



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di  
Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in  
Psicologia dello sviluppo e dell'educazione

**TESI DI LAUREA MAGISTRALE**

**L'interazione tra indici clinici e strumenti psicometrici  
nel percorso formativo-conoscitivo dell'affido: una  
prospettiva multi-metodo integrata**

**The interaction between clinical indices and psychometric tools in the  
educational and exploratory training of foster care: a multi-method  
integrated perspective**

*Relatrice*

Prof.ssa Silvia Salcuni

*Correlatrice esterna*

Dott.ssa Valentina Boscolo

*Laureanda:* Sara Monzardo

*Matricola:* 2081054

Anno Accademico 2023-2024



# Indice

<b>INTRODUZIONE</b> .....	5
<b>CAPITOLO PRIMO: Un inquadramento teorico sull'affido familiare</b> .....	7
1.1 Caratteristiche dell'affido e riferimenti normativi.....	7
1.2 I protagonisti dell'affido.....	10
1.3 Tipologie di affido.....	22
<b>CAPITOLO SECONDO: L'affido familiare nel territorio di Padova</b> .....	25
2.1 Organizzazione dei Servizi Sociali nel comune di Padova e processo di presa in carico.....	25
2.2 Percorso di formazione – conoscenza per le coppie che vogliono diventare affidatarie .....	30
2.3 L'avvio dell'affido e il monitoraggio .....	34
2.4 La conclusione dell'affido .....	37
<b>CAPITOLO TERZO: La ricerca</b> .....	40
3.1 Introduzione.....	40
3.2 Campione e procedura.....	40
3.3 Ricerca quantitativa.....	42
3.4 Ricerca qualitativa.....	50
<b>CAPITOLO QUARTO: Risultati e discussione</b> .....	55
4.1 Profilazione del campione.....	55
4.2 Risultati riguardanti l'analisi quantitativa.....	57
4.3 Risultati riguardanti l'analisi qualitativa.....	60
4.4 Limiti e sviluppi futuri.....	62

<b>CAPITOLO QUINTO: Presentazione di un caso clinico.....</b>	<b>64</b>
5.1 Presentazione del caso.....	64
5.2 Questionari self-report e colloqui psicologici della coppia affidataria.....	65
5.3 Visita domiciliare.....	68
5.4 Osservazioni, restituzione e progettualità dell'affido.....	69
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>73</b>
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....</b>	<b>75</b>
<b>APPENDICI.....</b>	<b>86</b>

## Introduzione

Il Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare (CASF), facente parte del settore dei Servizi Sociali del Comune di Padova, svolge un ruolo cruciale nella promozione e sensibilizzazione della cultura dell'affido familiare. Il CASF si occupa di accogliere e supportare le famiglie affidatarie, gestendo tutte le fasi necessarie per l’abbinamento tra minori e genitori affidatari, e l’attuazione dei progetti di affido. Tra le sue principali attività vi è l’organizzazione di percorsi formativi e conoscitivi per le famiglie che desiderano intraprendere questo percorso, oltre a fornire un sostegno continuativo durante tutto il processo di affido. In collaborazione con l’Università di Padova, il CASF sviluppa inoltre, iniziative specifiche a supporto dei minori affidati e delle famiglie affidatarie. Tra queste, vi sono i gruppi di parola, volti a fornire ai bambini affidati uno spazio sicuro per esprimere le proprie emozioni e riflessioni, i gruppi di mutuo-aiuto per i genitori affidatari, e il sostegno psicologico individuale rivolto ai minori, con l’obiettivo di accompagnarli e sostenerli nel percorso di affido.

La presente tesi si propone di analizzare l’affido familiare attraverso un approccio multidimensionale, con l’obiettivo di comprendere le sfide e le risorse di questo sistema di accoglienza. In particolar modo rivolge il focus sul percorso formativo-conoscitivo che gli aspiranti affidatari devono intraprendere per diventare effettivamente tali.

La trattazione è strutturata in cinque capitoli. Nel primo capitolo viene proposto un inquadramento teorico dell’affido familiare, con un’analisi delle sue caratteristiche essenziali e delle normative che ne regolano l’attuazione. Si approfondiscono gli aspetti legislativi e procedurali relativi all’affido, con un esame delle leggi e delle norme che definiscono i diritti e i doveri delle parti coinvolte. Particolare attenzione è dedicata agli attori principali del progetto di affido: il minore, la famiglia di origine, la famiglia affidataria, le istituzioni competenti e l’autorità giudiziaria. Vengono esplorate le dinamiche affettivo-relazionali, le responsabilità che ciascuna parte è chiamata ad assumersi e i diritti che devono essere garantiti in ogni fase del percorso di affido. Il capitolo conclude con una descrizione delle diverse tipologie di affido, analizzandone le peculiarità in relazione alle esigenze specifiche dei minori e delle famiglie coinvolte.

