



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**Qualità delle cure e benessere del bambino nei contesti istituzionali:
studio della relazione tra interazioni educatore-bambino e
comportamento adattivo di bambini inseriti in comunità per minori**

**Quality of care and child's well-being in institutional contexts: study of the
relationship between caregiver-child interactions and adaptive behavior of
children in childcare institutions**

Relatrice: Prof.ssa Alessandra Simonelli

Correlatore: Dott. Alessio Porreca

Laureanda: Ludovica Bonsignore

Matricola: 2015072

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1 : Comunità per minori: definizione, classificazione e interazione educatore-bambino	6
1.1. Definizione delle comunità per minori	6
1.2. Classificazione delle comunità per minori	11
1.3. Interazione educatore-bambino	16
CAPITOLO 2: Indici di benessere del minore inserito in comunità	26
2.1. Il costrutto di adattamento	26
2.1.1. <i>L'impatto dell'istituzionalizzazione sull'adattamento e sulle capacità di autoregolazione</i> ...	29
2.1.2. <i>La socializzazione e la capacità di creare relazioni</i>	32
2.1.3. <i>Fattori di rischio e capacità di resilienza nell'adattamento al contesto comunitario</i>	34
2.2. Qualità delle cure e interazioni adulto-bambino	36
CAPITOLO 3: La ricerca: associazione tra qualità delle cure dell'educatore e adattamento del bambino in comunità per minori	45
3.1. La ricerca: obiettivi e ipotesi	45
3.2. Metodo di ricerca	47
3.2.1. <i>Partecipanti</i>	47
3.2.2. <i>Procedura</i>	48
3.3. Strumenti di misurazione	50
3.3.1. <i>Emotional Availability Scales</i>	51
3.3.2. <i>Vineland Adaptive Behavior Scales</i>	57
3.4. Analisi statistica dei dati	60
CAPITOLO 4: I risultati della ricerca	63
4.1. Informazioni socio-anagrafiche e cliniche	63
4.2. Qualità delle interazioni adulto-bambino in campioni normativi e a rischio	64
4.2.1. <i>Qualità dell'interazione adulto-bambino nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al TI</i>	64

4.2.2. <i>Qualità dell'interazione adulto-bambino nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al T2</i>	65
4.2.3. <i>Confronto nella qualità delle interazioni adulto-bambino tra gruppo a basso rischio e gruppo clinico al T1 e al T2</i>	67
4.3. Comportamento adattivo in campioni normativi e a rischio	68
4.3.1. <i>Comportamento adattivo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al T1</i>	68
4.3.2. <i>Comportamento adattivo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al T2</i>	70
4.3.3. <i>Confronto nel comportamento adattivo tra gruppo a basso rischio e gruppo clinico al T1 e al T2</i>	72
4.4. Andamento longitudinale della qualità delle interazioni adulto-bambino nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico	73
4.5. Andamento longitudinale dei livelli di comportamento adattivo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico	74
4.6. Associazione tra qualità delle cure da parte dell'educatore e livelli di adattamento in comunità per minori	74
<i>CAPITOLO 5: Discussione dei risultati e conclusioni</i>	77
5.1. Discussione dei risultati	77
5.1.1. <i>Confronto tra qualità delle cure in contesti normativi e a rischio</i>	79
5.1.2. <i>Confronto tra livelli di adattamento in contesti normativi e a rischio</i>	80
5.1.3. <i>Cambiamenti nel tempo nella qualità delle interazioni educatore-bambino in comunità</i>	81
5.1.4. <i>Cambiamenti nel tempo nei livelli di adattamento in comunità</i>	82
5.1.5. <i>Associazione tra qualità delle cure e comportamento adattivo in comunità</i>	83
5.2. Limiti della ricerca e prospettive future	85
5.3. Riflessioni conclusive	86
<i>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</i>	89

INTRODUZIONE

La letteratura scientifica per molto tempo si è interrogata rispetto alla qualità degli istituti per minori e rispetto agli effetti che l'inserimento in tali contesti può avere sulle traiettorie evolutive dei bambini: diverse ricerche hanno cercato di analizzare i punti di forza e di debolezza di tali contesti, al fine di riflettere su come si potesse garantire al bambino istituzionalizzato il migliore ambiente di sviluppo possibile (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; van IJzendoorn et al., 2011; Palareti, 2003).

Le comunità per minori, infatti, possono rappresentare per il bambino un ambiente di protezione e di cura rispetto a un contesto domestico non sicuro o nel quale egli vive in condizioni di trascuratezza o abuso (Giannone, Guarnaccia, & Infurna, 2012). Data la loro importanza per gli esiti di sviluppo è importante indagare la qualità dei servizi offerti. A tal proposito, due aspetti frequentemente evidenziati in letteratura hanno a che fare con la qualità della relazione educatore-bambino e con il comportamento adattivo.

Il presente lavoro è volto quindi ad analizzare l'importanza della qualità della relazione educatore-bambino in contesti istituzionali e a verificarne le conseguenze sui livelli di adattamento del bambino. Lo studio condotto si propone infatti di valutare le associazioni tra la qualità delle cure e il livello di adattamento di bambini inseriti all'interno di comunità per minori. Nello specifico, il primo capitolo si concentra sulla definizione e la classificazione delle comunità per minori, ma anche sull'interazione tra educatore e bambino in contesti istituzionali. Il secondo capitolo affronta i due costrutti su cui la ricerca si basa in quanto considerati indici di benessere del minore inserito in comunità: il costrutto di adattamento – inteso come “la capacità dell'individuo di rispondere a richieste e aspettative di autonomia personale e di responsabilità sociale” (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005) - e l'importanza della qualità delle cure da parte dell'educatore.

Il terzo capitolo è incentrato sulla ricerca, in particolare ne vengono specificati gli obiettivi e le ipotesi, il metodo, gli strumenti utilizzati e le analisi statistiche condotte: lo studio è volto a verificare l'eventuale presenza di un'associazione tra una qualità delle cure positiva da parte dell'educatore e i livelli di adattamento del bambino inserito all'interno della comunità.

Nel quarto capitolo sono presentati i risultati delle analisi statistiche. Nel quinto capitolo i risultati vengono discussi con riferimento alle implicazioni cliniche e di ricerca. Sono inoltre riportati limiti e sviluppi futuri dello studio.

CAPITOLO 1

Comunità per minori: definizione, classificazione e interazione educatore-bambino

1.1. Definizione delle comunità per minori

La Convenzione sui diritti del bambino delle Nazioni Unite stabilisce che “tutti i bambini, indipendentemente da sesso, razza, nazionalità, lingua, religione, disabilità, o qualsiasi altra condizione, hanno il diritto di crescere in un ambiente familiare di felicità, amore e comprensione” (UN General Assembly, 1989). Tuttavia, i dati di letteratura riportano che 2.7 milioni di bambini nel mondo vivono in istituti di assistenza residenziali (Petrowsky, Cappa, & Gross, 2017). Tali istituti vengono spesso utilizzati dalle famiglie o dai governi come strutture di assistenza di base quando il sistema genitoriale risulta inadeguato, in quanto mancano le condizioni sopra citate per sostenere uno sviluppo sano del bambino, o quando forme alternative di assistenza familiare come la parentela o l’affidamento non sono disponibili (James & Roby, 2019). Risulta dunque fondamentale che a questi bambini sia garantito un contesto di crescita adeguato a sostenerne lo sviluppo.

Le comunità e le strutture per minori nascono per rispondere all’esigenza di fornire un ambiente di cure e di crescita adatto a quei bambini che vivono in contesti domestici non sicuri, in condizioni che ne ostacolano lo sviluppo, con figure genitoriali inadempienti rispetto alla loro funzione di parenting; con funzione di parenting o funzione genitoriale si intende una funzione complessa che implica la capacità di venire incontro ai bisogni dell’altro, di prendersene cura e di attivare nei suoi confronti un ruolo protettivo (Simonelli, 2014).

All'interno delle comunità, il minore trova un ambiente di protezione e di cura rispetto a un contesto domestico non sicuro o nel quale vive condizioni di trascuratezza o abuso, dove la funzione genitoriale non viene espressa in quanto le figure genitoriali non si sono mostrate capaci di rispondere ai bisogni del bambino (Giannone, Guarnaccia, & Infurna, 2012). Il bambino inserito in comunità viene connotato come istituzionalizzato: sono definiti istituzionalizzati quei bambini senza genitori che possono essere suddivisi in due tipologie: "veri orfani", cioè bambini i cui genitori hanno perso la vita, e "orfani sociali", cioè quei bambini che hanno almeno un genitore in vita che tuttavia risulta incapace, non disposto o inadeguato a crescere il proprio figlio (Leiden Conference on the Development and Care of Children without permanent parents, 2012).

L'ambiente della comunità deve essere adeguatamente strutturato secondo regole e standard specifici: in Inghilterra, ad esempio, è stato pensato un programma che stabilisce gli standard di servizio delle comunità terapeutiche sul territorio e non solo, denominato "Community of Communities". Nel 1999, l'Associazione delle Comunità Terapeutiche (Association of Therapeutic Communities, ATC) ha collaborato con l'unità di ricerca del Royal College di Psichiatria allo scopo di sviluppare un programma di buone pratiche condivise per le comunità terapeutiche. L'anno successivo, il presidente dell'Associazione delle Comunità Terapeutiche, Rex Haigh, ha convinto i membri a finanziare il progetto "Community of Communities". Esso è stato pensato come un progetto di ricerca-azione che avrebbe avuto lo scopo di identificare e descrivere le buone pratiche, supportare le comunità in cui vi erano evidenti problematiche, e permettere il progressivo coinvolgimento e sviluppo di una rete di relazioni di supporto (Haigh & Tucker, 2004).

Questo programma è stato adattato anche all'Italia e prevede alcuni principi e valori che ogni comunità dovrebbe rispettare, quali ad esempio: garantire una buona qualità della vita e un adeguato livello di benessere, consentire spazi di gioco e di divertimento, fornire un ambiente sicuro e accudente, favorire un senso di appartenenza e di coesione all'interno della comunità. Questi standard rappresentano una guida ma anche una verifica del funzionamento del contesto della comunità (Giannone, Guarnaccia, & Infurna, 2012).

L'esigenza di definire delle buone pratiche per le comunità per minori deriva anche dalle evidenze raccolte attraverso numerose rassegne di letteratura scientifica che confermano la presenza di strutture nelle quali i destinatari delle cure sono stati invece sottoposti a condizioni di trascuratezza e abuso (Carr, Duff, & Craddock, 2018b; Carr, Duff, & Craddock, 2020; van IJzendoorn et al., 2011; Browne, Hamilton-Giachritsis, Johnson, & Ostergren, 2006).

Una revisione sistematica di alcune rassegne sugli *outcomes* della trascuratezza in istituti di cura per bambini a risorse limitate è stata condotta a questo proposito nel 2020 (Carr, Duff, & Craddock, 2020). In questo articolo, gli autori specificano che il neglect severo, che in letteratura viene definito "neglect strutturale", si esprime attraverso l'incapacità di rispondere ai bisogni fisici, emotivi e di sviluppo dei bambini da parte di uno staff educativo inadeguato ed instabile (van IJzendoorn et al., 2011). In particolare, la trascuratezza in ambito istituzionale si esplica attraverso il fallimento da parte dei caregivers di rispondere ai bisogni fisici quali nutrizione, cure mediche, pulizia e igiene; ai bisogni emotivi e di relazione, quindi presenza di relazioni interpersonali stabili e significative con un caregiver primario per facilitare lo sviluppo di un attaccamento sicuro e la capacità di stabilire e mantenere relazioni sociali; ai bisogni di sviluppo, che

consistono nel fornire adeguate stimolazioni per promuovere lo sviluppo senso-motorio, cognitivo e linguistico (Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000).

Posto che siano stati definiti i principi di buon funzionamento delle comunità per minori, resta il fatto che all'interno di tali strutture il bambino non sempre può ricevere il tipo di ambiente stimolante e promotore di sviluppo necessario per una crescita normale e per un sano sviluppo psicologico (van IJzendoorn et al., 2011).

Le condizioni sopra citate (crescita in contesti comunitari, continuo cambiamento delle figure di riferimento e l'eventuale possibilità che tali figure siano trascuranti), unite al fatto che gli adulti in alcuni casi possano non essere in grado di rispondere a tutti i bisogni di cura del bambino, potrebbero associarsi ad esiti sfavorevoli per il minore e costituire un fattore di rischio per l'insorgere di alcune psicopatologie. Più nello specifico, il DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) parla di *allevamento in contesti insoliti, trascuratezza o deprivazione sociale e ripetuti cambiamenti dei caregiver primari* (American Psychiatric Association, 2013). Tali aspetti sono annoverati tra i criteri necessari per le diagnosi dei due principali disturbi dell'attaccamento: il disturbo reattivo dell'attaccamento (Reactive Attachment Disorder, RAD) e il disturbo da impegno sociale disinibito (Disinhibited Social Engagement Disorder, DSED).

Il comportamento disinibito o indiscriminatamente amichevole che potrebbe condurre a una diagnosi di disturbo da impegno sociale disinibito è spesso osservato in bambini istituzionalizzati (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). L'eziologia di tali problematiche nell'attaccamento potrebbe riflettere una distorsione o una rottura vera e propria delle precoci relazioni di attaccamento. Infatti, sebbene molte istituzioni per minori forniscano ambienti puliti, cure mediche e nutrizione adeguata, i continui cambi turni e l'elevato numero di caregivers – nei contesti istituzionali, si stima un rapporto tra caregivers e

bambini di 1:12 (Zeanah et al., 2005) – limitano significativamente lo sviluppo di relazioni stabili tra i bambini e i caregivers di riferimento. All'interno delle istituzioni per minori, quindi, il soddisfacimento dei bisogni fisici non è un criterio sufficiente per garantire delle buone traiettorie di sviluppo: è fondamentale, infatti, che i caregiver possano mostrarsi attenti anche ai bisogni emotivi dei bambini (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

Tuttavia, nel corso del ventesimo secolo, vi è stata una graduale riduzione di strutture per minori molto ampie in termini di accoglienza (Hamilton-Giachritsis & Browne, 2012), che sono state sostituite da comunità familiari più piccole. Questo trend è iniziato in seguito ad alcune ricerche che hanno dimostrato che i bambini inseriti in contesti istituzionali troppo grandi sviluppavano numerose problematiche dal punto di vista fisico e psicologico, come difficoltà nella crescita (quella che Spitz definiva *failure to thrive*), compromissioni dal punto di vista neurobiologico, disturbi del comportamento, danni cognitivi, ridotto sviluppo sociale con ricadute sull'attaccamento e sulla capacità di stabilire relazioni (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; McCall, 2013; Nelson, Bos, Gunnar, & Sonuga-Barke, 2011; van Ijzendoorn et al., 2011).

Date queste premesse, è importante tuttavia sottolineare che le comunità rappresentano una risorsa efficace per rispondere ai bisogni di bambini allevati in contesti trascuranti o abusanti, offrendo loro un ambiente strutturato, opportunità di relazioni sicure e protette, regole e limiti che consentano di risolvere problemi e conflitti, possibilità di sviluppo e di crescita (Giannone, Guarnaccia, & Infurna, 2012).

Le prime comunità per minori nascono in Italia intorno agli anni '60 allo scopo di fornire un'alternativa a istituti e orfanotrofi e di creare quindi strutture in cui il bambino trovasse accoglienza, cura e supporto laddove visse in un contesto familiare inadeguato e/o

pericoloso (Palareti, 2003). La comunità è quindi concepita per sostituire in maniera temporanea o permanente la famiglia e permettere al minore di vivere in un ambiente in cui possano trovare risposta i suoi bisogni affettivi, psicologici, sociali e fisici. E così, con l'introduzione delle comunità, si è passati da interventi a scopo meramente assistenziale tipici degli istituti, a interventi finalizzati a consentire un cambiamento e un progetto futuro per il minore (Palareti, 2003; Rutter, 1988; Emiliani & Bastianoni, 1993). La legge 184/1983 promulga all'articolo 1 che "il minore ha diritto di essere educato nell'ambito della propria famiglia". L'articolo 2 aggiunge che "il minore che sia temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo può essere affidato ad un'altra famiglia, possibilmente con figli minori, o ad una persona singola, o ad una comunità di tipo familiare, al fine di assicurargli il mantenimento, l'educazione e l'istruzione. Ove non sia possibile un conveniente affidamento familiare, è consentito il ricovero del minore in un istituto di assistenza pubblico o privato, da realizzarsi di preferenza nell'ambito della regione di residenza del minore stesso." (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.133 del 17-05-1983 – Suppl. Ordinario).

Dal punto di vista legislativo e giuridico, dunque, laddove vi siano condizioni in cui al bambino non sono garantite le cure e il soddisfacimento dei bisogni essenziali, è previsto un provvedimento che stabilisce l'affidamento permanente o temporaneo ad una famiglia affidataria o adottiva, oppure, qualora ciò non fosse possibile, l'inserimento in una comunità per minori.

1.2. Classificazione delle comunità per minori

Negli anni sono stati fatti diversi tentativi di classificazione delle varie tipologie di strutture di accoglienza per bambini separati dalle proprie famiglie. I dati di letteratura

sia scientifica che legislativa utilizzano diversi criteri di classificazione, tra cui: modello organizzativo, tempo di permanenza, funzione, tipologia di utenza (Angeli, 2002).

Un primo tentativo di classificazione è stato fatto nel 1998 da Barnabotti e Iacobino (Barnabotti & Iacobino, 1998) secondo due criteri: l'organizzazione e l'utenza a cui esse si rivolgono. Sulla base dell'organizzazione si può distinguere tra:

- Comunità con operatori residenti, gestite da religiosi o da famiglie
- Comunità con operatori turnanti
- Villaggi, ovvero complessi di case-famiglia

Classificando le comunità in base all'utenza è possibile distinguere tra:

- Comunità per bambini tra 0 e 6 anni
- Comunità che accolgono vittime di maltrattamento e abuso
- Comunità che accolgono gestanti e madri con bambini
- Comunità convenzionate con il Ministero di Grazia e Giustizia
- Comunità di pronta accoglienza
- Strutture post-comunità

Con la Conferenza Stato-Regioni del 1999, sono state definite le Linee Guida delle comunità per minori, che prevedono una suddivisione in quattro tipologie: comunità di pronta accoglienza, ovvero una struttura che ha il compito di rispondere alle emergenze e al bisogno urgente ma temporaneo del minore di essere ospitato e protetto dall'esposizione a determinati fattori di rischio, nell'attesa che le autorità preparino soluzioni più adeguate; comunità di tipo familiare, ovvero strutture educative residenziali dove un piccolo gruppo di minori viene accolto e convive con due o più adulti che

svolgono la funzione genitoriale; comunità educative, cioè strutture educative residenziali dove educatori professionisti svolgono il proprio lavoro suddivisi in turni prendendosi cura di un gruppo più elevato di minori rispetto alle comunità familiari (che comunque non supera i 12 ospiti); istituti, ovvero strutture socio-educative residenziali assistenziali che ospitano un ampio numero di minori (Angeli, 2002).

Le Linee Guida promulgate l'anno successivo prevedono un cambiamento nella classificazione che sostituisce all'istituto il gruppo appartamento giovani, in quanto l'istituto viene considerato una struttura non adeguata a tutelare i bisogni di bambini e adolescenti (Palareti, 2003).

Quindi, le comunità di pronta accoglienza rappresentano un servizio principalmente socio-assistenziale preposto a rispondere a situazioni di emergenza; qualora poi il minore venga dimesso da queste comunità, può spostarsi, se necessario, in comunità educative, familiari o di pronto intervento (di queste ultime fanno parte le comunità tutelari, che hanno il compito di accogliere i bambini maltrattati e abusati). Così, le funzioni svolte dalle strutture educative residenziali sarebbero di due tipologie, le quali corrispondono alle due fasi del processo di intervento (Vassalli, 1992):

- Funzione di pronta accoglienza e tutela: la comunità si occupa di accompagnare il minore valutandone la sua futura collocazione.
- Funzione sostitutiva della famiglia o integrativa ad essa: la comunità sostituisce o integra la funzione genitoriale.

Gunnar (2001), propone un'altra classificazione e suddivide le comunità per minori su tre livelli in base alla qualità delle cure che forniscono:

- 1) Comunità caratterizzate da gravi deprivazioni in termini di salute, nutrizione, stimolazione e bisogni relazionali del bambino.
- 2) Comunità dove vi è un adeguato supporto dal punto di vista fisico e nutritivo, ma mancanze sul versante della stimolazione e dei bisogni relazionali del bambino.
- 3) Comunità che riescono ad accogliere tutti i bisogni fondamentali del bambino, ad eccezione di quelli che permettano di costruire relazioni stabili e a lungo termine con caregivers di riferimento costanti.

La condizione ideale, ma difficilmente attuabile su larga scala in quanto molto dispendiosa in termini economici, sarebbe quella di costruire comunità come case-famiglia accoglienti un numero da sei a otto bambini e condotte dallo stesso caregiver, senza turnazioni, ogni giorno per tutti i giorni della settimana (van IJzendoorn et al., 2011). Promuovere questo tipo di comunità potrebbe essere considerato l'obiettivo finale di alcuni interventi a livello internazionale (Gunnar, 2001).

