità, capitale sociale, salute) in diverse aree geografiche (Italia, Regno Unito, Stati Uniti, Cina, India), o a livello mondiale quando è stato possibile e/o ritenuto opportuno.

Molti dei dati presentati in questa ricerca si basano sui dati raccolti dalla World Values Survey (WVS). La World Values Survey Association (WVSA) è un'associazione non-profit situata a Stoccolma, in Svezia. Si tratta della più grande rete mondiale di sociologi che si prefigge come scopo primario quello di studiare i cambiamenti nei valori della popolazione e il loro impatto nella vita sociale e politica. Il WVS, in collaborazione con il Gruppo di Studio sui Valori degli Europei, conduce ricerche in più di 100 Nazioni, essendo così in grado di rappresentare circa il 90% della popolazione mondiale. Le Nazioni incluse in tali ricerche vanno dai paesi più poveri ai paesi più ricchi, dai sistemi totalitari alle democrazie liberali, e rappresentano la maggior parte delle culture.

Il campione rappresentativo di ogni Nazione è intervistato utilizzando un questionario standard che misura i cambiamenti nei valori riguardanti la religione, il ruolo dei sessi, le motivazioni rispetto al lavoro, la democrazia, il buon governo, il capitale sociale, la partecipazione politica, la tolleranza nei confronti di altri gruppi, la protezione dell'ambiente, e il benessere percepito. Le ultime ricerche pubblicate (2005-2008) mostrano sostanziali cambiamenti in ciò che le persone desiderano dalla loro vita e in ciò in cui credono, dimostrando che ciò gioca un ruolo determinante nello sviluppo economico, nell'emergere di istituzioni democratiche, nell'aumento dell'uguaglianza tra i sessi, e nell'estensione in cui le società supportano governi efficaci.

Capitolo II: RISULTATI E DISCUSSIONE

FELICITA'

MAPPA MONDIALE DELLA FELICITA'

Per misurare in modo accurato il livello di felicità, la WVSA utilizza “l’Indice della Felicità”.

In primo luogo è stato chiesto agli intervistati: tutto considerato, Lei direbbe che è:

- a) Molto felice
- b) Abbastanza felice
- c) Non molto felice
- d) Per nulla felice

L’Indice di Felicità è definito come:

$$\text{Indice di Felicità} = 100 + (\text{percentuale di risposta a/b}) - (\text{percentuale di risposte c/d})$$

In questo modo i paesi più felici hanno indice 200, i meno felici hanno indice 0, e 100 è il punto di equilibrio (i Paesi con indici attorno al 100 hanno un simile tasso di persone felici e di persone non felici).

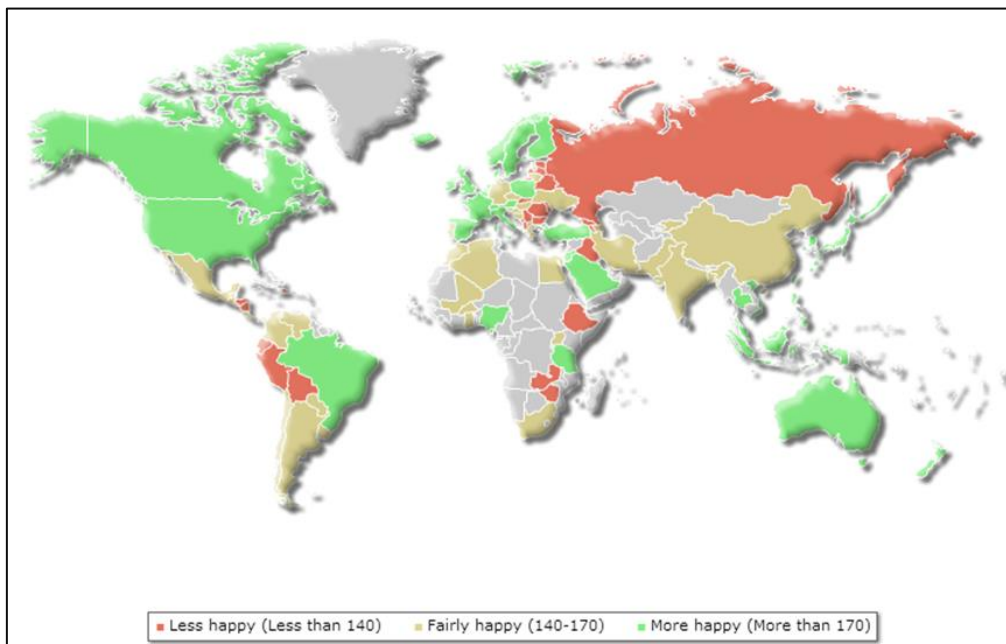


Figura 1: La mappa della felicità

Fonte: World Values Survey Association

L'elaborazione dei dati raccolti in molte regioni negli ultimi dieci anni, ha portato la World Values Survey Association a concludere che, in generale, la popolazione mondiale è abbastanza felice, pur tenendo in considerazione la crisi, i problemi ambientali, e le diverse malattie.

Solamente alcune regioni ben delimitate possono esser considerate 'infelici', come ad esempio l'asse formata nell'America Latina dall'Equador-Perù-Bolivia, o la regione dei Caucasic-Balcanica dell'Est Europa, l'Iraq in Asia, o la regione dei Grandi Laghi in Africa (Zambia, Zimbabwe). La maggior parte della popolazione della restante parte dei Paesi studiati si considera 'molto felice' o 'abbastanza felice'.

PAESI E ANNI SPECIFICI

Analizziamo ora più nello specifico l'indice di felicità di alcuni Paesi in più anni. Abbiamo deciso di analizzare nel dettaglio la situazione in Italia, nel Regno Unito, negli Stati Uniti, in Cina, e in India; la scelta è ricaduta su questi Paesi perché è sembrato che potessero ben descrivere situazioni in cui sono presenti diverse culture, economie, società, religioni, etc. per quanto riguarda la dimensione temporale, la World Values Survey ci permette di analizzare, per la maggior parte degli Stati gli anni 1981, 1990, 2000, 2007.

In questa analisi, inoltre, affianco all'Indice di Felicità poniamo il PIL pro capite² dei relativi Paesi nei diversi anni (espresso in \$, come viene proposto dalla Banca Mondiale).

Italia

Anno	Indice di Felicità	PIL pro capite (\$)
1981	$100 + (10,5+66,5) - (19,2+3,8) = 154$	7,344
1990	$100 + (16,0+69,1) - (12,5+2,3) = 170,3$	20,065
2000	$100 + (18,4+61,8) - (16,5+3,3) = 160,4$	19,388

² Il PIL pro capite è il Prodotto Interno Lordo diviso per la popolazione registrata da ogni Stato a metà anno.

Situazione emersa dall'ultima indagine (2005-2007):

	Feeling of happiness		
	Frequency	Percent	Cumulative percent
Very happy	186	18,4%	18,4%
Quite happy	719	71,9%	89,4%
Not very happy	87	8,6%	98,0%
Not at all happy	14	1,4%	99,4%
Don't know	2	0,2%	99,6%
No answer	4	0,4%	100,0%
Total	1012	100%	

Indice di Felicità della popolazione italiana nel 2008 = $100 + (18,4+71,9) - (8,6+1,4) = \mathbf{179,4}$

Pil pro capite italiano nel 2008 (\$) = **38,563**

Dai dati disponibili possiamo concludere che oggi l'Italia ha un Indice di Felicità superiore a 170 ed è dunque tra i Paesi in cui, in media, la gente è più felice. Più precisamente, su un campione di 1012 individui, la maggior parte delle persone si sente abbastanza contenta (71,9%), o molto contenta (18,4%).

I dati degli anni precedenti e la retta di regressione del grafico sottostante (figura 2) mostra come la popolazione italiana, tra il 1965 e il 2006, abbia sperimentato un progressivo aumento della felicità percepita, seppur con diversi picchi sia positivi che negativi. Il secondo grafico (figura 3) rappresenta la crescita del Prodotto Interno Lordo pro capite in Italia, che si presenta più o meno sostenuta. Nel 2000 il PIL ha registrato una lieve diminuzione, che è corrisposta anche a una lieve diminuzione dell'Indice di Felicità. Tuttavia, la correlazione tra felicità e ricchezza personale risulta meno forte dell'ultimo periodo analizzato: la crescita economica è stata esponenziale, ma il livello di felicità percepito dalla popolazione, pur aumentando, non è "esplosivo".

Va tuttavia detto che i dati raccolti tra il 2008 e il 2013 verranno pubblicati solo nell'aprile 2014, ed è presumibile che gli avvenimenti più recenti porteranno numerose novità in tutte le variabili analizzate e in particolar modo su quella della felicità. Il grafico sul PIL, infatti, evidenzia un netto peggioramento della situazione economica a partire dal 2009; sarà interessante verificare se tale shock ha portato conseguenze rilevanti sulla felicità percepita.

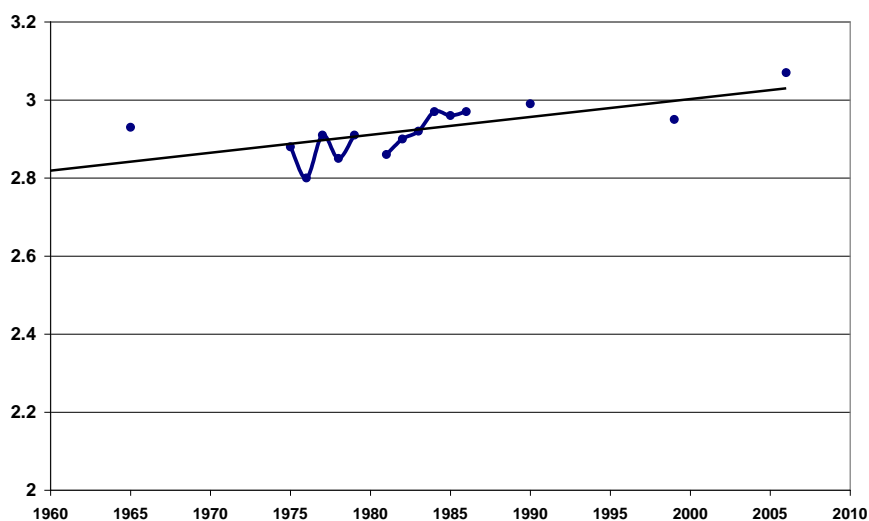


Figura 2: Felicità media in Italia, 1965-2006 (1=per niente felice, 4=molto felice)
 Fonte: World Values Survey Association

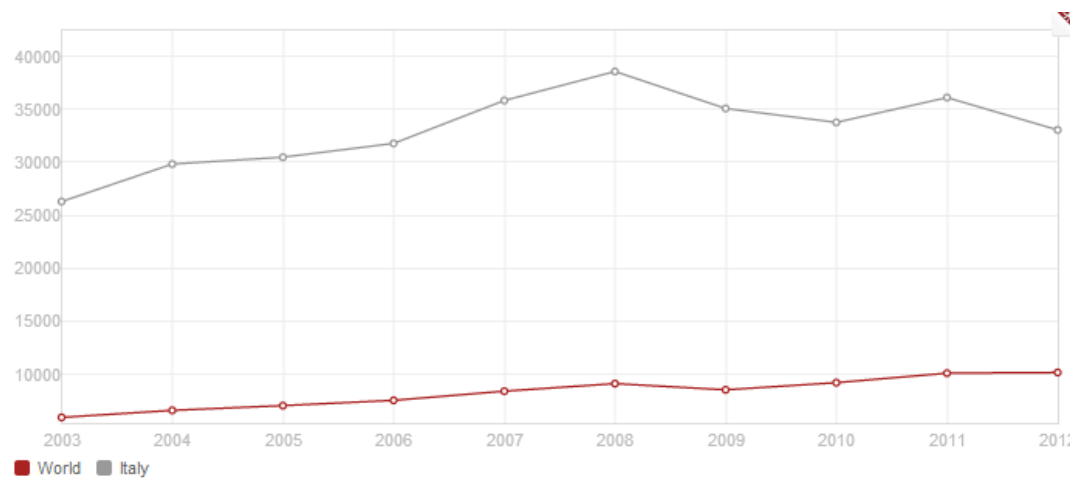


Figura 3: PIL pro capite in Italia, 2003-2012
 Fonte: Banca Mondiale

Gran Bretagna

Anno	Indice di Felicità	PIL pro capite (\$)
1981	$100 + (38,0+57,4) - (4,4+0,2) = 190,8$	9,142
1990	$100 + (37,9+53,5) - (7,0+1,6) = 182,8$	17,805
2000	$100 + (32,5+58,3) - (6,8+2,4) = 181,6$	25,058
2008	$100 + (50,8+42,8) - (5,2+1,2) = 187,2$	43,147

A differenza dell'Italia e, come vedremo, di molti altri Stati, la Gran Bretagna ha avuto un altissimo livello dell'Indice di Felicità agli inizi degli anni Ottanta, che poi però è lievemente diminuito fino al 2008, quando la felicità della popolazione ha riiniziato a crescere. Ad ogni

modo, anche tenendo in considerazione questo trend, la popolazione inglese si ritiene molto felice, riportando da decenni un indice superiore a 180 punti. In questo caso non si riscontra nessuna correlazione con il PIL, che è cresciuto costantemente nel periodo esaminato; possiamo dunque concludere che, almeno in questo Paese, ci devono essere altre variabili che la popolazione ritiene determinanti per la sua felicità, in aggiunta al benessere economico.

