

## Rassegne e Articoli

### La percezione dello stato di salute in adolescenza tra fattori individuali e contestuali: il ruolo del capitale sociale

Health perception during adolescence between individual and contextual factors: the role of social capital

Massimo Santinello,<sup>1</sup> Sonia Mazzardis,<sup>1</sup> Michela Lenzi,<sup>1</sup> Alessio Vieno,<sup>1</sup> Sara Carbone,<sup>2</sup> Lorenzo Gios<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione, Università di Padova

<sup>2</sup> Centro regionale di riferimento per la promozione della salute, Regione Veneto

Corrispondenza  
Alessio Vieno  
alessio.vieno@unipd.it

#### Cosa si sapeva già

- Numerosi fattori individuali e contestuali concorrono a determinare effetti sulla percezione del proprio stato di salute in adolescenza.
- È stato poco approfondito lo studio dell'effetto congiunto della messa in atto di comportamenti a rischio, livello di benessere familiare e capitale sociale del quartiere di residenza sulla percezione del proprio stato di salute.

#### Cosa si aggiunge di nuovo

- Il livello di benessere familiare, l'attuazione di comportamenti a rischio e la presenza di capitale sociale nel contesto di residenza hanno effetti significativi sulla percezione del proprio stato di salute in adolescenza.
- È necessario implementare programmi di prevenzione che si focalizzino, oltre che sull'individuo, anche sulla comunità di residenza.

*Epidemiol Prev* 2011; 35 (1): XX-XX

PAROLE CHIAVE: ADOLESCENTI, FAMILY AFFLUENCE SCALE, CAPITALE SOCIALE, COMPORTAMENTI A RISCHIO, STATO DI SALUTE PERCEPITO.

#### Riassunto

**Obiettivo:** approfondire la relazione tra il capitale sociale del quartiere di residenza, il livello di benessere familiare, la messa in atto di comportamenti a rischio e lo stato di salute percepito in adolescenza.

**Disegno:** il presente studio è parte di una più ampia indagine trans-nazionale, denominata *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) e promossa dall'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). L'indagine viene svolta attraverso un questionario, messo a punto da un gruppo di ricerca internazionale, che indaga lo stato di salute e i comportamenti a esso legati.

**Setting e partecipanti:** hanno partecipato allo studio 107 scuole superiori selezionate casualmente dall'elenco delle scuole pubbliche e private della Regione Veneto. Il questionario è stato compilato da un campione di 2.395 studenti di seconda superiore (50,3% maschi) di età media pari a 15,88 anni (ds= 0,67).

**Principali misure di outcome:** livello di benessere familiare, comportamenti a rischio, capitale sociale, stato di salute percepito.

**Risultati:** i risultati della regressione logistica effettuata mettono in evidenza come bassi livelli di benessere economico familiare (OR= 2,69 IC 95% 1,80-4,02), minori livelli di capitale sociale (OR= 2,97 IC 95% 1,87-4,74) e una maggiore messa in atto di comportamenti a rischio (OR= 2,23 IC 95% 1,52-3,27) siano associati a una peggiore percezione del proprio stato di salute. Si osserva, inoltre, come le femmine percepiscano uno stato di salute peggiore rispetto ai maschi (OR= 2,57 IC 95% 2,03-3,25).

**Conclusione:** la messa in atto di comportamenti a rischio, il livello di benessere familiare e il capitale sociale del quartiere di residenza rappresentano importanti fattori da considerare nelle ricerche condotte sullo stato di salute in adolescenza, oltre che nei programmi di prevenzione e di promozione del benessere tra i minori.

Abstract

## Health perception during adolescence between individual and contextual factors: the role of social capital

*Epidemiol Prev* 2011; 35 (1): XXX-XXX

KEYWORDS: ADOLESCENTS, FAMILY AFFLUENCE SCALE, SOCIAL CAPITAL, RISK TAKING, SELF-RATED HEALTH.