Secondo il modello ecologico di Bronfenbrenner (1986), la comunità può essere concepita come una nicchia ecologica, ovvero un contesto ambientale in cui intervengono forze provenienti sia dalla persona che dall'ambiente. In quest'ottica, la comunità viene vista come un luogo di crescita e di opportunità relazionali per quei minori che nella loro vita hanno incontrato difficoltà di diverso tipo (Palareti, 2003). Non esiste in Italia una sola tipologia di comunità per minori, esiste piuttosto una pluralità di strutture che seguono diversi modelli di organizzazione. Il modello di Bronfenbrenner consente tuttavia di comprendere a livello generale il funzionamento di tale contesto. Secondo questo quadro di riferimento teorico, l'ambiente della comunità può essere suddiviso in quattro sistemi: microsistema, mesosistema, esosistema, macrosistema (vedi Figura 1).

- Il microsistema fa riferimento alle relazioni e agli scambi comunicativi tra adulti di riferimento e minori, nonché alla funzione di scaffolding svolta dai caregiver per accompagnare il bambino nello sviluppo di abilità non ancora acquisite (Palareti, 2003).
- Il mesosistema rappresenta l'insieme degli ambienti che costituiscono il mondo del bambino al di fuori della comunità, come la scuola, la famiglia (se presente), i gruppi sportivi (Palareti, 2003).
- L'esosistema riguarda tutte le figure istituzionali che sono coinvolte nella protezione del minore (Palareti, 2003).
- Il macrosistema si riferisce all'ambiente socio-culturale in cui la comunità opera, e comprende: il modello teorico che la comunità ha come riferimento, gli obiettivi dell'intervento che possono essere di natura assistenziale, educativa o terapeutica, le leggi che regolamentano il funzionamento delle comunità per minori in Italia (Palareti, 2003).

-
- A) **Microsistema:** clima relazionale interno alla comunità
 - Qualità della comunicazione adulti-minori.
 - Funzione protettiva e di *scaffolding* di routine, rituali e regole della vita quotidiana.
 - B) **Mesosistema:** sistema di relazioni del minore (comunità/famiglia/scuola/servizi/tempo libero)
 - Legami fra i *setting* che il progetto quadro e il progetto educativo individualizzato attivano.
 - Opportunità relazionali attivabili durante il percorso.
 - C) **Esosistema:** sistema di relazioni fra le istituzioni che si occupano del minore
 - Lavoro di rete.
 - D) **Macrosistema:** contesto socioculturale in cui si colloca l'intervento della comunità
 - Modelli teorici di riferimento nell'attuazione dell'intervento.
 - Finalità attribuite all'intervento di comunità (assistenziali/educative/terapeutiche).
 - Aspetti legislativi che regolano il funzionamento delle comunità e l'invio dei minori.
-

Figura 1. Modello ecologico di Bronfenbrenner, 1986 (Palareti, 2003)

Per concludere, come sostiene Palareti (2003), “la comunità residenziale è un sistema relazionale che, come la famiglia, un’istituzione o un gruppo di coetanei, comunica nelle routine, nei rituali e nelle regole, gli aspetti significativi della cultura del gruppo, fungendo da supporto alla costruzione della conoscenza di sé, dei processi di acquisizione dell’identità e alla comprensione della realtà circostante”.

1.3. Interazione educatore-bambino

Per come è concepita, la comunità non consente una relazione adulto-bambino di tipo 1:1, ma a causa dei continui cambi turni e della numerosità dei bambini accolti, spesso il rapporto è più vicino, in media, a 1:6/1:8 (Zeanah et al., 2005).

Sebbene le comunità varino tra loro in termini organizzativi, esse sono accomunate dalla presenza di gruppi molto ampi di bambini, da un rapporto caregiver-bambini alto, da una strutturazione su turni dell’equipe educativa (McCall, 2013); in funzione di tali caratteristiche strutturali, in diverse occasioni si può osservare una mancanza di calore, sensibilità, supporto e contingenza nelle risposte da parte degli educatori professionisti (McCall, 2013).

Queste condizioni preparano il terreno per lo sviluppo di diverse problematiche dal punto di vista dello sviluppo fisico, mentale, sociale e affettivo del bambino, e aumentano tanto più si prolunga il tempo di istituzionalizzazione. Sembra infatti che il contributo più significativo per un maggiore benessere del bambino inserito all’interno della comunità sia dato da un’interazione positiva con il caregiver di riferimento (McCall, 2013).

Le osservazioni condotte da autori come Burlingham, Freud, Bowlby e Spitz sui bambini istituzionalizzati, separati dalle famiglie nel periodo a cavallo tra le due guerre, hanno permesso di osservare le conseguenze di tale separazione precoce: assenza di “mothering”, incapacità di creare un legame di attaccamento con un caregiver (dovuta

anche ai continui cambiamenti di caregiver primari), difficoltà a crearsi modelli operativi interni e schemi rappresentazionali sia dell'ambiente circostante sia delle relazioni, scarsa regolazione emotiva e comportamentale (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

Vi sono da aggiungere alcuni aspetti che hanno reso necessaria una riflessione rispetto al ruolo del caregiver all'interno delle comunità: gli stessi educatori potrebbero non venire assegnati allo stesso gruppo; gli operatori hanno diritto alle ferie e possono assentarsi per settimane; i bambini possono vedere e trascorrere del tempo anche con altri adulti come medici, psicologi, possibili genitori adottivi, volontari; la preparazione dei caregiver è spesso più focalizzata sugli aspetti sanitari che sull'interazione sociale: essi infatti trascorrono la maggior parte del tempo occupandosi di nutrire, lavare, pulire i bambini e i loro spazi piuttosto che interagendo con loro; infine, gli educatori tendono a svolgere il proprio lavoro con una certa distanza, comunicando scarso calore affettivo e scarsa responsività nei confronti dei bisogni emotivi del bambino (van IJzendoorn et al., 2011). Tutti i bambini istituzionalizzati sperimentano la separazione o la perdita dei propri genitori: questo ha inevitabilmente degli effetti dal punto di vista dell'attaccamento. In una famosa rassegna sulle comunità per minori stilata da Bowlby per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Bowlby, 1952), è stato osservato che i bambini istituzionalizzati soffrono per gli effetti della loro condizione anche laddove i loro bisogni fondamentali (cibo, acqua, vestiti etc.) vengano soddisfatti. A tali bambini viene tolta l'opportunità di costruire una relazione di attaccamento stabile e continuativa proprio a causa della limitata quantità e della scarsa qualità del tempo in cui possono entrare in contatto con i propri caregivers (Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000; Palacios & Sánchez-Sandoval, 2005; Vorria et al., 2003; Zeanah et al., 2005).

Dagli studi condotti sui bambini istituzionalizzati utilizzando il paradigma della Strange Situation (Ainsworth et al., 1978), si è potuto osservare che la maggior parte di essi presentava un attaccamento di tipo insicuro oppure disorganizzato (Dobrova-Krol et al., 2010; Herreros, 2009; Steele et al., 2009; The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008; Vorria et al. 2003; Zeanah et al., 2005). Dunque, ad un aspetto prettamente pratico e organizzativo che riguarda la struttura delle comunità e la suddivisione in turni degli educatori, si aggiunge anche un aspetto che riguarda la difficoltà di creare delle relazioni di fiducia da parte del bambino stesso nei confronti di adulti di riferimento diversi dai propri genitori biologici.

Bakermans-Kranenburg e collaboratori (2011) hanno cercato di delineare le caratteristiche di bambini istituzionalizzati e dei loro caregivers associate ad un attaccamento di tipo sicuro in contesti istituzionali. Per quanto riguarda il bambino, sembra che un aspetto importante riguardi il temperamento: bambini più felici, socievoli e disponibili alla relazione sembrano sviluppare un attaccamento di tipo sicuro con i loro caregivers (Vorria et al., 2003). Per quanto riguarda il caregiver, invece, sono caratteristiche quali la sensibilità e la responsività nei confronti dei bisogni del bambino ad impattare significativamente sulla possibilità di sviluppare un attaccamento di tipo sicuro (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

Tuttavia, i dati di letteratura riportano che i bambini istituzionalizzati, entro il loro terzo anno di vita, hanno incontrato più di cinquanta caregivers, e con essi nella maggior parte dei casi non sono riusciti a costruire nessun tipo di relazione (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). Per questo è importante chiedersi non solo che cosa possono fare i caregivers per i bambini in comunità, ma anche come le comunità per minori

possano essere migliorate per favorire lo sviluppo di pattern di attaccamento sicuri e di relazioni stabili e coerenti.

I primi studi condotti sull'attaccamento dei bambini istituzionalizzati hanno osservato che essi, sebbene crescessero all'interno di istituti residenziali con più educatori di riferimento, sviluppavano comunque un attaccamento sicuro (Stevens, 1975; Dantas et al., 1985). Tuttavia, le interazioni educatore-bambino in questi studi non venivano osservate tramite il paradigma della Strange Situation. Il primo lavoro all'interno di una comunità con l'utilizzo della Strange Situation fu condotto presso il Centro per bambini Metera ad Atene, in Grecia (Vorria et al., 2003). Lo scopo dello studio era quello di osservare le interazioni dei bambini allevati in comunità per minori dalla nascita e che, tuttavia, non avevano sperimentato condizioni avverse prima della loro istituzionalizzazione. Tutti i bambini residenti in comunità sono stati osservati all'interno delle stesse in relazione ai loro caregivers, per dimostrare che quasi tutti i bambini mostravano un qualche tipo di pattern di attaccamento con il loro caregiver più familiare. I risultati hanno mostrato che la maggior parte dei bambini cresciuti in gruppi residenziali (66%), comparati ad un gruppo di bambini cresciuti nelle proprie famiglie con una coppia genitoriale unita, quando venivano osservati interagire con gli educatori a loro più familiari, mostravano pattern di attaccamento disorganizzato (Vorria et al., 2003). Questo risultato potrebbe essere interpretato sia come correlato al fatto che il contesto comunitario favorisca lo sviluppo di un attaccamento di tipo disorganizzato, sia come relativo al fatto che il processo di formazione del legame di attaccamento fosse ancora in corso. Tuttavia, solo l'8% dei bambini sono stati classificati come "inclassificabili", suggerendo che la maggior parte dei bambini del gruppo comunitario mostrava un qualche tipo di attaccamento verso i propri caregivers (Vorria et al., 2003).

Allora, perché questo pattern di attaccamento è così presente nei contesti istituzionali (Marcovitch et al., 1997; Marvin & O'Connor, 1999)? È la condizione di abbandono che sembra condurre alla disorganizzazione in questi bambini (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). E le conseguenze a lungo termine di questo tipo di attaccamento sono diverse e disfunzionali per il bambino e per il suo sviluppo, tanto che van IJzendoorn e colleghi (2011) hanno rilevato ritardi dal punto di vista della crescita fisica, alterazioni dei livelli ormonali (in particolare dell'ormone dello stress, il cortisolo), alterazioni dello sviluppo cognitivo, disordini nelle relazioni di attaccamento (van IJzendoorn et al., 2011).

Quindi, è vero che è parte di un normale processo di sviluppo avere differenti modelli di attaccamento di persone diverse, ma il problema sorge quando il bambino non riesce a crearsi modelli di attaccamento, perché interagisce con molteplici caregiver, i quali, per il ruolo che svolgono all'interno delle comunità, non possono garantire coerenza e stabilità. Nel contesto comunitario, la disorganizzazione dell'attaccamento potrebbe dunque riflettere la mancanza di opportunità di costruire un pattern di attaccamento oppure un ritardo nello sviluppo di un attaccamento selettivo e organizzato (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

Questi dati ci permettono di comprendere la fondamentale importanza del ruolo svolto dai caregiver all'interno delle comunità: infatti, una relazione sicura con l'educatore professionista si è dimostrata essere predittiva di outcomes di sviluppo adattivi per il bambino, quali ad esempio pattern di attaccamento sicuro, migliori competenze sociali sia con i pari sia con gli adulti, maggiore soddisfazione scolastica, riduzione di problematiche comportamentali (Howes, Matheson, & Hamilton, 1994; Howes & Ritchie, 1999; Howes, Philips, & Whitebook, 1992; Baker, 1999; Cassibba, van IJzendoorn, & D'Odorico, 2000). D'altronde, come già detto in precedenza, la funzione

di parenting non necessariamente deve essere esercitata dai genitori, ma può essere svolta da chiunque rivesta un ruolo di cura e abbia un impatto significativo nella vita del bambino. Da qui, dunque, l'importanza di ripensare alla strutturazione delle comunità in termini di rapporto numerico educatore-bambino (portandolo idealmente a 1:1) ma anche in termini di organizzazione dei turni in modo da garantire la presenza di adulti di riferimento il più possibile stabili e coerenti nel tempo. Infatti, sebbene molti contesti istituzionali provvedano a fornire un ambiente adeguatamente pulito, cure mediche e un buon sostentamento per i bambini, le caratteristiche stesse della comunità già precedentemente citate (alternanza di turni, alto numero di caregivers, rapporto caregivers-bambini squilibrato), limitano lo sviluppo di relazioni stabili e costanti tra i bambini e gli educatori (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

Ciononostante, sono stati formulati interventi *ad hoc* allo scopo di implementare e di migliorare la relazione caregiver-bambino all'interno dei contesti comunitari. Ad esempio, in uno studio condotto da Donald e Ceballos (Donald & Ceballos, 2020), è stata applicata la terapia della relazione bambino-genitore (CPRT, Child-Parent Relationship Therapy; Landreth & Bratton, 2019) con gli educatori delle comunità: il presupposto alla base di tale studio era che i bambini che hanno affrontato delle difficoltà soprattutto dal punto di vista dell'attaccamento (Walter, 2007), debbano comunque avere la possibilità di esperire relazioni significative. La CPRT è una terapia che si basa sulla relazione tra adulto e bambino, concepita come il mezzo attraverso il quale produrre cambiamenti sia nel genitore che nel bambino.

Lo scopo di tale studio era quello di indagare all'interno delle comunità gli effetti della CPRT sulle percezioni degli educatori rispetto al comportamento dei bambini, sulla relazione con i bambini e sulla loro capacità di mostrare empatia in sessioni di gioco

individuali (Donald & Ceballos, 2020). Infatti, sembra che la relazione che si crea tra educatore e bambino all'interno delle comunità abbia la potenzialità di impattare positivamente su pattern negativi di attaccamento che il bambino ha sperimentato nel suo contesto familiare (Zegers et al., 2006). Da ciò si deduce l'importanza di una relazione funzionale caregiver-bambino, in quanto essa potrebbe rappresentare una forma di cura per quei bambini che giungono in comunità con severe problematiche dal punto di vista dell'attaccamento, ma anche dal punto di vista dei problemi del comportamento (Walter, 2007; Connor et al., 2004; Leloux-Opmeer et al., 2016). Tuttavia, è necessario sottolineare che con i bambini istituzionalizzati non sempre è facile stabilire una relazione poiché potrebbero mostrare comportamenti che rendono la connessione difficile e impegnativa. Infatti, molti di questi bambini hanno sperimentato spostamenti in diverse strutture per minori, abusi, separazioni dai genitori biologici, traumi, rotture nei legami di attaccamento e, in alcuni casi, diagnosi di psicopatologia (Bettmann et al., 2011; Connor et al., 2004; Walter, 2007). Nonostante ciò, lo studio ha dimostrato che la CPRT può essere un potenziale intervento per migliorare ed aumentare la comunicazione, l'empatia e la relazione degli educatori con i bambini, rendendo quest'ultima più stretta e stabile.

Tra il 2005 e il 2008, è stato condotto un intervento negli orfanotrofi della città di San Pietroburgo, che ha portato a risultati molto positivi (The St. Petersburg – USA Orphanage Research Team, 2008). Il progetto aveva due obiettivi: il primo consisteva nel formare il personale a comportarsi con i bambini con uno stile il più vicino possibile a quello genitoriale; il secondo prevedeva di modificare l'ambiente per renderlo più simile ad una struttura familiare. Più nello specifico, il primo obiettivo includeva un training denominato "Love these children" suddiviso nei seguenti sotto-obiettivi:

- Essere ingaggiati con i bambini
- Seguire la guida del bambino
- Incoraggiare calore, sensibilità e contingenza nelle risposte da parte dei caregiver
- Essere coinvolti in interazioni reciproche sia verbali che non verbali
- Manifestare affetto autentico e appropriato

Il secondo obiettivo, che consisteva in cambiamenti dal punto di vista strutturale per rendere l'ambiente il più possibile vicino a un contesto familiare, era suddiviso nei seguenti sotto-obiettivi:

- Ridurre la quantità di bambini per gruppo da 12-14 a 6-7
- Ridurre il numero di caregiver assegnati ad ogni gruppo da 9-12 a 6
- Accorpare i gruppi per età e per caratteristiche di disabilità
- Assegnare due caregiver primari per ogni gruppo, uno dei quali doveva essere presente per la maggior parte delle ore diurne ogni giorno; assegnare quattro caregiver "secondari" ad ogni gruppo che lavoravano in giorni diversi.
- Istituire "ore-familiari" al mattino e al pomeriggio durante le quali i bambini rimanevano nei loro gruppi con i propri caregivers senza visitatori o specialisti
- Interrompere le transizioni periodiche dei bambini in nuovi gruppi di pari o con nuovi caregiver
- Implementare un sistema di monitoraggio e supervisione per incoraggiare i caregiver a migliorare le interazioni con i bambini.

Gli esiti del progetto sono stati molto positivi e hanno dimostrato che formare gli educatori professionisti ad interagire in maniera più appropriata ed affettivamente

calorosa con i bambini all'interno di un ambiente strutturato come un contesto familiare può determinare miglioramenti significativi nello sviluppo dei bambini istituzionalizzati (McCall, 2013).

Nel 2006, è stato condotto un progetto simile a quello pensato per gli orfanotrofi presso San Pietroburgo, il cui obiettivo era quello di dimostrare che preparare training specifici per gli educatori e pensare a dei cambiamenti strutturali, potesse migliorare lo sviluppo futuro dei bambini istituzionalizzati. Più nello specifico, era volto a dimostrare la fattibilità e la potenza dell'effetto di un intervento condotto in una comunità per minori in Managua, Nicaragua, e in due comunità presso San Salvador, El Salvador (Gordon & Harkins, 2006). In tali strutture sono stati condotti tre interventi:

- 1) Insegnare ai caregivers ad essere presenti e responsivi nei confronti dei bambini
- 2) Strutturare i turni dello staff in modo da assicurare costanza nel caregiving
- 3) Migliorare l'ambiente riducendo l'ampiezza dei gruppi e favorire la costruzione di relazioni stabili.

I risultati hanno dimostrato che il training socio-emozionale e il supporto fornito per la formazione, la stabilità dei caregiver e la costruzione di relazioni sensibili e positive migliorano nel tempo lo sviluppo del bambino (Gordon & Harkins, 2006).

Per concludere, gli studi finora condotti sulla relazione educatore-bambino all'interno di contesti istituzionali, fanno riflettere rispetto alla necessità di ripensare all'organizzazione sia dell'ambiente sia dei turni dei caregivers: lo scopo finale è sempre quello di garantire il più possibile il soddisfacimento dei bisogni di cura essenziali del bambino, mettendo in primo piano il suo diritto fondamentale di ricevere cure, affetto e sostegno e cercando di creare un *file rouge* tra il contesto comunitario e il futuro e sperabile contesto familiare

adottivo. E, allo stesso modo, nell'ottica di una valutazione del servizio offerto, diventa fondamentale monitorare la qualità della relazione tra educatore e bambino, per assicurarsi che oltre al soddisfacimento dei bisogni fisici, l'adulto sia in grado anche di cogliere e rispondere adeguatamente ai suoi bisogni emotivi.

CAPITOLO 2

Indici di benessere del minore inserito in comunità

In questo capitolo verranno trattati i temi dell'adattamento del minore e della qualità della relazione adulto-bambino come indici di benessere dei minori inseriti all'interno di comunità.

2.1. Il costrutto di adattamento

Grossman (1983) definisce il comportamento adattivo come "l'efficacia o il grado con cui l'individuo va incontro agli standard di indipendenza personale e responsabilità sociale che ci si attende per età e gruppo di appartenenza culturale".

Il comportamento adattivo si riferisce quindi alle capacità dell'individuo di rispondere a richieste e aspettative di autonomia personale e di responsabilità sociale. Nello specifico, riguarda le abilità che egli dovrebbe essere in grado di svolgere in maniera sufficientemente autonoma e che gli consentano di assolvere alle funzioni previste dal ruolo sociale di un individuo di uguale età e contesto socio-culturale (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005).

Il comportamento adattivo viene utilizzato per operationalizzare la disabilità intellettiva. I criteri diagnostici richiedono che sia la capacità cognitiva sia il comportamento adattivo siano significativamente compromessi durante l'infanzia e l'adolescenza (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2018).

Il comportamento adattivo si riferisce soprattutto alle competenze in ambito concettuale, sociale e pratico: dunque, quegli individui che soddisfano i criteri diagnostici che richiedono una compromissione funzionale per una qualsiasi disabilità neuroevolutiva, possono presentare deficit nel comportamento adattivo (Farmer et al., 2020).