USA

Anno	Indice di Felicità	PIL pro capite (\$)
1981	$100 + (31,5+59,9) - (7,6+1,0) = \mathbf{182,8}$	13,526
1990	$100 + (40,5+49,1) - (9,1+1,3) = \mathbf{179,2}$	23,028
2000	$100 + (39,3+54,4) - (5,8+0,5) = \mathbf{187,4}$	35,082
2008	$100 + (34,4+58,8) - (6,4+0,4) = \mathbf{186,4}$	47,670

Anche la popolazione americana dichiara, in generale, un livello di felicità molto elevato e, negli ultimi vent'anni, il suo Indice di Felicità risulta sensibilmente migliorato. Una leggera flessione si è verificata negli ultimi anni, ma questo potrebbe esser dovuto a presagi dell'imminente crisi economica-finanziaria che ha travolto tutto il Mondo tra il 2008 e il 2009, ma che è probabile che in America se ne siano percepiti i sentori un po' in anticipo. Il Prodotto Interno Lordo, invece, ha continuato a crescere di anno in anno. Un'osservazione da fare è che, sebbene l'economia americana sia da decenni tra le più fiorenti al mondo, sembra che la felicità percepita non sia altrettanto superiore rispetto a quella, ad esempio, dell'Italia e della Gran Bretagna (che in alcuni anni registra addirittura un Indice superiore di alcuni punti agli Stati Uniti).

Riproponiamo la tabella che illustra come le percentuali di americani che si considerano felici siano rimaste pressoché invariate negli anni, anche se la crescita economica è stata continua e sostenuta.

	1975	1996
Very happy	32	31
Pretty happy	55	58
Not too happy	13	11
	100	100

Cina

Anno	Indice di Felicità	PIL pro capite (\$)
1990	$100 + (28,3+40,2) - (29,4+2,2) = \mathbf{136,9}$	314
2000	$100 + (11,5+66,6) - (19,1+2,8) = \mathbf{156,2}$	949
2008	$100 + (21,2+55,5) - (19,3+4,0) = \mathbf{153,4}$	3,414

Pur non essendo sotto il punto di equilibrio (100), la Cina risulta avere un Indice di Felicità sensibilmente inferiore a tutti Paesi occidentali analizzati fino ad ora. Bisogna sottolineare come a cavallo dell'ultimo secolo si sia registrato un sensibile salto di più di venti punti nella felicità percepita, ma poi l'accelerata sembra essersi fermata. Nessuna decelerata invece nella crescita del PIL pro capite che risulta essere la misurazione di un'incredibile espansione economica. Sembra di poter concludere che la crescita economica ha inizialmente permesso alla popolazione cinese di accrescere il proprio benessere e la felicità percepita, presumibilmente perché ha permesso di accedere a beni e servizi improponibili prima (come ad esempio l'automobile, il computer, l'istruzione per i figli), ma raggiunto un determinato livello di felicità materiale maggior ricchezza non ha saputo soddisfare i beni superiori.

India

Anno	Indice di Felicità	PIL pro capite (\$)
1990	$100 + (23,9+48,4) - (24,1+3,6) = \mathbf{144,6}$	376
2000	$100 + (25,8+48,4) - (21,3+4,6) = \mathbf{148,3}$	455
2008	$100 + (29,0+46,6) - (21,7+2,8) = \mathbf{151,1}$	1,042

Anche in India il PIL pro capite è cresciuto sensibilmente e in modo costante a partire dal 1990 (non a torto l'India è stata inserita nei paesi definiti BRIC dal momento che il suo Prodotto Interno Lordo è triplicato in soli vent'anni). Anche l'Indice di Felicità, pur non essendo particolarmente alto, risulta essere in costante crescita.

Questa prima parte dell'analisi dati sembra documentare come, in primo luogo, la popolazione mondiale, in generale si dichiara felice o molto felice.

In secondo luogo, la correlazione costante e positiva tra ricchezza e felicità non sembra più così forte ed evidente, dando ancor più credito al Paradosso di Easterlin. Richard Easterlin nel 1974 elabora il cosiddetto Paradosso della felicità, secondo cui l'aumento di reddito individuale produce una maggiore felicità iniziale. Raggiunta una certa soglia però, questa felicità non solo non aumenta più, ma addirittura diminuisce. La relazione sembrerebbe così

avere l'andamento di una U rovesciata. Questo concetto ci sembra ben esemplificato dai casi dei Paesi analizzati: la Cina negli ultimi decenni ha riportato un incredibile aumento della ricchezza, ma l'Indice di Felicità è aumentato solo nel primo periodo di aumento del PIL (anche se l'aumento è stato di venti punti!), poi non solo si è stabilizzato, ma è addirittura diminuito. Per quanto riguarda l'India, invece, sia la ricchezza che il benessere percepito sembrano in continuo aumento; possiamo ipotizzare che, dato che l'aumento del PIL non è rapido come quello della Cina, la popolazione non ha ancora raggiunto un livello di ricchezza tale che gli ha permesso di soddisfare tutte le proprie aspettative materiali. Infine, sembra che la popolazione americana si sia assestata su un certo livello di felicità grazie a una ricchezza che da decenni cresce in modo costante, e probabilmente per variare in qualsiasi direzione questo livello di felicità è necessario uno shock economico (che sia positivo o negativo). Potremmo dire che gli Americani hanno un livello di felicità ben definito, a cui tendono di tornare nel tempo, essendo così in grado di adattarsi molto facilmente a nuovi avvenimenti, anche a un aumento del reddito.

Il grafico sottostante mostra la correlazione tra la felicità e il PIL pro capite in 140 Paesi nel 2005. Si può vedere chiaramente come inizialmente la soddisfazione di vita cresca sensibilmente all'aumentare della ricchezza, ma dopo un certo livello del PIL la retta diventa più piatta e quindi la felicità percepita tra Paesi con ricchezza diversa non è tanto superiore.

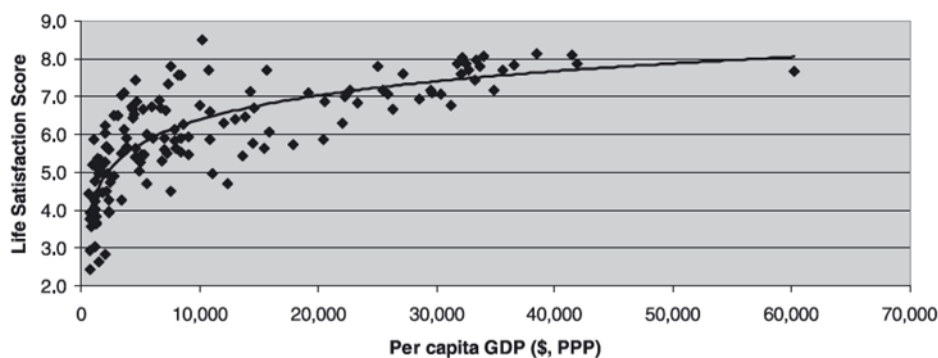


Figura 4: Soddisfazione di vita e PIL pro capite nel 2005 in 140 Paesi

Fonte: Borghesi, Vercelli (2012)

Le ragioni del Paradosso della Felicità risiedono principalmente in due fenomeni. Il primo è quello dell'adattamento. La soddisfazione che si prova quando si acquista un nuovo bene è momentanea, poi ci si abitua a quel bene e la soddisfazione provata svanisce. Il secondo fenomeno è legato strettamente al primo. Per continuare a provare soddisfazione bisogna alzare ogni volta il livello di ambizione. Tutte le spiegazioni al paradosso di Easterlin

impongono di considerare nel novero delle cose che rendono felici altri fattori oltre alla ricchezza, come possono essere il capitale sociale e la salute. Rispetto a queste, infatti, il fenomeno dell'adattamento e quello conseguente delle maggiori aspirazioni hanno un impatto più debole. Il matrimonio, i figli, le amicizie, il dedicarsi agli altri attraverso il volontariato, l'essere in buona salute, danno soddisfazioni che, sebbene nel tempo tendano comunque a diminuire, sono più durature di quelle derivante dall'acquisto di beni di consumo.

FELICITA'-SODDISFAZIONE DI VITA

Gli studi condotti dal World Values Survey permettono anche di testare l'ipotesi supportata da molti studiosi secondo cui la felicità percepita è validamente descritta dalla soddisfazione che uno ha della sua vita.

L'analisi, infatti, ha posto agli individui intervistati due diverse domande per misurare, nel primo caso, quanto uno si ritiene felice (ponendo la domanda che è stata esposta in precedenza), mentre nel secondo caso per misurare la soddisfazione di vita agli intervistati è stato chiesto: "Tutto sommato, Lei è soddisfatto o insoddisfatto della vita che fa ora? Usando una scala sulla quale 1 significa che Lei è 'completamente insoddisfatto' e 10 significa che Lei è 'completamente soddisfatto', a quale livello si colloca la sua soddisfazione nei confronti della vita nel suo complesso?"

Satisfaction with your life												
		Totale	Dissatisfied	2	3	4	5	6	7	8	9	Satisfied
Feeling of happiness	Very happy	18,6%	33,3%	-	12,5%	2,1%	6,5%	6,1%	9,4%	28,0%	48,8%	53,8%
	Quite happy	71,6%	8,3%	40,0%	18,8%	55,3%	66,7%	86,2%	88,1%	69,2%	50,0%	44,6%
	Not very happy	8,6%	50,0%	60,0%	62,5%	34,0%	21,5%	7,7%	2,5%	2,3%	1,2%	1,5%
	Not at all happy	1,2%	8,3%	-	6,2%	8,5%	5,4%	-	-	0,5%	-	-
	Total	1000 (100%)	12 (100%)	10 (100%)	16 (100%)	47 (100%)	93 (100%)	181 (100%)	278 (100%)	214 (100%)	84 (100%)	65 (100%)

I risultati riportati dal campione della popolazione italiana sono ambigui. La tabella aiuta a mostrare come la sostituzione delle due variabili sia più accurata quando viene fatta tra la tristezza e l'insoddisfazione della vita, piuttosto che tra la felicità e la soddisfazione. In altre parole, le persone che si dichiarano infelici o non molto felici in media sono anche insoddisfatte della loro vita, mentre le persone molto felici, e ancor più le persone abbastanza felici, si distribuiscono quasi uniformemente su tutto lo spettro che descrive il grado di soddisfazione della propria vita; cioè possono essere tanto soddisfatte quanto insoddisfatte. Tale risultato potrebbe esser dovuto a come sono state poste le domande, senza ulteriori specificazioni, infatti, ci sembra difficile poter interpretare in due modi così differenti i due sentimenti. Un'altra spiegazione potrebbe essere un diverso significato che viene dato alle parole 'felicità' e 'soddisfazione' dai diversi individui; alcuni studiosi infatti correlano la felicità a un sentimento di breve termine, dovuto a circostanze che potrebbero essere passeggere, mentre la soddisfazione rispetto alla propria vita darebbe un'indicazione più di lungo termine. In questo modo potrebbe essere che le persone felici si sentano tali in merito a un particolare evento, ma che, prevedendo che tale euforia sia limitata nel tempo, rispondano alla domanda sulla soddisfazione con più lungimiranza nel tempo.