**Objective:** to assess the role of neighborhood social capital, family affluence and risk taking on adolescent self-rated health.

**Design:** the survey reported here is part of the larger "Health Behaviour in School aged Children" (HBSC) project, an international study carried out in collaboration with the World Health Organization/Europe (WHO). The data were gathered through self-administered questionnaires on forms which had been devised by the international research group. The main areas covered in the questionnaire were

health and health behaviour.

**Setting and participants:** 107 high schools were randomly selected from public and private schools in the Veneto region. The questionnaires were filled out by a representative sample of 2,395 (50.3% males) 10<sup>th</sup> grade students.

**Main outcome measures:** level of family affluence, risk behaviour, social capital, self-rated health.

**Results:** using binary logistic regression models, it is found that lower levels of family affluence (OR= 2.69 1.80-4.02), lower levels of neighborhood social capital (OR= 2.97 95% CI

1.87-4.74) and higher levels of risk taking (OR= 2.23 95% CI 1.52-3.27) are independently associated with worse overall perceptions of health. These influences are not found to interact with each other. Moreover, girls perceived their health worst then males (OR= 2.57 95% CI 2.03-3.25).

**Conclusions:** risk taking, family affluence and neighborhood social capital are important factors to consider when addressing adolescent health promoting interventions.

### Introduzione

Da decenni per determinare le variazioni nella percezione del proprio stato di salute, la letteratura scientifica indagata il ruolo di fattori individuali, come lo status socioeconomico (SES), e ambientali, come il capitale sociale del quartiere di residenza, che rappresenta il grado di coesione nelle comunità che stabiliscono reti, norme e fiducia sociale.<sup>1-4</sup> Alcuni studi hanno, inoltre, evidenziato che la salute e il benessere sono influenzati dall'azione reciproca di caratteristiche individuali e contestuali.<sup>3,5</sup>

L'adolescenza è un periodo evolutivo importante sia per la sperimentazione di comportamenti a rischio sia per l'acquisizione di competenze volte alla formazione di reti sociali stabili; il presente studio ha l'obiettivo di esaminare l'effetto di comportamenti pericolosi per la salute (come l'assunzione di sostanze psicotrope), del livello di benessere economico familiare e del capitale sociale della zona di residenza sullo stato di salute percepito in un campione rappresentativo di adolescenti.

#### *Il capitale sociale del quartiere di residenza e la salute percepita*

Gli studi, focalizzati sulla relazione tra capitale sociale e stato di salute, hanno evidenziato l'effetto sulla salute individuale delle reti sociali, della presenza di solidarietà, fiducia e di norme condivise nella comunità di residenza.<sup>3,6</sup> Evidenze epidemiologiche hanno mostrato, per esempio, come le persone con ridotti legami sociali abbiano una probabilità di morte maggiore di due o tre volte rispetto agli individui con solide reti sociali.<sup>7</sup> Ulteriori ricerche hanno inoltre indicato

come il coinvolgimento in reti sociali, il sostegno da parte di amici e la percezione di fiducia nei confronti dei membri della comunità siano associati a un miglioramento del benessere fisico e psichico.<sup>8,9</sup>

Sono state formulate e verificate numerose ipotesi per indagare il meccanismo di dipendenza attraverso cui il capitale sociale possa essere associato allo stato di salute individuale. In particolare, alcuni studi hanno evidenziato gli effetti positivi del capitale sociale sull'autostima, sul sostegno sociale e sull'accesso a risorse e servizi;<sup>10,11</sup> d'altro canto, Kim e Kawachi, in uno studio condotto negli Stati Uniti, sostengono che il capitale sociale favorisce la diffusione di conoscenze relative a un buono stato di salute attraverso il controllo sociale informale e la promozione dell'accesso a servizi locali.<sup>12</sup> Infine, indagini sia nazionali sia internazionali hanno verificato che la coesione sociale favorisce la formazione di norme condivise atte a promuovere la tutela della salute e a sanzionare comportamenti che la metterebbero a rischio.<sup>13,14</sup>

