

Determinanti psicologiche e contestuali del benessere sociale in adolescenza

di *Giovanna Petrillo**, *Daniela Caso**, *Anna Rosa Donizzetti**

Assumendo una prospettiva multidimensionale (Keyes, 1998, 2005; Cicognani, 2005), ecologica e interazionista (Petrillo, 2008a, 2008b), questo studio propone di considerare in modo originale sia elementi psicologici sia elementi di contesto come possibili promotori del benessere sociale in adolescenza. A tal fine è stato utilizzato un questionario, con cui vengono rilevati il benessere sociale, l'efficacia collettiva in ambito scolastico, le strategie di coping, le abitudini salutari riferite ad alcune sfere comportamentali (alimentazione, consumo di tabacco e alcol, esercizio fisico e sessualità) e il contesto di vita (inteso come vivere nelle zone più centrali o periferiche della città o ancora nelle zone più costiere o interne della provincia). Tale strumento è stato somministrato a 1.107 studenti di scuole medie superiori. Analisi della regressione multipla hanno consentito di verificare quali tra le variabili considerate avessero il ruolo di predittori del benessere sociale in adolescenza. I risultati evidenziano il ruolo svolto sia da fattori psicologici sia da variabili socio-strutturali. In particolare l'efficacia collettiva scolastica, il coping situazionale e di evitamento agiscono positivamente sul benessere sociale, mentre il coping centrato sulle emozioni e il vivere in zone centrali e periferiche della città agiscono negativamente. Emergono inoltre differenze significative per genere, età e tipo di scuola.

Parole chiave: *adolescenza, benessere sociale, coping, abitudini salutari, efficacia collettiva scolastica, contesti di vita.*

I Riferimenti teorici

Le ricerche condotte negli ultimi decenni sulla salute e sul benessere in adolescenza sono riconducibili a due filoni: il primo del cosiddetto “paradigma del rischio” e il secondo basato sulla “psicologia positiva” (Mazzoni, Cicognani, 2010). Le ricerche basate sul paradigma del rischio si sono concentrate sullo studio dei fattori di rischio e di protezione della salute (Bonino, Cattelino, Ciairano, 2003; Jessor, 1998), indagando prevalentemente i comportamenti a rischio, i sintomi di malessere e di disagio. Questi studi hanno comunque considerato tra i fattori di protezione della salute il coinvolgimento nella comunità, il contesto sociale (Turbin, Jessor, Costa, 2006) e i comportamenti prosociali. L'approccio basato

* Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

sulla psicologia positiva (Rich, 2003) si è sviluppato a partire dagli anni Novanta, in cui si è diffusa nelle discipline psicologiche questa prospettiva teorica e applicata che, basandosi sulla definizione di salute dell'OMS intesa come «stato di completo benessere, fisico, psichico e sociale» (World Health Organization – WHO, 1986), si è caratterizzata come un movimento di risposta alla prospettiva dominante basata sulla patologia. In riferimento all'adolescenza, l'approccio positivo si è integrato con l'approccio ecologico (Bronfenbrenner, Morris, 1998) e ha dato corpo alla prospettiva definita dello “sviluppo positivo” (Damon, 2004; Lerner *et al.*, 2005), che è particolarmente interessata alle interazioni tra gli individui, i contesti e i processi importanti per lo sviluppo, fornendo così una rilevante cornice a livello teorico e applicativo per concettualizzare il benessere psicosociale in questa fase della vita.

Alcuni recenti contributi (Cicognani *et al.*, 2008; Albanesi, Cicognani, Zani, 2007) hanno approfondito lo studio del benessere in adolescenza a partire dal modello dello sviluppo mentale positivo proposto da Keyes (2005a). Questo esponente della psicologia positiva propone “salute mentale positiva” che comprende tre dimensioni del benessere: emozionale, psicologico e sociale. Il benessere emozionale si colloca in parte nella tradizione edonica, riferendosi alla qualità della vita percepita, al sentimento di soddisfazione e felicità personale e all'affettività positiva. Il benessere psicologico e quello sociale, invece, si collocano nella tradizione eudaimonica (Keyes, 2002) e si riferiscono, il primo, al senso di sviluppo della propria vita connesso ad esempio all'autoaccettazione e all'avere degli scopi (Ryff, 1989), il secondo, alla percezione da parte degli individui che la loro vita sociale stia evolvendo positivamente, in relazione sia alle comunità locali sia a quelle più ampie di appartenenza (Keyes, 1998)¹.

Il costrutto multidimensionale del benessere sociale (Keyes, 1998), di specifico interesse del presente contributo, è stato quindi riproposto nell'ambito della più ampia concettualizzazione del *Mental Health Continuum* (Keyes, 2005a), secondo cui la salute mentale non corrisponde semplicemente ad assenza di malattia. Il benessere sociale viene inteso come una valutazione soggettiva complessa che include più aspetti: l'integrazione, l'accettazione, il contributo, l'attualizzazione e la coerenza sociale. Anche se le cinque dimensioni sono qualitativamente distinte², l'integrazione e il contributo sociale hanno in comune il fatto di cogliere percezioni che le persone hanno di se stesse in rapporto alla comunità e alla società in cui vivono (la percezione di esser parte della società e di ricoprire un ruolo importante e socialmente riconosciuto); l'accettazione sociale si riferisce a percezioni delle qualità delle altre persone in genere (credenze nelle qualità positive degli altri); mentre la coerenza e la realizzazione sociale riguardano percezioni della società (e delle istituzioni), le sue potenzialità future e l'ordine percepito (che presuppone la credenza nella condivisione di norme sociali fra i suoi membri).

In base a tale concettualizzazione, le persone con alto benessere sociale dovrebbero avere opinioni positive verso la società, le istituzioni, le persone in ge-

nerale, percepire se stesse come risorse sociali, dovrebbero preoccuparsi per le loro comunità e sentirsi sicure al loro interno, e dovrebbero condurre una vita personale coerente (Cicognani, 2005). In questo senso il benessere sociale non si può ricondurre soltanto agli aspetti più prossimali, come il sostegno sociale percepito e la soddisfazione per le relazioni familiari e amicali, considerati come predittori del benessere psicologico (Doeglas *et al.*, 1996); né soltanto ai comportamenti orientati socialmente, come la ricerca di compagnia e la socievolezza, ma va compreso in riferimento alle interrelazioni tra l'individuo e la comunità, alla percezione del proprio posto nella società e delle influenze reciproche.

Partendo dalla prospettiva teorica fin qui esposta, questo studio propone di considerare in modo originale sia elementi psicologici sia elementi di contesto come possibili fattori protettivi e di promozione del benessere sociale in adolescenza. Più specificamente, si focalizza su fattori di natura individuale e sociale – quali le strategie di coping, le abitudini salutari, le percezioni di efficacia collettiva e i contesti di residenza –, non essendo stato approfondito finora il ruolo svolto da questi fattori quali determinanti del benessere sociale in questa specifica fase evolutiva.

Pur essendo chiaramente esplicitato che il benessere sociale si distingue da quello psicologico in quanto quest'ultimo si riferisce a come gli individui percepiscono il proprio funzionamento in termini personali, mentre il primo si riferisce alle percezioni del proprio funzionamento in termini sociali, i rapporti tra benessere sociale ed efficacia collettiva, diversamente da altri fattori protettivi, non sono stati molto esplorati in letteratura. Bandura (2007, p. 17) definisce l'efficacia collettiva come «la convinzione condivisa di avere insieme la capacità di produrre i cambiamenti desiderati». L'efficacia collettiva percepita non è la semplice somma delle convinzioni di efficacia individuali, piuttosto è una proprietà emergente a livello di gruppo. I risultati di un gruppo sono il prodotto non solo della conoscenza e delle capacità condivise dai differenti membri che lo costituiscono, ma anche delle dinamiche interattive, del coordinamento e delle sinergie che derivano dalle loro transazioni. Nell'esercizio dell'agentività collettiva le persone uniscono le loro conoscenze, abilità e risorse, si aiutano a vicenda, formano delle alleanze e collaborano per realizzare insieme ciò che non possono ottenere da sole. Il senso di efficacia collettiva permette di perseguire mete più alte, favorisce la motivazione a impegnarsi nelle imprese comuni, rafforza la resilienza di fronte alle avversità e migliora i risultati del gruppo. In un recente studio (Keyes *et al.*, 2008), realizzato per testare il modello di salute mentale su adulti africani, le tre dimensioni del benessere sono state correlate con la *Community Collective Efficacy Scale* (Carroll, Rosson, Zhou, 2005), evidenziando una forte correlazione tra i costrutti di efficacia collettiva e benessere sociale.

In relazione alla fascia evolutiva considerata in questo lavoro, è indubbia l'importanza che riveste l'efficacia collettiva nel contesto scolastico, intesa prevalentemente come efficacia collettiva del corpo docente nel favorire negli allievi

progressi scolastici significativi (Bandura, 1997). In quelle scuole dove al posto della cooperazione e della valorizzazione dell'apporto dei componenti prevale la disorganizzazione, l'indifferenza per il lavoro e i bisogni dei singoli, la mancanza di una progettualità condivisa, le conseguenze sugli adolescenti e sul loro sviluppo possono essere devastanti, poiché carenze nell'efficacia collettiva favoriscono un aumento della demotivazione, del disimpegno e della conflittualità (Bandura, 2007). In uno studio (Petrillo, Caso, Donizzetti, 2006) sulle relazioni tra percezioni di efficacia scolastica da parte degli studenti e benessere, l'efficacia collettiva è stata riferita alla sfera della salute. I risultati di tale ricerca, condotta in scuole superiori, hanno evidenziato negli studenti delle prime classi una maggiore percezione di efficacia scolastica nella promozione della salute come espressione di una maggiore valorizzazione della scuola e della loro stessa adesione e partecipazione alle richieste e alle iniziative di promozione della salute da questa provenienti, laddove i più grandi tendono probabilmente a porsi con un atteggiamento più autonomo e allo stesso tempo più critico nei confronti della scuola. Sono state riscontrate anche correlazioni positive tra l'efficacia scolastica e le tre dimensioni del benessere con punteggi più alti proprio rispetto al benessere sociale.