Questa correlazione ambigua sembrerebbe mettere in dubbio la validità della soddisfazione della propria vita come valore che descrive la felicità di una persona; mettendo in discussione moltissimi studi sulla felicità che hanno usato i due indicatori come sinonimi, affermando che sia più facile per una persona definire quando è soddisfatto della sua vita piuttosto che quando è felice. Tuttavia è stato sottolineato da più parti (Andrews e Withey, 1976; Layard, 2005) che la soddisfazione di vita è un valido strumento sostitutivo alle misurazioni della felicità su larga scala. Difatti, i risultati ottenuti analizzando tutti gli Stati presi in considerazione dallo studio della World Values Survey Association sembrano supportare tale ipotesi:

Satisfaction with your life												
		Total	Dissatisfied	2	3	4	5	6	7	8	9	Satisfied
Feeling of happiness	Very happy	28,0 %	11,3%	10,3 %	8,0%	8,5%	12,8 %	15,3 %	20,0 %	33,4 %	52,5 %	60,5%
	Quite happy	54,1 %	25,8%	32,9 %	35,1 %	48,0 %	60,3 %	66,6 %	70,0 %	61,1 %	43,7 %	34,6%
	Not very happy	15,0 %	34,2%	38,1 %	48,1 %	38,9 %	24,6 %	16,8 %	9,0%	5,0%	3,3%	4,2%
	Not at all happy	2,9%	28,7%	18,7 %	8,8%	4,6%	2,4%	1,3%	0,7%	0,5%	0,4%	0,7%
	Total	81232 (100 %)	2876 (100%)	1985 (100 %)	3733 (100 %)	4408 (100 %)	10943 (100 %)	9228 (100 %)	13151 (100 %)	16216 (100 %)	8358 (100 %)	10334 (100 %)

Da questa tabella la correlazione tra felicità e soddisfazione della propria vita sembra molto più evidente rispetto a quella ottenuta dal solo campione italiano.

In ogni caso, al fine di questo studio useremo la domanda che si riferisce espressamente alla felicità per correlarla con le variabili del capitale sociale e della salute.

CAPITALE SOCIALE

Partendo dall'analisi dei precedenti studi che sono stati fatti sul capitale sociale, è stato ritenuto opportuno focalizzare l'attenzione su determinati parametri che risultano essere rappresentativi del livello di capitale sociale. In particolare in questa ricerca vengono utilizzati come indicatori del capitale sociale: la fiducia interpersonale (attraverso l'Indice di Fiducia proposto nella World Values Survey), la fiducia nelle istituzioni (considerando la fiducia nei confronti della Polizia e, per il campione italiano, il Parlamento), lo stato familiare, e infine la partecipazione a organizzazioni di carità e/o umanitarie.

Come per la felicità, anche per questa seconda variabile i dati sono principalmente stati estrapolati dalla World Values Survey, che ha permesso di utilizzare anche questa volta i

campioni della popolazione italiana, inglese, americana, cinese, e indiana; e ha inoltre permesso di eseguire l'analisi in più anni.

Per ogni indicatore utilizzato si è poi andati ad osservare se esiste o meno una relazione con la felicità e, se esiste, come è fatta.

FIDUCIA INTERPERSONALE:

Dallo studio condotto sulla letteratura riguardante il capitale sociale, si è potuto rilevare come uno dei suoi maggiori indicatori sia la fiducia tra le persone. Come nella maggior parte degli studi statistici che si sono interessati dell'argomento, il livello di fiducia tra le persone è misurato a partire dalla domanda: "In generale, Lei direbbe che si può aver fiducia nella maggior parte della gente o che non si è mai troppo attenti e prudenti nel trattare con la gente?"

- a) Si può aver fiducia nella maggior parte delle persone.
- b) Non si è mai troppo attenti e prudenti.

È poi stato calcolato, analogamente a quanto fatto per la felicità, il seguente Indice di Fiducia:

$$\text{Indice di Fiducia} = 100 + (\text{percentuale di risposta a}) - (\text{percentuale di risposta b})$$

In questo modo gli indici sopra il 100 corrispondono ai Paesi dove la maggior parte della popolazione si fida degli altri, mentre un indice sotto il 100 corrisponde ai Paesi dove la maggior parte delle persone non si fida.

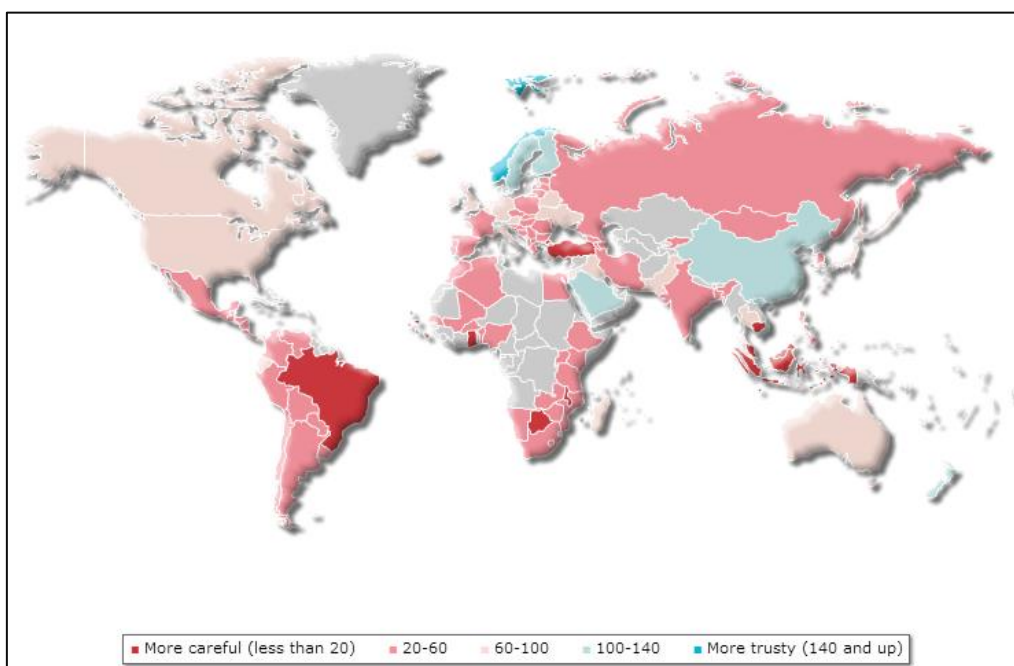


Figura 5: La mappa della fiducia

Fonte: World Values Survey Association

Come mostra la mappa, la popolazione mondiale in generale non ha molta fiducia nelle altre persone. Escluse le regioni del Nord Europa (Norvegia, Svezia, Danimarca, e Finlandia), e sei altre Nazioni con circa un ugual numero di persone che si fidano e che non si fidano degli altri, il resto del mondo è sotto il livello di equilibri dell'indice. In fondo alla lista troviamo la Turchia e il Trinidad-Tobago.

Italia

Indice di Fiducia della popolazione italiana nel 1981 = $100 + 25,4 - 74,7 = 50,7$
Indice di Fiducia della popolazione italiana nel 1990 = $100 + 34,2 - 65,8 = 68,4$
Indice di Fiducia della popolazione italiana nel 2000 = $100 + 32,6 - 67,4 = 65,2$
Indice di Fiducia della popolazione italiana nel 2008 = $100 + 29,2 - 70,8 = 58,4$

Tra i vari Paesi analizzati, l'Italia risulta essere quella con in assoluto indice di Fiducia inferiore. La popolazione italiana da anni non si fida degli altri individui e l'indicatore si assesta intorno ai 50-60 punti.

Gran Bretagna

Indice di Fiducia della popolazione inglese nel 1981 = $100 + 43,9 - 56,1 = 87,8$
Indice di Fiducia della popolazione inglese nel 1990 = $100 + 43,6 - 56,4 = 87,2$
Indice di Fiducia della popolazione inglese nel 2000 = $100 + 29,7 - 70,3 = 59,4$
Indice di Fiducia della popolazione inglese nel 2008 = $100 + 30,5 - 69,5 = 61$

Intorno agli anni '80-'90 gli inglesi ritenevano di potersi fidare abbastanza degli altri individui, registrando un indice di Fiducia quasi uguale a 90. Per cause che non ci è noto sapere, tuttavia, a partire dalla fine del millennio la fiducia ha iniziato a decrescere drammaticamente, fino ad assestarsi su un livello paragonabile a quello della popolazione italiana che, come abbiamo detto, presenta l'indice più basso tra i Paesi considerati dal nostro campione.

USA

Indice di Fiducia della popolazione americana nel 1981 = $100 + 40,5 - 59,5 = 81$
Indice di Fiducia della popolazione americana nel 1990 = $100 + 51,5 - 48,5 = 103$
Indice di Fiducia della popolazione americana nel 2000 = $100 + 35,8 - 64,2 = 74,6$
Indice di Fiducia della popolazione americana nel 2008 = $100 + 39,3 - 60,7 = 78,6$

La popolazione americana, pur superando il punto di equilibrio della fiducia solo nella misurazione del 1990, presenta tutto sommato un indice abbastanza alto (considerando che, nel mondo, meno di una ventina di Stati supera il punteggio di 100).

Cina

Indice di Fiducia della popolazione cinese nel 1990 = $100 + 60,3 - 39,7 = 120,6$
Indice di Fiducia della popolazione cinese nel 2000 = $100 + 54,5 - 45,5 = 109$
Indice di Fiducia della popolazione cinese nel 2008 = $100 + 52,3 - 47,7 = 104,6$

La Cina presenta un indice di Fiducia relativamente molto alto e superiore a 100 in tutti i periodi analizzati. Bisogna tuttavia notare che la fiducia nelle persone sta sensibilmente decrescendo di misurazione in misurazione e che, se tale trend fosse confermato anche dalla misurazione effettuata in questi ultimi anni, potremmo aspettarci che nella prossima pubblicazione anche la Cina registri un indice inferiore al punto di equilibrio. Mentre in tutti gli altri Paesi è stato registrato un trend altalenante, in questo caso la progressiva diminuzione è evidente.

India

Indice di Fiducia della popolazione indiana nel 1990 = $100 + 35,4 - 64,6 = 70,8$
Indice di Fiducia della popolazione indiana nel 2000 = $100 + 41 - 59 = 82$
Indice di Fiducia della popolazione indiana nel 2008 = $100 + 23,3 - 76,7 = 76,6$

L'indice di Fiducia registrato nel campione indiano non presenta particolarità rilevanti rispetto alla media degli altri Paesi: valori intorno al 70-80 e altalenanti.

FELICITA' E FIDUCIA INTERPERSONALE:

Dal momento che la World Values Survey propone degli indici solo per la felicità e per la fiducia interpersonale, ci sembra opportuno paragonare i vari valori analizzati fino ad ora, assumendo che l'Indice di Fiducia possa essere un adeguato, se pur parziale, indicatore del capitale sociale.

Italia

Anno	PIL pro capite (\$)	Indice di Felicità	Indice di Fiducia
1981	7,344	154	50,7
1990	20,065	170,3	68,4
2000	19,388	160,4	65,2
2008	38,563	179,4	58,4

La tabella mostra come, se è possibile riscontrare un certo andamento congiunto tra PIL pro capite e la felicità, nessuna correlazione è osservabile tra l'Indice della Felicità e l'Indice di Fiducia, che varia da periodo a periodo senza nessuna apparente regola. Supponendo che la letteratura abbia ragione nell'utilizzare la fiducia tra le persone come indicatore del grado di capitale sociale, potremmo concludere che in Italia la felicità non è determinata in modo significativo dal capitale sociale.

Gran Bretagna

Anno	PIL pro capite (\$)	Indice di Felicità	Indice di Fiducia
1981	9,142	190,8	87,8
1990	17,805	182,8	87,2
2000	25,058	181,6	59,4
2008	43,147	187,2	61

Nel caso della popolazione inglese, invece, si può riscontrare un lieve andamento congiunto tra l'Indice di Felicità e l'Indice di Fiducia. Sebbene, il campione abbia dichiarato un livello di felicità quasi costante intorno a un valore medio durante tutto il periodo analizzato, ci sono stati lievi cambiamenti in meglio o in peggio; a tali cambiamenti corrispondono variazioni dello stesso segno anche del grado di fiducia degli intervistati. Bisogna tuttavia dire che le variazioni del secondo indice sono state molto più ampie rispetto a quelle del primo.

USA

Anno	PIL pro capite (\$)	Indice di Felicità	Indice di Fiducia
1981	13,526	182,8	81
1990	23,028	179,2	103
2000	35,082	187,4	74,6
2008	47,670	186,4	78,6

Strano andamento si riscontra anche nella popolazione americana dove nel periodo in cui l'indice di fiducia è più alto riscontriamo addirittura il più basso livello di felicità, mentre quando la fiducia nelle altre persone è più bassa, le persone sono mediamente più felici.

Cina

Anno	PIL pro capite (\$)	Indice di Felicità	Indice di Fiducia
1990	314	136,9	120,6
2000	949	156,2	109
2008	3,414	153,4	104,6

Neanche in Cina sembra trovarsi correlazione tra la felicità e il capitale sociale (assumendo che la fiducia ne sia un'adeguata misura); infatti, come abbiamo notato l'Indice di Felicità è cresciuto sensibilmente tra il 1990 e il 2000, e al contrario l'indice di fiducia è diminuito sensibilmente in quegli anni.