#### *Il ruolo dello status socioeconomico*

In Germania uno studio su un campione tra i 3 e i 17 anni ha evidenziato che lo status socioeconomico della famiglia risulta positivamente associato alla messa in atto da parte dei figli di comportamenti legati alla salute, confermando le evidenze empiriche che indicano tassi di mortalità e di morbilità più alti tra persone economicamente deboli.<sup>15-17</sup>

I ragazzi con basso status socioeconomico presentano con maggior frequenza disturbi psicopatologici.<sup>18</sup> In una prospettiva sociologica, alcuni studi hanno evidenziato che la percezione soggettiva di salute è influenzata dallo status socioeconomico

individuale e dal capitale sociale nella comunità di residenza;<sup>19</sup> il primo si riferisce a una serie di indicatori individuali, quali il reddito, il grado di istruzione, la posizione lavorativa, il benessere economico, il secondo descrive la quantità di risorse di un individuo ottenute dalle relazioni sociali instaurate nei contesti di vita. Gli studi che indagano l'effetto di queste variabili sulla salute percepita evidenziano l'importanza di considerare entrambi gli indicatori, mostrando, per esempio, come lo status socioeconomico possa fungere da moderatore nella relazione tra capitale sociale e stato di salute.

### *Comportamenti a rischio e benessere*

Studi su comportamenti a rischio e stato di salute hanno rilevato le associazioni tra la percezione di salute e la ridotta attività fisica, l'obesità, il fumo e il consumo di alcol.<sup>20,21</sup> Negli Stati Uniti Zahran e collaboratori hanno dimostrato, per esempio, come la percezione di un cattivo stato di salute sia più frequente tra chi mette in atto comportamenti a rischio, quali abuso di alcolici, consumo di tabacco e rapporti sessuali non protetti.<sup>22</sup> Altri autori hanno sottolineato inoltre come chi ha assunto 5 o più bevande alcoliche in sequenza in almeno un'unica occasione nelle ultime due settimane (*binge drinking*) o abusa di altre sostanze<sup>23</sup> riferisca frequentemente un cattivo stato di salute.

### *Il presente studio*

Lo stato di salute percepito dagli adolescenti è associato all'autostima del singolo, alla presenza o assenza di uno stato depressivo e, in ultima analisi, alla mortalità.<sup>24</sup> Indice predittivo dello stato di salute in età adulta,<sup>25</sup> è inoltre associato a sintomi di ansia e ad altri indicatori di benessere, quali il successo scolastico, le esperienze scolastiche positive, il bullismo e la comunicazione genitori-figli.<sup>25</sup> Lo scopo di questo lavoro è determinare l'effetto congiunto del livello di benessere familiare, del capitale sociale nel quartiere di residenza e della messa in atto di comportamenti a rischio sullo stato di salute soggettivo in adolescenza.

### **Materiali e metodi**

I dati di questo lavoro sono parte dell'indagine transnazionale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) e coordinata dall'Organizzazione mondiale della sanità.<sup>26</sup> La ricerca, effettuata a livello regionale e nazionale, è uno strumento di monitoraggio per aumentare le conoscenze relative ai comportamenti legati alla salute degli adolescenti. Per raccogliere le informazioni un'équipe multidisciplinare internazionale ha redatto in inglese un questionario, poi tradotto nelle lingue dei Paesi partecipanti.<sup>27</sup> I questionari, auto-compilati e anonimi, sono stati somministrati nelle scuole e svolti con la supervisione dei docenti in quarantacinque minuti/un'ora. Ai fini della presente ricerca, sono stati utilizzati i dati relativi ai questionari somministrati nel 2002 all'interno della Regione Veneto. Il campione è costituito da 2.395 soggetti di seconda superiore (50,3% maschi e 49,7% femmine) di età media pari a 15,88 anni (ds = 0,67).