Le potenziali applicazioni di questo costrutto sono diverse: i deficit nel comportamento adattivo risultano essere parte integrante della definizione di ritardo mentale; può essere utilizzato per individuare le aree di forza e di debolezza della persona e, in base a queste, pianificare interventi educativi e di trattamento; l'efficacia di tali programmi può essere valutata comparando i punteggi del comportamento adattivo nel corso del tempo; tali punteggi offrono inoltre la possibilità di confrontare il comportamento adattivo individuale in diversi contesti e tra diversi gruppi (Perry & Factor, 1989).

Spostando l'attenzione allo specifico contesto delle comunità per minori, è stato osservato che bambini e adolescenti inseriti all'interno del sistema di assistenza all'infanzia spesso presentano problematiche dal punto di vista del comportamento adattivo e dal punto di vista psicologico (Del Valle et al., 2008; Fernandez-Molina et al., 2011; Jiménez-Morago & Palacios González, 2008; Simmel et al., 2001; Sonuga-Barke, Schlotz, & Kreppner, 2010; Vanderfaeillie et al., 2011).

Gli studi finora condotti hanno individuato fattori di rischio isolati rispetto alle problematiche dell'adattamento durante l'infanzia, tuttavia, recentemente, è stata posta maggiore enfasi su fattori di rischio cumulativi: il modello cumulativo, proposto per la prima volta da Rutter (1985), sostiene che è la somma di diverse esperienze avverse che determina il rischio di sviluppare problematiche dal punto di vista dello sviluppo e dell'adattamento durante l'infanzia, che spesso vengono manifestate dai bambini inseriti in contesti istituzionali (Jiménez-Morago, León, & Román, 2015).

Inoltre, altri studi hanno mostrato che determinate esperienze e avversità che alcuni bambini devono affrontare possono influenzare i tempi e le modalità del loro recupero, nonché i conseguenti livelli di adattamento psicologico (Palacios & Jiménez, 2009; Rutter, 1998). È anche vero, tuttavia, che la letteratura riporta che l'affidamento e

l'adozione risultano essere soluzioni migliori rispetto all'istituzionalizzazione per favorire l'adattamento di minori che hanno vissuto precocemente condizioni di vita avverse (Juffer & van IJzendoorn, 2009; Palacios, 2003; Palacios, Moreno, & Román, 2013; Román Rodríguez, 2010; Tizard & Hodges, 1990).

Uno studio condotto da Jiménez-Morago, León e Román (2015), ha analizzato le avversità che possono incontrare i bambini inseriti in contesti diversi dalla famiglia di origine e il loro conseguente adattamento psicologico. In particolare, è stato fatto un confronto tra l'adattamento in ambienti istituzionali, in famiglie affidatarie e in famiglie adottive. I dati sono stati raccolti attraverso interviste ai genitori e ai caregivers e attraverso la somministrazione dello Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). I risultati hanno evidenziato che i bambini istituzionalizzati, sebbene ricevano cure ed assistenza adeguate, manifestano un minore adattamento rispetto a bambini collocati in altri contesti, come ad esempio le famiglie adottive (Bravo & Del Valle, 2009; Fernandez-Molina et al., 2011; Palacios, 2003). Inoltre, non è stata evidenziata una forte correlazione tra le esperienze avverse precoci e l'adattamento nel presente: questo dato dipende non solo dall'età in cui i bambini vengono collocati in contesti più protetti rispetto al loro originario nucleo familiare, ma anche dal fatto che essi mostrano una straordinaria capacità di adattamento psicologico. Dunque, l'età e il tempo trascorso dal collocamento in comunità o in una famiglia affidataria o adottiva, influenzano in egual modo il comportamento, l'adattamento emotivo e psicologico al nuovo contesto. Questi dati sono importanti per comprendere che il sistema di assistenza all'infanzia dovrebbe fare in modo di mantenere una certa continuità tra i collocamenti e le transizioni di un bambino per evitare bruschi e ripetuti cambiamenti sia di ambiente sia di caregivers (Jiménez-Morago, León, & Román, 2015).

Di seguito verranno analizzati gli aspetti principali che contribuiscono a definire il costrutto di adattamento e, in particolare, cosa significhi misurare l'adattamento nel contesto delle comunità.

2.1.1. L'impatto dell'istituzionalizzazione sull'adattamento e sulle capacità di autoregolazione

Gli effetti dell'istituzionalizzazione sul benessere e sull'adattamento psicologico del bambino sono stati a lungo studiati e documentati.

In uno studio condotto in Rwanda da Nsabimana e colleghi (2019), sono stati misurati, come indici di adattamento e benessere del bambino in comunità, il livello di autostima e la presenza di problemi internalizzanti ed esternalizzanti.

Innanzitutto, è necessario specificare che raramente gli istituti di assistenza all'infanzia riescono a creare le condizioni adeguate a favorire uno sviluppo normale (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008): spesso infatti mancano un sistema relazionale di caregiving stabile e anche le opportunità per poter esplorare e “impadronirsi” del mondo esterno (Engle et al., 2011; Toth & Cicchetti, 2013). Inoltre, l'allontanamento dalla famiglia d'origine e il conseguente inserimento nel contesto istituzionale, portano con sé una serie di fattori di stress e creano enormi (e talvolta insormontabili senza un supporto psicologico) difficoltà per l'adattamento del bambino (Shechory & Sommerfield, 2007).

Paragonati ai bambini cresciuti all'interno delle loro famiglie d'origine, in generale i bambini istituzionalizzati mostrano un minore sviluppo fisico e psicosociale, che si esprime attraverso ritardi nella crescita, attaccamento insicuro, basso quoziente intellettivo, problemi di attenzione e problematiche di socializzazione, risultano inoltre

più vulnerabili allo sviluppo di problemi del comportamento, sintomi psicopatologici, e mostrano minori livelli di autostima (Zeanah, 2000; van IJzendoorn, Lujck, & Juffer, 2008; Gunnar & Van Dulmen, 2007; Hawk & McCall, 2010; Zeanah et al., 2009).

Un fattore aggiuntivo da tenere in considerazione riguarda l'aver sperimentato o no la morte dei genitori biologici: i dati di letteratura sono discordanti in merito agli effetti stressogeni aggiuntivi che potrebbero insorgere nel bambino istituzionalizzato in seguito al lutto dei propri genitori. Alcuni studi, infatti, sostengono che i bambini in lutto mostrano maggiori problemi internalizzanti ed esternalizzanti e minori livelli di autostima rispetto ai loro pari non in lutto (Dowdney, 2000; Atwine, Cantor-Graae, & Bajunirwe, 2005; Black, 1978; Gray et al., 2011; Thompson et al., 1998); altri studi, invece, non individuano alcuna correlazione tra l'esperienza del lutto dei propri genitori e l'insorgenza di psicopatologia (Atwine, Cantor-Graae, & Bajunirwe, 2005; Black, 1978; Gray et al., 2011).

Come già specificato all'inizio di questo capitolo, l'adattamento psicologico può essere concettualizzato come la capacità dell'individuo di far fronte con efficacia alle richieste di autonomia personale e di responsabilità sociale nel suo ambiente di riferimento (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005). Questo costrutto è stato correlato con la presenza di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, ma anche con i livelli di autostima (Harris, Brown, & Bifulco, 1986; Seaton, 2009; Zraly & Nyirazinyoye, 2010). In particolare, dallo studio condotto da Nsabimana e colleghi (2019), è emerso che nei bambini istituzionalizzati sono presenti alti livelli di problematiche esternalizzanti: questo aspetto ha una ricaduta significativa sulle capacità di adattamento del bambino in quanto risulta limitata la possibilità di sviluppare la capacità di auto-regolazione delle proprie emozioni

e dei propri comportamenti e, conseguentemente, di creare una rete di relazioni sociali con i pari e con gli adulti.

Disturbi internalizzanti sembrano essere, invece, meno presenti: questo dato potrebbe essere anche dovuto al fatto che questo tipo di problematiche sono meno facilmente individuabili e che spesso i bambini ritirati e depressi vengono visti come “buoni”, tranquilli, rispetto ai bambini con evidenti problemi di controllo della rabbia e dell’aggressività (Hazell, 2002; Tandon, Cardeli, & Luby, 2009).

Per quanto riguarda i livelli di autostima, è sempre importante ricordare che supportare e sostenere il bambino inserito in comunità nello sviluppo di un buon concetto di Sé e di una buona stima di sé, è compito degli stessi caregivers: il loro ruolo rimane dunque fondamentale nel favorire il miglior adattamento possibile per il bambino (Nsabimana et al., 2019).

A questo proposito, nel 2021 è stato condotto uno studio che verificava l’efficacia di un programma transdiagnostico di prevenzione, denominato *Super Skills for Life* (SLL), testato su bambini e adolescenti con problematiche emotivo-comportamentali inseriti all’interno di comunità per minori (Ramdhonee-Dowlot, Balloo, & Essau, 2021). Si tratta di un programma basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale, in particolare l’attivazione comportamentale, il training di abilità sociali, il video-feedback e la preparazione cognitiva.

Le difficoltà e gli eventi traumatici che hanno affrontato precocemente questi bambini possono determinare un’estrema vulnerabilità allo sviluppo di problematiche emotivo-comportamentali, alla compromissione delle funzioni esecutive, e anche alla incapacità di sviluppare abilità di coping e di adattamento (Han et al., 2016; Kertz et al., 2016; Berking et al., 2014; Riggs et al., 2004).

Le componenti principali del programma, quali ad esempio migliorare le abilità sociali, le abilità di problem solving e l'autostima, si sono rivelate efficaci nella prevenzione dell'insorgenza sia dei disturbi internalizzanti sia dei disturbi esternalizzanti (Andrade, Browne, & Tannock, 2014; Andrade & Tannock, 2012). Lo studio dimostra quindi che l'insegnamento di abilità sociali, in bambini che hanno vissuto precocemente in condizioni stressanti e inadeguate a sostenerne lo sviluppo, può prevenire l'insorgenza di disturbi internalizzanti o esternalizzanti, nonché migliorare le capacità di adattamento all'ambiente comunitario. In particolare, lo scopo del programma *Super Skills for Life* era quello di migliorare ed aumentare le capacità di resilienza dei bambini istituzionalizzati; le strategie adattive insegnate per aumentare la regolazione emotiva sono considerate importanti marcatori di resilienza (Mak et al., 2011): infatti, la ruminazione e la tendenza alla catastrofizzazione - considerate i predittori più significativi delle difficoltà di adattamento nell'infanzia (Garnefski et al., 2009) – sono state utilizzate in misura minore come strategie di coping in seguito alla somministrazione del programma, riducendo la vulnerabilità a problemi emotivo-comportamentali (Kraaij et al., 2003).

In sintesi, tali risultati hanno permesso di comprendere come la capacità di regolazione emotiva sia cognitiva che comportamentale basata sull'insegnamento di specifiche abilità, promuova una forma più attiva di accettazione e di adattamento ma anche una migliore gestione degli eventi negativi della vita nei bambini che hanno esperito avversità nel contesto familiare di origine.

2.1.2. La socializzazione e la capacità di creare relazioni

Come descritto nei paragrafi precedenti, le abilità di socializzazione rappresentano uno dei principali domini per valutare il comportamento adattivo. Considerarle risulta

importante in quanto la capacità di creare relazioni interpersonali, di cooperare con gli altri, di giocare con i propri pari, ma anche di rispettare le norme sociali, sono tra gli aspetti fondanti del comportamento adattivo (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005).

Non sono stati condotti molti studi riguardo alle abilità sociali di bambini che hanno vissuto esperienze avverse precoci o che sono stati istituzionalizzati, sebbene le problematiche riguardo al loro sviluppo sociale siano frequentemente menzionate (Save the Children, 2009; Palacios, Moreno, & Román, 2013). Questo, infatti, è un tema poco esplorato dalla letteratura, tanto che la maggior parte dei dati che si hanno provengono da studi condotti sui bambini istituzionalizzati dopo l'adozione oppure dopo l'introduzione di programmi di intervento che miravano a migliorare la loro esperienza in comunità, come ad esempio il progetto condotto presso gli orfanotrofi di San Pietroburgo (The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008).

Tuttavia, uno studio condotto da Palacios, Moreno e Román (Palacios, Moreno, & Román, 2013) ha analizzato le competenze sociali e le relazioni con i pari di bambini sia adottati che istituzionalizzati. Nello specifico, gli autori hanno messo a confronto le abilità e le competenze sociali nonché le relazioni amicali di bambini istituzionalizzati, bambini adottati e bambini che vivono con le proprie famiglie d'origine (Palacios, Moreno, & Román, 2013).

Dai risultati è emerso che i minori inseriti in comunità hanno i punteggi più bassi in termini di cooperazione, assertività, self-control e responsabilità e, più in generale, in termini di competenze sociali. Inoltre, va considerata l'importanza che riveste lo status sociometrico – inteso come una misura determinata statisticamente, basata su quanto frequentemente un individuo viene nominato dai propri pari come “amico” e quanto invece viene disprezzato da questi (Asher & Dodge, 1986) - che nel caso dei bambini

istituzionalizzati risulta essere molto basso: essi sono infatti più spesso ignorati e meno preferiti dai loro pari e sembrano avere meno possibilità di crearsi amicizie strette. A ciò si aggiunge il fatto che l'adozione sembra avere un ruolo protettivo rispetto all'istituzionalizzazione poiché i bambini istituzionalizzati, come gli adottati, hanno vissuto esperienze negative prima dell'inserimento in comunità, ma rispetto ai secondi non hanno avuto in seguito la possibilità di vivere in un contesto familiare (Palacios, Moreno, & Román 2013).

Questi risultati sono supportati da altri dati che sottolineano come l'impatto negativo dell'istituzionalizzazione in età precoce sembra avere effetti a cascata sulle successive relazioni sociali: i bambini istituzionalizzati, infatti, si mostrano eccessivamente amichevoli, litigiosi e impopolari (Hodges & Tizard, 1989).

Si può concludere dunque che, in termini di competenze sociali, relazioni con i pari e status sociometrico, i bambini istituzionalizzati risultano avere maggiori difficoltà rispetto ai bambini non istituzionalizzati (Palacios, Moreno, & Román, 2013).

2.1.3. Fattori di rischio e capacità di resilienza nell'adattamento al contesto comunitario

Prima di parlare di fattori di rischio e resilienza dei bambini inseriti in comunità, è necessario fare una premessa: tra i bambini istituzionalizzati, alcuni sono fisicamente e psicologicamente sani, altri invece possono presentare disabilità fisiche o cognitive oppure ne sono a rischio di sviluppo a causa di fattori genetici, prenatali o presenti prima del loro collocamento (Grotevant, et al., 1999). Inoltre, molti di essi hanno sperimentato diversi ricollocamenti e spostamenti da un contesto all'altro prima di essere assegnati ad una comunità o di essere adottati (Grotevant et al., 1999). Questi fattori, inevitabilmente,

influenzano la loro capacità di adattarsi a un ambiente diverso da quello della famiglia d'origine, sebbene questa sia inadeguata a sostenerne la crescita.

I dati di letteratura suggeriscono che le problematiche di adattamento che possono insorgere in seguito all'inserimento in comunità, dipendono da un accumulo di fattori di rischio piuttosto che dalla presenza di uno o due fattori, e che questi incidono in maniera significativa sullo sviluppo e sulle capacità di resilienza del bambino (Garbarino, 1990; Sameroff, 1994; Sameroff et al., 1987).

Ogni bambino che soffre o ha sofferto precocemente nel suo contesto familiare, può presentare diversi livelli di compromissione ancora prima di essere inserito nell'ambiente istituzionale: per alcuni poi, l'istituzionalizzazione prolungata può determinare l'insorgere di disturbi mentali, altri invece, che trascorrono lo stesso lasso di tempo nella stessa comunità dei primi, possono svilupparsi abbastanza tipicamente ed essere simili ai loro pari non istituzionalizzati (van IJzendoorn et al., 2011). Le modalità con cui si esprimono i deficit possono essere diverse: possono presentarsi difficoltà cognitive, interpersonali, comportamentali, ma anche, più specificamente, problemi di attenzione e di capacità di svolgere attività (Audet & Le Mare, 2010; Stevens et al., 2008). Tutti questi aspetti sono influenzati dal tempo in cui il minore è stato esposto agli effetti della deprivazione, nel suo ambiente familiare prima e nel contesto istituzionale poi: è difficile, infatti, che un'istituzionalizzazione di pochi mesi possa causare deficit significativi, tuttavia, in caso di un'istituzionalizzazione prolungata o permanente, gli *outcomes* possono essere considerevoli.

In termini di esposizione ed impatto dei rischi correlati alle deprivazioni che potrebbe vivere un minore inserito in comunità, devono essere considerati aspetti legati

all'istituzione, ma anche, e soprattutto, i meccanismi e le capacità di resilienza che operano all'interno del singolo bambino (van IJzendoorn et al., 2011).

Un altro aspetto da considerare è il fatto che ogni bambino proviene da una situazione familiare specifica, per cui di alcuni di essi i genitori sono ancora in vita ma non sono in contatto con il figlio o la figlia perché allontanati (spesso per un'ordinanza giuridica), di altri i genitori non ci sono più, di altri ancora i genitori sono vivi e hanno il permesso di effettuare incontri sotto la supervisione degli operatori della comunità. Tutti questi fattori sono importanti in quanto influenzano inevitabilmente le capacità di adattamento, ma anche di riadattamento al contesto comunitario tutte le volte che avviene l'incontro con il genitore biologico.

In conclusione, l'adattamento è un costrutto importante per valutare il benessere del bambino inserito in comunità, ed è fondamentale misurarlo sia dal punto di vista longitudinale nello stesso bambino, sia dal punto di vista trasversale confrontandolo con i pari non istituzionalizzati.

2.2. Qualità delle cure e interazioni adulto-bambino

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del bambino stabilisce che “ogni bambino ha il diritto di crescere in un ambiente di cura supportivo e protettivo, che sostiene e promuove il suo sviluppo” (United Nations, 1989). Quando uno sviluppo positivo del bambino è compromesso da ambienti familiari inadeguati, è necessario preservare il suo benessere: per questo talvolta si rivela inevitabile l'inserimento in contesti istituzionali (Leloux-Opmeer et al., 2016).

Come già detto in precedenza, tuttavia, alcune caratteristiche specifiche dei contesti istituzionali, come la presenza di gruppi ampi di bambini, l'organizzazione su turni dello

staff educativo, un rapporto caregiver-bambini alto, possono determinare l'insorgere di problematiche dal punto di vista fisico, mentale, affettivo e sociale del bambino (McCall, 2013). Ecco perché una relazione sicura e positiva con il caregiver si rivela essere predittiva di esiti di sviluppo adattivi per il bambino (pattern di attaccamento sicuro, migliori competenze sociali, minori problematiche dal punto di vista comportamentale) (Howes, Matheson, & Hamilton, 1994; Howes & Ritchie, 1999; Howes, Philips, & Whitebook, 1992; Baker, 1999; Cassibba, van IJzendoorn, & D'Odorico, 2000). Infatti, il contributo più impattante sul benessere del bambino istituzionalizzato sembra essere proprio la relazione positiva con il caregiver di riferimento (McCall, 2013).

Da qui, l'importanza di valutare la qualità dell'interazione educatore-bambino, allo scopo di individuare quali possano essere, da un punto di vista più ampio, i margini di miglioramento nel funzionamento organizzativo delle comunità per minori, e, da un punto di vista più specifico, che cosa possano fare i caregivers per favorire lo sviluppo socio-emotivo dei bambini di cui si prendono cura.

La qualità dell'interazione adulto-bambino nei contesti comunitari può essere misurata attraverso uno strumento, le Emotional Availability Scales (EAS; Biringen, 2008a).

Lo strumento è costituito da sei scale, di cui le prime quattro sono focalizzate sui comportamenti dell'adulto nei confronti del bambino, mentre le ultime due sono riferite al bambino; nell'ordine, le scale sono le seguenti: sensibilità dell'adulto, strutturazione delle attività da parte dell'adulto, non intrusività, non ostilità, responsività da parte del bambino e coinvolgimento dell'adulto da parte del bambino (Biringen & Easterbrooks, 2012; Biringen et al., 2014; Porreca, De Palo, & Simonelli, 2015).

La disponibilità emotiva può essere definita come la capacità di stabilire e condividere affetti ed emozioni nella diade adulto-bambino, e di rendere la relazione per entrambi i componenti della diade piacevole e soddisfacente (Biringen & Easterbrooks, 2012).

Nei contesti istituzionali, un'autrice che si è molto occupata di analizzare la relazione caregiver-bambino è Bakermans-Kranenburg, la quale ha valutato l'attaccamento e lo sviluppo emotivo dei bambini inseriti in comunità. Come già descritto in precedenza, la scarsa disponibilità dal punto di vista emotivo da parte del caregiver, potrebbe portare il bambino a sopprimere in qualche modo i propri bisogni di cura, vicinanza e supporto pur di mantenere la relazione, oppure potrebbe alternare pattern di comportamento ambivalente ed evitante in situazioni di stress, riflettendo così un sistema di caregiving imprevedibile, instabile ed inconsistente tipico delle istituzioni (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

La qualità delle cure, che include la disponibilità, la sensibilità, la capacità di accettazione e il senso di appartenenza da parte del caregiver, è correlata agli outcomes sia dal punto di vista emotivo sia dal punto di vista sociale nel bambino (Bakermans-Kranenburg et al., 2011), quali ad esempio la formazione di una relazione di attaccamento (Bowlby, 1969) e la capacità di costruire relazioni con i pari e con gli insegnanti scolastici (Howes, Matheson, & Hamilton, 1994; Howes & Smith, 1995; Marty, Readdick, & Walters, 2005; Howes, Phillipsen, & Peisner-Feinberg, 2000). Una capacità di cura sensibile include anche una relazione educatore-bambino stabile: il problema delle comunità rimane, tuttavia, come già precedentemente accennato, il fatto che il rapporto bambini-caregivers è spesso troppo alto per permettere una presa in carico adeguata del singolo.