India

Anno	PIL pro capite (\$)	Indice di Felicità	Indice di Fiducia
1990	376	144,6	70,8
2000	455	148,3	82
2008	1,042	151,1	76,6

Gli indici del campione indiano assomigliano in parte a quelli inglesi: lievi oscillazioni sono presenti in entrambe le variabili, ma in media si possono definire stabili intorno al loro valor medio. Tuttavia, a differenza del caso inglese, in questo campione le variazioni dell'Indice di Felicità non sono esattamente coincidenti con quelle della fiducia per il segno.

Da questa prima analisi sulla correlazione tra le variabili ci sembra di poter affermare che a livello di fiducia e felicità collettiva sia difficile trovare una stretta e forte correlazione e che, dove questa risulta presente, sembra che sia piuttosto dovuta a fattori esterni e non a una causalità diretta tra felicità e fiducia. Dunque, nella misura in cui la fiducia può essere associata al capitale sociale, possiamo ipotizzare che un maggior livello del capitale sociale non si traduca in un maggior grado di felicità.

Il caso inglese e, in parte, il caso indiano, inducono però a verificare ulteriormente se questa relazione sia davvero inesistente.

La tabella riportata sotto mette in correlazione in modo più analitico le due variabili (felicità e fiducia interpersonale) riportate dalla popolazione italiana (concentrandoci sulla misurazione 2005-2008).

Most people can be trust				
		Total	Most people can be trust	Can't be too careful
Feeling of happiness	Very happy	176	32,4%	67,6%
	Quite happy	679	29,7%	70,3%
	Not very happy	80	17,5%	82,5%
	Not at all happy	13	23,1%	76,9%
	Total	948 (100%)	29,1% (100%)	70,9% (100%)

È possibile osservare come tra le persone che non si fidano degli altri, la maggior parte non è felice o non è molto felice; dall'altra parte, nella minoranza delle persone che si fidano degli altri, la maggior parte è felice o abbastanza felice. Resta da comprovare in quale misura la fiducia sia un indicatore del livello di capitale sociale, ma se, come riporta la letteratura, tale relazione esiste ed è anche forte, la relazione tra felicità e capitale sociale sembra supportata dai dati analizzati in questa tabella.

Una possibile spiegazione a questo risultato apparentemente divergente potrebbe essere che variazioni della fiducia delle persone non sono registrate da corrispondenti variazioni nella

felicità generale, ma che le persone che si fidano maggiormente degli altri sono, in media, più felici rispetto a quelli che non si fidano.

FIDUCIA NELLE ISTITUZIONI:

Oltre alla fiducia nelle altre persone, la letteratura ha riportato che si può usare il dato che si riferisce alla fiducia che la popolazione ha nelle istituzioni, ad esempio nella Polizia, per individuare il livello di capitale sociale. La domanda è stata posta nella seguente maniera: “Quanta fiducia Lei ha nella Polizia?”

- a) Molta
- b) Abbastanza
- c) Poca
- d) Nessuna

Italia

	Confidence: The Police
A great deal	14,6%
Quite a lot	63,7%
Not very much	18,9%
None at all	2,8%
Total	995 (100%)

Si è quindi utilizzato un programma messo a disposizione nel sito ufficiale della World Values Survey (che è stato utilizzato anche per la tabella presentata in precedenza sulla correlazione tra felicità e fiducia interpersonale) per visualizzare la correlazione tra la fiducia nelle istituzioni e la felicità degli individui riportate tra il 2005 e il 2008.

Confidence: The Police						
		Total	A great deal	Quite a lot	Not very much	None at all
Feeling of happiness	Very happy	183	21,3%	55,7%	18,6%	4,4%
	Quite happy	706	13,0%	67,6%	17,0%	2,4%
	Not very happy	86	12,8%	52,3%	31,4%	3,5%
	Not at all happy	14	21,4%	42,9%	35,7%	-
	Total	989 (100%)	14,7%	63,7%	18,8%	2,8%

Dai dati mostrati nella tabella, non sembra esserci nessun evidente andamento congiunto tra le due variabili: tra le persone che si fidano molto della Polizia, la percentuale delle persone molto felici e di quelle molto tristi è quasi uguale, come è molto simile la percentuale tra le persone abbastanza felici o non molto felici; situazione analoga si riscontra all'estremo opposto, tra le persone che non si fidano per niente. Infine, anche tra gli individui che hanno abbastanza o poca fiducia nella Polizia non si notano significative correlazioni di nessun tipo.

Si può tuttavia ipotizzare che il risultato sia dovuto alla particolare istituzione presa in considerazione e al particolare contesto (l'Italia). Si è dunque ripetuto lo studio prendendo in considerazione la fiducia nei confronti del Parlamento italiano.

Confidence: Paliament	
A great deal	1,7%
Quite a lot	31,3%
Not very much	49,6%
None at all	17,4%
Total	974 (100%)

Confidence: Parliament						
		Total	A great deal	Quite a lot	Not very much	None at all
Feeling of happiness	Very happy	177	3,4%	33,9%	44,1%	18,6%
	Quite happy	696	1,6%	31,2%	51,1%	16,1%
	Not very happy	81	-	24,7%	50,6%	24,7%
	Not at all happy	14	-	28,6%	50,0%	21,4%
	Total	968 (100%)	1,8%	31,1%	49,8%	17,4%

In questa seconda analisi sembra esserci una maggior correlazione tra le variabili, seppur ancor debole. Il risultato più significativo sembra essere tra le persone che hanno molta fiducia nel Palamento, le quali risultano essere molto più felici rispetto agli altri intervistati; mentre tra le persone che non si fidano per niente, la percentuale delle persone tristi è molto superiore rispetto alle altre categorie.

Gran Bretagna

Confidence: The Police	
A great deal	19,2%
Quite a lot	53,1%
Not very much	20,8%
None at all	6,8%
Total	1025 (100%)

Difatti è possibile vedere dai dati riportati nella tabella riferite al campione inglese che la carente fiducia nella Polizia riscontrata nel campione italiano è probabilmente causata dal particolare ambiente e non è un trend diffuso (come invece era la scarsa fiducia interpersonale riscontrata a livello mondiale).

Confidence: The Police						
		Total	A great deal	Quite a lot	Not very much	None at all
Feeling of happiness	Very happy	522	20,0%	55,8%	19,3%	4,9%
	Quite happy	438	19,0%	51,1%	21,7%	8,2%
	Not very happy	51	18,0%	45,3%	23,3%	13,4%
	Not at all happy	13	5,5%	41,9%	37,6%	15,1%
	Total	1023 (100%)	19,3%	53,1%	20,7%	6,9%

Rifacendoci all'analisi della letteratura eseguita precedentemente, una maggior fiducia nelle istituzioni aumenta il livello del capitale sociale. Possiamo notare come, tra le persone felici o abbastanza felici, oltre la metà ha abbastanza fiducia nella Polizia, e un altro rilevante 20% ha abbastanza fiducia; tra le persone poco felici o infelici, invece, si può notare che sempre poco meno della metà si fida abbastanza della Polizia, ma un'altra considerevole percentuale di queste persone (tra il 20 e il 30%) non si fida molto.

Sembra, dunque, che in questo caso esista un certo andamento: in media la popolazione inglese ha fiducia nella Polizia, tanto che sia felice quanto che non lo sia, tuttavia se andiamo a vedere la seconda percentuale più numerosa, notiamo che le persone più felici tendono a fidarsi di più delle istituzioni, rispetto a quelle che si dichiarano meno felici.

USA

Confidence: The Police	
A great deal	16,9%
Quite a lot	53,4%
Not very much	25,5%
None at all	4,1%
Total	1208 (100%)

Confidence: The Police						
		Total	A great deal	Quite a lot	Not very much	None at all
Feeling of happiness	Very happy	420	22,6%	55,0%	18,9%	3,6%
	Quite happy	703	14,2%	53,9%	28,1%	3,8%
	Not very happy	80	12,3%	42,7%	36,1%	8,8%
	Not at all happy	5	-	16,9%	55,4%	27,7%
	Total	(100%)	16,9%	53,4%	25,5%	4,1%

Anche in America la popolazione si fida di più della Polizia rispetto all'Italia e possiamo riscontrare un andamento simile a quello osservato in Gran Bretagna, ma ancora più "estremizzato": le persone molto felici hanno abbastanza o molta fiducia nella Polizia, mentre tra le persone infelici la maggior parte delle persone non si fida molto e un discreto 17% si fida abbastanza. Le persone che si trovano nelle posizioni intermedie dello spettro della felicità, invece, in media hanno abbastanza fiducia o non molta fiducia.

Possiamo concludere che gli americani che hanno più fiducia nelle istituzioni tendono ad avere meno probabilità di essere molto tristi, rispetto a quelli che non si fidano.

Cina

Confidence: The Police	
A great deal	23,9%
Quite a lot	56,2%
Not very much	17,1%
None at all	2,8%
Total	1891 (100%)

Confidence: The Police						
		Total	A great deal	Quite a lot	Not very much	None at all
Feeling of happiness	Very happy	401	30,9%	54,6%	12,5%	2,0%
	Quite happy	1056	21,3%	60,1%	15,8%	2,7%
	Not very happy	354	22,0%	50,6%	24,6%	2,8%
	Not at all happy	72	31,9%	34,7%	25,0%	8,3%
	Total	1883 (100%)	23,9%	56,2%	17,1%	2,8%

La popolazione cinese riporta un alto tasso di fiducia nella Polizia, ma anche in Cina, come in Italia, non si riscontra nessuna particolare correlazione tra la felicità degli individui e la loro fiducia nelle istituzioni: la maggior parte delle persone si fida abbastanza, indifferentemente dal fatto che sia più o meno felice, e la felicità percepita non ha correlazioni neanche con l'estremo opposto (ossia con le persone che non si fidano per niente).

India

Confidence: The Police	
A great deal	28,1%
Quite a lot	36,0%
Not very much	22,2%
None at all	13,6%
Total	1753 (100%)

Confidence: The Police						
		Total	A great deal	Quite a lot	Not very much	None at all
Feeling of happiness	Very happy	507	36,1%	34,5%	15,4%	14,0%
	Quite happy	833	26,3%	40,2%	21,5%	12,0%
	Not very happy	372	21,2%	30,9%	33,3%	14,5%
	Not at all happy	36	27,8%	16,7%	22,2%	33,3%
	Total	1748 (100%)	28,1%	36,1%	22,3%	13,6%

Sintomatico, infine, appare il caso indiano: tra le persone molto felici, circa un'uguale percentuale di persone (36,1% e 34,5%) dichiara di avere molta o abbastanza fiducia nella Polizia; la maggior parte delle persone abbastanza felici si dichiara abbastanza fiduciosa nelle istituzioni, e un'altra rilevante fetta di intervistati si dichiara molto o non molto fiduciosa; infine, tra le persone tristi la maggior parte non ha per niente fiducia.

In conclusione, si può affermare che non è sempre possibile trovare una chiara correlazione tra la felicità e la fiducia nelle istituzioni (suggerita da diversi autori come uno degli elementi che aumenta il capitale sociale); infatti, su 5 casi analizzati, in 2 non si nota correlazione. Negli altri 3 casi, comunque, è possibile notare come le persone più felici tendono ad avere in media più fiducia nelle istituzioni (e, quindi, un maggior capitale sociale), e a mano a mano che ci spostiamo verso gli estremi della scala della felicità gli individui tendono ad avere molta fiducia (nel caso delle persone molto felici) o per niente fiducia (nel caso delle persone tristi).

STATO CIVILE

Un'altra variabile utilizzata come parametro per misurare il capital sociale è lo stato civile, in quanto è stato riscontrato che avere una famiglia stabile e coesa facilita in vari modi il livello di capitale sociale (e la felicità). A livello mondiale, in genere gli intervistati sono risultati essere sposati (in media, più del 50%) e in generale la seconda percentuale più numerosa è

risultata esser composta dalle persone single e che non sono mai state sposate (intorno al 20%).

Italia

Analizzando innanzitutto il contesto italiano, possiamo notare come la maggior parte delle persone (56,9%) tra il 2005 e il 2008 è risultata essere sposata, e un'altra consistente percentuale degli intervistati è composta dalle persone single e mai sposate (28,1%); la restante parte della popolazione convive, è separata o divorziata, o, infine, è vedova.