### *Procedure di campionamento*

La procedura di selezione dei soggetti inclusa nel protocollo internazionale HBSC prevede l'utilizzo del campionamento a grappolo (detto *cluster sampling*)<sup>28</sup> in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe scolastica, selezionata secondo un procedimento casuale dalla lista, fornita dall'Ufficio regionale scolastico, completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private presenti sul territorio regionale, distinte per tipologia. Ciò garantisce una rappresentatività del campione rispetto alla popolazione di riferimento e rispetto a tutte le aree in cui le scuole sono state selezionate. Delle scuole inizialmente campionate il 6% ha rifiutato di aderire allo studio. Una parte del campione originariamente selezionato (9,3%) non ha preso parte allo studio per assenza, rifiuto dell'adesione e mancato consenso dei genitori.

### *Misure*

Per indagare lo stato di salute percepito dall'adolescente è stato utilizzato l'item: «La tua salute è ... ?».<sup>27</sup> Le risposte sono distribuite su una scala a 4 modalità (da 1 eccellente a 4 scadente). Le risposte sono state dicotomizzate in 0= buona (83%) e 1= povera (17%), dove 0 include i ragazzi che indicano una buona o eccellente salute e 1 i ragazzi che riferiscono una povera o scadente salute.

Il capitale sociale nel quartiere è stato valutato attraverso i seguenti cinque item: «La gente saluta e spesso si ferma a parlare per strada», «È sicuro per i bambini più piccoli giocare all'aperto durante il giorno», «Puoi fidarti della gente nei dintorni», «Ci sono bei posti dove passare il tempo libero (per esempio, centri aggregativi, parchi, negozi)», «Potrei chiedere aiuto o favori ai vicini».<sup>27</sup> Le risposte sono distribuite su una scala a 5 modalità (da 1= sono molto in disaccordo a 5= sono molto in accordo). In accordo con la letteratura,<sup>3</sup> sono stati sommati i punteggi agli item (alpha di Cronbach= 0,68) e individuate tre categorie, utilizzando dei cut off: 1= elevato capitale sociale (punteggio= 19-25), 2= moderato capitale sociale (punteggio= 12-18), 3= basso capitale sociale (punteggio= 5-11).

L'assunzione di comportamenti a rischio è stata indagata attraverso quattro item relativi alla frequenza dell'uso di tabacco, alcol, cannabis e rapporti non protetti.<sup>27</sup> I punteggi sono stati codificati in 1= mai, 2= occasionale, 3= frequente. Dall'analisi fattoriale è emerso un solo fattore (alpha di Cronbach= 0,75). Dal calcolo dei punteggi medi dei quattro item è risultata una scala, con punteggio da 1 a 3, categorizzata, in accordo con precedenti studi,<sup>3</sup> come comportamenti a rischio intrapresi 1= mai, 2= occasionalmente, 3= frequentemente.

Il livello di benessere della famiglia è stato indagato attraverso la *Family Affluence Scale* (FAS)<sup>29</sup> composta da cinque item, come «Negli ultimi 12 mesi, quante volte sei andato in vacanza con la tua famiglia?» (0= mai, 1= una volta, 2= due volte, 3= più di due volte). Le risposte sono state sommate in una scala da 0 a 9 e poi suddivise in tre gruppi usando i cut off individuati in precedenti studi.<sup>30</sup>