All'interno di una prospettiva interazionista, ecologica e sistemica si afferma l'importanza, nello studio del benessere sociale, dei contesti all'interno dei quali questo si produce o si promuove. Diversi sono i contesti ai quali viene fatto riferimento a questo proposito, in quanto simultaneamente compresenti e non sempre tra loro coerenti nell'influenzare il benessere degli adolescenti: dalla scuola, alla famiglia, al gruppo dei coetanei, agli ambienti di residenza. Gli studi evidenziano come non sempre il segno dell'influenza contestuale sia positivo, essendo predominanti istanze protettive o non protettive a seconda dei contesti, delle culture che esprimono e delle percezioni ad essi relative.

Molte ricerche si pongono l'obiettivo di studiare come le condizioni di un quartiere influenzano la salute e il benessere dei residenti. In alcune di esse viene enfatizzato il ruolo svolto dalle inciviltà, ossia dai segni fisici e sociali di degrado, sulla vita dei residenti e delle conseguenze legate all'insicurezza urbana (Perkins, Taylor, 1996). Ad esempio, in uno studio condotto da Vieno, Santinello e Crespi (2002) la paura della criminalità viene studiata come conseguenza di segni di degrado fisici (presenza nella zona di residenza di rifiuti, atti vandalici e scritte sui muri) e sociali (presenza di compagnie equivoche di giovani ed extracomunitari). Evans (2006) ha, invece, esaminato le caratteristiche strutturali del contesto di vita (lo *status* socio-economico del quartiere, la composizione etnica, la stabilità residenziale, la maggiore esposizione a fattori di rischio ambientale come inquinamento, rumore, sovraffollamento) che agiscono come fonti di stress ambientale diminuendo la capacità dell'organismo di fronteggiare lo stress in adolescenza.

In una ricerca condotta da Zani, Cicognani e Pietrantoni (2003) per verificare il senso di insicurezza in un campione di adolescenti si sono evidenziate

significative differenze tra i ragazzi che risiedono nelle zone urbane e quelli che abitano nei paesi limitrofi (periferie rurali). Gli adolescenti che vivono in città sono più preoccupati della possibilità di subire violenza e di incorrere in eventi pericolosi accidentali rispetto a quelli che vivono in zone rurali. In particolare, sono le ragazze a mostrarsi molto più preoccupate rispetto alla probabilità che si verifichi qualcosa di negativo nel contesto urbano (come subire violenza, essere coinvolte in eventi pericolosi non necessariamente rivolti a loro come bersaglio e situazioni di esclusione sociale). Infine, anche le strategie di coping messe in atto sono differenti: gli adolescenti che vivono in città sono più propensi ad evitare luoghi o situazioni a rischio, e considerano la casa come una zona più vulnerabile a causa di furti, scassi e intrusioni, per cui la difendono maggiormente rispetto a chi vive fuori città, in periferia.

Il concetto di periferia necessita di alcune precisazioni: la periferia, infatti, è un'entità socio-territoriale non collocabile solo geograficamente. Dobbiamo distinguere tra “periferie spaziali”, ossia quella parte di territorio collocata fisicamente ai margini della città, e “periferie sociali”, ossia una qualunque zona che presenti situazioni di negatività e fragilità sociale (Lucatorto, 2008). Benché, effettivamente, nella maggioranza dei casi periferia spaziale e sociale si sovrappongano, non bisogna dimenticare che esistono concentrazioni di disagio e di esclusione in zone urbane collocate in vicinanza di quartieri agiati o a ridosso del centro; si parla in questo caso di “periferizzazione”, che può svilupparsi in qualunque zona della città (Belski, 2001).

Nel determinare il benessere, un ruolo fondamentale viene dato all’adattamento, vale a dire alle strategie di coping che le persone mettono in atto per mantenere il senso di benessere e per ripristinarlo dopo gli eventi stressanti (Myers, Diener, 1995). L’importanza delle strategie di coping è dimostrata da numerose ricerche, ispirate da diversi modelli teorici, ma gli studiosi non concordano pienamente sul significato da attribuire a tali strategie e sui meccanismi attraverso i quali influenzano il benessere (cfr. per una rassegna Zani, 1999; Garcia, 2010). Generalmente inteso, il coping si riferisce all’insieme dei tentativi dell’individuo di far fronte ad una particolare situazione o condizione percepita come stressante. Le strategie di coping cambiano nel corso del ciclo di vita. Sembra che gli adolescenti abbiano una gerarchia stabile di strategie preferite di coping (orientate al “compito”, alle “emozioni” o all’“evitamento”), che vengono usate indipendentemente dalla situazione (Frydenberg, 1997). Alcuni autori insistono invece sul carattere funzionale o disfunzionale delle strategie di coping in adolescenza: sono considerate funzionali quelle strategie che puntano ad identificare un problema e a proporre soluzioni alternative tramite l’attuazione di azioni concrete, invece che dare rilievo a quanto sfugge al controllo personale o incorrere in ostacoli esterni.

In adolescenza il tipo di strategia di coping utilizzata per far fronte ad eventi problematici quotidiani è influenzata anche da caratteristiche personali, quali il genere e l’età. In relazione a quest’ultima, un recente studio (Seiffge-Krenke,

Aunola, Nurmi, 2009) ha evidenziato che l'uso di strategie cognitive e comportamentali di coping finalizzate alla soluzione del problema e alla ricerca di sostegno sociale aumenta nel corso dell'adolescenza (dai 12 ai 19 anni); invece l'uso di strategie di coping di evitamento e di ritiro dalla situazione aumenta solo nella prima adolescenza, ossia tra i 12 e i 15 anni. Per quanto riguarda le differenze di genere, sono particolarmente le donne a risentire dello stress preoccupandosi degli esiti negativi e ad affrontare i problemi confidandosi con altri che ritengono importanti (Seiffge-Krenke, 1995; Donaldson *et al.*, 2000; Hampel, Petermann, 2005). Uno studio sulle relazioni tra benessere percepito e strategie di coping in popolazioni adulte ha evidenziato associazioni in genere significative e positive tra le misure (Keyes *et al.*, 2008).

Le abitudini salutari sono il risultato di influenze sociali particolarmente acquisite nei sistemi di appartenenza più rilevanti come la famiglia, i gruppi, la scuola. Influiscono sul benessere, ma non è molto approfondita la loro incidenza, considerandone gli aspetti relazionali, sul benessere sociale. In uno studio (Pettrillo, Caso, Donizzetti, 2008a) che ha indagato la relazione tra tale dimensione del benessere e le abitudini comportamentali su un campione di circa 1.000 adolescenti napoletani, è stato riscontrato che i soggetti salutisti hanno livelli significativamente più alti di benessere sociale rispetto ai moderatamente salutisti e ai non salutisti.

2 Obiettivi e ipotesi della ricerca

Partendo da queste premesse teoriche e da una ricognizione dei principali risultati di ricerca riportati nella letteratura sul benessere sociale in adolescenza, ci siamo posti i seguenti obiettivi:

1. verificare l'esistenza di differenti livelli di benessere sociale nella popolazione target in funzione: *a)* del genere; *b)* dell'età; *c)* del tipo di scuola frequentata; *d)* del contesto di vita;
2. indagare sui rapporti esistenti tra benessere sociale e variabili quali: *a)* l'efficacia collettiva in ambito scolastico; *b)* le strategie di coping; *c)* le abitudini salutari;
3. verificare quale fosse l'influenza specifica esercitata dalle variabili considerate, di carattere psicosociale e contestuale, sul benessere sociale.

In relazione agli obiettivi sopra enunciati sono state formulate diverse ipotesi.

In particolare, in relazione al primo obiettivo, l'aspettativa era di riscontrare livelli più elevati di benessere sociale:

- 1a)* nei maschi rispetto alle femmine;
- 1b)* nei ragazzi più piccoli rispetto ai più grandi;
- 1c)* nei ragazzi che frequentano i licei rispetto a quelli che frequentano gli istituti tecnici;

1d) nei soggetti che vivono nella provincia rispetto alla città, e nei soggetti che vivono nella città rispetto a quelli che vivono nella periferia cittadina.

In relazione al secondo obiettivo, sono state ipotizzate correlazioni generalmente positive tra il benessere sociale e le altre variabili considerate. Più specificamente, è stato ipotizzato che livelli più elevati di benessere sociale in adolescenza siano associati:

2a) a percezioni più elevate di efficacia collettiva scolastica nella promozione della salute degli allievi;

2b) a strategie di coping generalmente considerate nella letteratura di riferimento come più funzionali al migliore adattamento nella relazione tra adolescenti e contesto, tra cui specialmente quelle centrate sulla situazione; si è preferito non formulare ipotesi specifiche sulle relazioni tra benessere sociale e strategie di coping di evitamento o centrate sulle emozioni, in considerazione del carattere controverso della letteratura sull'argomento;

2c) ad abitudini corrette in diversi ambiti della salute.