Mentre in un normale ambiente familiare, il bambino e il genitore cooperano e negoziano per raggiungere gli obiettivi che soddisfino entrambi i componenti della diade, negli

ambienti comunitari, il bambino non riesce a crearsi delle aspettative rispetto ad un pattern stabile e coerente di comportamento del caregiver rispetto, ad esempio, al suo fornire o no affetto e coccole, oppure rispetto al manifestare rabbia o mancanza di interesse (Schofield & Beek, 2007).

Muhamedrahimov e Palmov (2008) hanno inoltre suggerito che i bambini istituzionalizzati mostrano spesso un comportamento che viene codificato come attaccamento disorganizzato secondo la definizione data da Main e Solomon (1990). Tale tipo di comportamento potrebbe però rappresentare una strategia di coping nei confronti di un caregiver che, sebbene sia adeguato nel provvedere ai bisogni fisici del bambino, risulta emotivamente non disponibile perché sovraccarico dal lavoro, e ciò potrebbe tradursi in una funzione di parenting basata sull'aggressività e sul distacco emotivo (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). In questo modo, il bambino potrebbe sopprimere i propri bisogni di cura, supporto e vicinanza pur di mantenere una relazione con il caregiver, oppure potrebbe alternare pattern evitanti e ambivalenti di attaccamento in condizioni stressanti. L'instaurarsi di questo tipo di comportamenti rende la relazione e l'ambiente di caregiving insensibile, imprevedibile, instabile ed inconsistente (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

È necessario considerare che anche il temperamento del singolo bambino influenza la relazione con il caregiver: in uno studio di Vorria e colleghi (2003), è stato infatti scoperto che quei bambini che mostrano pattern di attaccamento sicuro con i loro caregivers sono riconosciuti come più "felici", socievoli e desiderosi di instaurare una relazione. Tali caratteristiche sono state definite *mosse sociali* e i bambini che le mostrano appaiono più competenti nei comportamenti di socialità rispetto ai bambini con un pattern di attaccamento disorganizzato. È come se quei bambini con un buon temperamento e con

un attaccamento sicuro, utilizzassero le loro abilità sociali in un modo che li renda capaci di cogliere e di ottenere il massimo da un ambiente “impoverito” (Vorria et al., 2003). In più, grazie a queste abilità sociali di base, con questi bambini potrebbe essere più gratificante e semplice interagire per i caregiver, che risultano quindi più predisposti a prestare loro attenzione.

In generale, tuttavia, gli studi finora condotti supportano l'idea che, sebbene le caratteristiche del bambino possano influenzare il comportamento del caregiver, la capacità del caregiver di essere disponibile, sensibile e responsivo nei confronti del bambino ha un peso importante nel determinare la possibilità di sviluppare un attaccamento sicuro e uno sviluppo socio-emotivo sano (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

Un altro fattore da tenere in considerazione riguarda il contesto familiare originario e come questo abbia influenzato precocemente le possibilità del bambino di avere uno sviluppo socio-emozionale sano: i casi di abuso fisico o emotivo, di trascuratezza fisica o emotiva, di abuso sessuale, di violenza domestica, di malattia mentale genitoriale o di abuso di sostanze da parte dei genitori, rappresentano fattori di rischio significativi e impattanti sul futuro benessere del bambino (Leloux-Opmeer et al., 2016).

Le ricerche sostengono poi che, quando è richiesto un ricollocamento del bambino al di fuori del contesto familiare, l'affidamento, l'adozione o l'assistenza a domicilio, rappresentano soluzioni migliori rispetto ai contesti comunitari (Courtney, 1998; Doran & Berliner, 2001; United Nations, 1989).

Dal momento che la disponibilità emotiva è un costrutto facilmente adattabile e misurabile in diversi contesti, nel 2012 Biringen e collaboratori hanno condotto uno studio sulla qualità dell'interazione educatore-bambino in contesti di cura per l'infanzia

(Biringen et al., 2012). L'ipotesi di partenza era che impostare training rivolti agli educatori per lo sviluppo di relazioni positive con i bambini, potesse migliorare la qualità generale di tali istituti. I dati di letteratura riportano infatti che, mentre il 68% dei bambini ha un attaccamento di tipo sicuro con le loro madri e con i loro padri, solo il 50% dei bambini istituzionalizzati ha un attaccamento sicuro con i propri educatori o con i propri insegnanti. Ciò significa che almeno il 50% dei bambini potrebbe non crescere in un ambiente di sviluppo sicuro (Howes & Smith, 1995).

Questi risultati permettono una riflessione rispetto all'importanza della relazione con il caregiver di riferimento e rispetto a quanto questa possa dimostrarsi predittiva degli *outcomes* di adattamento del bambino, suggerendo quindi il rilievo del ruolo rivestito dal caregiver non genitoriale o professionale per il futuro sviluppo del bambino (Howes, Matheson, & Hamilton, 1994; Howes, Philips, & Whitebook, 1992; Cassibba, van IJzendoorn, & D'Odorico, 2000).

Ed è qui che entra in gioco il costrutto di disponibilità emotiva, un linguaggio relazionale, un sistema che descrive il livello di benessere nella relazione tra adulto e bambino (Biringen et al., 2012). Lo studio condotto da Biringen e colleghi si basava proprio su un training pensato per gli educatori di istituti per l'infanzia riguardo ai costrutti di disponibilità emotiva e di attaccamento, con l'ipotesi che queste conoscenze potessero migliorare la qualità relazionale caregiver-bambino all'interno di contesti istituzionali.

Premesso che è dimostrato che una relazione positiva con gli educatori ha un impatto a lungo termine sullo sviluppo del bambino, è stato scoperto che la sicurezza dell'attaccamento stabilita con un caregiver non parentale predice la competenza sociale del bambino con i pari e con gli insegnanti scolastici (Belsky, 2009; Belsky et al., 2007; Howes & Spieker, 2008; Howes, Matheson, & Hamilton, 1994; Howes & Smith, 1995;

Marty et al., 2005; Howes, Philipsen, & Peisner-Feinberg, 2000). Dal momento che i bambini inseriti in contesti istituzionali di scarsa qualità sembrano presentare un rischio maggiore di sviluppare un attaccamento insicuro e condotte aggressive (Deklyen & Greenberg, 2008; Sagi et al., 2002; Belsky et al., 2007), lo studio mirava ad implementare la disponibilità emotiva degli educatori nei confronti dei bambini, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della strutturazione - intesa come la modalità con cui l'adulto struttura l'attività del bambino avendo cura di seguirne la guida e di porre limiti al suo comportamento, ma anche la capacità dell'adulto di modificare e adattare il proprio comportamento in base alle emozioni condivise dal bambino (Biringen, 2008a) - in quanto esso si è dimostrato essere un indice predittivo degli *outcomes* socio-emotivi del bambino, come l'attaccamento sicuro e le condotte aggressive (Biringen et al., 2005a; Biringen et al., 2005b). L'intervento prevedeva un training teorico e pratico sulla disponibilità emotiva con un *coach* allo scopo di aiutare i caregiver a sviluppare relazioni positive con i bambini (Biringen et al., 2012), poiché la disponibilità tra bambini e educatore professionista si è dimostrata essere predittiva di un attaccamento sicuro con quel caregiver di riferimento (Shivers, 2008). L'ipotesi era infatti che un modo per migliorare la qualità delle cure di centri per l'infanzia fosse proprio quello di formare i professionisti sui costrutti dell'attaccamento e della disponibilità emotiva (Biringen et al., 2012).

Per quanto riguarda le scale riferite al bambino, in conseguenza della formazione fornita agli educatori, sembrava migliorasse soprattutto la scala della responsività: i bambini, infatti, si mostravano più connessi e più responsivi dal punto di vista emotivo nei confronti dei loro educatori. Inoltre, in seguito all'intervento, sembrava aumentare anche la sicurezza nell'attaccamento verso i caregivers (Biringen et al., 2012).

Considerati collettivamente, tali risultati sostengono il concetto di processo transazionale nelle relazioni non genitoriali educatore-bambino, nelle quali un aumento sia qualitativo che quantitativo in termini di strutturazione e di supporto emotivo è associato a un aumento di responsività da parte del bambino. Dunque, secondo questa visione transazionale e relazionale, le caratteristiche e i comportamenti del bambino e del caregiver non possono essere considerati in maniera indipendente, dal momento che ciascuno influenza e si basa sull'altro (Biringen, 2000; Lewis, 2000).

L'importanza di formare gli educatori dal punto di vista della connessione e della disponibilità emotiva deriva anche dal fatto che poco spazio viene lasciato a questi fattori nella formazione degli educatori all'interno dei contesti comunitari, privilegiando ed enfatizzando gli aspetti educativi, interattivi, di gioco, le abilità sociali (Timmerman, 2006). Quindi, l'educazione emotiva dei caregiver attraverso training *ad hoc*, potrebbe promuovere e migliorare lo sviluppo socio-emotivo del bambino (Aviezer, 2008; Timmerman, 2006).

In conclusione, questi dati ci permettono di riflettere su quanto le relazioni primarie dove il costrutto di disponibilità emotiva viene tenuto in forte considerazione, possano influenzare positivamente non solo lo sviluppo emotivo futuro del bambino, ma anche la sua capacità di costruire ed entrare in relazioni positive e sane con i propri pari, di imparare ad autoregolarsi dal punto di vista emotivo e comportamentale, di sentirsi più competente dal punto di vista interattivo-relazionale (Biringen, 2000; Howes & Spieker, 2008; Kogan & Carter, 1996; Lehman et al., 2002).

Quando sono gli adulti a fornire accudimento, cura, supporto e contenimento, quando è l'adulto a mettere in atto il processo di *scaffolding*, il bambino non fa altro che seguirne la guida, sentendosi accolto e protetto nei suoi bisogni di vicinanza e affetto: se ciò

avviene, enormi cambiamenti si osservano nella relazione caregiver-bambino, nell'adulto di riferimento e nel bambino stesso.

CAPITOLO 3

La ricerca: associazione tra qualità delle cure dell'educatore e adattamento del bambino in comunità per minori

3.1. La ricerca: obiettivi e ipotesi

Nei capitoli precedenti è stata posta enfasi sull'importanza di una qualità delle cure positiva da parte dell'educatore nei confronti del bambino inserito all'interno di comunità per minori. Si è poi condotta una riflessione rispetto alle capacità di adattamento del bambino nella comunità. Rispetto all'associazione tra questi due costrutti, le ricerche finora condotte concordano nel sottolineare come la formazione dello staff educativo sull'importanza della cura intesa come cura non solo dei bisogni fisici, ma anche dei bisogni affettivi e psicologici, abbia un effetto positivo a lungo termine sullo sviluppo e sulle capacità di adattamento e resilienza del bambino (Ramdhonee-Dowlot, Balloo, & Essau, 2021; Biringen et al., 2012; Nsabimana et al., 2019).

In questo studio, a fronte dei dati di letteratura a supporto, ci si propone di valutare le associazioni tra la qualità delle cure e il livello di adattamento di bambini inseriti in comunità per minori. In particolare, gli obiettivi della ricerca sono i seguenti:

- Indagare la qualità delle interazioni educatore-bambino in bambini inseriti all'interno di comunità per minori e confrontarla con la qualità delle interazioni adulto-bambino di bambini a basso-rischio, reclutati dalla popolazione generale.
- Indagare il livello di adattamento di bambini inseriti all'interno di comunità per minori e confrontarlo con quello di un gruppo di bambini a basso rischio, reclutati dalla popolazione generale.

- Indagare l'andamento della qualità delle interazioni educatore-bambino in bambini inseriti all'interno di comunità per minori nel corso del tempo.
- Indagare l'andamento del comportamento adattivo in bambini inseriti all'interno di comunità per minori nel corso del tempo.
- Indagare le associazioni tra qualità delle interazioni educatore-bambino e comportamento adattivo in bambini inseriti all'interno di comunità per minori.

Rispetto a tali obiettivi, sono state formulate le seguenti ipotesi:

- Rispetto al primo obiettivo, l'ipotesi è che la qualità delle interazioni sia inferiore nel gruppo clinico in relazione all'assenza di una relazione privilegiata con il caregiver e alle storie di maltrattamento dei bambini inseriti in comunità. Anche la letteratura, già citata nei precedenti capitoli, offre dati a supporto di tale ipotesi (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; van IJzendoorn et al., 2011; Leloux-Opmeer et al., 2016).
- Rispetto al secondo obiettivo, l'ipotesi è che nella popolazione a basso rischio i livelli di adattamento siano più alti rispetto a quelli della popolazione clinica. In generale, i dati di letteratura concordano che l'istituzionalizzazione, in aggiunta ad una storia prolungata di maltrattamento come quella che può avere vissuto un bambino inserito in comunità e alle avversità che potrebbe avere affrontato nel corso della propria vita, possano determinare esiti negativi dal punto di vista dello sviluppo e delle capacità di adattamento (Grotevant et al., 1999; Jiménez-Morago, León, Román, 2015; Nsabimana et al., 2019; Rutter, 1998).
- Rispetto al terzo obiettivo, l'ipotesi è che il bambino possa progressivamente stabilire una relazione privilegiata con un educatore professionista e che quindi la

qualità delle interazioni possa migliorare nel corso del tempo. I dati di letteratura a tal proposito sottolineano l'importanza di promuovere un'organizzazione delle comunità per minori tale da consentire di stabilire una relazione positiva tra educatore e bambino (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; Donald & Ceballos, 2020).

- Rispetto al quarto obiettivo, l'ipotesi è che i livelli di adattamento di bambini inseriti in comunità migliorino nel corso del tempo.
- Rispetto al quinto ed ultimo obiettivo, l'ipotesi è che vi sia un'associazione tra una qualità delle cure positiva da parte dell'educatore e i livelli di comportamento adattivo di bambini inseriti in comunità per minori. Un dato a supporto di tale ipotesi è offerto da uno studio di Biringen e colleghi (2012), che sostiene che una relazione sicura con il caregiver si è dimostrata essere predittiva di outcomes di adattamento positivi per il bambino (Biringen et al., 2012; Howes, Matheson, & Hamilton, 1994; Howes, Philips, & Whitebook, 1992; Cassibba, van IJzendoorn, & D'Odorico, 2000).

3.2. Metodo di ricerca

3.2.1. Partecipanti

I soggetti partecipanti alla ricerca sono 24 bambini di età prescolare suddivisi in due gruppi: il gruppo clinico, composto da 9 bambini, di cui 4 femmine (44.4%) e 5 maschi (55.6%) residenti all'interno di strutture residenziali per minori, di età compresa tra i 17 e i 32 mesi ($M = 27.33$, $DS = 4.69$), e il gruppo di controllo, composto da 15 bambini di cui 8 femmine (53.3%) e 7 maschi (46.7%) iscritti a diversi asili nidi del territorio Veneto, di età compresa tra gli 8 e i 27 mesi ($M = 17.4$, $DS = 5.93$).

I partecipanti del gruppo clinico sono stati reclutati da un gruppo più ampio di bambini afferenti alla Comunità Il Pezzettino, una comunità che dal 2013 si occupa di accoglienza di minori e di mamme con bambini in diverse province del territorio Lombardo. La cornice istituzionale della comunità è una cooperativa sociale senza scopo di lucro che nasce nel 1997 come associazione che offre servizi di natura socio-assistenziale ed educativa. La comunità è costituita da un'equipe multi-disciplinare comprendente psicologi, educatori, pedagogisti e volontari. Il principio fondante della comunità è quello della cura: l'intento è quello di fornire al bambino un luogo sicuro in cui possa trovare risposta ai suoi bisogni emotivi, possa ricostruire un Sé che spesso risulta frammentato, possa riscoprire un nuovo equilibrio per il proprio sviluppo futuro.

I partecipanti del gruppo di controllo sono stati reclutati attraverso un più ampio progetto di ricerca condotto dall'Università di Padova esteso agli asili nidi del territorio Veneto.

Dei bambini del gruppo clinico sono stati raccolti i dati relativi alle Vineland Adaptive Behaviour Scales Survey Form (VABS) e quelli relativi alle Emotional Availability Scales (EAS), di cui sono state codificate le videoregistrazioni delle interazioni con le loro educatrici.

Dei bambini del gruppo di controllo sono stati raccolti i dati relativi alle Vineland Adaptive Behaviour Scales Expanded Form (VABS) e quelli relativi alle Emotional Availability Scales (EAS), di cui sono state codificate le videoregistrazioni delle interazioni con le loro madri o i loro padri.

3.2.2. Procedura

La ricerca è stata condotta su due popolazioni a confronto, di cui sono stati valutati due costrutti: l'adattamento e le competenze relazionali.

Il gruppo di controllo a basso rischio è stato reclutato all'interno di un progetto volto a valutare la qualità dei servizi educativi per l'infanzia. Il progetto di ricerca è stato presentato ai genitori attraverso il personale dei servizi educativi: coloro che hanno mostrato interesse, hanno ricevuto maggiori informazioni e, successivamente, è stato loro richiesto di firmare un consenso informato al fine di formalizzare la partecipazione allo studio.

Il gruppo clinico è stato selezionato all'interno di un progetto di ricerca dell'Università degli Studi di Padova in collaborazione con la Comunità Terapeutica Il Pezzettino, con il supporto, per la somministrazione dei test e delle videoregistrazioni, delle educatrici e delle psicologhe della comunità.

Sono state effettuate due rilevazioni in due tempi (T1 e T2), a distanza di 6 mesi l'una dall'altra, volte a rilevare le misure di interesse. Per quanto riguarda l'adattamento, ai genitori - nel caso del gruppo di controllo - e agli educatori - nel caso del gruppo clinico - è stata somministrata un'intervista semi-strutturata specifica; per quanto riguarda la valutazione delle interazioni, adulto – per il gruppo a basso rischio un genitore, per il gruppo clinico uno degli educatori - e bambino sono stati videoripresi durante momenti di gioco libero per una durata di circa 15-20 minuti. I video sono stati poi valutati a posteriori per misurare la qualità delle interazioni attraverso il costrutto di disponibilità emotiva, inteso come la capacità di stabilire e condividere affetti ed emozioni nella diade adulto-bambino, e di rendere la relazione per entrambi i componenti della diade piacevole e soddisfacente (Biringen & Easterbrooks, 2012).

Lo svolgimento dello studio potrebbe essere rappresentato graficamente in questo modo (vedi Figura 2.):

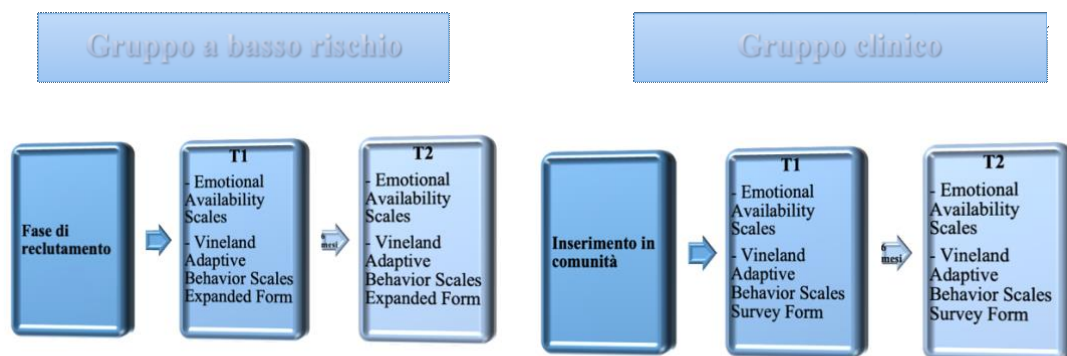


Figura 2. Rappresentazione grafica della procedura sperimentale

Lo studio è volto ad indagare l'eventuale associazione tra la qualità dell'interazione adulto-bambino e i livelli di adattamento del bambino nella popolazione clinica e nella popolazione a basso rischio, nonché l'andamento longitudinale di tali costrutti sia nella popolazione clinica sia nella popolazione a basso rischio.

Gli strumenti utilizzati sono stati le Emotional Availability Scales (EAS) per la valutazione dell'interazione adulto-bambino (Biringen, 2008a, 2008b), le Vineland Adaptive Behavior Scales Expanded Form per la valutazione dell'adattamento dei bambini del gruppo a basso rischio (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984b), e le Vineland Adaptive Behaviour Scales Survey Form per la valutazione dell'adattamento dei bambini del gruppo clinico (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984a).

3.3. Strumenti di misurazione

I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione dei seguenti strumenti di misurazione.

3.3.1. Emotional Availability Scales

La qualità dell'interazione adulto-bambino viene valutata attraverso uno strumento definito Emotional Availability Scales (EAS), costituito da Biringen e collaboratori (Biringen, 2008a, 2008b). Le sei scale che lo compongono misurano la capacità di entrare in una relazione che sia soddisfacente e funzionale sia per il bambino sia per l'adulto (Porreca, De Palo, & Simonelli, 2015).