**Tabella 1.** Statistiche descrittive.

**Table 1.** Descriptive statistics.

Variabile	Maschi		Femmine		Chi-sq #	Totale	
	n.	%	n.	%		n.	%
<b>Genere (n=2395)</b>	1.204	50,3	1.191	49,7		2.395	100
<b>FAS (n=2395)</b>							
basso	77	6,4	104	8,7	11,42***	181	7,6
medio	677	56,2	711	59,7		1.388	58
alto	450	37,4	376	31,6		826	34,5
<b>Capitale sociale (n=2385)</b>							
basso	36	3,0	65	5,5	51,52***	101	4,2
medio	548	45,8	683	57,5		1.231	51,6
alto	613	51,2	440	37,0		1.053	44,2
<b>Comportamenti a rischio (n=2395)</b>							
mai	596	49,5	632	53,1	12,39**	1.228	51,3
occasionale	483	40,1	482	40,5		965	40,3
frequente	125	10,4	77	6,5		202	8,4
<b>Stato di salute (n=2385)</b>							
buono	1.074	89,6	906	76,4	73,51***	1.980	83
cattivo	125	10,4	280	23,6		405	17

\*per genere    \*p=0,05    \*\*p=0,01    \*\*\*p=0,001

**Tabella 2.** Effetto del benessere della famiglia, misurato attraverso la FAS, capitale sociale e comportamenti a rischio sulla percezione di un cattivo stato di salute.

**Table 2.** Effects of family affluence, social capital and risk behaviors on negative self-rated health.

	Modello 1		Modello 2		Modello 3	
	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
<b>Maschio</b>	1,00		1,00		1,00	
<b>Femmina</b>	2,59***	(2,05-3,26)	2,45***	(1,94-3,09)	2,57***	(2,03-3,25)
<b>FAS alto</b>	1,00		1,00		1,00	
<b>FAS medio</b>	1,66***	(1,29-2,14)	1,66***	(1,28-2,14)	1,66***	(1,28-2,14)
<b>FAS basso</b>	2,70***	(1,81-4,01)	2,69***	(1,81-4,01)	2,69***	(1,80-4,02)
<b>CS alto</b>			1,00		1,00	
<b>CS medio</b>			1,41**	(1,11-1,78)	1,38**	(1,09-1,75)
<b>CS basso</b>			3,14***	(1,98-4,97)	2,97***	(1,87-4,74)
<b>No comportamenti a rischio</b>					1,00	
<b>Occasionali comportamenti a rischio</b>					1,63***	(1,29-2,06)
<b>Frequenti comportamenti a rischio</b>					2,23***	(1,52-3,27)
<b>Hosmer &amp; Lemeshow</b>	0,64		3,45		1,08	

\*p=0,05    \*\*p=0,01    \*\*\*p=0,001

### Analisi statistiche

Sono state effettuate analisi descrittive delle variabili in esame per determinare le differenze di genere nelle variabili (dipendente e indipendenti), usando il chi-quadrato di Pearson. Data la natura dicotomica della variabile, si è applicata l'analisi di regressione logistica a blocchi. Innanzitutto, è stato testato il modello comprendente il blocco delle variabili individuali (genere e FAS), si sono aggiunte le variabili relative al capitale sociale e, infine, quelle relative ai comportamenti a rischio. Per verificare la bontà di adattamento del modello, ovvero la misura in cui esso si adatta ai dati, è stato utilizzato il test di Hosmer & Lemeshow.<sup>31</sup>

### Risultati

#### Analisi descrittive

In tabella 1 sono riportati i risultati delle analisi descrittive effettuate sulle variabili in esame.

La maggior parte dei ragazzi e delle ragazze quindicenni partecipanti allo studio (83%) percepisce come buono il proprio stato di salute. Lo stato di salute viene percepito in maniera negativa più frequentemente dalle ragazze quindicenni

(23,6%) rispetto ai loro coetanei maschi (10,4%). Per quanto concerne il capitale sociale presente nel quartiere di residenza, la metà circa dei soggetti riferisce di percepire livelli medi di capitale sociale all'interno del contesto di appartenenza. L'8,4% e il 40,3% del campione mette in atto rispettivamente frequentemente o occasionalmente comportamenti a rischio. L'attuazione di questi risulta, inoltre, più elevata tra i ragazzi che tra le ragazze.