Infine, in relazione al terzo obiettivo, è stata formulata l'ipotesi che le variabili psicosociali e contestuali considerate fossero predittori del benessere sociale. Nello specifico, l'aspettativa era di riscontrare:

3a) un maggior ruolo predittivo delle variabili psicologiche di natura sociale, con particolare riferimento all'influenza positiva dell'efficacia collettiva scolastica, rispetto alle variabili psicologiche di natura individuale, come le strategie di coping; inoltre, in riferimento all'appartenenza ai diversi contesti territoriali, un'influenza positiva della provincia di residenza e/o un'influenza negativa della città e della periferia. In relazione a quest'ultimo obiettivo, si è anche ipotizzato che i predittori fossero significativamente diversi tenendo conto del genere, dell'età e del tipo di scuola, senza formulare ipotesi più specifiche a riguardo.

3

Metodologia della ricerca

3.1. I partecipanti

La ricerca ha coinvolto un campione non rappresentativo della popolazione di riferimento di 1.107 soggetti, ma ai fini del presente contributo sono stati considerati solo i 904 che hanno fornito una precisa indicazione del luogo di residenza. Essi sono studenti delle prime e quarte classi di alcuni istituti superiori della città e della provincia di Napoli, quasi equamente distribuiti per sesso (40,6% maschi e 59,4% femmine) e per età (adolescenti: 50,2%; età media = 14,2; d.s. = 0,59; tardo-adolescenti: 49,8%; età media = 17,2; d.s. = 0,77), con una età media di 15,7 anni (d.s.: 1,62).

In riferimento al tipo di scuola, il campione è distribuito tra studenti frequentanti scuole con formazione umanistica (liceo classico, linguistico e psico-

pedagogico: 25%), scientifica (liceo scientifico: 35,4%) e tecnica (istituto tecnico commerciale, istituto tecnico industriale, istituto professionale per i servizi commerciali e turistici: 39,6%).

Quanto al contesto di vita dei soggetti, una certa quota risiede in città (zone centrali = 20,1%; zone periferiche = 13,3%)³, mentre la maggioranza risiede in provincia (zone interne = 35,7%; zone costiere = 30,9%)⁴.

3.2. Gli strumenti

Per la raccolta dei dati si è fatto ricorso ad un ampio questionario, comprendente strumenti già esistenti e strumenti costruiti *ad hoc* (Petrillo, Caso, Donizzetti, 2008b). Ai fini del presente lavoro si fa riferimento agli strumenti finalizzati alla rilevazione di: abitudini salutari, strategie di coping, percezioni di efficacia scolastica nella promozione della salute e benessere sociale percepito.

Le *abitudini salutari* sono state rilevate mediante 10 domande relative a 5 comportamenti (alimentazione, esercizio fisico, consumo di tabacco, consumo di alcol e sessualità). In particolare, le domande miravano a rilevare: per l'alimentazione, il numero dei pasti assunti durante la giornata (da un minimo di 1 pasto ad un massimo di 8 e più) e la tipologia di alimenti – frutta, verdura, dolci, pizzette e bevande gasate – assunti durante la settimana (da 0 = mai a 5 = ogni giorno); per l'esercizio fisico, la frequenza settimanale sia dell'attività sportiva vera e propria sia dell'attività fisica intesa come andare a piedi piuttosto che utilizzare mezzi di trasporto (da 0 = mai a 5 = ogni giorno); per il consumo di sigarette, il numero di sigarette fumate giornalmente e la frequenza del consumo di tabacco in una settimana (da 0 = mai a 5 = ogni giorno); per il consumo di alcolici, la frequenza di tale comportamento anche in modica quantità negli ultimi tre mesi (da 0 = mai a 5 = quasi ogni giorno), nonché il numero di volte in cui si è bevuto tanto da essere davvero ubriachi nello stesso arco di tempo (da 0 = mai a 5 = più di 10 volte); infine, per l'uso del preservativo (in riferimento ai soli soggetti attivi sessualmente), il suo utilizzo nel corso dell'ultimo rapporto sessuale e in percentuale negli ultimi tre mesi (da 0 = 0-10% a 5 = 100%). Per ciascuna abitudine salutare è stata creata una variabile di sintesi, data dalla media delle risposte alle domande poste per ciascun comportamento (*ibid.*)⁵.

Per le *strategie di coping* è stato utilizzato l'adattamento italiano (Pedrabissi, Santinello, 1994) del *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS, Endler, Parker, 1990). Questo strumento prevede 48 item che rilevano tre diverse strategie di fronteggiamento orientate: alla situazione (ad esempio: "Focalizzo il problema e vedo come posso risolverlo"; alpha = 0,86), alle emozioni (ad esempio: "Mi sento ansioso per non essere in grado di reggere la situazione"; alpha = 0,84) e all'evitamento (ad esempio: "Mi prendo una pausa e mi allontano dalla situazione"; alpha = 0,84). Il range di risposta va da 1 (per niente) a 5 (moltissimo).

L'efficacia scolastica nella promozione della salute è stata misurata con una scala costituita da 15 item (Petrillo, Caso, Donizzetti, 2006). Questo strumento, che ha una struttura monodimensionale ($\alpha = 0,94$), rileva le percezioni di efficacia della scuola nella promozione della salute degli allievi in riferimento a tre aree problematiche: le relazioni interne ed esterne alla scuola (ad esempio: “La mia scuola sa come ottenere una piena collaborazione da parte degli enti pubblici e dei servizi sociali operanti sul territorio per tutelare la salute dei suoi studenti”); lo sviluppo bio-psico-sociale e il disagio giovanile (ad esempio: “La mia scuola si adopera al massimo per farsi carico delle problematiche degli studenti anche quando queste esprimono un grave disagio”); la capacità di fornire informazioni, conoscenze ed educare alla salute (ad esempio: “La mia scuola è capace di esercitare un’importante azione di promozione della salute per i suoi studenti attraverso il coinvolgimento attivo di esperti, come medici, psicologi ecc.”). Il range delle risposte varia da 1 (per niente) a 5 (moltissimo).

Il benessere sociale è stato misurato attraverso la scala del benessere sociale per adolescenti, nella versione breve (Keyes, 2005b, adattamento italiano di Albanesi, Cicognani, Zani, 2007) costituita da 5 item, uno per ciascuna dimensione del benessere sociale (per il contributo sociale: “Hai pensato di poter dare un contributo importante alla società”; per l’integrazione sociale: “Hai sentito di appartenere a una comunità, come un gruppo sociale, la tua scuola o il tuo vicinato”; per la realizzazione sociale: “Hai pensato che la nostra società sta diventando un posto migliore”; per l’accettazione sociale: “Hai pensato che le persone sono fondamentalmente buone”; per la coerenza sociale: “Hai avuto l’impressione che il modo in cui funziona la società abbia un senso”). Gli item sono stati valutati su una scala a 6 punti da 1 = mai a 6 = ogni giorno ($\alpha = 0,72$)⁶.

Il questionario era completato da una scheda che consentiva di rilevare i dati socio-demografici (genere, età, classe scolastica, il luogo di residenza).

3.3. Procedure e analisi dei dati

Il questionario è stato autosomministrato a scuola, durante l’orario scolastico, previo consenso dei genitori e in assenza degli insegnanti; è stato compilato individualmente, in forma anonima e subito restituito. Le classi sono state scelte con criterio casuale, nelle scuole che si sono rese disponibili a collaborare alla raccolta dei dati, nell’ambito di un più ampio progetto di ricerca-intervento.

Per effettuare le analisi statistiche è stato utilizzato il software SPSS 16. La coerenza interna delle scale presenti nel questionario è stata verificata attraverso il calcolo dell’Alpha di Cronbach. Per i punteggi delle scale è stata considerata la media dei punteggi degli item.

I confronti tra gruppi sono stati effettuati attraverso delle analisi della varianza fattoriale ad una via, con le dimensioni psicologiche e psicosociali come variabili dipendenti e le caratteristiche socio-strutturali (il genere con 2 livelli: maschi

e femmine; l'età con 2 livelli: adolescenti e tardo-adolescenti; il tipo di scuola con 2 livelli: licei e istituti tecnici/professionali; il contesto con 4 livelli: città zona centrale, città zona periferica, provincia zona interna e provincia zona costiera) come variabili indipendenti. Per controllare i possibili effetti di interazione tra le suddette variabili sono state effettuate anche ANOVA fattoriali a due vie. Per valutare le associazioni tra le variabili considerate sono stati calcolati i coefficienti di correlazione r di Pearson. Per verificare la presenza di multicollinearità tra predittori e misura-criterio è stato utilizzato l'indice VIF e sono stati calcolati i coefficienti parziali di correlazione, in modo da giustificare l'analisi della regressione effettuata successivamente. Infine, analisi della regressione multipla (metodo stepwise) sono state eseguite per determinare i predittori del benessere sociale sia sul totale dei soggetti sia sui sottogruppi maschi/femmine, adolescenti/tardo-adolescenti e formazione liceale/formazione tecnica.