La disponibilità emotiva si riferisce alla capacità di una diade di condividere una relazione emotivamente sana (Biringen et al., 2014).

Il costrutto di disponibilità emotiva ha il pregio di poter essere applicato a diversi tipi di relazioni e a diversi tipi di contesti, come, ad esempio, la relazione educatore-bambino in contesti di cura per la prima infanzia (Porreca, De Palo, & Simonelli, 2015).

Lo strumento prevede la videoregistrazione di sessioni di interazione di circa 15/20 minuti e la successiva valutazione dei comportamenti dell'adulto e del bambino attraverso l'utilizzo di sei scale, di cui le prime quattro riferite all'adulto, e le ultime due riferite al bambino. Le relazioni vengono valutate sulla base di come un membro della diade influenzi emotivamente l'altro, piuttosto che sulla base di una mera codifica del comportamento dell'uno o dell'altro (Biringen et al., 2014).

Di seguito, si riassumono brevemente le sei scale sulla base delle indicazioni fornite dalla quarta edizione del manuale redatto da Biringen (Biringen, 2008a):

1. *Sensibilità dell'adulto*: si riferisce alla capacità dell'adulto di essere affettuoso ed emotivamente connesso con il bambino. Include qualità come: responsività nei confronti dei segnali del bambino, accurata lettura degli input comunicativi da parte del bambino, capacità di risolvere in modo calmo i conflitti. Il costrutto di sensibilità è costituito da una serie di sotto-componenti:

- **Affetti:** un adulto sensibile mostra prevalentemente affetti positivi sia nell'espressività verbale che non verbale; è genuino, equilibrato, connesso con il bambino.
- **Chiarezza delle percezioni e appropriatezza delle risposte:** consapevolezza dei segnali del bambino e regolazione delle risposte in base ad essi.
- **Consapevolezza del timing:** un adulto consapevole del timing è attento nel non interrompere bruscamente un'attività che fluisce in maniera piacevole sia per lui che per il bambino, l'interazione scorre come una "danza".
- **Flessibilità, creatività e variabilità:** la flessibilità si riferisce sia all'attenzione che al comportamento. Un adulto flessibile è un adulto che è in grado di essere concentrato su un altro compito e comunque rispondere ai segnali del bambino; inoltre, è un adulto disponibile ad affrontare un obiettivo difficile con il bambino pensando ad una varietà di modi in cui poterlo raggiungere.
- **Accettazione:** l'adulto parla al bambino in modo rispettoso.
- **Ammontare dell'interazione:** la corretta quantità di interazione tra adulto e il bambino dati il contesto e la situazione.
- **Situazioni di conflitto:** si riferisce al modo in cui la diade passa da una situazione di mis-match ad uno stato di sincronia, tenendo presente che le normali interazioni adulto-bambino prevedono talvolta dei conflitti.

2. *Strutturazione dell'adulto:* questa scala si riferisce al modo in cui l'adulto struttura il gioco del bambino avendo cura di seguirne la guida e di porre limiti al suo comportamento. Le sotto-scale che la compongono sono:

- Uso di una guida e di suggerimenti proattivi: fornire suggerimenti che guidino il bambino in modo appropriato e facendo scaffolding.
- Successo dei tentativi: i tentativi risultano essere di successo quando portano il bambino “più in là” rispetto alle sue attuali competenze.
- Ammontare della strutturazione: le interazioni hanno di base un buon livello di confini e struttura.
- Fornire limiti in maniera proattiva: fornire limiti e confini in maniera appropriata al contesto e alla situazione.
- Fermezza di fronte alle pressioni fatte dal bambino: l’adulto rimane fermo ma continua a mantenere la connessione con il bambino.
- Strutturazione verbale e non verbale: entrambe dovrebbero essere presenti.
- Ruolo da pari vs ruolo da adulto: non dovrebbero essere presenti inversioni di ruolo.

3. *Non intrusività*: la scala si riferisce alla capacità dell’adulto di essere presente e connesso ma di lasciare spazio al bambino e di seguirne la guida. È costituita dalle seguenti sotto-componenti:

- Seguire la guida del bambino: l’adulto è presente ma segue le iniziative del bambino.
- Accedere all’interazione senza interrompere: l’adulto attende pause ottimali per entrare nell’interazione; l’interazione scorre come una “danza”.
- Ordini e direttive: un adulto non intrusivo da ordini sporadici.
- Uso della parola: la parola è usata in modo comunicativo, la comunicazione è a due.

- Insegnamenti: gli insegnamenti sono fatti a misura di bambino.
- Interferenze fisiche o verbali: un adulto non intrusivo non mette in atto interferenze né fisiche né verbali.
- Adulto sentito o percepito come intrusivo: i segnali del bambino fanno capire se l'adulto sia percepito come intrusivo oppure no.

4. *Non ostilità*: questa scala riguarda la regolazione degli affetti negativi. Viene valutata su un range che va da non ostilità a ostilità *covert* fino a ostilità *overt*. Le sotto-scale sono le seguenti:

- Assenza di negatività a livello di voce e volto: l'adulto non utilizza parole o frasi negative e anche il tono della voce non è negativo.
- Assenza di derisioni, ridicolizzazioni, o altri comportamenti/frasi non rispettosi, a livello manifesto o velato, nell'atteggiamento dell'adulto: se non c'è ostilità, non ci sono segni di ridicolizzazione o derisione.
- Assenza di minacce di separazione: un adulto non ostile non utilizza mai minacce di separazione.
- Non perde la calma durante i compiti o durante i momenti poco/molto stressanti: l'adulto è in grado di mantenere la calma durante i momenti difficili.
- Presenza o assenza di comportamenti/attitudini spaventanti: l'adulto non ostile non mostra attitudini aggressive o spaventanti.
- Silenzi: l'adulto è silenzioso ma ben regolato.
- Tematiche o tematiche di gioco ostili: un gioco appropriato e positivo è proprio di un adulto non ostile.

5. *Responsività del bambino*: fa riferimento a come il bambino risponde agli input forniti dall'adulto. Riguarda sia la regolazione delle emozioni sia la responsività emotiva del bambino. Le sotto-scale che compongono il costrutto sono:

- Affetti, regolazione emotiva, organizzazione degli affetti e dei comportamenti: gli affetti sono positivi e autentici, il bambino prova piacere a stare con l'adulto, non ci sono aspetti evidenti di compiacenza.
- Responsività: il bambino si lascia ingaggiare dalle proposte dell'adulto.
- Ricerca di autonomia appropriata all'età: il bambino si mostra esplorativo e curioso e fa iniziative autonome.
- Posizionamento fisico positivo: il bambino cerca un contatto fisico con l'adulto in modo appropriato all'età.
- Assenza di inversione di ruolo/iper-responsività: se l'interazione è positiva, non ci sono segni evidenti di inversione di ruolo.
- Assenza di evitamento: il bambino è concentrato sull'attività ma non esclude l'adulto.
- Orientamento/concentrazione rispetto al compito: il bambino è focalizzato sul gioco ma ciò non comporta l'esclusione dell'adulto.

6. *Coinvolgimento dell'adulto da parte del bambino*: la scala riguarda la capacità del bambino di coinvolgere l'adulto nell'attività che sta svolgendo. Include sia iniziative semplici sia iniziative elaborate. Le sotto-componenti che compongono la scala sono:

- Iniziative semplici: il bambino coinvolge l'adulto guardandolo o parlandogli, la finalità è quella di avviare uno scambio.

- Iniziative elaborate: il bambino coinvolge l'adulto in modo da creare insieme una storia, l'interazione diventa elaborata.
- Uso dell'adulto: l'adulto viene usato dal bambino per condividere non in modo strumentale.
- Assenza di iper-coinvolgimento: non ci sono evidenze di coinvolgimento negativo o di iper-coinvolgimento.
- Contatto visivo, sguardi: il bambino mostra coinvolgimento attraverso più canali non verbali come il contatto visivo.
- Posizionamento del corpo: il bambino si posiziona fisicamente verso l'adulto.
- Coinvolgimento verbale: il bambino coinvolge l'adulto attraverso la lallazione o la parola.

I punteggi di ogni scala vengono calcolati sulla base di una scala Likert a 7 punti, dove i punteggi più alti si riferiscono a un'interazione ottimale, mentre i punteggi più bassi si riferiscono a qualche difficoltà nell'interazione. In particolare, punteggi compresi tra 5.5 e 7 indicano un'interazione funzionale e ottimale; un punteggio pari a 4 si riferisce a un'interazione carente da qualche punto di vista o ad un'iper-connessione da parte di uno dei due partner della diade; punteggi tra 1 e 3 si riferiscono a interazioni non ottimali o problematiche.

In diversi studi, lo strumento è stato agevolmente applicato a diversi contesti, sia in campioni clinici sia in campioni a basso rischio (Bornstein et al., 2006; Biringen et al., 2012; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011).

3.3.2. *Vineland Adaptive Behavior Scales*

La prima edizione delle scale Vineland, le Vineland Social Maturity Scales (VSMS), era stata redatta da Doll (Doll, 1963), revisionata da Sparrow, Balla e Cicchetti (1984a, 1984b) e rinominata in seguito Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS).

Lo scopo dello strumento è fornire un *assessment* generale dell'adattamento, inteso come la misura "dell'autonomia personale e sociale degli individui dalla nascita fino all'adulità" (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984a).

Le Vineland Adaptive Behavior Scales sono applicabili tutte le volte che si riveli necessaria una valutazione del funzionamento quotidiano dell'individuo e possono essere utilizzate in una varietà di contesti, da quello clinico, a quello educativo, a quello di ricerca (Icabone, 1999).

Le Vineland Adaptive Behavior Scales comprendono tre versioni non equivalenti: due forme di intervista, cioè le Vineland Adaptive Behavior Scales Interview Edition-Survey Form e le Vineland Adaptive Behavior Scales Interview Edition-Expanded Form, e infine le Vineland Adaptive Behavior Scales Classroom Edition. Sebbene tutte le versioni richiedano che sia la persona più familiare con il bambino a rispondere, le prime due versioni utilizzano un format di intervista semi-strutturata con il genitore o con il caregiver primario senza l'osservazione diretta del bambino (Icabone, 1999).

Le due versioni intervista forniscono una valutazione del comportamento adattivo sotto forma di intervista semi-strutturata: la Survey Form restituisce un *assessment* generale, mentre l'Expanded Form può essere utilizzata per strutturare programmi di intervento individuale educativi, abilitativi o di trattamento. La seconda versione può essere somministrata indipendentemente dalla prima o in seguito alla prima, allo scopo di analizzare più approfonditamente i deficit già rilevati dalla Survey Form (Icabone, 1999).

In particolare, l'Expanded Form è stata sviluppata specificamente per fornire informazioni dettagliate riguardo alle abilità necessarie per il comportamento adattivo e offre delle linee guida per preparare un programma di intervento individuale (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984a).

Il test può essere somministrato al caregiver di riferimento dell'individuo che viene valutato, la cui età può andare dalla nascita fino ai 90 anni.

Lo strumento è costituito da quattro scale, che sono le seguenti:

1. Comunicazione
2. Abilità quotidiane
3. Socializzazione
4. Abilità motorie

Ogni dominio è suddiviso in sotto-domini che forniscono punteggi equivalenti per età con una buona affidabilità test-retest e una coerenza interna sui sotto-domini (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005).

I sotto-domini della scala della *Comunicazione* sono: *Ricezione, Espressione, Scrittura*; i sotto-domini della scala delle *Abilità del vivere quotidiano* sono: *Personale, Domestico, Comunità*; i sotto-domini della scala della *Socializzazione* sono: *Relazioni interpersonali, Gioco e tempo libero, Regole sociali*; i sotto-domini della scala *Abilità motorie* sono: *Grossolane, Fini* (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005).

Il tempo medio di compilazione della versione Survey è di circa 20-60 minuti, mentre della versione Expanded è di circa 60-90 minuti. In entrambe le versioni, quando vengono utilizzate in soggetti senza disabilità, il punto di partenza per la somministrazione è l'item corrispondente all'età cronologica dell'individuo. Quando invece lo strumento è

somministrato a caregiver di soggetti con disabilità, l'item di partenza si basa sull'età mentale o sociale dell'individuo (Icabone, 1999).

Nella versione italiana (Balboni et al., 2010), il punteggio per ogni item viene assegnato dall'intervistatore sulla base delle risposte fornite dall'intervistato, attribuendo:

- 2 = quando l'attività descritta viene svolta *di solito* in modo soddisfacente, senza aiuto e senza necessità che venga ricordato di farla.
- 1 = quando l'attività descritta viene svolta senza aiuto e senza necessità che venga ricordato di farla *in parte* o *saltuariamente*.
- 0 = quando l'attività descritta non viene *mai* messa in atto senza aiuto e senza che venga ricordato di farla.
- N/O = quando l'individuo non svolge quell'attività soltanto perché *non ne ha avuto l'opportunità*.
- NS = quando chi è intervistato *non ha informazioni sufficienti* per rispondere o quando le attività elencate dall'intervista sono espletate in contesti differenti da quelli generalmente frequentati dall'individuo.

Per ogni scala di comportamento adattivo, viene stabilito un *livello base* che consiste dei 7 item consecutivi di livello più alto con un punteggio di 2, e un *livello tetto* che consiste dei 7 item consecutivi di livello più basso con un punteggio di 0 (Icabone, 1999).

Viene poi calcolata la somma dei punteggi degli item per ogni sotto-scala e, successivamente, viene fatta la somma dei punteggi delle sotto-scale. La somma dei punteggi standard dei domini, può essere valutata per ottenere un punteggio composito di comportamento adattivo (Icabone, 1999). Per le scale del comportamento adattivo e per il punteggio composito di comportamento adattivo, possono essere calcolati i punteggi

standard (media = 100, ds = 15), i ranghi percentili, i punteggi stanini, il livello di adattamento e i punteggi età equivalenti (Icabone, 1999).

In questo studio, sono state utilizzate le due versioni intervista delle Vineland Adaptive Behavior Scales: la Vineland Adaptive Behavior Scales Expanded Form è stata utilizzata per la popolazione normativa, somministrata ai genitori dei bambini partecipanti allo studio; la Vineland Adaptive Behavior Scales Survey Form è stata utilizzata per il campione clinico, somministrata agli educatori dei bambini inseriti all'interno delle strutture comunitarie.

3.4. Analisi statistica dei dati

I due gruppi clinico e di controllo sono stati confrontati dal punto di vista dell'adattamento e dal punto di vista delle competenze relazionali.

Le analisi statistiche sono state elaborate attraverso il software statistico SPSS Statistics Version 27.

Innanzitutto, sono state calcolate le statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, frequenze percentuali), allo scopo di ottenere le seguenti informazioni riguardanti i due campioni oggetto di studio: dati socio-anagrafici, qualità delle interazioni, livello di adattamento.

Successivamente, sono state condotte analisi più specifiche per verificare le ipotesi formulate all'inizio del presente studio. Le analisi statistiche utilizzate per questo studio sono di tipo non parametrico: le statistiche non parametriche sono pensate per piccoli campioni, come è il caso di questa ricerca. Infatti, anche la letteratura concorda sul fatto che la ricerca in psicologia clinica spesso coinvolge piccoli campioni, principalmente per il fatto che, sebbene i ricercatori abbiano l'obiettivo di raccogliere campioni ampi e

distribuiti normalmente, raramente dispongono delle risorse sia economiche che di tempo adeguate per reclutare un numero sufficiente di partecipanti (Nachar, 2008).

In particolare, per effettuare il confronto fra gruppi per quanto riguarda il livello di adattamento e la qualità delle cure, è stato utilizzato il Mann-Whitney U test.

Il test di Mann-Whitney, noto anche come test della somma dei ranghi di Wilcoxon, misura le differenze tra due gruppi su un'unica variabile ordinale senza una distribuzione specifica. In altre parole, si tratta di una statistica non parametrica utilizzata per verificare se vi sia una differenza su una variabile dipendente tra due gruppi indipendenti: confronta cioè se la distribuzione della variabile dipendente sia la stessa per entrambi i gruppi (Mann & Whitney, 1947; Wilcoxon, 1945).

Il test di Mann-Whitney può essere considerato la versione non parametrica del test parametrico t-test, il quale richiede che la singola variabile sia a intervallo o a rapporto, piuttosto che ordinale, e che presenti una distribuzione normale. Quando i dati di ricerca non soddisfano le condizioni parametriche del t-test, il test di Mann-Whitney risulta essere più appropriato (McKnight & Najab, 2010).

Più nello specifico, l'ipotesi nulla (H_0) del test stabilisce che i due gruppi provengano dalla stessa popolazione, ovvero, in altre parole, che i due gruppi indipendenti siano omogenei e abbiano la stessa distribuzione. Le variabili corrispondono quindi ai due gruppi, rappresentati graficamente da due distribuzioni continue cumulative, definite stocasticamente uguali. Se ciò che è richiesto è un test a due code, l'ipotesi alternativa (H_1) stabilisce che la distribuzione dei dati del primo gruppo differisca rispetto alla distribuzione dei dati del secondo gruppo: in questo caso, l'ipotesi nulla viene rifiutata per i valori della statistica test che cadono in una delle due code della sua distribuzione campionaria; se invece è richiesto un test a una coda, l'ipotesi alternativa (H_1) stabilisce

che la variabile di un gruppo è stocasticamente più ampia rispetto all'altro gruppo, in base alla direzione del test (positiva o negativa): in questo caso, l'ipotesi nulla viene rifiutata solo per i valori della statistica test che cadono in una specifica coda della sua distribuzione campionaria (Nachar, 2008).

Per verificare l'andamento longitudinale della qualità delle interazioni adulto-bambino e dei livelli di adattamento, è stato utilizzato il test dei segni per ranghi di Wilcoxon: si tratta di un test di tipo non parametrico che viene utilizzato per verificare se vi siano differenze significative tra due campioni appaiati quando si presume che la distribuzione della popolazione da cui i campioni provengono sia non normale.

Infine, per valutare l'associazione tra le variabili di interesse, è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Spearman (r_s o Spearman ρ): si tratta di una statistica non parametrica solitamente adottata quando l'assunzione di una distribuzione normale bivariata non è sostenibile (Artusi, Verderio, & Marubini, 2002). Il coefficiente di correlazione di Spearman assume valori compresi tra -1 e +1, dove il segno + indica una correlazione direttamente proporzionale, mentre il segno - indica una correlazione inversamente proporzionale. Quanto più il valore si avvicina a 1, tanto più la correlazione è perfetta; quanto più il valore si avvicina a 0, quanto più la correlazione può considerarsi nulla.

CAPITOLO 4

I risultati della ricerca

Nel seguente capitolo saranno riportati i risultati delle analisi statistiche condotte sulla base degli obiettivi della ricerca. La prima parte sarà dedicata alle informazioni socio-anagrafiche e cliniche; una seconda parte sarà dedicata ai risultati delle analisi condotte per effettuare il confronto tra i due campioni oggetto di studio in merito alla qualità delle interazioni e al costrutto di adattamento, in linea con il primo e il secondo obiettivo; seguirà una terza parte in cui saranno verificate le ipotesi formulate in relazione al terzo e quarto obiettivo della ricerca, analizzando longitudinalmente l'andamento nel tempo della qualità delle interazioni adulto-bambino e dei livelli di adattamento all'interno della comunità; infine, l'ultima parte riporterà i risultati delle analisi statistiche volte a verificare l'ipotesi che vi sia un'associazione tra una qualità delle cure positiva da parte dell'educatore e i livelli di comportamento adattivo del bambino inserito in comunità (quinto obiettivo della ricerca).

4.1. Informazioni socio-anagrafiche e cliniche

Il campione clinico è costituito da 9 bambini e bambine di età compresa tra i 17 e i 32 mesi ($M = 27.33$, $DS = 4.6$). Di questi 5 sono maschi (55.6%) e 4 sono femmine (44.4%). L'inserimento di tutti i bambini presi in considerazione è stato previsto dal Tribunale per i minorenni per la presenza di un nucleo familiare inadeguato a prendersene cura.

La loro permanenza all'interno della comunità varia a seconda del momento dell'inserimento e dell'uscita per eventuale adozione o affidamento.

Il campione normativo è costituito da 15 bambini di età compresa tra gli 8 e i 27 mesi ($M = 17.4$, $DS = 5.93$). Di questi 7 sono maschi (46.7%) e 8 sono femmine (53.3%).

I bambini vivono con le loro famiglie e frequentano asili nidi del territorio Veneto.

4.2. Qualità delle interazioni adulto-bambino in campioni normativi e a rischio

Di seguito vengono riportate e discusse le statistiche descrittive condotte sulla base dei punteggi ottenuti alle Emotional Availability Scales (EAS) dalle diadi adulto-bambino del campione normativo e del campione clinico al tempo 1 (T1) e al tempo 2 (T2).

Di questi risultati verrà poi fatto un confronto tra gruppi attraverso il test di Mann-Whitney sia per il tempo 1 sia per il tempo 2.