#### Fattori associati allo stato di salute percepito

In tabella 2 sono presentati i risultati della regressione logistica binaria avente come variabile dipendente la percezione di un cattivo stato di salute.

Dalle variabili inserite nel primo blocco (modello 1), emerge che le femmine (OR= 2,59) riferiscono più frequentemente un cattivo stato di salute rispetto ai maschi. Importante è l'influenza del benessere familiare sulla salute soggettiva: gli adolescenti di famiglie con un basso (OR = 2,70) o medio (OR = 1,66) livello di benessere presentano una probabilità maggiore di riferire un cattivo stato di salute rispetto ai coetanei con alto livello di benessere.

Il secondo blocco (modello 2) evidenzia come i ragazzi con

bassi o moderati livelli di capitale sociale abbiano, rispettivamente, 3,14 e 1,41 volte più probabilità di riportare un cattivo stato di salute rispetto a coloro ai quali sono stati attribuiti alti livelli di capitale sociale.

L'ultimo blocco (modello 3) evidenzia che i quindicenni con frequenti (OR= 2,23) e occasionali (OR= 1,63) comportamenti a rischio hanno più probabilità di riferire un cattivo stato di salute rispetto a chi dichiara di non mettere in atto tali comportamenti.

Sono state inoltre esaminate le interazioni tra FAS, capitale sociale, comportamenti a rischio e genere. Nessuna delle interazioni è risultata statisticamente significativa.

## Discussione

Si conferma l'effetto statisticamente significativo del livello di benessere familiare, del capitale sociale del contesto di residenza e della messa in atto di comportamenti a rischio sulla percezione della propria salute negli adolescenti. Coerentemente con quanto riportato in letteratura,<sup>32</sup> i risultati attestano che le ragazze hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute, anche a causa dei repentini mutamenti, fisici e psicologici. I cambiamenti biologici dell'età dello sviluppo favoriscono l'instaurarsi di differenze di genere anche per quanto concerne la percezione del proprio stato di salute.<sup>33</sup> Un'altra significativa differenza di genere concerne la percezione del capitale sociale del contesto di appartenenza, supportando così l'ipotesi che le femmine, trascorrendo una quantità di tempo superiore all'interno della comunità, siano più critiche nel percepire la presenza di coesione sociale e di adeguate reti sociali.<sup>33</sup>

In accordo con le recenti evidenze empiriche,<sup>17</sup> il decrescere del benessere economico è associato a un peggioramento nella percezione del proprio stato di salute. Come sostenuto da Kavanagh e collaboratori,<sup>34</sup> lo status socioeconomico influisce su disponibilità e accessibilità di servizi e risorse, materiali e psicologiche, indispensabili per mantenere un buono stato di salute. Un basso status socioeconomico, invece, è associato a regimi alimentari poveri e meno vari, minore attività fisica e maggiore utilizzo di tabacco.<sup>35</sup>

Come ipotizzato, il capitale sociale presente all'interno della zona di residenza ha un effetto significativo sulla salute soggettiva.<sup>3</sup> Si suppone che gli individui che vivono in comunità caratterizzate da maggiore coesione e capitale sociale abbiano maggiori probabilità di accedere a sistemi di cura formali, come ambulatori od ospedali, e informali, quali amici e parenti che possono offrire consigli e informazioni mediche.<sup>3</sup> Come evidenziato nella letteratura sul capitale sociale,<sup>14</sup> le comunità che presentano maggiore coesione sociale dispongono di maggiori forme di controllo informale e favoriscono la formazione di norme condivise sulla salute e sui comportamenti a essa connessi.