4 I risultati

4.1. Dati descrittivi del campione e differenze tra i soggetti in base al genere, all'età, alla scuola e al contesto di vita

Considerando nel loro insieme i punteggi medi ottenuti dai soggetti in relazione alle abitudini comportamentali, si evince che i giovani intervistati hanno abitudini poco salutari ($M = 2,09$; $d.s. = 0,48$). La principale strategia di coping utilizzata è quella centrata sul compito ($M = 3,14$; $d.s. = 0,55$), seguono il coping emozionale ($M = 2,94$; $d.s. = 0,64$) e quello di evitamento ($M = 2,70$; $d.s. = 0,72$). La percezione di efficacia collettiva scolastica si attesta sui valori medi ($M = 2,54$; $d.s. = 0,76$), così come la percezione del benessere sociale ($M = 3,01$; $d.s. = 0,90$).

Dalle analisi della varianza condotte tenendo conto del genere sono emerse differenze significative in relazione al coping emozionale ($F = 8,569_{(1,895)}$; $sig. = 0,000$; $\eta^2 = 0,01$) e al benessere sociale ($F = 14,322_{(1,894)}$; $sig. = 0,000$; $\eta^2 = 0,02$). In particolare, i maschi possiedono più elevati livelli di benessere sociale rispetto alle donne ($M = 3,14$; $F = 2,91$), mentre queste ultime possiedono un più forte coping emozionale comparativamente ai loro coetanei di sesso maschile ($M = 2,87$; $F = 2,99$).

Rispetto all'età, sussistono alcune differenze significative tra gli adolescenti (A) e i tardo-adolescenti (T-A). I più giovani possiedono migliori abitudini comportamentali ($A = 2,15$; $T-A = 2,04$; $F = 13,479_{(1,897)}$; $sig.= 0,000$; $\eta^2 = 0,02$), più elevate percezioni di efficacia collettiva scolastica ($A = 2,86$; $T-A = 2,21$; $F = 203,752_{(1,893)}$; $sig. = 0,000$; $\eta^2 = 0,19$) e una più forte percezione di benessere sociale ($A = 3,11$; $T-A = 2,90$; $F = 12,128_{(1,894)}$; $sig. = 0,000$; $\eta^2 = 0,01$); allo stesso tempo, però, sono anche quelli che adottano con maggior frequenza strategie di coping di evitamento ($A = 2,84$; $T-A = 2,55$; $F = 37,907_{(1,894)}$; $sig. = 0,000$; $\eta^2 = 0,04$).

Sussistono differenze anche in funzione del tipo di scuola frequentata (con formazione umanistica, scientifica o tecnica). Dalle analisi della varianza, per cui ci si è avvalsi anche dei risultati del *Tukey Test*, non sono emerse differenze significative tra gli studenti liceali, mentre si sono evidenziate alcune differenze tra questi e gli studenti di area tecnica. Pertanto, anche ai fini delle analisi successive, è stato possibile suddividere i partecipanti in frequentanti i licei (FL = 60,4%) e frequentanti gli istituti tecnici e professionali (FT = 39,6%); i primi dichiarano livelli medi di benessere sociale più elevati (FL = 3,06; FT = 2,91; F = 5,398_(t,888); sig. = 0,020; η^2 = 0,01); i secondi, invece, adottano più spesso strategie di coping emotionale (FL = 2,91; FT = 3,01; F = 5,332_(t,889); sig. = 0,021; η^2 = 0,01) o di evitamento (FL = 2,64; FT = 2,80; F = 10,455_(t,888); sig. = 0,001; η^2 = 0,01).

Infine, si è tenuto conto delle differenze tra i contesti di vita⁷, da cui è emerso che rispetto alle abitudini comportamentali i giovani della zona costiera della provincia (M = 2,15) possiedono migliori abitudini, mentre quelle peggiori si registrano tra i giovani della zona periferica della città (M = 2,01); gli altri due gruppi di soggetti – zona centrale della città (M = 2,06) e zona interna della provincia (M = 2,10) – si pongono in una posizione intermedia (F = 2,925_(3,897); sig. = 0,03; η^2 = 0,01). Altra differenza significativa si registra rispetto al coping di evitamento (F = 4,239_(3,897); sig. = 0,01; η^2 = 0,01), maggiormente utilizzato dai ragazzi della zona centrale della città (M = 2,84) e meno da quelli della provincia, interna (M = 2,64) e costiera (M = 2,63); in posizione intermedia i giovani della periferia cittadina (M = 2,78). In relazione alle percezioni di efficacia collettiva scolastica (F = 2,840_(3,896); sig. = 0,04; η^2 = 0,01), punteggi più elevati si registrano tra gli studenti residenti nelle zone centrali della città (M = 2,67), mentre quelli più bassi tra gli studenti che abitano nelle zone periferiche della città (M = 2,42); in posizione intermedia i giovani della provincia sia interna (M = 2,53) che costiera (M = 2,51). Infine, differenze significative sono emerse anche rispetto ai livelli di benessere sociale (F = 3,250_(3,897); sig. = 0,02; η^2 = 0,01). In particolare, livelli più elevati sono stati registrati tra i ragazzi della provincia – interna (M = 3,06) e costiera (M = 3,08) –, mentre livelli di poco più bassi tra i giovani delle aree urbane, del centro (M = 2,89) e della periferia (M = 2,85).

I risultati dell'ANOVA fattoriale a due vie hanno evidenziato, oltre a quegli effetti principali già evidenziati dall'ANOVA ad una via, solo poche interazioni significative tra le suddette variabili. In particolare, nessuna interazione è risultata significativa con il benessere sociale come variabile dipendente⁸.

4.2. Correlazioni tra le variabili e analisi di regressione

Le analisi di correlazione bivariante hanno la sussistenza di interrelazioni generalmente in linea con le ipotesi formulate tra le variabili considerate, come qui di seguito specificato.

Il benessere sociale risulta significativamente e positivamente correlato con le percezioni di efficacia collettiva scolastica ($0,31^{**}$), con il coping situazionale ($0,30^{**}$) e di evitamento ($0,26^{**}$), nonché con le abitudini salutari ($0,12^{**}$), mentre è negativamente correlato, sia pure debolmente, con il coping emotionale ($-0,07^{*}$). Le percezioni di efficacia collettiva scolastica, oltre ad essere correlate con il benessere sociale, sono correlate positivamente anche con il coping di evitamento ($0,22^{**}$), il coping situazionale ($0,19^{**}$) e le abitudini salutari ($0,11^{**}$), mentre non sono correlate con il coping emotionale. Il coping situazionale, oltre ad essere correlato con il benessere sociale e con l'efficacia collettiva scolastica, è correlato positivamente con le altre due dimensioni del coping – emotionale ($0,22^{**}$) e di evitamento ($0,32^{**}$) – e con le abitudini salutari ($0,13^{**}$). Il coping emotionale è correlato positivamente anche con il coping di evitamento ($0,24^{**}$) e negativamente con le abitudini salutari ($-0,11^{**}$). Il coping di evitamento, infine, è correlato positivamente con le altre variabili psicologiche considerate, ma non con le abitudini salutari.

Al fine di verificare il ruolo di: efficacia collettiva scolastica, strategie di coping, abitudini comportamentali e contesto di vita, quali predittori del benessere sociale, è stata condotta una analisi della regressione multipla (metodo stepwise). Come si evince dalla TAB. 1, che riporta i pesi beta standardizzati, i valori di F e di significatività, l'efficacia collettiva scolastica, il coping situazionale e di evitamento esercitano un'influenza positiva sul benessere, mentre il coping emotionale e il risiedere in città vi contribuiscono negativamente ($R^2 = 0,21$).

TABELLA I
Analisi di regressione. Var. dipendente: benessere sociale. Var. indipendenti: coping, efficacia collettiva scolastica, abitudini salutari, contesti di vita

	Beta	t	Sig.	Correl. parziali	VIF
Efficacia collettiva scolastica	0,24	7,71	0,00	0,25	1,080
Coping situazionale	0,22	6,94	0,00	0,23	1,178
Coping emotionale	-0,17	-5,36	0,00	-0,18	1,092
Coping di evitamento	0,19	5,90	0,00	0,19	1,204
Città zona centrale	-0,11	-3,26	0,00	-0,11	1,067
Città zona periferica	-0,07	-2,34	0,02	-0,08	1,052
Condition Index = 19,453					

È stato inoltre verificato se il ruolo e il potere predittivo di queste variabili variano in base al genere, tramite due analisi di regressione distinte per maschi e

femmine (TAB. 2). Da tali analisi è emerso che il benessere sociale nei maschi è positivamente influenzato dall'efficacia collettiva scolastica, dal coping situazionale e di evitamento ($R^2 = 0,20$). Queste stesse variabili contribuiscono positivamente anche al benessere delle donne, assieme alle abitudini salutari; si evidenzia, inoltre, solo per le ragazze, il contributo negativo del coping emozionale e della residenza in zone centrali della città ($R^2 = 0,24$).

TABELLA 2

Analisi di regressione distinte per sesso. Var. dipendente: benessere sociale. Var. indipendenti: coping, efficacia collettiva scolastica, abitudini salutari, contesti di vita

	Beta	t	Sig.	Correl. parziali	VIF
<i>Maschi – Condition Index = 16,115</i>					
Coping di evitamento	0,19	3,62	0,00	0,19	1,210
Efficacia collettiva scolastica	0,22	4,53	0,00	0,23	1,092
Coping situazionale	0,21	4,09	0,00	0,21	1,154
<i>Femmine – Condition Index = 23,550</i>					
Coping di evitamento	0,17	4,06	0,00	0,18	1,150
Efficacia collettiva scolastica	0,25	6,18	0,00	0,26	1,085
Coping situazionale	0,21	4,96	0,00	0,21	1,194
Coping emozionale	-0,22	-5,58	0,00	-0,24	1,063
Città zona centrale	-0,11	-2,88	0,00	-0,13	1,029
Abitudini salutari	0,08	2,06	0,04	0,09	1,075

Allo stesso modo sono stati verificati i predittori del benessere sociale per gli adolescenti e i tardo-adolescenti (TAB. 3). Dall'analisi di regressione condotta sui più giovani è emerso che permane il contributo positivo dell'efficacia collettiva scolastica, del coping situazionale e di evitamento, mentre il coping emozionale contribuisce negativamente ($R^2 = 0,24$). Quanto ai predittori del benessere sociale per i ragazzi più grandi, oltre alle suddette variabili, si è riscontrato il contributo negativo della residenza nelle zone centrali della città ($R^2 = 0,17$).