4.2.1. Qualità dell'interazione adulto-bambino nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al T1

In tabella 1 vengono riportate le medie e le deviazioni standard dei punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al campione normativo e al campione clinico alla prima rilevazione (T1) e le percentuali di soggetti che hanno ottenuto un punteggio uguale o inferiore a 4, considerato il punteggio limite per valutare aspetti di inconsistenza nell'interazione. Nello specifico, punteggi tra 5.5 e 7 corrispondono ad interazioni funzionali; punteggi tra 3.5 e 5 corrispondono a interazioni che presentano alcuni aspetti di inadeguatezza; punteggi tra 1 e 3 corrispondono a interazioni disfunzionali.

Dai risultati si può osservare che, per quanto riguarda il campione a basso rischio, nelle prime quattro scale riferite all'adulto i punteggi si collocano in media al di sopra del punteggio limite, non evidenziando quindi aspetti significativi di inconsistenza. La scala che risulta avere il punteggio più basso è quella della *Non intrusività*, ma anche in questo caso non si tratta di un punteggio rispetto al quale è possibile affermare che vi siano

aspetti di inconsistenza. Anche nelle scale relative al bambino i punteggi sono mediamente al di sopra di 5, indicando quindi assenza di difficoltà rilevanti nelle interazioni da parte del bambino.

Per quanto riguarda il campione clinico, invece, dai risultati si può osservare che i punteggi delle prime quattro scale riferite all'adulto sono mediamente funzionali, mentre per quanto riguarda le scale del bambino sono al limite dell'inconsistenza, tanto che il 55.6% e il 66.7% dei bambini ha ottenuto un punteggio uguale o inferiore a 4 rispettivamente nelle scale della *Responsività* e del *Coinvolgimento*.

Le scale rispetto alle quali si rilevano maggiori differenze nei punteggi tra campione normativo e campione clinico sono quelle relative al bambino.

<i>Variabile EAS</i>	<i>Gruppo a basso rischio</i>		<i>Gruppo clinico</i>	
	<i>M (DS)</i>	<i>% soggetti ≤ 4</i>	<i>M (DS)</i>	<i>% soggetti ≤ 4</i>
Sensibilità	5.40 (1.21)	26.7%	5.22 (0.79)	33.3%
Strutturazione	5.50 (1.12)	20%	5.22 (0.83)	22.2%
Non intrusività	4.97 (1.54)	33.3%	5.00 (1.30)	44.4%
Non ostilità	5.97 (0.93)	13.3%	6.22 (0.44)	0
Responsività	5.23 (1.08)	20%	4.44 (0.85)	55.6%
Coinvolgimento	5.10 (1.18)	33.3%	4.22 (0.94)	66.7%

Tabella 1. Punteggi del gruppo a basso rischio e del gruppo clinico nelle scale delle Emotional

Availability Scales al tempo 1

4.2.2. Qualità dell'interazione adulto-bambino nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al T2

In tabella 2 vengono riportate le medie e le deviazioni standard dei punteggi ottenuti dal campione normativo e dal campione clinico alla seconda rilevazione (T2) per quel che

riguarda la qualità delle interazioni adulto-bambino, e la percentuale di soggetti con punteggio uguale o inferiore a 4.

Dai risultati si può osservare che la media dei punteggi ottenuti dalle diadi adulto-bambino del campione a basso rischio in nessuna scala risulta inferiore o uguale a 4, quindi mediamente non si rilevano aspetti di inconsistenza.

Per quel che riguarda il campione clinico, ciò che si può osservare dai risultati ottenuti dai soggetti è che i punteggi in media non fanno pensare ad aspetti di inconsistenza, infatti, si collocano in tutte le scale al di sopra del punteggio di 4.

La scala in cui sembra che vi siano maggiori differenze nei punteggi tra il gruppo a basso rischio e il gruppo clinico sembra quella del *Coinvolgimento*, in cui i bambini appartenenti al gruppo a rischio ottengono in media punteggi inferiori dei bambini appartenenti al gruppo di controllo.

<i>Variabile EAS</i>	<i>Gruppo a basso rischio</i>		<i>Gruppo clinico</i>	
	<i>M (DS)</i>	<i>% soggetti ≤ 4</i>	<i>M (DS)</i>	<i>% soggetti ≤ 4</i>
Sensibilità	5.23 (0.73)	26.7%	5.80 (0.91)	20%
Strutturazione	4.87 (0.90)	33.3%	5.40 (0.42)	0
Non intrusività	5.17 (0.92)	20%	5.80 (0.45)	0
Non ostilità	5.70 (0.59)	6.7%	6.30 (0.67)	0
Responsività	5.00 (0.85)	40%	5.00 (0.94)	20%
Coinvolgimento	4.90 (1.02)	40%	4.70 (0.84)	60%

Tabella 2. Punteggi del gruppo a basso rischio e del gruppo clinico nelle scale delle Emotional

Availability Scales al tempo 2

4.2.3. Confronto nella qualità delle interazioni adulto-bambino tra gruppo a basso rischio e gruppo clinico al T1 e al T2

Il confronto tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo per quanto riguarda la qualità delle interazioni adulto-bambino è stato effettuato utilizzando il test non parametrico di Mann-Whitney.

Dall'applicazione del Mann-Whitney U test ai dati relativi alla prima rilevazione (T1) è emersa una differenza statisticamente significativa rispetto alla variabile *Responsività* ($U = 33.50, p = .039$) e alla variabile *Coinvolgimento* ($U = 34.50, p = .42$): i bambini del gruppo a basso rischio presentano una maggiore responsività e un maggior coinvolgimento rispetto ai bambini del gruppo clinico durante le interazioni con le proprie figure di riferimento.

Per quanto riguarda i risultati relativi alla seconda misurazione (T2), applicando il Mann-Whitney U test, non emergono differenze statisticamente significative tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo in alcuna delle scale dello strumento Emotional Availability Scales.

In Figura 3 sono rappresentate graficamente le medie dei punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al gruppo a basso rischio e al gruppo clinico alla prima (T1) e alla seconda rilevazione (T2).

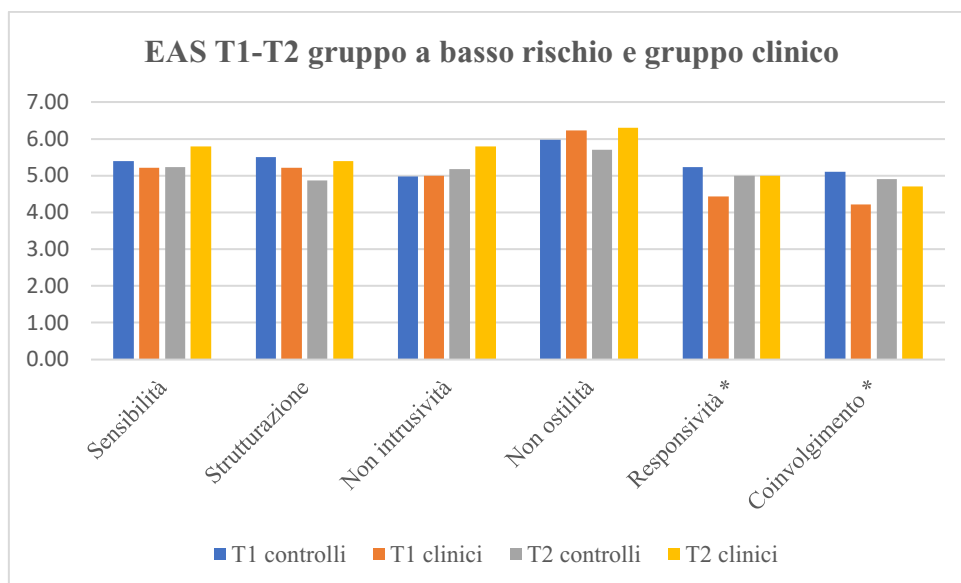


Figura 3. Grafico delle medie dei punteggi nelle EAS del gruppo a basso rischio e clinico al T1 e al T2

4.3. Comportamento adattivo in campioni normativi e a rischio

Di seguito verranno riportate e discusse le statistiche descrittive (medie e deviazioni standard) relative ai punteggi del campione normativo e del campione clinico alle Vineland Adaptive Behavior Scales sia nella prima (T1) sia nella seconda rilevazione (T2).

Successivamente, per operare il confronto tra gruppi, è stato applicato il test non parametrico di Mann-Whitney.

4.3.1. Comportamento adattivo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al T1

In tabella 3 vengono riportate le statistiche descrittive relative ai punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al campione a basso rischio e al campione clinico in ognuna delle quattro scale e delle relative sotto-scale delle Vineland Adaptive Behavior Scale alla prima rilevazione (T1).

Ciò che è possibile osservare dai risultati è che i bambini del gruppo di controllo presentano punteggi mediamente superiori rispetto alla norma nelle scale *Ricezione*, *Personale* e nel punteggio totale relativo alle *Abilità del vivere quotidiano*.

Per quanto riguarda il gruppo clinico, dai risultati emerge che i bambini presentano un punteggio al di sotto della norma per quanto riguarda le capacità di comunicazione ricettiva, mentre nelle altre scale il punteggio ottenuto dai soggetti si avvicina mediamente alla norma.

Dal punto di vista qualitativo, dunque, sembra che i soggetti del campione normativo abbiano punteggi migliori rispetto ai soggetti del campione clinico nell'area riguardante la comunicazione ricettiva, e che presentino punteggi superiori sia rispetto alla norma sia rispetto al campione clinico nell'area relativa alle abilità di vita quotidiana.

<i>Variabile</i>	<i>Gruppo a basso rischio</i>	<i>Gruppo clinico</i>
	M (DS)	M (DS)
Comunicazione		
Ricezione	1.20 (1.34)	-1.00 (1.32)
Espressione	0.39 (0.96)	-0.45 (0.93)
Totale	0.70 (1.09)	-0.66 (1.05)
Abilità del vivere quotidiano		
Personale	3.14 (2.34)	-0.53 (0.72)
Domestico	1.23 (2.73)	-0.04 (1.19)
Comunità	0.35 (1.19)	-0.04 (1.34)
Totale	2.89 (2.27)	-0.46 (0.96)
Socializzazione		
Relazioni interpersonali	0.67 (0.54)	-0.11 (0.98)
Gioco e tempo libero	1.05 (0.88)	0.14 (1.03)
Regole sociali	0.34 (1.72)	0.14 (1.03)
Totale	0.97 (0.90)	-0.01 (0.97)
Abilità motorie		
Grossolane	0.59 (1.30)	-0.25 (1.49)
Fini	0.67 (1.70)	0.14 (0.90)
Totale	0.68 (1.24)	-0.09 (1.29)

Tabella 3. Punteggi del gruppo a basso rischio e del gruppo clinico nelle Vineland Adaptive Behavior Scales al T1

4.3.2. Comportamento adattivo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico al T2

In tabella 4 vengono riportate media e deviazione standard dei punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al campione a basso rischio e al campione clinico in ognuna delle quattro scale e delle relative sotto-scale delle Vineland Adaptive Behavior Scales alla seconda rilevazione (T2).

Per quanto riguarda il campione normativo, dai risultati si può osservare che i punteggi più alti sono relativi alle sotto-scale *Ricezione*, *Personale*, *Relazioni interpersonali* e al punteggio totale della scala relativa alle *Abilità del vivere quotidiano*.

Dai risultati ottenuti dai soggetti del campione clinico, emerge che in tutte le scale in media il punteggio risulta nella norma.

Dal punto di vista qualitativo è possibile affermare che il gruppo normativo presenta migliori abilità rispetto al gruppo clinico in più aree, ma soprattutto nell'area relativa alla comunicazione ricettiva, alle autonomie personali, alle attività di vita quotidiana e alle capacità di creare relazioni interpersonali.

<i>Variabile</i>	<i>Gruppo a basso rischio</i>	<i>Gruppo clinico</i>
	M (DS)	M (DS)
Comunicazione		
Ricezione	1.54 (1.57)	-0.75 (0.38)
Espressione	1.08 (2.30)	-0.53 (0.72)
Totale	1.20 (1.74)	-0.66 (0.60)
Abilità del vivere quotidiano		
Personale	5.35 (2.69)	-0.54 (0.22)
Domestico	1.25 (3.09)	-0.80 (0.22)
Comunità	0.83 (0.80)	-0.93 (1.20)
Totale	4.19 (2.45)	-1.10 (0.62)
Socializzazione		
Relazioni interpersonali	1.68 (1.04)	-0.59 (0.65)
Gioco e tempo libero	1.15 (1.24)	-0.35 (0.48)
Regole sociali	-0.29 (0.79)	-0.20 (0.63)
Totale	1.19 (0.90)	-0.45 (0.59)
Abilità motorie		
Grossolane	0.67 (1.76)	-0.92 (1.61)
Fini	0.73 (1.41)	0.07 (0.73)
Totale	0.76 (1.58)	-0.49 (1.16)

Tabella 4. Punteggi del gruppo a basso rischio e del gruppo clinico nelle Vineland Adaptive Behavior

Scales al T2

4.3.3. Confronto nel comportamento adattivo tra gruppo a basso rischio e gruppo clinico al T1 e al T2

Come per la qualità delle interazioni adulto-bambino, anche per effettuare il confronto tra gruppo clinico e gruppo normativo nei livelli di comportamento adattivo è stato utilizzato il test non parametrico di Mann-Whitney.

Per quanto riguarda la prima rilevazione (T1), dai risultati emerge una differenza statisticamente significativa rispetto alle variabili *Ricezione* ($U = 13.00, p = .001$), *Espressione* ($U = 34.00, p = .046$), *Comunicazione totale* ($U = 20.00, p = .005$), *Personale* ($U = 0.00, p = .000$), *Abilità quotidiane totale* ($U = 5.00, p = .000$). Da ciò è possibile dedurre che i bambini del gruppo a basso rischio possiedono migliori abilità ricettive ed espressive e, più in generale, comunicative, rispetto ai bambini del gruppo clinico, nonché migliori abilità nel dominio personale e, più in generale, nelle abilità del vivere quotidiano.

Per quanto riguarda la seconda rilevazione (T2), dai risultati emerge una differenza statisticamente significativa rispetto alle variabili *Ricezione* ($U = 6.00, p = .006$), *Espressione* ($U = 14.00, p = .040$), *Comunicazione totale* ($U = 12.00, p = .026$), *Personale* ($U = .00, p = .001$), *Comunità* ($U = 7.00, p = .008$), *Abilità quotidiane totale* ($U = .00, p = .001$), *Relazioni interpersonali* ($U = 4.00, p = .003$), *Socializzazione* ($U = 3.00, p = .003$). Da ciò è possibile dedurre che i bambini del gruppo a basso rischio possiedono migliori abilità ricettive ed espressive e, più in generale, comunicative, nonché migliori abilità nel dominio delle attività personali e comunitarie e, più in generale, nelle attività quotidiane, ma anche nelle abilità di creare relazioni interpersonali e di socializzazione, rispetto ai bambini del gruppo clinico.

In Figura 4 sono rappresentate graficamente le medie dei punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al gruppo a basso rischio e al gruppo clinico alla prima (T1) e alla seconda rilevazione (T2).

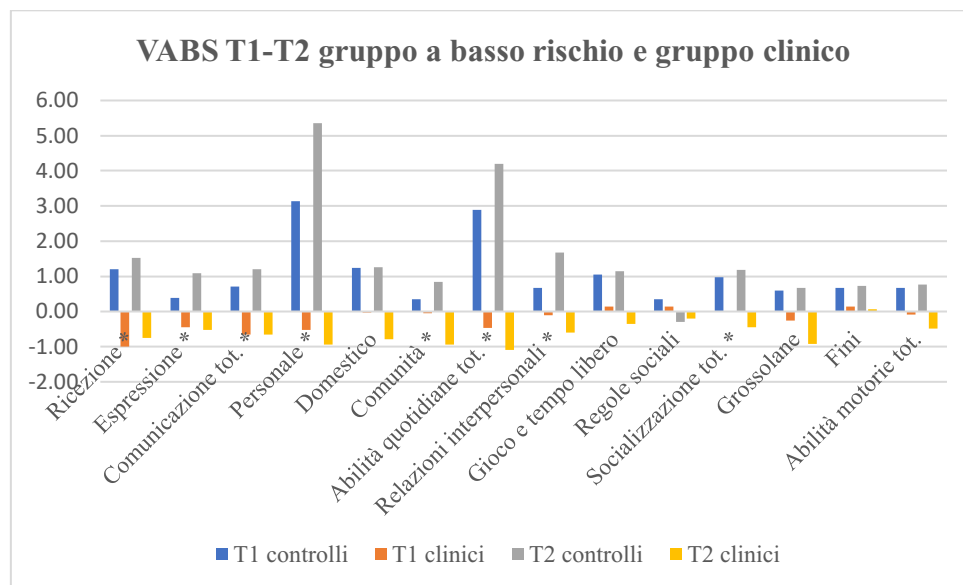


Figura 4. Grafico delle medie dei punteggi nelle VABS del gruppo a basso rischio e clinico al T1 e al T2

4.4. Andamento longitudinale della qualità delle interazioni adulto-bambino nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico

Per verificare le ipotesi formulate in relazione al terzo obiettivo della ricerca, è stato eseguito uno studio longitudinale su una parte del campione clinico e sul campione a basso rischio riguardo alla qualità delle interazioni educatore-bambino: le analisi sono state condotte a distanza di 6 mesi l'una dall'altra.

Dall'applicazione del test di Wilcoxon su entrambi i campioni, non si osservano differenze statisticamente significative in nessuna delle variabili delle Emotional Availability Scales né per il gruppo a basso rischio né per il gruppo clinico ($p > .05$). La

qualità delle interazioni adulto-bambino sia nel gruppo basso rischio che nel gruppo clinico si mostra stabile nel corso dei 6 mesi considerati.

4.5. Andamento longitudinale dei livelli di comportamento adattivo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo clinico

Rispetto all'andamento nel tempo nei livelli di comportamento adattivo all'interno del campione a basso rischio e del campione clinico, è stato analizzato il cambiamento a distanza di 6 mesi dalla prima misurazione nei punteggi ottenuti dai soggetti alle Vineland Adaptive Behavior Scales.

Dall'applicazione del test di Wilcoxon si osserva, per quanto riguarda il gruppo a basso rischio, un cambiamento statisticamente significativo rispetto alla variabile *Personale* ($Z = -2.39, p = .017$) e rispetto alla variabile *Relazioni interpersonali* ($Z = -2.70, p = .008$): si può dunque inferire che, alla seconda rilevazione, i bambini del gruppo a basso rischio presentano migliori abilità di cura personale durante le attività quotidiane e migliori abilità di creare relazioni interpersonali.

Per ciò che concerne il gruppo clinico, non si osservano differenze statisticamente significative nel comportamento adattivo tra la prima e la seconda rilevazione ($p > .05$).

4.6. Associazione tra qualità delle cure da parte dell'educatore e livelli di adattamento in comunità per minori

In merito al quinto ed ultimo obiettivo, sono state condotte analisi statistiche per verificare la presenza di un'eventuale associazione tra qualità delle cure da parte dell'educatore e livelli di adattamento all'interno del gruppo clinico sia alla prima che alla seconda rilevazione.

Di seguito sono riportati i risultati relativi all'applicazione del coefficiente di Spearman (r_s) alle due variabili di interesse.

Per quanto riguarda la prima rilevazione (T1), è possibile osservare associazioni statisticamente significative tra la variabile *Non intrusività* e la variabile *Comunicazione* ($r = .69, p = .039$); tra la variabile *Non ostilità* e le *Abilità del vivere quotidiano* ($r = -.73, p = .027$); tra la variabile *Responsività* e le variabili *Ricezione* ($r = .71, p = .033$), *Comunicazione* ($r = .71, p = .032$), *Relazioni interpersonali* ($r = .77, p = .015$); tra la variabile *Coinvolgimento* e le variabili *Ricezione* ($r = .70, p = .035$), *Comunicazione* ($r = .76, p = .019$), *Domestico* ($r = .68, p = .043$), *Comunità* ($r = .79, p = .012$), *Relazioni interpersonali* ($r = .68, p = .045$).

Dai risultati ottenuti nella prima rilevazione è possibile dedurre che esistono associazioni statisticamente significative tra diverse variabili delle Emotional Availability Scales e delle Vineland Adaptive Behavior Scales, e in particolare si osserva che al crescere dei punteggi nella variabile *Non intrusività* crescono i punteggi nella variabile *Comunicazione*; al crescere dei punteggi di *Non ostilità* decrescono i punteggi nelle *Abilità del vivere quotidiano*; al crescere dei punteggi in *Responsività*, crescono i punteggi in *Ricezione*, *Comunicazione* e *Relazioni interpersonali*; al crescere dei punteggi nella variabile *Coinvolgimento* crescono i punteggi nelle variabili *Ricezione*, *Comunicazione*, *Domestico*, *Comunità* e *Relazioni interpersonali*.

Per quanto riguarda la seconda rilevazione (T2), è possibile osservare associazioni statisticamente significative tra la variabile *Strutturazione* e la variabile *Ricezione* ($r = .95, p = .014$); tra la variabile *Non ostilità* e le variabili *Comunità* ($r = .95, p = .014$), *Relazioni interpersonali* ($r = .89, p = .042$), *Gioco e tempo libero* ($r = .95, p = .014$), *Socializzazione* ($r = .95, p = .014$); tra la variabile *Responsività* e la variabile

Comunicazione ($r = .98, p = .005$); tra la variabile *Coinvolgimento* e la variabile *Comunicazione* ($r = .95, p = .014$).