La seguente tabella correla lo stato civile degli intervistati con la felicità percepita:

		Marital status						
		Total	Married	Living together as married	Divorced	Separated	Widowed	Single/never married
Feeling of happiness	Very happy	18,6%	20,0%	15,2%	23,5%	16,7%	9,8%	17,7%
	Quite happy	71,4%	73,0%	78,3%	52,9%	58,3%	60,8%	71,6%
	Not very happy	8,7%	6,3%	4,3%	23,5%	16,7%	23,5%	9,6%
	Not at all happy	1,4%	0,7%	2,2%	-	8,3%	5,9%	1,1%
	Total	1002 (100%)	570 (100%)	46 (100%)	17 (100%)	36 (100%)	51 (100%)	282 (100%)

Osserviamo come tra il gruppo delle persone sposate, le persone siano prevalentemente felici o molto felici (come era da aspettarsi tenendo conto degli studi eseguiti precedentemente dagli esperti); tuttavia il fatto che la maggior parte delle persone si senta abbastanza felice si ritrova come dato costante in tutti gli stati civili delle persone. Inoltre, eccetto che per il gruppo delle persone divorziate, in tutti gli altri gruppi la percentuale delle persone che si dichiara infelice è nettamente superiore rispetto alla percentuale tra le persone sposate (2,2%; 8,3%; 5,9%; 1,1% a fronte dello 0,7% delle coppie sposate). In altre parole, seppure in ogni situazione le persone in media si dichiarino abbastanza felici, le persone divorziate, separate, vedove, o single (e mai sposate) si distribuiscono maggiormente verso la parte bassa dello spettro della felicità: solo il 6,3% degli sposati e il 4,3% delle persone che vivono come da sposati si

dichiarano non molto felici, contro il 23,5% delle persone divorziate, del 16,7% dei separati, del 23,5% dei vedovi.

Gran Bretagna

Anche nel Regno Unito la maggior parte delle persone è sposata (48,7%) o single e mai sposata (24,2%).

Per quanto riguarda la relazione tra felicità e stato civile, la situazione si presenta essere la seguente:

		Marital status						
		Total	Married	Living together as married	Divorced	Separated	Widowed	Single/never married
Feeling of happiness	Very happy	50,9%	60,2%	55,3%	24,3%	36,5%	47,7%	41,1%
	Quite happy	42,7%	35,2%	44,7%	63,6%	46,0%	34,6%	53,5%
	Not very happy	5,2%	3,9%	-	9,0%	14,6%	14,4%	4,4%
	Not at all happy	1,2%	0,8%	-	3,1%	2,9%	3,4%	1,1%
	Total	1035 (100%)	504 (100%)	88 (100%)	72 (100%)	28 (100%)	91 (100%)	251 (100%)

Con sorpresa notiamo che in Gran Bretagna non sembra esserci quella forte ed evidente correlazione tra la felicità e l'essere sposati che si riscontrava nel campione italiano. Tra i divorziati, ad esempio, la percentuale degli individui che si definisce abbastanza felice è del 63,6%. In ogni caso, la percentuale più alta è riportata dalle persone sposate, tra le quali il 60,2% si ritiene molto felice; si deve però notare che tale percentuale non è significativamente differente da altre percentuali indicate da altre categorie di persone (diverse da quelle sposate).

USA

		Marital status					
		Total	Married	Divorced	Separated	Widowed	Single/never married
Feeling of happiness	Very happy	34,4%	39,4%	28,9%	12,3%	37,4%	28,2%
	Quite happy	58,8%	55,4%	61,6%	81,1%	59,7%	61,9%
	Not very happy	6,4%	5,1%	7,8%	6,7%	2,9%	9,4%
	Not at all happy	0,4%	0,1%	1,7%	-	-	0,4%
	Total	1248 (100%)	669 (100%)	160 (100%)	35 (100%)	71 (100%)	314 (100%)

Situazione molto simile a quella inglese la ritroviamo anche negli Stati Uniti, dove addirittura l'81% delle persone separate si dichiara abbastanza felice, quasi eguagliando la percentuale di persone sposate che si dichiara molto felice e abbastanza felice; altro dato interessante è che nessuno tra le persone separate e le persone vedove si ritiene molto infelice. In conclusione, qualsiasi sia lo stato civile degli intervistati, la maggior parte si dichiara abbastanza felice

Cina

		Marital status						
		Total	Married	Living together as married	Divorced	Separated	Widowed	Single/never married
Feeling of happiness	Very happy	21,2%	22,1%	7,1%	11,5%	-	20,8%	17,7%
	Quite happy	55,4%	54,6%	67,9%	65,4%	57,1%	45,5%	64,0%
	Not very happy	19,4%	19,4%	21,4%	19,2%	28,6%	22,1%	16,6%
	Not at all happy	4,0%	3,8%	3,6%	3,8%	14,3%	11,7%	1,7%
	Total	1984 (100%)	1671 (100%)	28 (100%)	26 (100%)	7 (100%)	77 (100%)	175 (100%)

In Cina le persone che dichiarano di essere molto felici sono principalmente sposate o, e questo sembra sorprendere maggiormente, vedove; nessuna persona separata si dichiara molto felice. Tralasciando poi la parte della popolazione che si definisce abbastanza contenta che, come abbiamo visto per gli altri Paesi analizzati, si distribuisce uniformemente in tutte le situazioni civili, tra le persone per niente felici, spiccano le percentuali delle persone separate (14,3%) e di quelle vedove (11,7%).

India

		Marital status						
		Total	Married	Living together as married	Divorced	Separated	Widowed	Single/never married
Feeling of happiness	Very happy	29,0%	29,3%	24,7%	60,0%	28,6%	20,5%	31,2%
	Quite happy	46,5%	46,4%	50,6%	-	-	36,1%	52,6%
	Not very happy	21,7%	22,2%	22,1%	-	71,4%	26,5%	14,4%
	Not at all happy	2,8%	2,1%	2,6%	40,0%	-	16,9%	1,9%
	Total	1994 (100%)	1607 (100%)	77 (100%)	5 (100%)	7 (100%)	83 (100%)	215 (100%)

Infine il caso indiano presenta alcune caratteristiche interessanti: la totalità delle persone divorziate si pone agli estremi dello spettro della felicità, infatti il 60% si definisce molto felice e il 40% molto infelice; un'altra percentuale che salta agli occhi è il 71,4% corrispondente alle persone separate che dichiarano di essere non molto felici; infine, percentuali quasi uguali si riscontrano tra gli individui sposati e quelli che vivono come se fossero sposati.

I risultati della correlazione tra felicità e stato civile degli intervistati, che secondo diversi studiosi è uno delle componenti principe del capitale sociale, mostrano come tra le persone che si dichiarano abbastanza felici non ci sia in genere correlazione con il loro stato matrimoniale. Per quanto riguarda, invece, gli altri stati della felicità, la correlazione cambia in modo sostanziale in base alla diversa nazionalità degli intervistati. È possibile che questo

risultato sia dovuto innanzitutto al diverso valore che si dà alla famiglia nelle diverse culture: è risaputo che in certi paesi il matrimonio ha un valore non solo sociale, ma anche religioso, mentre in altri stati (come ad esempio gli Stati Uniti) non esiste la distinzione tra l'esser sposati e il convivere. Un'altra possibile spiegazione, in parte legata alla prima, è che la correlazione possa essere rafforzata se esistono politiche a sostegno di determinate situazioni civili; ad esempio, in uno Stato in cui esistono forti incentivi a supporto delle famiglie (sgravi fiscali, assistenza sanitaria, politiche a favore delle famiglie con molti figli, etc.) le persone sposate potrebbero aver motivo di esser più felici rispetto a quelle single, divorziate, o separate, rispetto alla popolazione di uno Stato in cui non esistono tali politiche.

PARTECIPAZIONE IN ORGANIZZAZIONI

Infine, tra le varie associazioni e organizzazioni a cui si può partecipare e che sono sintomo di alto livello di capitale sociale si è scelto di analizzare la partecipazione a organizzazioni di carità o umanitarie.

Italia

Dal campione analizzato, sembra che gli Italiani non partecipino particolarmente a tali organizzazioni e che, se ne sono membri, in genere lo sono in modo inattivo. Percentuali molto simili sono state riscontrate analizzando la partecipazione ad organizzazioni sportive o ricreative (rispettivamente: 71,1%-11,5%-17,3%); e per l'esser membro di partiti politici (89,6%-7,0%-3,4%).

	Active/inactive membership of charitable/humanitarian organization
Not a member	78,9%
Inactive member	11,8%
Active member	9,3%
Total	999 (100%)

In questa seconda tabella abbiamo nuovamente analizzato la correlazione tra la felicità e il capitale sociale, questa volta misurato dall'esser membro o meno di un'organizzazione, e se l'intervistato lo è in modo attivo o inattivo.

Active/inactive membership of charitable/humanitarian organization					
		Total	Not a member	Inactive member	Active member
Feeling of happiness	Very happy	183	71,6%	13,1%	15,3%
	Quite happy	710	78,9%	12,3%	8,9%
	Not very happy	86	90,7%	8,1%	1,2%
	Not at all happy	14	100,0%	-	-
	Total	993 (100%)	78,9%	11,9%	9,3%

In questo caso i risultati sono molto chiari: nessun Italiano che si dichiara triste partecipa ad associazioni, né come membro attivo, né come membro inattivo; inoltre, a mano a mano che ci si sposta verso la parte negativa della scala della felicità, la percentuale dei membri attivi diminuisce, e la percentuale dei non membri aumenta. Anche se dalle tabelle di correlazione non è possibile analizzare la causalità delle reazioni, è comunque almeno ipotizzabile che sia il livello di felicità che determina la probabilità di partecipare o meno ad un'organizzazione, e non viceversa.

Gran Bretagna

Active/inactive membership of charitable/humanitarian organization					
		Total	Not a member	Inactive member	Active member
Feeling of happiness	Very happy	521	68,5%	9,9%	21,6%
	Quite happy	440	71,0%	9,2%	19,8%
	Not very happy	54	68,0%	9,3%	22,7%
	Not at all happy	13	55,9%	23,9%	20,2%
	Total	1028 (100%)	69,4%	9,7%	20,8%

In Inghilterra circa il 70% degli intervistati non partecipa a nessuna organizzazione umanitaria o di carità ma, a differenza dell'Italia, chi invece vi partecipa ne è un membro attivo. Sembra che nel campione inglese, a differenza di quello italiano, non esista nessun evidente trend tra le variabili, e che i non membri di associazioni siano nella stessa percentuale molto felici, abbastanza felici, non molto felici o infelici; stessa cosa si può notare tra i membri attivi e tra i membri non attivi.

USA

Anche negli Stati Uniti la partecipazione di qualsiasi genere a un'organizzazione umanitaria è piuttosto bassa, dato che il 70% non è membro di nessuna associazione; la restante parte degli intervistati è divisa quasi in modo identico tra i membri attivi e i membri non attivi.

Active/inactive membership of charitable/humanitarian organization					
		Total	Not a member	Inactive member	Active member
Feeling of happiness	Very happy	416	67,9%	12,9%	19,2%
	Quite happy	716	72,5%	15,1%	12,4%
	Not very happy	78	68,0%	11,9%	20,1%
	Not at all happy	5	100%	-	-
	Total	1215 (100%)	69,4%	9,7%	20,8%

Similmente alla situazione italiana, anche in questo campione osserviamo come le persone del tutto infelici non siano membri delle organizzazioni umanitarie (bisogna tuttavia notare che su un campione di 1215 intervistati solo 5 individui si sono dichiarati tristi). Un po' meno chiara risulta essere la correlazione nelle persone molto felici, abbastanza felici, e non molto felici, dove le percentuali sono abbastanza simili tra loro.

Cina

In Cina la situazione è ancora più marcata che nei casi precedenti: ben il 92% dei partecipanti alla ricerca non è membro di nessuna organizzazione. Per interpretare i dati della tabella sottostante bisogna tenere bene a mente questo dato, in quanto ci permette di ipotizzare che, per lo meno nella popolazione cinese, l'esser più o meno felici non impatti sul livello di capitale sociale (misurato dalla partecipazione o meno ad un qualche tipo di associazione), o

che, viceversa, l'esser parte o meno di un'organizzazione non varia il livello di felicità dell'individuo.

Active/inactive membership of charitable/humanitarian organization					
		Total	Not a member	Inactive member	Active member
Feeling of happiness	Very happy	417	89,7%	6,2%	4,1%
	Quite happy	1099	91,4%	5,0%	3,5%
	Not very happy	380	95,3%	2,4%	2,4%
	Not at all happy	79	97,5%	-	2,5%
	Total	1975 (100%)	92,1%	4,6%	3,4%

India

Il campione indiano presenta una diversità rispetto agli altri Paesi analizzati, ossia il 43% degli intervistati non fa parte di alcuna associazione, ma il 46% partecipa come membro inattivo.