Emerge, infine, che i ragazzi che dichiarano di mettere in atto, occasionalmente o frequentemente, comportamenti a rischio riportano un peggiore stato di salute. Tale dato conferma quanto emerso in precedenti studi che hanno sottolineato come l'adolescenza sia un periodo di sperimentazione

e acquisizione di comportamenti che possono favorire una peggiore percezione del proprio stato di salute. Comportamenti a rischio, quali il consumo di sostanze psicotrope, infatti, possono contribuire a un incremento della morbidità determinando un peggioramento del proprio stato di salute percepito.<sup>36</sup>

Risultano necessarie, data la natura dello studio, alcune precisazioni metodologiche. In primis, la natura *cross sectional* dello studio impone cautela nell'interpretare la direzionalità delle relazioni individuate. In secondo luogo, i dati provengono esclusivamente da questionari *self-report*, per cui le informazioni sono fornite solo dagli adolescenti intervistati. Per superare questa carenza informativa sarebbe necessario utilizzare congiuntamente dati provenienti da diversi informatori, quali genitori, amici e insegnanti, oltre a dati oggettivi circa lo stato di salute individuale.

Il campione, inoltre, è costituito da studenti delle scuole superiori del Veneto. Sono necessarie, perciò, ulteriori ricerche basate su un campione di diverse età e provenienti da altre regioni italiane per generalizzare i risultati.

Un'ulteriore limitazione dello studio è rappresentata dal fatto che il capitale sociale sia stato misurato come variabile individuale, attraverso l'utilizzo delle percezioni degli adolescenti. E' necessario l'utilizzo congiunto di informazioni provenienti dagli individui e dati censuari sulla presenza di associazioni o spazi ricreativi, oppure concernenti la sicurezza e la povertà della zona di residenza, che potrebbero essere utilizzati anche per elaborazioni multilivello.

Infine, data la crescente numerosità della popolazione immigrata residente in Italia e alla luce dei dati contrastanti di recenti ricerche sul territorio nazionale circa la percezione dello stato di salute tra gli immigrati,<sup>37,38</sup> pare utile sviluppare ricerche che includano indicazioni sulla cittadinanza, per permettere una spiegazione più esaustiva delle differenze registrate in termini di salute percepita.

## Conclusioni

Nonostante i limiti evidenziati, i risultati della ricerca contribuiscono ad aumentare le conoscenze relative al ruolo del capitale del quartiere di residenza nella percezione dello stato di salute in adolescenza. In particolare, si pone in evidenza una maggiore necessità di implementare programmi di prevenzione che si focalizzino sul macrocontesto nel quale gli adolescenti sono inseriti e con il quale si trovano a interagire. In particolare, un contesto ricco di opportunità per i ragazzi di partecipazione alla vita comunitaria, che consente alle persone di incontrarsi frequentemente, facilita notevolmente la condivisione di valori e norme di fiducia e reciprocità.

**Note:** lo studio è stato finanziato dall'Assessorato alle politiche sociali e dall'Assessorato alle politiche sanitarie della Regione Veneto ed è stato eseguito dal Centro regionale di riferimento per la promozione della salute – Azienda ULSS 20 - in collaborazione con il Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione dell'Università degli Studi di Padova, per conto della Regione Veneto.