Anche per quanto riguarda i risultati ottenuti nella seconda rilevazione si osservano associazioni statisticamente significative tra alcune variabili delle Emotional Availability Scales e delle Vineland Adaptive Behavior Scales, e in particolare si può dedurre che al crescere dei punteggi nella variabile *Strutturazione*, crescono i punteggi nella variabile *Ricezione*; al crescere dei punteggi in *Non ostilità* crescono i punteggi in *Comunità*, *Relazioni interpersonali*, *Gioco e tempo libero*, *Socializzazione*; al crescere dei punteggi di *Responsività*, crescono i punteggi della variabile *Comunicazione*; al crescere dei punteggi nella variabile *Coinvolgimento* crescono i punteggi nella variabile *Comunicazione*.

CAPITOLO 5

Discussione dei risultati e conclusioni

5.1. Discussione dei risultati

Per molti anni la letteratura scientifica si è interrogata rispetto all'adeguatezza e all'organizzazione delle comunità per minori: autori come Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e altri hanno dedicato parte della propria attività di ricerca a questi temi (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; van IJzendoorn et al., 2011).

Ciò che emerge dalle analisi finora condotte è che nel corso degli anni sono state attuate misure di cambiamento sostanziale rispetto alle condizioni dei contesti istituzionali dedicati ai minori: ciò è dovuto anche al lavoro di diversi ricercatori che hanno collaborato al fine di fornire delle linee guida affinché gli educatori professionisti potessero mettere in atto buone pratiche di cura nei confronti di bambini che provengono da contesti familiari non sicuri (Haigh & Tucker, 2004).

Ad oggi quindi, la comunità può rappresentare un ambiente di cura e di protezione rispetto a un contesto domestico inadeguato, dove il bambino può vivere in condizioni di trascuratezza e abuso, dove i genitori non sono in grado di rispondere ai suoi bisogni di cura. Infatti, a fronte delle linee guida fornite a livello internazionale, la comunità dovrebbe garantire una buona qualità delle cure e un buon livello di benessere psico-fisico, fornire spazi di gioco e divertimento, favorire un senso di appartenenza alla comunità stessa (Giannone, Guarnaccia, & Infurna, 2012).

L'intento che ha mosso questa ricerca è stato quello di verificare se effettivamente l'applicazione di queste buone pratiche faccia sì che la comunità rappresenti per il bambino una risorsa, un ambiente in cui poter crescere, un'occasione per proseguire senza ostacoli le proprie tappe di sviluppo.

Perciò, il primo obiettivo era quello di verificare se vi fosse una differenza significativa nella qualità delle cure, misurata valutando la qualità delle interazioni adulto-bambino, tra la popolazione normativa, costituita da bambini che vivono con le proprie famiglie, e la popolazione a rischio, costituita da bambini che vivono all'interno di una comunità per minori. Inoltre, è stato preso in considerazione il comportamento adattivo – inteso come l'insieme di abilità che l'individuo dovrebbe essere in grado di svolgere in maniera sufficientemente autonoma e che gli consentano di assolvere alle funzioni previste dal ruolo sociale di un individuo di uguale età e contesto socio-culturale (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005) - come indice di benessere del minore inserito in comunità: per questo, è stato effettuato un confronto con i livelli di comportamento adattivo del campione normativo. Tali confronti sono stati effettuati longitudinalmente al fine di poter disporre di una misura temporale rispetto alle variabili di interesse. Più nello specifico, la qualità delle interazioni e il livello di comportamento adattivo sono stati misurati longitudinalmente per le due rilevazioni in cui era suddiviso lo studio, poste a distanza di 6 mesi l'una dall'altra.

In seguito, per verificare se la permanenza all'interno della comunità potesse determinare nel tempo un miglioramento nell'adattamento del bambino e nella qualità delle cure dell'educatore, è stato condotto uno studio, considerando nello specifico il decorso longitudinale, su una parte del campione clinico e sul campione normativo.

Infine, in linea con il proposito principale della ricerca, è stato indagato se l'attuazione di buone pratiche nel prendersi cura del bambino valutata attraverso i punteggi ottenuti alle Emotional Availability Scales dai soggetti del gruppo clinico, potesse essere associata ai livelli di adattamento del bambino stesso, misurati attraverso le Vineland Adaptive Behavior Scales.

I risultati ottenuti da questa ricerca, in aggiunta ai dati di letteratura finora raccolti, possono rappresentare un'occasione di riflessione rispetto all'importanza di strutturare le comunità per minori in modo da garantire a bambini che portano nella loro storia di vita esperienze traumatiche e stressanti, una possibilità di vivere in condizioni tali da consentire loro di continuare a crescere e raggiungere un livello di benessere adeguato a favorirne lo sviluppo.

5.1.1. Confronto tra qualità delle cure in contesti normativi e a rischio

Rispetto al primo obiettivo (effettuare un confronto rispetto alla qualità delle interazioni adulto-bambino in comunità per minori e in popolazioni a basso rischio), i risultati ottenuti dalla prima rilevazione (T1) confermano l'ipotesi secondo cui la presenza di un caregiver di riferimento come il genitore nella popolazione a basso rischio possa essere associata a un'interazione più funzionale per la diade, ma soprattutto per il bambino: infatti, differenze statisticamente significative si osservano in particolare nelle scale relative al bambino, *Responsività* e *Coinvolgimento*. Questi risultati indicano che i bambini provenienti da una popolazione normativa manifestano nei confronti dei loro adulti di riferimento una maggiore responsività e un maggiore coinvolgimento durante le interazioni. Ciò è in linea con ipotesi sostenute anche da studi già citati nei precedenti capitoli: infatti, se da una parte i bambini inseriti all'interno di comunità per minori possono presentare una serie di difficoltà legate al contesto istituzionale, dall'altra è importante ricordare che tali bambini, nell'interazione con gli operatori, portano nella loro storia di vita le esperienze negative degli ambienti maltrattanti a cui sono stati esposti in precedenza (Bakermans-Kranenburg et al., 2011).

Per ciò che concerne i risultati relativi alla seconda rilevazione (T2) non sono emerse differenze statisticamente significative tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo per quel che riguarda le variabili delle Emotional Availability Scales. Non sono state dunque riscontrate differenze nella qualità delle cure (intesa in termini di interazione adulto-bambino) ricevute dai genitori rispetto a quelle ricevute dagli operatori della comunità.

5.1.2. *Confronto tra livelli di adattamento in contesti normativi e a rischio*

Rispetto al secondo obiettivo (effettuare un confronto rispetto ai livelli di adattamento di bambini inseriti in comunità per minori e di bambini a basso rischio), i risultati ottenuti dalla prima rilevazione (T1) confermano l'ipotesi secondo cui i bambini appartenenti alla popolazione generale presentino punteggi più alti rispetto ai bambini della comunità in alcuni aspetti che misurano il livello di adattamento.

Come già spiegato nei capitoli precedenti, l'adattamento può essere definito come “il grado con cui l'individuo va incontro agli standard di indipendenza personale e responsabilità sociale che ci si attende per età e gruppo di appartenenza culturale” (Grossman, 1983).

Considerando dunque le quattro scale e le relative sotto-scale dello strumento che in questa ricerca è stato preso a riferimento per misurare il comportamento adattivo, le Vineland Adaptive Behavior Scales Expanded e Survey Form, ciò che è emerso dalla prima rilevazione (T1) è che esiste una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda il dominio della *Comunicazione* e le relative sotto-scale che misurano le abilità di comunicazione ricettiva ed espressiva, ma anche per quanto riguarda il dominio delle *Abilità del vivere quotidiano* e la relativa sotto-scala *Personale* che misura le capacità del soggetto di provvedere indipendentemente alla propria cura e igiene personale nella

quotidianità. Ciò supporta l'ipotesi formulata in questa ricerca e in altre (Grotevant et al., 1999; Nsabimana et al., 2019) secondo cui i bambini appartenenti alla popolazione normativa abbiano punteggi più alti in vari aspetti dell'adattamento rispetto ai bambini appartenenti alla popolazione clinica.

I risultati ottenuti dalla seconda misurazione (T2) ampliano e supportano l'ipotesi di partenza: infatti, è emersa una differenza statisticamente significativa nelle scale relative alle abilità comunicative in generale e, più nello specifico, alla comunicazione ricettiva ed espressiva, alle abilità del vivere quotidiano e in particolare rispetto alle capacità di cura personale e alla capacità di orientarsi nel mondo circostante in maniera autonoma, alle abilità di socializzazione e in particolare rispetto alla capacità di creare relazioni interpersonali. Il gruppo di bambini a basso rischio risulta avere migliori capacità nei domini sopra elencati rispetto al gruppo di bambini a rischio.

5.1.3. Cambiamenti nel tempo nella qualità delle interazioni educatore-bambino in comunità

Lo studio longitudinale condotto in relazione al terzo obiettivo su una parte della popolazione clinica aveva lo scopo di verificare l'ipotesi per cui, nel corso del tempo, la qualità delle interazioni con l'educatore possa migliorare. I risultati non supportano l'ipotesi di partenza, infatti non sono emerse differenze statisticamente significative nei punteggi dei soggetti del gruppo clinico in nessuna delle variabili delle Emotional Availability Scales.

Tuttavia, sebbene l'analisi longitudinale non riveli differenze statisticamente significative, dai confronti dei due campioni tra le due tappe emerge che le differenze rilevate nelle variabili relative al bambino, *Responsività* e *Coinvolgimento*, al T1, non

sono più presenti al T2, dove le due variabili sopra citate presentano gli stessi valori tra i due gruppi. Questo dato risulta significativo in quanto permette di chiedersi se vi siano effettivamente cambiamenti non ancora a tal punto rilevanti da essere colti a livello longitudinale. Tale risultato andrà meglio approfondito in ricerche future.

5.1.4. Cambiamenti nel tempo nei livelli di adattamento in comunità

Per verificare l'ipotesi, relativa al quarto obiettivo della ricerca, secondo la quale i livelli di comportamento adattivo del bambino in comunità migliorano nel corso del tempo, è stata condotta un'altra analisi longitudinale.

Anche in questo caso, come per la qualità delle interazioni adulto-bambino, non sono emerse differenze statisticamente significative nel comportamento adattivo tra la prima e la seconda rilevazione. Questo dato è rilevante in quanto è possibile dedurre che, seppur sia vero che i punteggi nei livelli di adattamento dei bambini a rischio non migliorano nel corso del tempo, è vero anche che non peggiorano. In questo senso, il tipo di trattamento offerto dalla comunità è verosimilmente in grado di prevenire, nei 6 mesi considerati, gli effetti negativi dell'istituzionalizzazione sui bambini.

Differenze statisticamente significative sono state invece osservate all'interno del gruppo a basso rischio, in particolare per ciò che concerne le capacità di cura e igiene personale e rispetto alla capacità di creare relazioni interpersonali: da ciò è possibile dedurre che i bambini appartenenti alla popolazione normativa presentano un miglioramento nel tempo nelle abilità di cura e nelle abilità relazionali.

5.1.5. Associazione tra qualità delle cure e comportamento adattivo in comunità

Rispetto al quinto ed ultimo obiettivo (verificare la presenza di un'associazione tra qualità delle cure e comportamento adattivo in comunità per minori), i risultati confermano l'ipotesi secondo cui esiste un'associazione tra una qualità delle cure positiva da parte dell'educatore e i livelli di comportamento adattivo.

Dai risultati ottenuti dalla prima rilevazione (T1) è infatti emerso che, per quanto riguarda il campione clinico, esistono associazioni statisticamente significative tra più variabili delle Emotional Availability Scales e delle Vineland Adaptive Behavior Scales. In particolare, si osserva:

- Un'associazione positiva e direttamente proporzionale tra la variabile *Non intrusività* e la variabile *Comunicazione*: quanto meno l'adulto è intrusivo, tanto migliori sono le abilità comunicative del bambino.
- Un'associazione negativa e indirettamente proporzionale tra la variabile *Non ostilità* e la variabile *Abilità del vivere quotidiano*: quanto più l'adulto si mostra ostile nell'interazione con il bambino, tanto meno il bambino sembra sviluppare le capacità che gli permettano di acquisire abilità di cura personale quotidiana.
- Un'associazione positiva e direttamente proporzionale tra la variabile *Responsività* e le variabili *Ricezione, Comunicazione e Relazioni interpersonali*: sembra dunque che quanto più il bambino si mostra responsivo verso l'adulto, tanto migliori sono le sue abilità di comunicazione, in particolare quelle relative alla comunicazione ricettiva, e le capacità di creare relazioni interpersonali.
- Un'associazione positiva e direttamente proporzionale tra la variabile *Coinvolgimento* e le variabili *Ricezione, Comunicazione, Domestico, Comunità e Relazioni interpersonali*: quanto più il bambino si mostra coinvolto

nell'interazione, tanto migliori saranno le sue abilità comunicative, in particolare quelle ricettive, ma anche le sue abilità di orientarsi con attenzione nel mondo circostante e nella quotidianità, e le sue abilità di creare relazioni interpersonali.

I risultati ottenuti dalla seconda rilevazione (T2) fungono da ulteriore supporto all'ipotesi di partenza. Anche in questo caso, infatti, si osservano associazioni statisticamente significative tra le diverse variabili dei due strumenti, e in particolare è emersa:

- Un'associazione positiva e direttamente proporzionale tra la variabile *Strutturazione* e la variabile *Ricezione*: sembrerebbe dunque che a un adulto che struttura il gioco e le attività seguendo la guida del bambino durante le interazioni si associ un bambino che presenta migliori abilità di comunicazione ricettiva.
- Un'associazione positiva e direttamente proporzionale tra la variabile *Non ostilità* e le variabili *Comunità*, *Relazioni interpersonali*, *Gioco e tempo libero* e *Socializzazione*: quanto meno l'adulto si mostra ostile nei confronti del bambino tanto più il bambino mostra buone capacità di orientarsi quotidianamente in modo autonomo nel mondo circostante, ma anche buone abilità di socializzazione e, più nello specifico, capacità di entrare in relazione con gli altri e di giocare e cooperare con gli altri.
- Un'associazione positiva e direttamente proporzionale tra la variabile *Responsività* e la variabile *Comunicazione*: quanto più, dunque, il bambino si mostra responsivo e sensibile nei confronti dell'adulto, quanto più mostra buone abilità di comunicazione.
- Un'associazione positiva e direttamente proporzionale tra la variabile *Coinvolgimento* e la variabile *Comunicazione*: sembra quindi che quanto più il bambino è coinvolto e coinvolge l'adulto nell'interazione attraverso iniziative

semplici ed elaborate ma anche attraverso il linguaggio del corpo, tanto più mostra buone capacità di entrare in comunicazione con l'altro.

Complessivamente, dai risultati sembrerebbe emergere come alcune delle variabili delle Emotional Availability Scales siano associate significativamente con alcune delle variabili delle Vineland Adaptive Behavior Scales, e in particolare con le variabili relative alle scale *Comunicazione*, *Abilità del vivere quotidiano* e *Socializzazione*.

5.2. Limiti della ricerca e prospettive future

La ricerca condotta presenta diversi limiti relativamente al metodo che è necessario tenere in considerazione sia in relazione all'interpretazione dei risultati ottenuti sia in relazione alle possibili ricerche future.

Un primo limite riguarda la numerosità del campione: il fatto di avere preso in esame un campione così ridotto rende difficile generalizzare i risultati ottenuti. Le ricerche future dovrebbero quindi raccogliere un numero di partecipanti più ampio in modo da poter generalizzare, nonché rendere maggiormente validi e attendibili, i risultati.

Un secondo limite riguarda il fatto che i dati sono relativi ad un solo contesto comunitario senza nessun confronto con altre comunità per minori che offrano tipologie di trattamento diverso. Lo studio condotto dovrebbe dunque essere riprodotto anche in altri contesti, al fine di ottenere risultati più generalizzabili in virtù di un campione più ampio ed eterogeneo dal punto di vista di trattamento, geografico e di età.

Un terzo limite riguarda l'aver considerato solo una parte del campione clinico per lo studio longitudinale: tale scelta deriva dalle caratteristiche stesse della comunità, che implicano che i partecipanti alla ricerca potrebbero non garantire la continuità e la possibilità di essere testati a distanza di 6 mesi, in quanto l'obiettivo primario dal punto

di vista clinico è far sì che i bambini quanto prima trovino una famiglia adottiva o affidataria che li accolga. Le ricerche future potrebbero quindi prendere in considerazione un campione che possa garantire la possibilità di essere seguito longitudinalmente anche dopo l'eventuale dimissione dalla comunità, in modo da poter disporre di una misura relativa agli esiti del trattamento.

Infine, un quarto ed ultimo limite, riguarda il fatto che sono state prese in considerazione poche variabili e non è stata valutata la possibile presenza di variabili interferenti. Le ricerche future dovrebbero dunque impostare la ricerca prendendo in esame un modello più complesso che includa anche altri tipi di variabili.

5.3. Riflessioni conclusive

L'inserimento del bambino all'interno di contesti istituzionali è stato spesso considerato dalla letteratura come un rischio per lo sviluppo fisico, psicologico ed emotivo. Inoltre, è stato sottolineato come, frequentemente, la struttura e l'organizzazione stesse della comunità rendano difficoltoso per gli educatori poter mettere in atto una qualità delle cure positiva e poter creare un contesto di accudimento e protezione.

La ricerca condotta ha avuto lo scopo di indagare se vi fosse un'associazione tra la qualità delle interazioni educatore-bambino e i livelli di adattamento del bambino inserito all'interno di comunità per minori e se potessero verificarsi dei cambiamenti nel tempo rispetto alla qualità delle cure e rispetto all'adattamento.

Dai risultati ottenuti è emerso che esistono delle associazioni tra le variabili relative al costrutto di disponibilità emotiva e le variabili relative alle abilità comunicative, alle abilità del vivere quotidiano e alle abilità di socializzazione.

Inoltre, dal confronto tra gruppo di controllo e gruppo clinico, non sono emerse differenze significative rispetto alla qualità dei comportamenti interattivi dell'adulto, ma sono emerse rispetto alla qualità dei comportamenti interattivi del bambino.

Infine, sembrerebbe che non vi siano cambiamenti significativi nel tempo né per ciò che riguarda la qualità delle cure né per ciò che riguarda il comportamento adattivo man mano che prosegue la permanenza del bambino all'interno della comunità.

I risultati di questo studio corroborano in parte ciò che è emerso da altre ricerche citate nel presente lavoro (Biringen et al., 2012; Cassibba, van IJzendoorn, & D'Odorico, 2000): la relazione privilegiata, sicura e protettiva con il caregiver di riferimento può impattare positivamente sugli outcomes di adattamento del bambino inserito all'interno della comunità. L'utilizzo, dunque, di buone pratiche di cura e l'attenzione posta dall'equipe di educatori professionisti non solo ai bisogni fisici, ma anche a quelli emotivi e psicologici del bambino, risulta essere predittiva di alti livelli di comportamento adattivo. È necessario aggiungere, tuttavia, che non sono stati ottenuti i risultati sperati per quanto riguarda l'andamento longitudinale della qualità delle cure da parte dell'educatore e dei livelli di adattamento: non essendo emerso alcun cambiamento nel tempo per nessuno dei due costrutti, non è stato possibile confermare le ipotesi di questa ricerca né fornire ulteriori prove a sostegno di studi precedentemente citati (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; Donald & Ceballos, 2020). Ciò può però rappresentare uno spunto di riflessione rispetto all'importanza di condurre ulteriori ricerche che supportino l'ipotesi che sia necessario incrementare gli sforzi al fine di implementare, fin dal primo inserimento del bambino all'interno della comunità, il rapporto con un caregiver di riferimento ma anche il suo adattamento al contesto. Allo stesso tempo questo dato potrebbe avere delle importanti implicazioni cliniche, offrendo spunti per l'implementazione dei trattamenti.

In conclusione, dunque, a partire dai dati ottenuti attraverso il presente studio è possibile proseguire il lavoro di ricerca relativo al miglioramento e al cambiamento di un contesto come quello della comunità per minori: essa, se dotata di un'equipe multiprofessionale adeguatamente strutturata e formata, può rappresentare, per un bambino che ha vissuto in famiglie maltrattanti, abusanti, violente, non sicure, un ambiente di sviluppo che lo aiuti a riparare le proprie ferite emotive e psicologiche, affinché possa raggiungere un livello di benessere tale da poter proseguire il suo percorso di sviluppo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA. (Tr. It.: *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).

Andrade, B.F., Browne, D.T., & Tannock, R. (2014). Prosocial skills may be necessary for better peer functioning in children with symptoms of disruptive behavior disorders. *PeerJ*, 2, e487.

Andrade, B.F. & Tannock, R. (2012). The direct effects of inattention and hyperactivity/impulsivity on peer problems and mediating roles of prosocial and conduct problem behaviors in a community sample of children. *Journal of Attention Disorders*, 17(8), 670-680.

Angeli, A. (2002). *Classificazione delle comunità per minori*.

Artusi, R., Verderio, P., & Marubini, E. (2002). Bravais-Pearson and Spearman correlation coefficients: meaning, test of hypothesis and confidence interval. *The international Journal of Biological Markers*, Vol. 17 no. 2, 148-151.

Asher, S.R., & Dodge, K.A. (1986). Identifying children who are rejected by their peers. *Developmental Psychology*, 22, 444-449.