Active/inactive membership of charitable/humanitarian organization					
		Total	Not a member	Inactive member	Active member
Feeling of happiness	Very happy	579	46,5%	39,6%	14,0%
	Quite happy	929	37,2%	50,5%	12,3%
	Not very happy	432	48,4%	47,0%	4,6%
	Not at all happy	55	63,6%	34,5%	1,8%
	Total	1995 (100%)	43,1%	46,1%	10,8%

È possibile notare come il trend della correlazione tra le variabili riportato dalla popolazione indiana assomiglia molto a quello del campione cinese, cioè non esistono evidenti relazioni;

L'unica differenza è che in questo caso le più alte percentuali si dividono tra i non membri e i membri inattivi, anziché semplicemente tra i non membri (come nel caso cinese).

Concludendo questa parte riservata alla relazione tra partecipazione ad un'associazione umanitaria/di carità e la felicità, si può dire che la correlazione positiva riportata in molti articoli accademici è evidente negli Stati occidentali analizzati, ma che tale relazione non è presente negli Stati asiatici. Seppure meno ovvia, la motivazione potrebbe esser molto simile a quella esposta per la relazione con lo stato civile, ossia una sostanziale differenza nella scala dei valori considerati importanti e rilevanti al fine della percezione della felicità e, in ultima istanza, una sostanziale differenza di culture.

SALUTE

Come è già stato accennato in precedenza, a livello mondiale lo stato di salute e le aspettative di vita stanno migliorando molto velocemente (attualmente l'aspettativa media di vita è di 70 anni), ma le disparità su questo campo tra le diverse aree è ancora enorme (il 74% delle morti infantili avviene in Africa e nel Sud-Est asiatico).

La cartina riportata mostra l'aspettativa di vita (alla nascita) della popolazione mondiale: come è chiaro, la popolazione degli Stati Uniti, dell'Europa e dall'Australia possono sperare in una vita nettamente più lunga rispetto alla maggior parte degli stati africani.

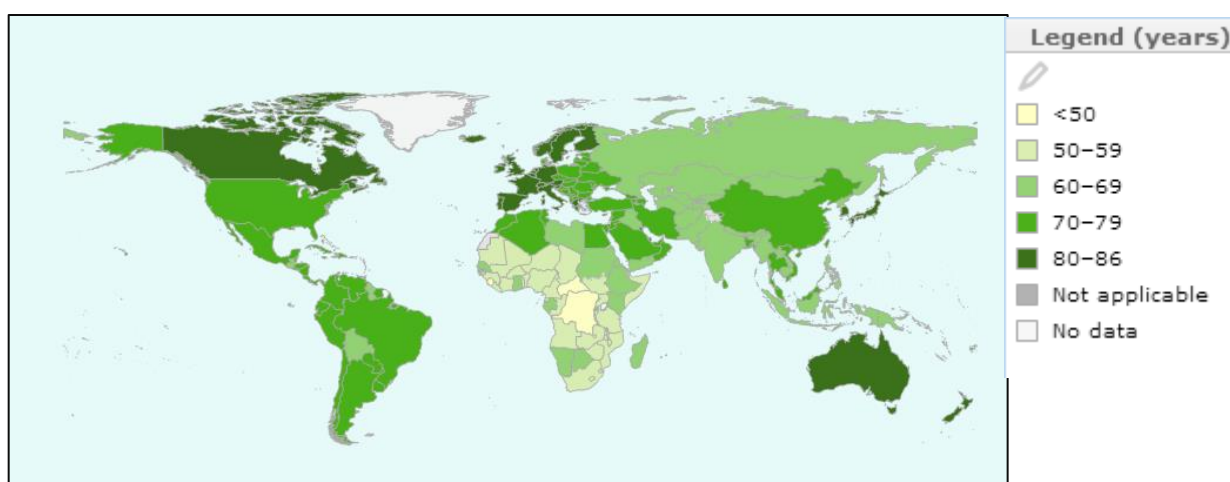


Figura 6: La mappa dell'aspettativa di vita alla nascita
Fonte: World Health Organization

SALUTE - REDDITO

Avendo anche solo una vaga idea della disparità di ricchezza che esiste tra i diversi Paesi, possiamo quindi esser portati a pensare che l'aspettativa di vita di un individuo (e mediante questa misura, possiamo assumere di misurare lo stato di salute generale) dipenda in maniera sostanziale dalla sua ricchezza. Il grafico sottostante, dunque, considera 100000 individui, raggruppati in diversi scaglioni di reddito (misurato dal Gross National Income per capita nel 2011), e rappresenta la relativa curva di sopravvivenza. Come possiamo osservare, il momento più critico è nei primi anni di vita quando la retta verde e quella gialla sono sensibilmente più pendenti rispetto alle altre due; il reddito, comunque, continua a rimanere un fattore che impatta sulla lunghezza di vita dell'individuo in ogni punto del grafico.

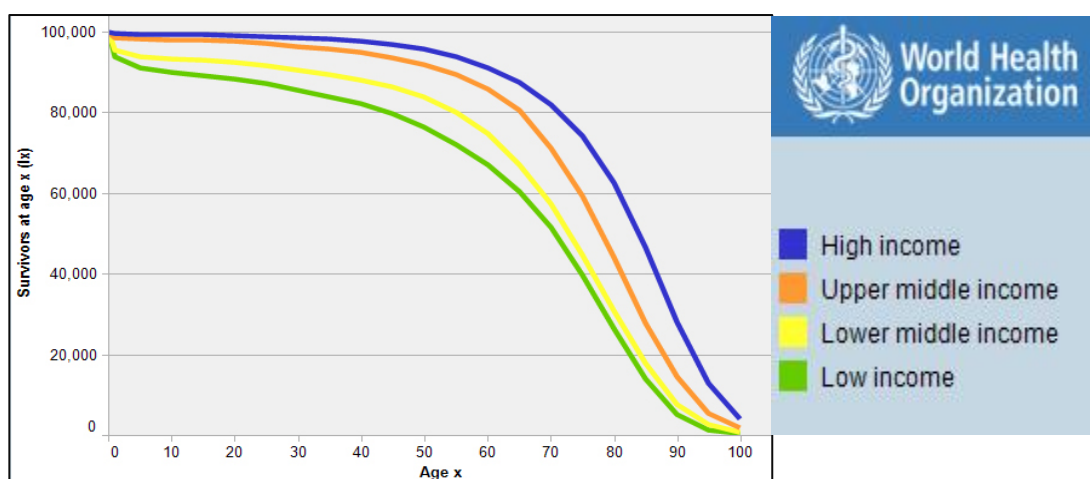


Figura 7: Numero di sopravvissuti per età e ricchezza del Paese (2011)

Fonte: World Health Organization mortality statistics, 2013

Sicuramente il reddito e la ricchezza di una nazione oltre ad impattare sull'aspettativa di vita degli individui, determina anche l'esistenza e l'efficacia del sistema sanitario e delle infrastrutture disponibili. La tabella illustra il numero di letti ospedalieri (ogni 10000 abitanti) in diverse zone del mondo nel 2005:

Africa	9
Americhe	24
Sud-Est asiatico	11
Europa	62
Mediterraneo orientale	12
Pacifico (ovest)	47
Mondiale	29

È evidente che l'offerta del servizio sanitario è strettamente correlato al livello dell'aspettativa di vita riportato nella cartina precedente.

Sembra invece esser più difficile trovare una regola che leghi in modo accurato la ricchezza della nazione e la propensione dei suoi abitanti ad adottare comportamenti dannosi per la salute. La mappa sottostante illustra la percentuale di episodi gravi a seguito di abuso di alcol tra gli uomini nel 2004. È evidente che tra i Paesi più sviluppati è più raro registrare alte percentuali di episodi gravi; tuttavia, se prendiamo l'esempio dell'Africa, abbiamo nazioni che presentano percentuali uguali o inferiori a quelle dell'Italia o degli Stati Uniti.

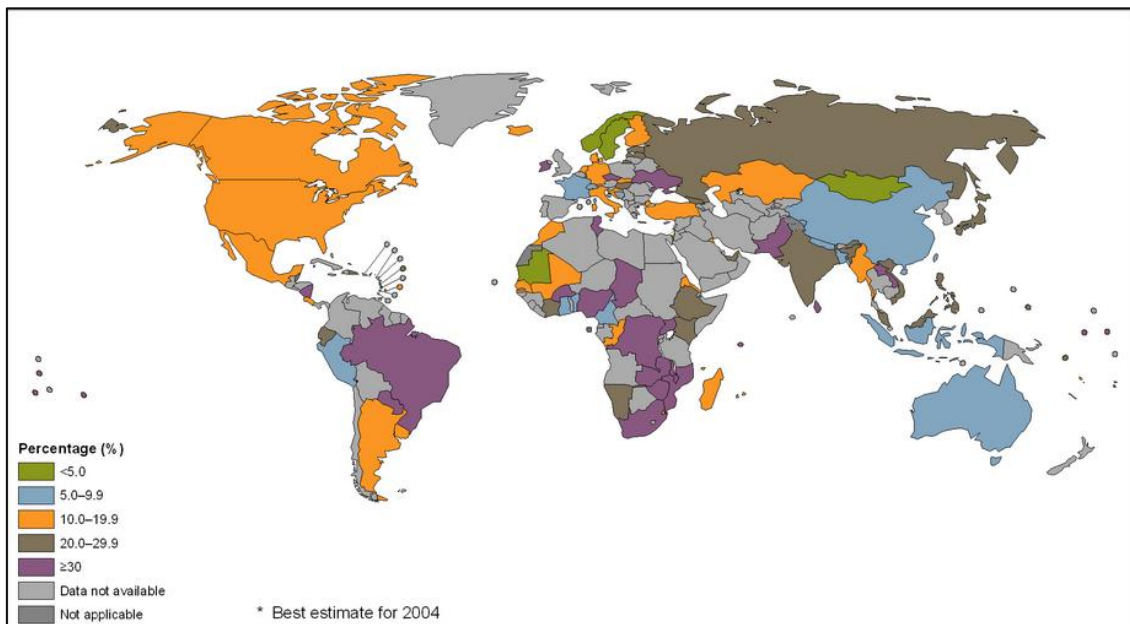


Figura 8: La mappa degli episodi gravi a seguito di abuso di alcol
Fonte: World Health Organization

SALUTE-FELICITA'

La seconda relazione che la ricerca si prefigge di verificare è quella tra la felicità e la salute degli individui.

Come primo passaggio dell'analisi vengono accostate le due cartine che rappresentano la felicità della popolazione mondiale e l'aspettativa di vita alla nascita, che è utilizzato in questo caso come parametro che misura lo stato di salute oggettivo.

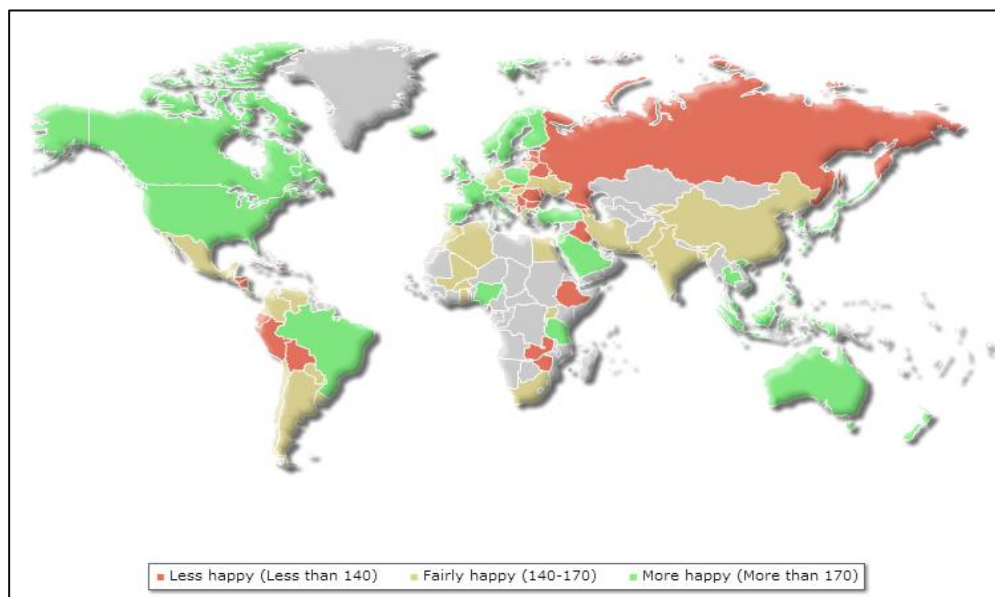
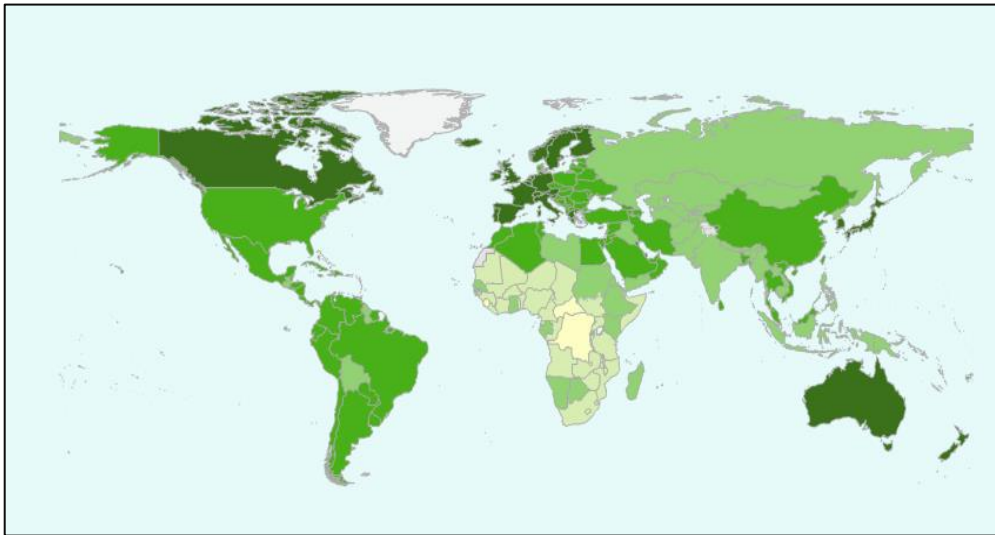