Infine sono state verificate i predittori del benessere sociale per gli studenti degli istituti tecnici e dei licei (TAB. 4). Dall'analisi di regressione condotta sugli studenti degli istituti tecnici è emerso che permane il contributo positivo del coping situazionale, dell'efficacia collettiva scolastica e del coping di evitamento, mentre il coping emozionale contribuisce negativamente ($R^2 = 0,15$). Anche per i liceali, i predittori del benessere sociale sono questi, ma con valori beta più elevati soprattutto per l'efficacia collettiva scolastica, che risulta essere il preditore principale ($R^2 = 0,24$).

TABELLA 3

Analisi di regressione distinte per età. Var. dipendente: benessere sociale. Var. indipendenti: coping, efficacia collettiva scolastica, abitudini salutari, contesti di vita

	Beta	T	Sig.	Correl. parziali	VIF
<i>Adolescenti – Condition Index = 18,461</i>					
Efficacia collettiva scolastica	0,28	6,58	0,00	0,30	1,072
Coping di evitamento	0,20	4,41	0,00	0,21	1,187
Coping situazionale	0,23	4,79	0,00	0,22	1,321
Coping emozionale	-0,17	-3,86	0,00	-0,18	1,182
<i>Tardo-adolescenti – Condition Index = 19,899</i>					
Efficacia collettiva scolastica	0,17	3,79	0,00	0,18	1,068
Coping di evitamento	0,16	3,51	0,00	0,17	1,145
Coping situazionale	0,22	4,91	0,00	0,23	1,112
Coping emozionale	-0,17	-3,77	0,00	-0,18	1,057
Città zona centrale	-0,15	-3,45	0,00	-0,16	1,045

TABELLA 4

Analisi di regressione distinte per scuola. Var. dipendente: benessere sociale. Var. indipendenti: coping, efficacia collettiva scolastica, abitudini salutari, contesti di vita

	Beta	t	Sig.	Correl. parziali	VIF
<i>Istituti tecnici – Condition Index = 18,506</i>					
Coping situazionale	0,25	4,03	0,00	0,23	1,239
Efficacia collettiva scolastica	0,15	2,66	0,01	0,16	1,090
Coping di evitamento	0,15	2,46	0,01	0,15	1,233
Coping emozionale	-0,13	-2,39	0,02	-0,14	1,060
<i>Licei – Condition Index = 18,731</i>					
Efficacia collettiva scolastica	0,28	7,47	0,00	0,29	1,061
Coping situazionale	0,22	5,79	0,00	0,23	1,147
Coping di evitamento	0,21	5,62	0,00	0,23	1,178
Coping emozionale	-0,19	-4,99	0,00	-0,20	1,113

5 Discussione dei risultati della ricerca e conclusioni

La direzione di studi che ha sviluppato il costrutto di “benessere sociale” insiste sull’importanza del contesto e delle relazioni sociali, e concentra il suo interesse sulla qualità delle relazioni sociali dell’individuo nell’ambito della propria comunità e società, nonché del proprio funzionamento al loro interno (Keyes, 1998), ritenendo questi aspetti fondamentali nel determinare il benessere della persona. Quest’ultimo, infatti, in senso psicosociale non viene ricondotto a proprietà oggettive dell’ambiente sociale, ma viene inteso come una valutazione soggettiva complessa che include più aspetti (Cicognani, 2005). Questo studio, ispirandosi ad una prospettiva ecologica e interazionista, ha affrontato il tema del benessere sociale in adolescenza cercando di coniugare l’attenzione ad aspetti psicologici individuali, predominante nella letteratura sul benessere in adolescenza, con l’attenzione per aspetti psicosociali di natura collettiva e di natura contestuale, meno indagati se non del tutto trascurati.

Il bilancio sui risultati ottenuti si può dire soddisfacente in relazione agli obiettivi e alle ipotesi inizialmente formulate. Per quanto concerne l’aspettativa di differenze per età e per genere, queste sono in linea con i risultati di studi precedenti. Si è visto, infatti, che gli adolescenti hanno espresso livelli di benessere sociale superiori ai tardo-adolescenti: per quanto meno autonomi e liberi di esplorare l’ambiente che li circonda, meno occupati in ambiti di attività extrafamiliari ed extrascolastiche e meno inseriti in gruppi rispetto ai più grandi, i ragazzi più piccoli sperimentano probabilmente rapporti qualitativamente migliori con i coetanei, una minore conflittualità con le figure adulte specialmente all’interno della famiglia, sono meno preoccupati da ciò che può comportare per loro l’avvicinarsi della transizione all’età adulta e hanno un minor senso di incertezza riferita al loro inserimento nella società a questa conseguente. Non sorprende, inoltre, il riscontro di un più elevato benessere sociale nei maschi, maggiormente legittimati rispetto alle ragazze a trascorrere del tempo libero fuori casa, a sviluppare una rete di relazioni sociali informali e a esperire le prime relazioni sentimentali nel contesto socio-culturale della ricerca, complessivamente ancora alquanto tradizionale nel modo di intendere i ruoli di genere.

Per quanto concerne il riscontro di più elevati livelli di benessere sociale nei liceali – non direttamente comparabile con altri studi, essendo state meno esplorate le differenze a riguardo in base al tipo di scuola –, questo è in linea con quanto emerso in studi che hanno rilevato lo stress degli studenti anche pre-adolescenti in contesti scolastici non supportivi (Galbiati, Santinello, 2002), i quali hanno evidenziato come il supporto percepito da parte di insegnanti e genitori influenzhi la soddisfazione per la scuola, per i propri risultati e la valutazione del carico di lavoro scolastico, corrispondendo anche ad un miglior rapporto con la

scuola. Questo risultato è interpretabile come espressione di percorsi formativi diversi in quanto stimolanti nei liceali la produzione di un pensiero critico e di un atteggiamento riflessivo nei confronti dell'esperienza, presumibilmente favorendo una visione più articolata, complessa e integrata della vita sociale e il sentimento di costruzione in una prospettiva di lungo periodo, proiettata verso il proseguimento degli studi all'università, di un bagaglio di competenze acquisite in un contesto educativo in cui assumono una certa importanza le relazioni con i compagni e con gli insegnanti (Ronzoni, Guidi, Grasso, 2007), laddove un percorso formativo tecnico/professionalizzante incoraggia un approccio più pragmatico e strumentale, preludendo ad un inserimento più immediato nel mondo del lavoro. Anche studi centrati sulle interrelazioni tra percezioni di benessere e senso di comunità in adolescenza hanno rilevato differenze per tipo di scuola (Chiessi, Cicognani, Sonn, 2010), con un minor senso di comunità negli istituti professionali, riconducibile alla maggiore prossimità alla conclusione del percorso formativo in questi ultimi, che sviluppano quindi un minore senso di coesione e di appartenenza alla comunità. Questi studi, inoltre, suggeriscono che la scuola può essere considerata come un indicatore prossimale di differenze di carattere socio-economico e culturale dei contesti di provenienza, considerando la forte associazione esistente in Italia tra le scelte scolastiche dei ragazzi e i livelli di istruzione e di occupazione dei genitori: così interpretate, quindi, le evidenze empiriche riscontrate suggerirebbero un maggiore sviluppo del benessere sociale negli studenti provenienti da strati socio-culturalmente più avvantaggiati.

Il risultato della maggiore presenza di benessere sociale tra gli adolescenti che vivono nella provincia è coerente con l'ampia letteratura che fa riferimento al senso di insicurezza negli ambienti metropolitani, nonché alla percezione diffusa di degrado sociale e ambientale sempre più intensa nel contesto cittadino napoletano, a fronte dei contesti della provincia che, pur essendo generalmente considerati meno stimolanti e vivaci, forniscono una fitta rete di relazioni parentali e di vicinato che possono svolgere una funzione protettiva per i minori. Ciò è in linea con il modello lineare di Adams (1992), secondo cui l'urbanesimo ha effetti diretti sul benessere psicologico e sulle relazioni interpersonali. Nelle moderne città industriali, infatti, con l'aumentare della densità della popolazione, della sua eterogeneità e instabilità, diminuiscono il benessere, l'integrazione sociale e la soddisfazione verso la comunità, a differenza delle città rurali di piccole dimensioni che sono, invece, caratterizzate da un meccanismo di controllo sociale informale, da una popolazione stabile e omogenea e da norme sociali chiare.

Contrariamente all'ipotesi formulata, tuttavia, il contesto cittadino non garantisce livelli di benessere sociale superiori a quelli percepiti nei contesti della periferia urbana, probabilmente proprio grazie a quel fenomeno di periferizzazione di ampie aree del territorio urbano (Lucatorto, 2008) che ne svilisce la

valenza simbolica di luogo di aggregazione e socializzazione, così tanto rilevante per i giovani.