Atwine, B., Cantor-Graae, E., & Bajunirwe, F. (2005). Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda. *Social science & medicine*, 61(3), 555-564.

Audet, K., & Le Mare, L. (2010). Mitigating effects of the adoptive caregiving environment on inattention/overactivity in children adopted from Romanian orphanages. *International Journal of Behavioural Development*, 35(2), 107-115.

Aviezer, O. (2008). Emotional availability and the complexity of child care: A commentary. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 4, 475–481.

Balboni, G., Belacchi, C., Bonichini, S., & Coscarelli, A. (a cura di) (2010). Vineland-II Adaptive Behavior Scales Survey Interview Form: Istruzioni per la somministrazione. Giunti OS.

Baker, J. A. (1999). Teacher–student interaction in urban at-risk classrooms: Differential behavior, relationship quality, and student satisfaction with school. *Elementary School Journal*, 100, 57–70.

Bakermans-Kranenburg, M.J., Steele, H., Zeanah, C.H., Muhamedrahimov, R.J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N.A., & Gunnar, M.R. (2011). Children without permanent parents: research, practice, and policy: III. Attachment and emotional development in institutional care: characteristics and catch up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, 62-91.

Barnabotti, G., & Iacobino, P. (1998). Comunità per minori.

Belsky, J. (2009). Classroom composition, childcare history and social development: Are childcare effects disappearing or spreading? *Social Development*, 18, 230–238.

Belsky, J., Vandell, D., Burchinal, M., Clarke-Stewart, K. A., McCartney, K., Owen, M., & the NICHD Early Child Care Research Network. (2007). Are there long-term effects of early child care? *Child Development*, 78, 681–701.

Berking, M., Wirtz, C.M., Svaldi, J., & Hoffman, S.G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour research and therapy*, 57, 13-20.

Bettmann, J.E., Lundahl, B.W., Wright, R., Jasperson, R.A., & McRoberts, C.H. (2011). Who are they? A descriptive study of adolescents in wilderness and residential programs. *Residential Treatment for Children & Youth*, 28, 192-210.

Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 104–114.

Biringen, Z. (2008a). Emotional Availability (EA) Scales (4th ed.). Early-infancy/childhood version. Unpublished manual.

Biringen, Z. (2008b). Emotional Availability (EA) Scales (4th ed.). Middle childhood/youth version. Unpublished manual.

Biringen, Z., Altenhofen, S., Aberle, J., Baker, M., Brosal, A., Bennett, S., Coker, E., Lee, C., Meyer, B., Moorlag, A., & Swaim, R. (2012). Emotional availability, attachment, and intervention in center-based child care for infants and toddlers. *Development and Psychopathology*, 24, 23-34.

Biringen, Z., Damon, J., Pipp-Siegel, S., Grigg, W., & Stratton, J. (2005a). Emotional availability: Differential predictions to infant attachment based on observation time and context. *Infant Mental Health Journal*, 26, 295–308.

Biringen, Z., Dersheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M.A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34, 114-167.

Biringen, Z. & Easterbrooks, A.E. (2012). Emotional Availability: Concept, research and window on developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 24(2), 1-8.

Biringen, Z., Skillern, S. Mone, J., & Pianta, R. (2005b). Emotional availability is predictive of the emotional aspects of children’s “school readiness.” *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 1, 81–98.

Black, D. (1978). The bereaved child. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*.

Bornstein, M., H., Gini, M., Suwalsky, J.T.D., Putnick, D.L., & Haynes, O.M. (2006). Emotional availability in mother-child dyads: short-term stability and continuity from variable-centered and person-centered perspectives. *Merrill-Palmer Quarterly*, *Vol.52*, No. 3, 547-571.

Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bravo, A., & Del Valle, J.F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: Su papel en la protección infantil [Crisis and review of residential care: Its role in child welfare]. *Papeles del Psicólogo*, *30(1)*, 42-52.

Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna, Il Mulino (ed. or. The ecology of human development. Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979).

Browne, K., Hamilton-Giachritsis, C., Johnson, R., & Ostergren, M. (2006). Overuse of institutional care for children in Europe. *British Medical Journal*, *332*, 485.

Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2018b). A systematic review of the outcome of child abuse in long-term care. *Trauma, Violence, & Abuse*. Unpublished manuscript.

Carr, A., Duff, H., Craddock, F. (2020). A systematic review of reviews of the outcome of severe neglect in underresourced childcare institutions. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21 (3)*, 484-497.

Cassibba, R., van Ijzendoorn, M.H., & D'Odorico, L. (2000). Attachment and play in child care centers: reliability and validity of the Attachment Q-Sort for mothers and professional caregivers in Italy. *International Journal of Behavioral Development*, *24*, 241-255.

Connor, D.F., Doerfler, L.A., Toscano, P.F., Jr., Volungis, A.M., & Steingard, R.J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies, 13*, 497-510.

Courtney, M.E. (1998). Correlates of social worker decisions to seek treatment-oriented out-of-home care. *Children and Youth Services Review, 20*(4), 281-304.

Deklyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 637– 665). New York: Guilford Press.

Del Valle, J.F., Lopez, M., Monserrat, C., & Bravo, A. (2008). El acogimiento familiar en Espana. Una evaluacion de resultados [Family foster care in Spain. An outcome assessment]. Madrid, Spain: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Dobrova-Krol, N.A., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Juffer, F. (2010). The importance of quality of care: effects of perinatal HIV-infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 1368-1376.

Doll, E. A. (1963). *Vineland Social Maturity Scale*. Circle Pines: MN, American Guidance Service.

Donald, E.J., & Ceballos, P. (2020). Child-parent relationship therapy with residential care workers. *International Journal of Play Therapy, Vol. 29, No. 3*, 163-176.

Dontas, C., Maratos, O., Fafoutis, M., Karangeli, A. (1985). Early social development in institutionally reared Greek infants: Attachment and peer interaction. *Child Development, 209*, 136-146.

Doran, L., & Berliner, L. (2001). Placement decisions for children in long-term foster care: Innovative practices and literature review. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Dowdney, L. (2000). Annotation: childhood bereavement following parental death. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(7), 819-830.

Emiliani, F., & Bastianoni, P. (1993). Una normale solitudine. Roma: NIS.

Engle, P.L., Groza, V.K., Grorak, C.J., Greenberg, A., Bunkers, K.M., & Muhamedrahimov, R.J., (2011). VIII. The situation for children without parental care and strategies for policy change. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 190-222.

Farmer, C., Adedipe, D., Bal, V.H., Chlebowski, C., & Thurm, A. (2020). Concordance of the Vineland Adaptive Behavior Scales, second and third editions. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 64, part I, 18-26.

Fernandez-Molina, M., Del Valle, J.F., Fuentes, M.J., Bernedo, I., & Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa [Behavioural problems in adolescents in pre-adoption foster care, residential care and kinship care]. *Psicothema*, 23(1), 1-6.

Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In S. Meisels & H. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 78-96). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 32(2), 449-454.

Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.133 del 17-05-1983 – Suppl. Ordinario

Giannone, F., Guarnaccia, C., & Infurna, M.R. (2012). Linee guida per le comunità per minori. Uno strumento per la definizione di standard di funzionamento.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Gordon, K., & Harkins, D. (2006). Whole child international Latin American children's home project.

Gray, L.B., Weller, R.A., Fristad, M., & Weller, E.B. (2011). Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 277-283.

Grossman, H.J. (Ed.). (1983). Classification in mental retardation. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Grotevant, H.D., Ross, N.M., Marchel, M.A., & McRoy, R.G. (1999). Adaptive behavior in adopted children: predictors from early risk, collaboration in relationships within the adoptive kinship network, and openness arrangements. *Journal of Adolescent Research*, Vol.14 No.2, 231-247.

Gunnar, M.R. (2001). Effects of early deprivation. In C.A. Nelson & M. Luciana (Eds.), *Handbook of developmental cognitive neuroscience* (pp.617-629). Cambridge, MA; MIT press.

Gunnar, M.R., Bruce, J., & Grotevant, H.D. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and Psychopathology*, 12, 677-693.

Gunnar, M.R., & Van Dulmen, M.H. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and psychopathology*, 19(1), 129-148.

Haigh, R., & Tucker, S. (2004). Democratic Development of standards: The Community of communities – A quality network of therapeutic communities.

Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2012). Forgotten children? An update on young children in institutions across Europe. *Early Human Development*, 88, 911-914.

Han, G., Helm, J., Iucha, C., Zahn-Waxler, C., Hastings, P.D., & Klimes-Dougan, B. (2016). Are executive functioning deficits concurrently and predictively associated with depressive and anxiety symptoms in adolescents? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(1), 44-58.

Harris, T., Brown, G.W., & Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. *Psychological medicine*, 16(3), 641-659.

Hawk, B., & McCall, R.B. (2010). CBCL behavior problems of post-institutionalized international adoptees. *Clinical child and family psychology review*, 13 (2), 199-211.

Hazell, P. (2002). Depression in children: may go unnoticed and untreated. *BMJ*, 325(7358), 229-230.

Herreros, F. (2009). Attachment security of infants living in a Chilean orphanage. Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, CO.

Hodges, J., & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.

Howes, C., Matheson, C.C., & Hamilton, C.E. (1994). Maternal, teacher, and child care history correlates of children's relationships with peers. *Child Development*, 65, 264-273.

Howes, C., Philips, D.A., & Whitebook, M. (1992). Teacher characteristics and effective teaching in child care: findings from the National Child Care Staffing Study. *Child & Youth Care Forum*, 21, 399-414.

Howes, C., Phillipsen, L. C., & Peisner-Feinberg, E. (2000). The consistency of perceived teacher–child relationships between preschool and kinder- garten. *Journal of School Psychology, 38*, 113–132.

Howes, C., & Ritchie, S. (1999). Attachment organizations in children with difficult life circumstances. *Development and Psychopathology, 11*, 251– 268.

Howes, C., & Smith, E.W. (1995). Children and their child care caregivers: profiles of relationships. *Social Development, 4*, 44-61.

Howes, C., & Spieker, S. (2008). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 317– 332). New York: Guilford Press.

Icabone, D.G. (1999). Vineland adaptive behavior scales. *Diagnostique, 24*(1-4), 257-273.

James, S.L., & Roby, J.L. (2019). Comparing reunified and residential care facility children wellbeing in Ghana: The role of hope. *Children and Youth Services Review, 96*, 316-325.

Jiménez-Morago, J.M., León, E., & Román, M. (2015). Adversity and adjustment in children in institutions, family foster care, and adoption. *Spanish Journal of Psychology, 18*, e45, 1-10.

Jiménez-Morago, J.M., & Palacios González, J. (2008). El acogimiento familiar en Andalucía: Procesos familiares, perfiles personales [Family foster care in Andalusia: Family processes, individual profiles]. Granada, Spain: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Juffer, F., & van IJzendoorn, M.H., (2009). International adoption comes of age: Development of international adoptees from a longitudinal and meta-analytical perspective. In G.M. Wrobel & E. Neil (Eds.), *International advances in adoption research for practice* (pp.169-192). New York, NY: Wiley.

Kertz, S.J., Belden, A.C., Tillman, R., & Luby, J. (2016). Cognitive control deficits in shifting and inhibition in preschool age children are associated with increased depression and anxiety over 7.5 years of development. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*(6), 1185-1196.

Kogan, N., & Carter, A. S. (1996). Mother–infant reengagement following the still-face: The role of maternal emotional availability in infant affect regulation. *Infant Behavior & Development*, *19*, 359–370.

Kraaij, V., Garnefski, N., de Wilde, E.J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & ter Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of youth and adolescence*, *32*(3), 185-193.

Landreth, G.L., & Bratton, S.C. (2019). Child parent relationship therapy (CPRT): An evidence-based 10-session filial therapy model (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Lehman, E., Steier, A., Guidash, K. M., & Wanna, S. Y. (2002). Predictors of compliance in toddlers: Child temperament, maternal personality, and emotional availability. *Early Child Development and Care*, *172*, 301– 310.

Leiden Conference on the Development and Care of Children without permanent parents (2012). The development and care of institutionally reared children. *Child Development Perspectives*, *6*(2), 174-180.

Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., Swaab, H., & Scholte, E. (2016). Characteristics of children in foster care, family-style group care, and residential care: A scoping review. *Journal of Child and Family Studies*, *25*, 2357-2371.

Lewis, M. (2000). Toward a development of psychopathology models, definitions, and prediction. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 3–22). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121– 160). Chicago: University of Chicago Press.

Mak, W.W., Ng, I.S., & Wong, C.C. (2011). Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of counseling psychology*, 58(4), 610.

Mann, H.B., & Whitney, D.R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 5MO.

Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K., & Handley-Derry, M. (1997). Determinants of behavioral problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 17–31.

Marty, A. H., Readdick, C. A., & Walters, C. M. (2005). Supporting secure parent–child attachments: The role of the non-parental caregiver. *Early Child Development and Care*, 175, 271–283.

Marvin, R. S., & O’ Connor, T. G. (1999). The formation of parent-child attachment following privation. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM.

McCall, R.B. (2013). The consequences of early institutionalization: can institutions be improved? – should they? *Child and adolescent mental health*, 18.

McKnight, P.E., & Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-1.

Muhamedrahimov, R.J., & Palmov, O.I. (2008). Caregiver-child interaction and attachment in an early intervention program for institutionalized infants. *1st Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA) in Conjunction with the University of Bologna, Bertinoro, Italy* (Program and abstract book, p.10).

Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A test for assessing whether two independent samples come from the same distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, vol.4(1)*, 13-20.

Nelson, C.A. III, Bos, K., Gunnar, M.R., & Sonuga-Barke, E.J.S. (2011). Children without permanent parents: research, practice and policy: V. The neurobiological toll of early human deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 76*, 127-146.

Nsabimana, E., Rutembesa, E., Wilhelm, P., & Martin-Soelch, C. (2019). Effects of institutionalization and parental living status in children's self-esteem, and externalizing and internalizing problems in Rwanda. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 442.

Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿Protección o riesgo? [Child welfare institutions: Protection or risk?]. *Infancia y Aprendizaje, 26*, 353-363.

Palacios, J., & Jiménez, J.M. (2009). Kinship foster care. Protection or risk? *Adoption and Fostering, 33*, 64-75.

Palacios, J., Moreno, C., & Román, M. (2013). Social competence in internationally adopted and institutionalized children. *Early Childhood Research Quarterly, 28*, 357-365.

Palacios, J., & Sánchez-Sandoval, Y. (2005). Beyond adopted/non-adopted comparisons. In D. Brodzinsky & J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption: Research and applications* (pp.115-142). Westport, CT: Greenwood.

Palareti, L. (2003). Valutare le comunità per minori. *Psicologia clinica dello sviluppo, 7(3)*, 351-384.

Perry, A., & Factor, D.C. (1989). Psychometric validity and clinical usefulness of the Vineland Adaptive Behavior Scales and the AAMD Adaptive Behavior Scale for an Autistic Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 19*, No. 1.

Petrowsky, N., Cappa, C., & Gross, P. (2017). Estimating the number of children in formal alternative care: challenges and results. *Child abuse & neglect, 70*, 388-398.

Porreca, A., De Palo, F., & Simonelli, A. (2015). Nuove prospettive nello studio del legame adulto-bambino. attaccamento, disponibilità emotiva diadica e le Emotional Availability Scales (EAS). *Attaccamento Sistemi Complessi, 2*, 31-52.

Ramdhonee-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, C.A. (2021) Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A randomized waitlist controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 278*, 327-338.

Riggs, N.R., Blair, C.B., & Greenberg, M.T. (2004). Concurrent and 2-year longitudinal relations between executive function and the behaviour of 1st and 2nd grade children. *Child Neuropsychology, 9*(4), 267-276.

Román Rodríguez, M. (2010). El apego en niños y niñas adoptados. Modelos internos, conductas y trastornos de apego [Attachment in adopted boys and girls. Internal working models, behaviours and attachment disorders]. (Unpublished doctoral dissertation). Universidad de Sevilla, Spain.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598-611.

Rutter, M. (1988). Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.

Sagi, A., Koren-Karie, N., Gini, M., Ziv, Y., & Joels, T. (2002). Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant–mother attachment relationships: The Haifa study of early child care. *Child Development*, 73, 1166–1186.

Sameroff, A. (1994). Developmental systems and family functioning. In R.D. Parke & S.G. Kellam (Eds.), *Exploring family relationships with other social contexts* (pp.199-214). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sameroff, A., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). IQ scores of 4-year-old children: social-environment risk factors. *Pediatrics*, 79, 343-350.

Save the Children. (2009). *Keeping children out of harmful institutions: Why we should be investing in family-based care*. London: Author.

Schofield, G., & Beek, M. (2007). *Attachment handbook for foster care and adoption*. London: British Association for Adoption & Fostering.

Seaton, C.L. (2009). Psychological adjustment: *The encyclopaedia of positive psychology*, 2.

Shechory, M., & Sommerfield, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioural problems among residential care children. *Child psychiatry and human development*, 37(4), 361-373.

Shivers, E. (2008). Using the Emotional Availability Scales along the child care continuum. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 4, 27-38.

Simmel, C., Brooks, D., Barth, R.P., & Hinshaw, S.P. (2001). Externalizing symptomatology among adoptive youth: Prevalence and preadoption risk factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 57-69.

Simonelli, A. (Ed.). (2014). *La funzione genitoriale: sviluppo e psicopatologia*. Cortina.

Sonuga-Barke, E.J., Schlotz, W., & Kreppner, J. (2010). Differentiating developmental trajectories for conduct, emotion, and peer problems following early deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75(1), 102-124.

Sparrow, S. S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984a). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Interview Edition, Survey Form*, Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Sparrow, S. S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984b) *Vineland Adaptive Behavior Scales: Interview Edition, Expanded Form*, Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., & Balla, D.A. (2005). *Vineland Adaptive Behaviour Scales*, 2nd ed. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Steele, M., Steele, H., Jin, X., Archer, M., & Herreros, F. (2009). Effects of lessening the level of deprivation in Chinese orphanage settings: decreasing disorganization and increasing security. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, CO.

Stevens, A. (1975). Attachment and polymatric rearing. A study of attachment formation, separation anxiety and fear of strangers in infants reared by multiple mothering in an institutional setting. In H.R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations*. London: Academic Press.

Stevens, S.E., Sonuga-Barke, E.J.S., Kreppner, J.M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., & Rutter, M. (2008). Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 385-398.

Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: a review of depressive and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *18*(3), 593-610.

The St. Petersburg - USA Orphanage Research Team (2008). The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *73*, 1-262.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M., J. (2011). Accumulating evidence for parent-child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development*, *82*, 177-192.

Thompson, M.P., Kaslow, N.J., Kingree, J.B., King, M., Bryant, L.J., & Rey, M. (1998). Psychological symptomatology following parental death in a predominantly minority sample of children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(4), 434-441.

Timmerman, L. M. (2006). Family care versus day care: Effects on children. In B. Gayle, R. W. Preiss, & M. Allen (Eds.), *Classroom communication and instructional processes: Advances through meta-analysis* (pp. 245– 260). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Tizard, B., & Hodges, J. (1990). Ex-institutional children: A follow-up study to age 16. *Adoption and Fostering*, *14*(1), 17–20.

Toth, S.L., & Cicchetti, D. (2013). A Developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child maltreatment*, *18*(3), 135-139.

United Nations (1989). United Nations Convention on the Rights of the Child, 61th plenary meeting. Paper presented at the Committee on the Rights of the Child, New York.

Vanderfaeillie, J., van Holen, F., Trogh, L., & Andries, C. (2011). The impact of foster children's behavioural problems on Flemish foster mothers' parenting behaviour. *Child and Family Social Work*, *17*(1), 34-42.

Van IJzendoorn, M.H., Luijk, M.P., & Juffer, F. (2008). IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merril-Palmer Quarterly (1982-)*, 341-366.

Van IJzendoorn, M.H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E.J., Gunnar, M.R., Vorria, P., McCall, R.B., & Juffer, F. (2011). Children in institutional care: I delayed development and resilience. *Monographs of the Society for research in Child Development*, 76, 8-30.

Vassalli, A. (1992). Valutazione, affiancamento e sostituzione della famiglia. La comunità nelle tre fasi di intervento.

Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., Van IJzendoorn, M.H., Steele, H., Kontopoulou, A., & Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1208-1220.

Walter, U.M. (2007). Residential treatment: A review of the national literature (Best Practices in Children's Mental Health Report No. 20). Lawrence, KS: University of Kansas.

Wilcoxon, F. (1943). Individual comparison by ranking methods. *Biometrics*, 1, 80-83.

World Health Organization (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision).

Zeanah, C.H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 21(3), 230-236.

Zeanah, C.H., Egger, H.L., Smyke, A.T., Nelson, C.A., Fox, N.A., Marshall, P.J., & Guthrie, D. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *Journal of Psychiatry*, 166(7), 777-785.

Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Koga, S.F., Carlson, E., & the Bucharest Early Intervention Project Core Group (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 1015-1028.

Zegers, M.A.M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M.H., & Janssens, J.M.A.M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 325-334.

Zraly, M., & Nyirazinyoye, L. (2010). Don't let the suffering make you fade away: an ethnographic study of resilience among survivors of genocide-rape in southern Rwanda. *Social science & medicine*, 70(10), 1656- 1664.