Figura 9: a) La mappa dell'aspettativa di vita alla nascita

Fonte: World Health Organization

b) La mappa della felicità

Fonte: World Values Survey Association

La comparazione tra le cartine permette innanzitutto di notare che le zone che nella prima cartina sono colorate del verde più scuro (cioè dove l'aspettativa di vita è la più alta), corrispondono a tutte aree colorate in verde nella seconda cartina (ossia alle zone in cui l'Indice di Felicità è il più alto, superiore a 170 punti). Anche le aree in cui la popolazione ha un'aspettativa di vita tra i 70 e i 79 anni presentano, nella seconda cartina, una colorazione che li caratterizza per essere discretamente felici (e comunque abbondantemente sopra il punto di equilibrio). Infine le zone dove gli individui in media non vivono oltre i 70 anni sono le zone in cui la popolazione risulta con l'indice di Felicità più basso).

La correlazione tra salute oggettiva e felicità risulta essere molto forte ed evidente, anche se bisogna notare che nella cartina che riporta gli Indici di Felicità mancano i dati di alcune zone di cui, invece, sarebbe interessante conoscerne la misurazione, come ad esempio buona parte degli Stati africani. Inoltre esistono anche in questa correlazione alcuni Stati che non rispettano perfettamente la relazione, come ad esempio il Sud-Africa, dove la popolazione si aspetta di vivere tra i 50 e i 59 anni, ma che, tutto sommato, risulta essere abbastanza felice; o le zone del Perù-Bolivia, dove gli abitanti hanno un Indice di Felicità molto basso, pur potendo contare su un'aspettativa di vita relativamente buona.

La generale relazione positiva tra la felicità e la salute è confermata anche nel momento in cui viene presa in considerazione la salute soggettiva. Agli intervistati della World Values Survey è stata posta la seguente domanda: “Tutto sommato, come descriverebbe il Suo stato di salute in questi giorni?”

- a) Molto buono
- b) Buono
- c) Sufficiente
- d) Cattivo

Italia

Analizzando il campione italiano, si può dire che, in media, più della metà della popolazione italiana gode di buona salute; percentuali significative, tuttavia, dichiarano una salute molto buona (18,6%) o discreta (22,5%).

	State of health (subjective)
Very good	18,6%
Good	55,5%
Fair	22,5%
Poor	3,4%
Total	1012 (100%)

La tabella riportata sotto correla lo stato di salute (soggettivo) alla percezione di felicità degli individui:

		State of health (subjective)				
		Total	Very good	Good	Fair	Poor
Feeling of happiness	Very happy	18,5%	40,6%	15,5%	8,5%	11,8%
	Quite happy	71,5%	57,2%	78,8%	68,8%	47,1%
	Not very happy	8,6%	1,6%	5,0%	21,4%	23,5%
	Not at all happy	1,4%	0,5%	0,7%	1,3%	17,6%
	Total	1006 (100%)	187 (100%)	561 (100%)	224 (100%)	34 (100%)

Come era prevedibile, le persone molto felici godono in genere di ottima salute, mentre le persone più infelici hanno una scarsa salute. Le persone abbastanza felici, infine, godono indistintamente di buona o cattiva salute. Il modo con cui sono state correlate tali variabili, tuttavia, non ci permette di capire il verso della relazione, ossia se sia lo stato di salute che influisce sulla felicità documentata, o viceversa.

Cina

Applichiamo la stessa analisi anche alla popolazione cinese che, secondo le mappe presentate sopra, presenta un livello di felicità medio, pur presentando un livello di salute oggettivo più che buono.

Innanzitutto possiamo osservare come la salute oggettiva rispecchia la salute soggettiva: certamente abbiamo più individui, rispetto al campione italiano, che dichiarano di godere di un'ottima salute, ma ci sono anche più individui che dicono di avere una salute povera.

	State of health (subjective)
Very good	30,08%
Good	30,07%
Fair	24,2%
Poor	14,4%
Total	2012 (100%)

		State of health (subjective)				
		Total	Very good	Good	Fair	Poor
Feeling of happiness	Very happy	21,1%	44,4%	11,5%	12,9%	5,6%
	Quite happy	55,6%	45,9%	75,0%	53,4%	38,3%
	Not very happy	19,3%	9,1%	12,2%	28,7%	40,8%
	Not at all happy	4,0%	0,7%	1,3%	5,0%	15,3%
	Total	1998 (100%)	615 (100%)	615 (100%)	481 (100%)	287 (100%)

Anche in questo caso osserviamo come le persone molto contente riportino in media un'ottima salute, e che gli individui più infelici in media dichiarano di avere una salute peggiore. Come per il caso italiano, inoltre, le persone abbastanza felici non dimostrano di avere nessuna particolare tendenza ad essere più o meno in salute.

Concludendo l'analisi della correlazione tra felicità e salute, dunque, sembra di poter dire che sia considerando la salute oggettiva (attraverso la valutazione delle aspettative di vita alla nascita), sia considerando la salute soggettiva (attraverso le risposte al questionario proposto dalla World Values Survey Association) persone più felici godono di una salute migliore rispetto alle persone più infelici.

LE TRE VARIABILI

Concentrandoci sul campione italiano selezionato dalla WWSA, e usando come approssimazione del capitale sociale la fiducia interpersonale (questa, infatti, sembra essere considerata da tutti gli autori studiati come una componente essenziale delle relazioni sociali), è stato possibile eseguire una prima analisi sulla correlazione congiunta delle tre variabili oggetto del nostro studio.

		STATE OF HEALTH			
		Total	Very good		
			Total	Most people can be trust	
				Most people can be trust	Can't be too careful
FEELING OF HAPPINESS	Very happy	18,4%	41,2%	42,6%	40,4%
	Quite happy	71,5%	57,1%	55,9%	57,9%
	Not very happy	8,7%	1,1%	1,5%	0,9%
	Not at all happy	1,4%	0,5%	-	0,9%
	Total	993 (100%)	182	68	114

Le persone che godono di ottima salute in generale sono abbastanza contente, indipendentemente dal fatto che pensino che ci si possa fidare delle altre persone o no.

		STATE OF HEALTH			
		Total	Good		
			Total	Most people can be trust	
				Most people can be trust	Can't be too careful
FEELING OF HAPPINESS	Very happy	18,4%	15,6%	14,6%	15,9%
	Quite happy	71,5%	78,6%	80,9%	77,6%
	Not very happy	8,7%	5,1%	3,8%	5,7%
	Not at all happy	1,4%	0,8%	0,6%	0,8%
	Total	993 (100%)	527	157	370

Similmente, le persone che affermano di avere tutto sommato una buona salute sono in media abbastanza contente, ma neanche in questo caso sembra che il fatto della fiducia interpersonale influisca sul livello di felicità dell'individuo, infatti, del 71,5% dei rispondenti che si considera abbastanza felice, l'80,9% si fida delle persone, e il 77,6% non si fida.

Risultato molto simile si riscontra tra le persone che dichiarano una discreta salute:

		STATE OF HEALTH			
		Total	Fair		
			Total	Most people can be trust	
			Most people can be trust	Can't be too careful	
FEELING OF HAPPINESS	Very happy	18,4%	8,1%	10,6%	7,4%
	Quite happy	71,5%	69,9%	76,6%	67,9%
	Not very happy	8,7%	20,6%	12,8%	22,8%
	Not at all happy	1,4%	1,4%	-	1,9%
	Total	993 (100%)	209	47	162

		STATE OF HEALTH			
		Total	Poor		
			Total	Most people can be trust	
			Most people can be trust	Can't be too careful	
FEELING OF HAPPINESS	Very happy	18,4%	6,7%	-	7,7%
	Quite happy	71,5%	50,0%	25,0%	53,8%
	Not very happy	8,7%	26,7%	25,0%	26,9%
	Not at all happy	1,4%	16,7%	50,0%	11,5%
	Total	993 (100%)	30	4	26

Nell'ultimo caso, cioè tra gli individui con una salute povera, si riscontra addirittura un andamento inverso a quello che avremmo potuto aspettare: le persone tristi lo sono anche se in genere si fidano delle altre persone (50,0%); dall'altra parte, le persone abbastanza felici per il 53,8% non si fidano degli altri.

DISCUSSIONE DELL'ANALISI

Quello che sembra evidente alla fine di questa parte della ricerca, è che la relazione più forte sia tra la salute e la felicità; e che la fiducia interpersonale, invece, non influisca o non sia determinata in modo significativo dalla felicità degli individui. Tenendo tuttavia presente il paragrafo in cui è stato analizzato il capitale sociale, bisogna ricordare che si è visto che

questa variabile ha diverse sfaccettature, e che ciascuna di esse ha un diverso impatto sulla felicità a seconda del contesto preso in considerazione.

È chiaro che diverse Nazioni, diverse culture, e addirittura ogni singolo individuo ha valori di vita, credenze, e preferenze diverse. Questo ha forti implicazioni specialmente per quanto riguarda il capitale sociale: in certe Nazioni si è notato che l'esser sposato ha un maggior peso sulla felicità rispetto alla partecipazione a una qualche organizzazione, rispetto ad un'altra Nazione.

Questa diversità è ciò che ha cercato di documentare, attraverso un lavoro di oltre dieci anni, l'Associazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica (Organisation for Economic Cooperation and Development, OWCD). Le domande a cui l'organizzazione ha tentato di rispondere sono state: davvero la vita sta diventando migliore? Come possiamo dirlo? Quali sono i fattori chiave per il miglioramento della vita – è più importante l'educazione, l'ambiente, le cure mediche, avere una casa, o le ore lavorative? La felicità e il miglioramento vogliono dire la stessa cosa per tutte le persone, indipendentemente dallo Stato e dalla società?

La OWCD ha deciso di rappresentare ogni Nazione attraverso il disegno di un fiore a undici petali che rappresentano le componenti che sono state ritenute determinanti per la felicità: la casa, il reddito, il lavoro, la comunità, l'educazione, l'ambiente, l'impegno civile, la salute, la soddisfazione della vita, la sicurezza, e la bilancia tra il tempo passato a lavorare e il tempo libero. La lunghezza di ciascun petalo rappresenta il punteggio ottenuto da ogni nazione per quel determinato parametro, e la larghezza rappresenta l'importanza che gli individui danno a quella variabile.





Figura 10: i fiori delle componenti della felicità
 Fonte: Organisation for Economic Cooperation and Development

Possiamo notare come la salute sia un valore fondamentale in tutti i casi analizzati e che, tanto in Italia, quanto nel Regno Unito, e negli Stati Uniti, è garantito un buon livello di salute. Rispetto alle variabili del capitale sociale, invece, gli Inglesi dichiarano di dare maggior importanza alla comunità rispetto agli Italiani e agli Americani; l'impegno civile è invece ritenuto importante allo stesso modo nei tre paesi analizzati; infine, gli italiani considerano più importante avere tempo libero (al di fuori quindi del lavoro) rispetto agli americani e agli inglesi.