Quest'ultimo risultato prelude a quanto emerso anche dall'analisi sui predittori del benessere sociale nell'intero campione, che ha dimostrato il peso negativo esercitato dal centro e dalla periferia cittadini. Evidentemente entrambe queste aree urbane massimizzano quell'insieme di fattori di malessere che sono stati denunciati in letteratura (Arcidiacono, 1999), ma più spesso isolatamente considerati. Aspetti fisici e socio-ambientali, teoricamente distinguibili, possono di fatto sovrapporsi e costituire, come si è visto, degli ostacoli notevoli al benessere degli adolescenti.

Come atteso, l'efficacia collettiva scolastica si è dimostrata, invece, il principale preditore, in senso positivo, del benessere in adolescenza. Il contesto scolastico è per i ragazzi occasione di apprendimento di nuove competenze scolastiche da una parte, e occasione di esperienze di sviluppo e di capacità personali e relazionali dall'altra. La scuola rappresenta per l'adolescente la prima opportunità di contatto diretto con le istituzioni. In questa occasione si gettano le basi dell'orientamento verso le autorità istituzionali, che guiderà poi i comportamenti degli adolescenti nei confronti delle istituzioni stesse, quindi anche il livello di partecipazione al loro interno (Palmonari, 2001). È pertanto innegabile il ruolo centrale che la scuola riveste per il raggiungimento di obiettivi non solo direttamente ancorati al successo scolastico, ma anche connessi al benessere personale e all'adattamento sociale degli allievi. Tale ruolo è riconosciuto dagli stessi studenti partecipanti alla ricerca che, indicando la scuola efficace nel promuovere la loro salute, colgono il valore positivo della salute come obiettivo scolastico condiviso per il loro benessere sociale. Questo risultato è trasversale al genere e all'età, benché più rilevante per le femmine che non per i maschi e per gli adolescenti che non per i tardo-adolescenti, e particolarmente rilevante per i frequentanti i licei, per i quali soprattutto, dunque, la scuola costituisce un ambiente favorevole allo sviluppo positivo. Esso supporta il modello di co-costruzione della comunità scolastica, ispirato alla psicologia di comunità (Albanesi, Marcon, Cicognani, 2007), che vede coinvolti e partecipi tutti i soggetti, anche adolescenti, in un processo impegnativo e complesso che si sviluppa nel tempo.

Quanto alle variabili di carattere individuale considerate nella ricerca, il loro ruolo è alquanto differenziato. Frydenberg e Lewis (1994) hanno individuato uno stile di coping centrato sulla "soluzione del problema": in questo caso l'adolescente affronta la situazione stressante con ottimismo e fiducia nelle proprie possibilità; un coping "non produttivo", quando l'adolescente tende ad evitare anziché affrontare la situazione stressante; un "riferirsi ad altri", consistente nel privilegiare il ricorso ad amici e genitori per ottenere un sostegno sociale. I nostri risultati confermano l'ipotesi del ruolo positivo del coping situazionale, ma indicano al contempo anche nel coping di evitamento una funzione positiva in

relazione al benessere, diversamente dal ruolo negativo svolto dal coping emotivo. Tale risultato, riscontrato nel campione generale, è confermato anche nei sottocampioni distinti per genere e per età. Come ipotizzato, infine, anche le abitudini salutari si sono dimostrate di particolare rilevanza per il benessere sociale in adolescenza: ciò è tanto più comprensibile in quanto tutte le sfere di comportamento considerate nella ricerca hanno una valenza non solo per la componente fisica della salute, ma anche per la componente psicologica e sociale. Tali abitudini sono improntate, infatti, a perseguire e promuovere uno stile di vita sano nei momenti di svago condivisi con i coetanei, nella sfera dei rapporti con l'altro sesso e più in generale in quelle attività di routine che vengono svolte nel corso della vita quotidiana e che comportano quasi sempre uno scambio di tipo sociale. Tale risultato fornisce un supporto a quei modelli, come lo *School Well-being Model* (Konu, Rimpela, 2002), che includono lo stato di salute insieme ad altri indicatori – caratteristiche strutturali, mezzi per l'autorealizzazione e relazioni sociali –, considerando la salute una componente a pieno titolo del benessere. Elementi individuali di ordine fisiologico, relazionali, strutturali e organizzativi si integrano, in questa prospettiva, per disporre di un modello concettuale complessivo, in cui il benessere viene inteso come una sintesi di aspetti oggettivi e soggettivi (Petrillo, 2008b). L'importanza delle abitudini salutari per il benessere sociale, tuttavia, è emersa soltanto nel subcampione delle ragazze, che anche nella letteratura sugli stili salutari si dimostrano generalmente più sensibili a raggiungere obiettivi di salute e più pronte a responsabilizzarsi in tal senso.

In definitiva, la centralità dei contesti di vita quotidiana per lo sviluppo del benessere dei minori, sostenuta da quanti si pongono in una prospettiva ecologica (*ibid.*; Vieno *et al.*, 2004), ha ricevuto in questo studio ulteriori e promettenti prove empiriche, suscettibili di ulteriori approfondimenti in futuro. Benché la misura del benessere sociale – anche nella forma breve dello strumento utilizzato – abbia mostrato di possedere affidabilità e validità di costrutto, va detto che sussistono alcuni limiti. Uno di questi consiste nel carattere *self-report* della raccolta dei dati; inoltre, le rilevazioni dei livelli di benessere percepito non sono corroborate da giudizi di esperti o da indicatori oggettivi di benessere, che possono assicurare la corrispondenza tra quanto autopercepito e quanto rilevato da punti di vista esterni ai soggetti. Ricerche future, come suggerito dallo stesso autore dello strumento da noi utilizzato (Keyes, 2005b), dovrebbero indagare circa la convergenza o meno tra quanto espresso da giovani in età evolutiva sul loro benessere psicosociale e le valutazioni di genitori, insegnanti e psicologi; dovrebbero inoltre sviluppare una maggiore attenzione alla diversificazione del benessere nella popolazione degli adolescenti, per arrivare ad articolare in modo più puntuale la diagnosi e l'intervento a questo relativa.

In termini applicativi i risultati emersi suggeriscono di agire contemporaneamente sul contesto e sull'individuo al fine di promuovere il benessere sociale

degli adolescenti, cogliendo le interrelazioni che sussistono tra le persone e l'ambiente, nonché le influenze reciproche che si esercitano tra i diversi sistemi sociali in cui queste sono implicate. Le ricadute empiriche di questo lavoro si possono riferire, più in particolare, alla necessità di prestare una attenzione specifica nei programmi educativi attivabili nelle scuole e nelle comunità alle problematiche ostacolanti o, viceversa, facilitanti uno sviluppo complessivamente positivo degli adolescenti, di cui la conquista di livelli soddisfacenti di benessere sociale costituisce una parte rilevante. Tali programmi dovrebbero porsi, insieme ad obiettivi più generali, anche obiettivi specifici e differenziati, rispondenti ai bisogni formativi di sottogruppi di adolescenti e finalizzati a conquistare uno standard ottimale di benessere tenendo conto dell'età, del genere e dell'appartenenza a diversi contesti. I nostri risultati – di cui è prevista una restituzione alle scuole che hanno aderito al progetto di ricerca – indicano, ad esempio, che adolescenti più grandi potrebbero avvalersi di un approccio integrato, che comporti un confronto più serrato tra scuola, famiglia e comunità, così da percepire un maggiore sostegno alla transizione all'adulteria in una fase in cui si avvicina la conclusione della scolarizzazione secondaria e si approssima il momento della scelta universitaria/professionale futura. Alle ragazze potrebbero giovare, dentro e fuori la scuola, maggiori interscambi con i coetanei, così da sviluppare relazioni interpersonali in cui sentirsi più accettate nei cambiamenti psicofisici e più integrate nei gruppi dei pari. Per i giovani che vivono in contesto metropolitano, la promozione del benessere sociale potrebbe passare per una educazione alla salute intesa come adozione di stili di vita salutari e come assunzione di responsabilità personale, per lo sviluppo di capacità di partecipazione attiva alla vita della comunità e la valorizzazione di reti cooperative in cui ritrovare quelle risorse umane che possono fare da scudo sociale protettivo rispetto al senso di insicurezza e di isolamento (cfr. anche Cicognani *et al.*, 2008; Prilleltensky, Nelson, Peirson, 2001).

I risultati del presente studio indicano che lo sviluppo del benessere nei giovani è associato ad altri indici, importanti e desiderabili, di sviluppo evolutivo: abitudini salutari corrette in diverse sfere comportamentali, che comportano una posizione critica e autonoma rispetto ai rischi connessi ad esempio a dipendenze da sostanze quali fumo e alcol, oppure a rapporti occasionali e non protetti; capacità di ricorrere a strategie adattive di fronteggiamento dei problemi; credenze fiduciose nella capacità delle istituzioni – segnatamente, dell'istituzione scolastica, con il concorso delle diverse componenti – di farsi carico di compiti educativi quali informare, sostenere e orientare lo sviluppo, connettersi con il mondo familiare e sociale degli studenti. Indici ulteriori si riferiscono alle caratteristiche dell'ambiente di vita, tra reali e percepite, in quanto più o meno suscettibili di promuovere benessere (Mazzoni, Cicognani, 2010): indici che attengono all'esperienza quotidianamente vissuta dagli adolescenti nel corso delle attività del tempo libero, di raccordo tra casa, luoghi di studio e di svago. A questi indici,

in accordo con un approccio di psicologia di comunità, dovrebbe prestare la giusta attenzione il mondo degli adulti e dei referenti istituzionali, in modo da consentire una frequentazione degli spazi pubblici più protetta dalla comunità e occasioni di contatto tra i giovani in luoghi meno estemporanei e a ciò deputati.