**Conflitti di interesse:** nessuno

## Bibliografia

- Vieno A, Santinello M. Il capitale sociale secondo un'ottica di Psicologia di comunità. *Giorn Ital Psicol* 2006; 33: 481-97.
- Abada T, Hou F, Ram B. Racially mixed neighborhoods, perceived neighborhood social cohesion, and adolescent health in Canada. *Soc Sci Med* 2007; 65: 2004-17.
- Boyce WF, Davies D, Gallepe O, Shelley D. Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *J Adolescent Health* 2008;43:246-52.
- Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull* 2000; 126: 309-37.
- Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *Am J Public Health* 1999;89:1522-28.
- Browning CR, Cagney KA. Neighborhood structural disadvantage, collective efficacy, and self-rated physical health in an urban setting. *J Health Soc Behav* 2002;43:383-99.
- Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Commun H* 1996;50:245-51.
- Holtgrave DR, Crosby RA. Social determinants of tuberculosis case rates in the United States. *Am J Prev Med* 2004;26: 159-62.
- Lochner K, Kawachi I, Brennan RT, Buka SL. Social capital and neighbourhood mortality rates in Chicago. *Soc Sci Med* 2003;56:1797-1805.
- Runyan DK, Hunter WM, Socolar RRS et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101:12-8.
- Vieno A, Nation M, Perkins DD et al. Social capital, Safety Concerns, Parenting and Early Adolescents' Antisocial Behaviour. *J Community Psychol* 201;38:341-28.
- Kim D, Kawachi I. A Multilevel Analysis of Key Forms of Community- and Individual-Level Social Capital as Predictors of Self-Rated Health in the United States. *J Urban Health* 2006; 83: 813-26.
- WHO/HBSC Forum 2007. *Social Cohesion for mental well-being among adolescents*. www.hbsc.org.
- Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital and health. In: Berkman L, Kawachi I (eds). *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York, 2000; 174-90.
- Adler NE, Boyce T, Chesney MA et al. Socioeconomic status and health. *Am Psychol* 1994;49:15-24.
- Ministero della Salute Italiano, 2008. *I determinanti della salute*. www.ministerosalute.it.
- Robert SA, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the national health measurement study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64: 378-89.
- Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psy* 2008;(17 suppl 1):34-41.
- Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. *J Urban Health* 2001;78: 458-67.
- Piko B. Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *J Commun Health* 2000;25:125-37.
- Stranges S, Notaro J, Freudenheim JL et al. Alcohol drinking pattern and subjective health in a population-based study. *Addiction* 2006;101:1265-76.
- Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smile ME, Hertz MF. Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education—United States, 2003-2005. *J Adolescent Health* 2007;41:389-97.
- Valencia-Martin JL, Galàn I, Rodríguez-Artalejo F. Alcohol and Self-Rated Health in a Mediterranean Country: The Role of Average Volume, Drinking Pattern, and Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33:240-46.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-ratings of health and mortality: a review of 27 community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37
- Burstroem B, Fredlund P. Self-rated health: is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Com Health* 2001;55:836-40.
- Baldassari D, Campostrini S, Mirandola M, Santinello M. *I Giovani in Veneto. Approfondimento dei Risultati dell'Indagine "Health Behaviour in School-Aged Children" (HBSC) 2006 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11, 13 e 15 anni*. Cierre edizioni, Sommacampagna (Verona), 2008.
- Currie C, Samdal O, Boyce W, Smith B. *Health behavior in school-aged children: A WHO cross-national study. Research protocol for the 2001/2002 survey*. Scotland, University of Edinburgh, 2001.
- Thompson SK. *Sampling. Second Edition*. John Wiley & Sons, New York, 2002.
- Wardle J, Robb K, Johnson F. Assessing socio-economic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *J Epidemiol Com Health* 2002; 56: 595-99.
- Currie C, Molcho M, Boyce B et al. Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Soc Sci Med* 2008;66:1429-36.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression. Second Edition*. John Wiley & Sons, New York, 2000.
- Santinello M, Vieno A, Cavallo F. Lo stato di salute dei preadolescenti italiani. *Epidemiol Prev* 2005;29:101-5.
- Piko B. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors *Eur J Pediatr* 2007;166: 701-08.
- Kavanagh AM, Turrell G, Subramanian SV. Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania. *Int J Epidemiol* 2006;35:607-13.
- Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviours in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med* 2007;30:263-85.
- Vingilis ER, Wade TJ, Seely JS. Predictors of adolescent self-rated health: analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health* 2002;93:193-97.
- Istituto nazionale di statistica 2008. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. www.istat.it/sanita/salute.
- Vieno A, Santinello M, Lenzi M et al. Health status in immigrants and native early adolescents in Italy. *J Commun Health* 2009;34:181-87.