CONCLUSIONI

L'importanza di indagare quali siano le maggiori determinanti della felicità dell'uomo ci sembra capitale in quanto al fine di ogni singola azione e decisione umana (dalla scelta dell'istruzione, al luogo dove vivere, al lavoro che si vuole fare, a cosa si vuole produrre, etc.), altro non c'è che il desiderio ultimo di esser felici.

La prima ed essenziale conclusione alla quale si è giunti in questa ricerca è che la valutazione in merito al benessere di una Nazione non può più basarsi esclusivamente su misure economiche quali il PIL o il tasso di disoccupazione. Anche alla luce dell'attuale crisi economica (e sociale), ci si è accorti che il livello di felicità è in parte determinato da fattori non monetari, come ad esempio la salute e il capitale sociale.

L'esperienza quotidiana suggerisce che i rapporti sociali sono un terreno fertile su cui coltivare la fiducia e valori condivisi, che riducono i costi di monitoraggio e facilitano le transazioni. Ripetute interazioni tra i membri di un certo gruppo facilitano la diffusione di informazioni aumentando l'importanza della reputazione. A livello aggregativo, questo meccanismo può influenzare la performance economica e lo sviluppo di processi, potendo essere una plausibile spiegazione per le differenze di crescita in regioni con simili risorse in termini di altre forme di capitali.

Anche l'importanza della salute è evidente dall'esperienza quotidiana. Fra tutti i beni che un uomo può avere la salute è sicuramente ai primi posti, indipendentemente dalla personalità, dalla cultura, o da altre variabili. Un corpo sano dovrebbe essere alla base di qualunque persona che voglia veramente costruire una vita felice, e possibilmente duratura e stabile nel tempo. Un corpo in buona salute migliora anche l'umore, ed è più facile affrontare qualsiasi difficoltà, spesso, quando siamo sotto stress, se il nostro corpo non è in perfetta salute, è più facile cadere in stati depressivi o al contrario nervosi. Anche la realizzazione nel mondo del lavoro, può essere molto facilitata da un corpo in buona salute.

Ci sembra quindi di poter concludere che, tanto a livello microeconomico, quanto a livello macroeconomico, la priorità debba esser data a tutte quelle decisioni volte ad implementare la felicità dell'individuo (come ad esempio è esplicitamente sancito nella Dichiarazione d'Indipendenza americana); ci sembra tuttavia che prerequisito essenziale per il raggiungimento del benessere complessivo sia un buono stato di salute, e l'offerta di una serie di servizi volti al supporto delle situazioni di malattia più gravi. Solo una volta che queste due

variabili sono assicurate, altre politiche volte ad implementare fattori quali il capitale sociale possono esser di beneficio per l'individuo.

Se le ricerche fino ad ora illustrate sono sufficientemente robuste e valide come appare, le implicazioni economiche, politiche e sociali sono considerevoli. Ad esempio, il riconoscimento dell'importanza di fattori non-finanziari nell'ambiente lavorativo comporta la necessità di ripensare al modo in cui i datori di lavoro, tanto nel settore pubblico quanto nel privato, trattano i dipendenti. Diener e Seligman (2004) affermano che i lavoratori felici possiedono maggior capacità di organizzarsi, cambiano lavoro meno frequentemente e si sottraggono meno ai loro doveri professionali. Layard (2005) nota che l'aumento di contratti a breve termine e di ricompense monetarie collegate a performance individuali possono avere conseguenze negative sulla fiducia e, in generale, creare infelicità. Le aziende dovrebbero valutare attentamente il ricollocamento dei dipendenti al suo interno poiché questo potrebbe danneggiare i rapporti sociali creatisi e così facendo danneggiare tanto la loro felicità quanto la salute individuale (Diener e Seligman, 2004). Numerosi esempi di aziende nazionali e internazionali riportano miglioramenti economici e finanziari dalla creazione di momenti e attività di aggregazione e socializzazione al di fuori dal luogo di lavoro. Eric Schmidt, CEO Google, ha affermato: "We provide a standard package of fringe benefits, but on top of that are first-class dining facilities, gyms, laundry rooms, massage rooms, haircuts, carwashes, dry cleaning, commuting buses – just about anything a hardworking employee might want". Nel 2010 Google è stata definita "la compagnia più ammirata al mondo", supportata da buone relazioni tra i dipendenti, da un alto livello di coinvolgimento, e la fiducia tra le persone all'interno dell'azienda è basata sul contratto psicologico. Il benessere nel luogo di lavoro sembra essere non solo un fine a sé, ma può essere la fonte di maggior produttività economica. Inoltre, Harter et al. (2002) individuano una correlazione positiva tra la felicità dei lavoratori e la fedeltà dei clienti.

BIBLIOGRAFIA

- Alesina A., La Ferrara E. (2000). Participation in Heterogeneous Communities. *The Quarterly Journal of Economics*, 1153, 847–904
- Alesina, A., La Ferrara, E. (2002). Who trusts others? *Journal of Public Economics*, 85, (2), 207–234
- Allik, J., Realo, A., (2004). Individualism-Collectivism and Social Capital. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35:29
- Andrews, F.M., Withey, S.B., (1976). *Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality*. New York: Plenum Press
- Angner, E., Ray, M., Saag, K. and Allison, J. (2009) Health and happiness among older adults. A community based study. *Journal of Health Psychology*, 14, 503–512
- Ateca-Amestoy, V., Aguilar, A.C., Moro, A.I.E., (2013). Social Interactions and Life Satisfaction: Evidence from Latin America. *Journal of Happiness Studies*, DOI 10.1007/s
- Bartolini, S., Bilancini, E. & Pugno, M. (2008). Are the American declines in social capital and happiness connected? *Universita` degli Studi di Modena e Reggio Emilia*
- Berkman, L., & Syme, S., (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204
- Bjørnskov, C., (2006) The multiple facets of social capital. *European Journal of Political Economy*, 22, 22-40
- Boorse, C., (1977) Health as a theoretical concept. *Philosophy of science*, 44, 552
- Borghesi, S., Vercelli, A., (2012). Happiness and Health: two paradoxes. *Journal of Economics Surveys*, 26, (2), 203-233
- Bourdieu, P., (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Breslow, L., (1972). A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental, and Social Well-being. *International Journal of Epidemiology*, 1, 347-355
- Callahan, D., (1973). The WHO Definition of 'Health'. *The Hastings Center Studies*, 1, (3), 77-87
- Cassel, J.C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123

- Cohen, S., Miller, G.E., Rabin, B.S., (2001). Psychological Stress and Antibody Response to Immunization: A Critical Review of the Human Literature. *Psychosomatic Medicine*, 63, 7–18
- Coleman, J.S., (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120
- Coleman, James S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital, *American Journal of Sociology*. 94, Supplement (S95-S-120)
- D’Avenia, A., (2013). Semplicissima felicità. *Avvenire*, Ven 21 giugno 2013
- D’Hombres, B., Rocco, L., Suhrcke, M., McKee, M., (2010). Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Economics*, 19, 56-74
- Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214
- De Neve, J., Christakis, N.A., Fowler, J.H., Frey, B.S., (2010). Genes, Economics and Happiness. *Center for Research in Economics, Management and the Arts*, working paper No.24
- Deaton, A., (2003). Health, inequality and economic development. *Journal of Economic Literature* XLI, 113–158
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S., (1985). The satisfaction with life scale: a measure of life satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75
- Diener, E., Seligman, M.E.P, (2004). Beyond Money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31
- Diener, E., Suh, E.M., (2003). *Culture and subjective well-being*. Cambridge: MIT
- Dolan, P., Peasgood, T., White, M., (2007). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122
- Durkheim, E., (1987). *Suicide: A study in sociology*. Glencoe, IL: Free Press
- Durlauf, S.N., Fafchamps, M., (2005). “Social Capital,” *Handbook of Economic Growth*, P Aghion and S Durlauf (eds.), *Handbook of Economic Growth*, (ed. 1), vol. 1, chapter 26, 1639–1699 Elsevier: Amsterdam
- Easterlin, R.A., (1974) *Does Economic Growth Improve the Human Lot?* in Paul A. David and Melvin W. Reder, eds., *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*, New York: Academic Press, Inc
- Folland, S., (2007). Does “community social capital” contribute to population health? *Social science & Medicine*, 64, 2342-2354
- Frey, B.S. and Stutzer, A. (2002) *Happiness and Economics*. Princeton: Princeton University Press

GBD 2010: understanding disease, injury, and risk (2012) [online] www.thelancet.com
Vol380 December 15/22/29

Giordano, G.N., Björk, J., Lindström, M., (2012). Social capital and self-rated health: a study of temporal (causal) relationships. *Social Science & Medicine*, 75, 340-348

Giordano, G.N., Lindstrom, M., (2010). The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: A longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*, 70, 700-710

Graham, C., (2008). Happiness and Health: Lessons - and Questions – for Public Policy. *Health Affairs*, 27, (1), 72-87

Harter, J.K., Schmidt, F.L., & Hayes, T.L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 268–279

Helliwell, J.F., Putnam, R.D., (2004). The social context of well-being. *The Royal Society*, 359, 1435-1446

Hendryx, M.S., Ahern, M.M., Lovrich, N.P., McCurdy, A.H., (2002). Access to Health Care and Community Social Capital. *Health Services Research*, 37, 1

Hofstede, G. (1979). Value System in Forty Countries: Interpretation, Validation, and Consequences for Theory. In L. H. Eekensberger, W. J. Lonner, & Y. H. Poortinga (Eds.) *Cross-Cultural Contributions to Psychology*. Lisse, The Netherlands: Swets and Zeitlinger

Hofstede, G. (1989). Organizing for Cultural Diversity. *European Management Journal*, 7(4), 390-397

Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J., Willett, W.,C., (1996). A prospective study of social network in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 245

Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D., (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87, (9), 1491-1498

Lasker, J., Egolf, B., & Wolf, S., (1994). Community social change and mortality. *Social science & Medicine*, 39, 53-64

Layard, P.R.G., (2005). *Happiness. Lessons from a New Science*. London: Penguin Books

Layard, P.R.G., (2003). Happiness: has social science a clue? *Lionel Robbins Memorial Lecture*

Lindström, M., (2003). Social capital and the miniaturization of community among daily and intermitted smokers: a population-based study. *Preventive Medicine*, 36, 177-184

Loury, G.C., (1977). A Dynamic Theory of Racial Income Difference. In Wallace, P.A., & LaMond, A.M., (eds.). *Women, Minorities, and Employment Discrimination* (pp.153-186). Lexington: Lexington Book

- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). *Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence*. *Lancet*, 350, 235–239
- Maslow, A., (1954). *Motivation and Personalit*, Publisher: Harper & Brothers
- Mechanic, D., (1986). The concept of illness behavior: culture situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16, 1-7
- Mohnen, S.M., Volker, B., Flap, H., Groenewegen, P.P., (2012). Health-Related Behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health – a multilevel analysis. *BMC Public Health*
- Mohseni, M., Lindstrom, M., (2007). Social Capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study. *Social Science & Medicine*, 64, 1373-1383
- Nauenberg, E., Laporte, A., Shen, L., (2011). Social capital, community size and utilization of health services: A lagged analysis. *Health Policy*, 103, 38-46
- Pennix, B., Van Tilburg, T., Kriegsman, D., Boeke, A., & Van Eijk, J., (1997) Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the longitudinal aging study, Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146, 510-518
- Putnam, R., (2001). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster
- Putnam, R.D., (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Ravanera, Z.R., Rajulton, F., (2009). Measuring Social Capital and Its Differentials by Family Structures. *Social indicators research*, 95 (1) 63-89
- Rocco, L., Fumagalli, E., Suhrcke, M., (2013). From social capital to health – and back. *Health economics*, DOI: 10.1002/hec
- Sabatini, F., (2011). The relationship between happiness and health: evidence from Italy. *Munich Personal RePEc Archive*, Paper No.30948
- Scheffler, R., (2008). Social capital, economics, and health: new evidence. *Health Economics, Policy and Law*, 3, 321-331
- Spiegel, D., Giese-Davis, J., (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 269-282
- Verhaeghe, P., Tampubolon, G., (2012). Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Social Science & Medicine*, 75, 349-357
- Weitzman, E.R., Chen, Y., (2005). Risk Modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 303-309

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London, England: Routledge

Wilkinson, R. G. (1999). Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory – a reply to Mutaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29, 525–543

Wooldridge, J.M., (2009). *Introductory Econometrics: a modern approach*, (4th ed), South-Western, Cengage Learning

World Health Organization, (2013) [online] <http://www.who.int/en/>