L'approccio integrato adottato in questo studio fornisce un contributo di evidenze empiriche a supporto dell'importanza di coinvolgere l'intera scuola nell'obiettivo di conquistare più elevati livelli di benessere tra gli studenti. Ciò è in linea, tra l'altro, con la Carta di Ottawa per la promozione della salute nelle scuole (WHO, 1986, 1996), che sottolinea l'importanza della cooperazione tra l'intra- e l'extrascuola e, più in generale, tra la famiglia e la società. Nell'operare per la promozione della salute e del benessere, è importante un impegno volto a consolidarne i livelli negli adolescenti prima che insorgano problemi a riguardo, con interventi mirati e precoci, basati su una prospettiva olistica e sensibili ai loro ambienti di vita quotidiana (Lee, 2004; Ureda, Yates, 2005; Lee *et al.*, 2006).

Note

¹ Da questa reinterpretazione della salute mentale, su cui non è dato dilungarsi per esigenze di sintesi, è derivata la messa a punto di strumenti di misura *self-report*. Le analisi dei dati, condotte inizialmente in modo separato sulle diverse dimensioni del benessere (Keyes, 1998; Ryff, 1989; Ryff, Keyes, 1995), hanno supportato l'idea dell'esistenza di tre dimensioni distinte. Questa idea tripartita del benessere è stata successivamente supportata da analisi esplorative e confermative, condotte su campioni indipendenti di adolescenti dai 12 ai 18 anni (Keyes, 2005b) e di adulti tra i 25 e i 74 anni (Keyes, Shmotkin, Ryff, 2002; Ryff, Keyes, 1995). Sono stati utilizzati questionari di diversa lunghezza per la rilevazione del benessere, comprendenti sia scale mono-item, sia subscale (Keyes, 2005b; Keyes *et al.*, 2008), sia scale nella versione estesa (Ryff, 1989). Nel loro insieme gli studi hanno confermato l'esistenza, anche in popolazioni di diversi paesi (Keyes *et al.*, 2008), di una struttura fattoriale a tre dimensioni. Pertanto le tre dimensioni, pur essendo tra loro correlate, vanno considerate come relativamente autonome, in quanto espressione di un costrutto più generale e multidimensionale di benessere di cui ciascuna coglie un determinato aspetto e i relativi ambiti (Robitschek, Keyes, 2009).

² Sia la forma estesa (33 item) sia la forma breve (3 item per ciascuna sub-dimensione) degli strumenti di misura *self-report* utilizzati per rilevare il benessere sociale (SWB) hanno fornito un supporto alla struttura a cinque fattori dello strumento di rilevazione (Keyes, 1998). La validità convergente è stata verificata riscontrando associazioni positive tra tutte e cinque le sub-dimensioni del benessere sociale e la partecipazione civica e il comportamento prosociale (Keyes, Ryff, 1998). In un campione di studenti universitari è stata anche riscontrata una moderata e significativa correlazione tra la desiderabilità sociale e l'accettazione sociale; tuttavia, tutte le altre correlazioni tra la desiderabilità sociale e le altre sottoscale del benessere sociale sono risultate scarse e non significative, verificando in modo in parte adeguato la validità discriminante (Robitschek, Keyes, 2009). In Italia è stata testata la tenuta della scala di SWB su adolescenti e giovani adulti utilizzando sia lo strumento originale di 33 item (Cicognani *et al.*, 2008; Cicognani, Albanesi, Berti, 2001), sia la versione ridotta a 5 item, una per ciascuna sub-dimensione (Albanesi, Cicognani, Zani, 2007; Zani, Cicognani, Albanesi, 2004), inclusa nella scala del benessere di Keyes (2005b).

³ Dal 2005 la città di Napoli è divisa in 10 municipalità, con una popolazione media di quasi 100.000 abitanti (le loro composizioni e caratteristiche sono consultabili in www.comune.napoli.it), organismi decentrati con significativi poteri e compiti gestionali, per offrire servizi ordinari più efficienti e per rendere più vivibili gli ambienti di residenza. In questo studio, partendo dalla sud-

divisione della città in municipalità, abbiamo ripartito il territorio di Napoli in zone centrali e zone periferiche, utilizzando il metodo dell'accordo tra giudici indipendenti, che hanno classificato le municipalità utilizzando il doppio criterio della territorialità geografica e socio-ambientale. Rientrano nelle zone centrali le municipalità 1, 2, 3, 5, 10 (con l'esclusione dell'area di Bagnoli considerata tra le zone periferiche della città); rientrano nelle zone periferiche le municipalità 4 (ad esclusione dei quartieri S. Lorenzo e Vicaria, considerati tra le zone centrali della città), 6, 7, 8 e 9, oltre ad alcuni territori con esse confinanti (come Giugliano, Arzano, Melito ecc.), che per prossimità territoriale e per caratteristiche socio-ambientali sono più assimilabili alle zone periferiche della città piuttosto che alla provincia.

⁴ Alcuni soggetti non hanno specificato il sesso (N = 5) o l'età (N = 5). Le percentuali si riferiscono ai totali dei rispondenti effettivi.

⁵ Si è provveduto ad invertire il range delle risposte alle domande relative al consumo di tabacco e di alcol per uniformarlo a quello delle altre domande.

⁶ La scala SWB è inclusa nella scala del benessere costituita da 12 item, che misurano le 3 dimensioni del benessere in adolescenza: oltre ai 5 item relativi al benessere sociale sopra esposti, 3 item per il benessere emozionale (ad esempio: "Nell'ultimo mese per quanto tempo ti sei sentito felice?" alpha = 0,78) e 6 item per il benessere psicologico (ad esempio: "Nell'ultimo mese per quanto tempo ti sei sentito capace di gestire la responsabilità della tua vita quotidiana?" alpha = 0,66). I valori di alpha riportati per questo come per gli altri strumenti si riferiscono al presente studio.

⁷ Anche per la lettura di questi dati ci si è avvalsi dei risultati del Tukey Test.

⁸ In particolare, per quanto riguarda il genere, sono risultate significative soltanto le interazioni con il contesto (vd: abitudini salutari), con l'età (vd: coping di evitamento) e il tipo di scuola (vd: abitudini salutari; efficacia scolastica). Per quanto riguarda l'età, si sono evidenziate interazioni con il tipo di scuola (vd: abitudini salutari; efficacia scolastica) e con il contesto (vd: efficacia scolastica; coping situazionale; coping di evitamento; abitudini salutari). I dati relativi alle suddette analisi non possono essere presentati dettagliatamente per ovvi limiti di spazio, ma sono disponibili presso gli autori per chi fosse interessato.

Riferimenti bibliografici

- Adams R. (1992), Is happiness a home in the suburbs? The influence of urban versus suburban neighbourhoods on psychological health. *Journal of Community Psychology*, 20, pp. 353-72.
- Albanesi C., Cicognani E., Zani B. (2007), Sense of community, civic engagement and social well-being in Italian adolescents. *Journal of Community Applied Social Psychology*, 17, pp. 387-406.
- Albanesi C., Marcon A., Cicognani E. (2007), Senso di comunità e benessere a scuola. *Psicologia Scolastica*, 6, 2, pp. 179-99.
- Arcidiacono C. (1999), *Napoli diagnosi di una città. I giovani e il lavoro*. Edizioni Magma-FLM, Napoli.
- Bandura A. (1997), *Self-efficacy. The exercise of control*. Freeman, New York (trad. it. *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Erickson, Trento 2000).
- Id. (2007), Lo sviluppo adolescenziale secondo una prospettiva agentiva. In F. Pajares, T. Urdan (a cura di), *L'autoefficacia degli adolescenti. Dalla scuola ai comportamenti a rischio*. Erickson, Trento.
- Belski M. P. (2001), *Periferia come centro*. Apollo e Dionisio, Rozzano.
- Bonino S., Cattelino E., Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Giunti, Firenze.
- Bronfenbrenner U., Morris P. (1998), The ecology of developmental processes. In W. Damon, R. M. Lerner (eds.), *Handbook of child psychology*, vol. 1, *Theoretical models of human development*. Wiley, New York (v ed.), pp. 993-1028.

- Carroll J. M., Rosson M. B., Zhou J. (2005), Collective efficacy as a measure of community. In *Proceedings of Human Factors in Computing Systems: CHI 2005*. ACM, New York, pp. 1-10.
- Chiessi M., Cicognani E., Sonn C. (2010), Assessing sense of community on adolescents: Validating the brief scale of sense of community in adolescents (SOC-A). *Journal of Community Psychology*, 38, 3, pp. 276-92.
- Cicognani E. (2005), Modelli di benessere. Il contributo della psicologia positiva. *Psicologia della Salute*, 1, pp. 5-7.
- Cicognani E., Albanesi C., Berti P. (2001), Dimensioni del benessere sociale: applicazione di uno strumento di misurazione. *Psicologia della Salute*, 1, pp. 105-22.
- Cicognani E., Pirini C., Keyes C., Joshanloo M., Rostami R., Nosratabadi M. (2008), Social participation, sense of community and social well being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research*, 89, pp. 97-112.
- Damon W. (2004), What is positive youth development? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 597, 1, pp. 13-24.
- Diener E. (1984), Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, pp. 542-75.
- Doeglas D., Suurmejer T., Briancon S., Moum T., Krol B., Bjelle A., Sanderman R., Van Den Heuvel W. (1996), An international study on measuring support: Interactions and satisfaction. *Social Science and Medicine*, 43, pp. 1389-97.
- Donaldson D., Prinstein M. J., Danovsky M., Spirito A. (2000), Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, pp. 351-9.
- Endler N. S., Parker J. D. A. (1990), Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, pp. 844-54.
- Evans G. W. (2006), Child development and the physical environment. *Annual Review of Psychology*, 57, pp. 423-51.
- Frydenberg E. (1997), *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. Routledge, London (trad. it. *Far fronte alle difficoltà*. Giunti, Firenze 2000).
- Frydenberg E., Lewis R. (1994), Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian Psychologist*, 29, pp. 45-8.
- Galbiati E., Santinello M. (2002), La percezione dell'ambiente scolastico e il rapporto con la scuola nei preadolescenti. *Psicologia Scolastica*, 1, pp. 297-309.
- Garcia C. (2010), Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 2, pp. 166-85.
- Hampel P., Petermann F. (2005), Age and gender effects on coping in children and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, pp. 73-83.
- Jessor R. (ed.) (1998), *New perspectives on adolescents risk behaviour*. Cambridge University Press, New York.
- Keyes C. L. M. (1998), Social well being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 2, pp. 121-40.
- Id. (2002), The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, pp. 207-22.
- Id. (2005a), Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, pp. 539-48.
- Id. (2005b), The subjective well-being of America's youth. Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health*, 4, pp. 3-11.
- Keyes C. L. M., Ryff C. D. (1998), Generativity in adult lives: Socialstructural contours and quality of life consequences. In D. P. Adams, E. de St. Aubin (eds.), *Generativity*

- and adult development: How and why we care for the next generation.* American Psychological Association, Washington DC, pp. 227-63.
- Keyes C. L. M., Shmotkin D., Ryff C. D. (2002), Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, pp. 1007-22.
- Keyes C. L. M., Wissing C., Potgieter J. P., Temane M., Kruger A., Van Rooy S. (2008), Evaluation of the mental health continuum short form (MHC-SF) in Setswana speaking in South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, pp. 181-92.
- Konu A., Rimpela M. (2002), Well-being in schools: A conceptual model. *Health Promotion International*, 17, 1, pp. 79-87.
- Lee A. (2004), The concept of health promoting schools to enhance positive youth development. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 16, pp. 3-6.
- Lee A., Cheng F. F. K., Fung Y., Leger L. S. (2006), Can health promoting schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, pp. 530-6.
- Lerner R. M., Almerigi J. B., Theokas C., Lerner J. V. (2005), Positive youth development. A view of the issues, *Journal of Early Adolescence*, 25, 1, pp. 10-6.
- Lucatorto I. (2008), *Periferie senza città.* Pubblicazioni Italiane, Taranto.
- Mazzoni D., Cicognani E. (2010), Partecipazione sociale e benessere in adolescenza: una rassegna della letteratura. *Psicologia Scolastica*, 6, pp. 225-53.
- Myers D. G., Diener E. (1995), Who is happy? *Psychological Science*, 6, pp. 10-9.
- Palmonari A. (2001), *Gli adolescenti.* Il Mulino, Bologna.
- Pedrabissi L., Santinello M. (1994), La validità del Coping Inventory for Stressful Situations di Endler e Parker. *Ricerche di Psicologia*, 18, 4, pp. 49-63.
- Perkins D. D., Taylor R. B. (1996), Ecological assessments of community disorder: Their relationship to fear of crime and theoretical implications. *American Journal of Community Psychology*, 24, pp. 63-107.
- Petrillo G. (2008a), L'approccio olistico e integrato alla promozione della salute: aspetti teorici e prospettive di intervento. In G. Petrillo, D. Caso (a cura di), *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti.* Franco Angeli, Milano.
- Id. (2008b), Promozione della salute e del benessere degli adolescenti nel contesto scolastico. *Psicologia della Salute*, 3, pp. 59-82.
- Petrillo G., Caso D., Donizzetti A. R. (2006), L'efficacia personale e scolastica riferita alla salute in adolescenza: nuovi strumenti per la rilevazione delle percezioni di efficacia e influenze sulla promozione di stili salutari e sul benessere. *Psicologia della Salute*, 3, pp. 27-48.
- Idd. (2008a), Caratteristiche psicologiche, psicosociali e stili di vita di adolescenti: risultati della ricerca e dell'intervento formativo relativi all'intero campione. In G. Petrillo, D. Caso (a cura di), *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti.* Franco Angeli, Milano.
- Idd. (2008b), Questionario "Salute e benessere nel mondo giovanile". In G. Petrillo, D. Caso (a cura di), *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti.* Franco Angeli, Milano.
- Prilleltensky I., Nelson G., Peirson L. (2001), The role of power and control in children's lives: An ecological analysis of pathways toward wellness, resilience, and problems. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, pp. 143-58.

- Rich G. J. (2003), The positive psychology of youth and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (special issue), pp. 13.
- Robitschek C., Keyes C. L. M. (2009), Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 2, pp. 321-9.
- Ronzoni A., Guidi M., Grasso M. (2007), Benessere/malessere a scuola: un'indagine sulla qualità dell'esperienza scolastica. *Psicologia Scolastica*, 6, pp. 15-52.
- Ryff C. (1989), Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 6, pp. 1069-81.
- Ryff C. D., Keyes C. L. M. (1995), The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, pp. 719-27.
- Seiffge-Krenke I. (1995), *Stress, coping and relationship in adolescence*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah (NJ).
- Seiffge-Krenke I., Aunola K., Nurmi J. (2009), Changes in stress perception and coping style during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child Development*, 80, pp. 259-79.
- Turbin M. S., Jessor R., Costa F. (2006), Protective and risk factors in health-enhancing behavior in adolescents in China and the United States: Does social context matter? *Health Psychology*, 25, pp. 445-54.
- Ureda J., Yates S. (2005), A systems view of health promotion. *Journal of Health and Human Services Administration*, 28, pp. 5-38.
- Vieno A., Santinello M., Crespi I. (2002), L'osservazione delle caratteristiche fisiche e sociali dei quartieri. In M. Prezza, M. Santinello (a cura di), *Conoscere la comunità. L'analisi degli ambienti di vita quotidiana*. Il Mulino, Bologna.
- Vieno A., Santinello M., Galbiati E., Mirandola M. (2004), School climate and well being in early adolescence: A comprehensive model. *European Journal of School Psychology*, 2, pp. 219-37.
- Wandersman A., Nation M. (1998), Urban neighbourhoods and mental health: Psychological contributions to understanding toxicity, resilience, and interventions. *American Psychologist*, 53, pp. 647-56.
- WHO Regional Office for the Western Pacific (1996), *Health promoting schools series 5: Regional guidelines. Development of health-promoting schools – a framework for action*. WHO-WPRO, Manila.
- World Health Organization – WHO (1986), *The Ottawa Charter for health promotion*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Zani B. (1999), Affrontare gli eventi: significato e dimensioni del coping. In B. Zani, E. Cicognani (a cura di), *Le vie del benessere*. Carocci, Roma.
- Zani B., Cicognani E. (1995), Il problema dell'AIDS nei giovani: credenze, percezione del rischio e strategie di coping. *Giornale Italiano di Psicologia*, 5, pp. 827-52.
- Idd. (a cura di) (1999), *Le vie del benessere*. Carocci, Roma.
- Zani B., Cicognani E., Albanesi C. (2004), Quale comunità per adolescenti e giovani: linee di ricerca su partecipazione, appartenenza e benessere sociale. In N. De Piccoli, G. P. Quaglino (a cura di), *Psicologia sociale in dialogo*. Unicopli, Milano.
- Zani B., Cicognani E., Pietrantoni L. (2003), Senso di comunità e percezione dell'insicurezza negli adolescenti. In B. Zani, *Sentirsi in/sicuri in città*. Il Mulino, Bologna.

Abstract

Assuming a multidimensional (Keyes, 1998, 2005; Cicognani, 2005), ecological and interactionist perspective (Petrillo, 2008a, 2008b), this work proposes to consider in an original way both psychological and contextual elements as possible promoters of social wellbeing in adolescence. To this aim was used a questionnaire, with which were collected data on the social wellbeing, collective efficacy in the school ambit, strategies of coping, health habits referred to some behavioural spheres (alimentation, alcohol and tobacco consume, physical exercise and sexuality) and life context (understood as living in the centre or periphery of a town or yet in the coastal or inland areas of the province). This instrument were administered to 1.107 students of high schools. Multiple regression analysis allowed to verify which of the used variables had the role of predictors of social wellbeing in adolescence. The results show the role of both psychological factors and socio-structural variables. In particular the collective school efficacy, the situational and evasiveness coping act positively on the social wellbeing, while the coping based on the emotions and to live in the center or periphery of town act negatively. Furthermore significant differences for gender, age, and school emerge.

Key words: *adolescence, social wellbeing, coping, health habits, collective school efficacy, life contexts.*

Articolo ricevuto nell'ottobre 2009, revisione dell'aprile 2011.

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Giovanna Petrillo, Università degli Studi di Napoli “Federico II”, Dipartimento di Teorie e Metodi delle Scienze Umane e Sociali, via Porta di Massa 1, 80133 Napoli; e-mail: petrillo@unina.it.