Nel secondo capitolo, l’attenzione si sposta sul contesto territoriale della città di Padova, offrendo una panoramica dettagliata sull’organizzazione dei Servizi Sociali locali e sulle modalità con cui essi interagiscono con altre istituzioni presenti sul territorio, inclusi i

servizi sanitari. Viene esaminato il processo di presa in carico di un minore da parte della Tutela, illustrando le procedure adottate per garantirne il benessere e la protezione. Si analizzano in dettaglio le fasi del percorso formativo e conoscitivo che le famiglie affidatarie devono affrontare, evidenziando le motivazioni che sottendono tale percorso e facendo riferimento alle linee guida nazionali e alle direttive locali. Successivamente, si approfondisce il processo di abbinamento tra il minore e la famiglia affidataria, spiegando i criteri utilizzati per garantire un inserimento positivo e armonico. Il capitolo si conclude con una riflessione sulle modalità di monitoraggio del progetto di affido, e sulle potenziali ragioni che possono portare alla conclusione dell'affido stesso, sia in termini di esito positivo che di eventuali difficoltà incontrate.

Il terzo capitolo introduce la ricerca vera e propria, offrendo un quadro teorico che ne spiega la motivazione e l'importanza. In questa sezione vengono descritti il campione selezionato, la procedura di raccolta dati, gli obiettivi della ricerca e le ipotesi formulate. Vengono inoltre presentati gli strumenti utilizzati per la raccolta e l'analisi dei dati, giustificandone l'adeguatezza in relazione agli scopi della ricerca. La struttura metodologica del capitolo mira a fornire una base solida per l'interpretazione dei risultati e la loro validità scientifica.

Nel quarto capitolo, gli esiti ottenuti dalla ricerca vengono presentati e discussi alla luce delle ipotesi iniziali e della letteratura scientifica di riferimento. Questa sezione si concentra sull'interpretazione dei dati raccolti, cercando di dare significato alle variabili indagate, come gli stili di attaccamento, la qualità delle relazioni di coppia e le attitudini genitoriali.

Infine, nel quinto capitolo, viene presentato un caso clinico. La scelta di includere un esempio concreto mira a rendere più tangibile e comprensibile l'analisi teorica sviluppata nei capitoli precedenti, collegando le riflessioni astratte a una situazione reale. Il caso clinico permette di evidenziare in modo pratico l'applicazione delle teorie e dei concetti analizzati, illustrando le sfide e le risorse che possono emergere nel contesto di un affido familiare e mostrando come le competenze cliniche possano essere utilizzate per sostenere i minori e le famiglie durante questo delicato percorso.

## Capitolo primo:

### *Un inquadramento teorico sull'affido familiare*

#### **1.1** *Caratteristiche dell'affido e riferimenti normativi*

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ratificata in Italia con la Legge n. 176/1991 (pag. 4), sancisce che «il fanciullo, ai fini dello sviluppo armonioso e completo della sua personalità, deve crescere in un clima di felicità, di amore e di comprensione». Questo principio evidenzia il ruolo cruciale dell'ambiente in cui il minore vive per il suo sviluppo. Le relazioni interpersonali costituiscono il fondamento di ogni legame umano; tuttavia, la famiglia assume un'importanza particolare in quanto rappresenta la prima comunità di appartenenza, dove si cominciano a comprendere le dinamiche della reciprocità o della sua mancanza (Crocetta, 2018). In quest'ottica, la Legge italiana n. 149/2001 riconosce e protegge il diritto fondamentale del minore di crescere e di essere educato all'interno della propria famiglia, assicurando che questo avvenga senza discriminazioni legate a sesso, etnia, età, lingua, religione, e nel pieno rispetto della sua identità culturale. Tuttavia, è necessario riconoscere che i legami primari non sono sempre benefici, in quanto la normalità familiare è per definizione caratterizzata da inevitabili imperfezioni umane. Esistono infatti circostanze che possono compromettere gravemente il benessere, la salute o lo sviluppo del minore. Tali condizioni includono maltrattamenti e abusi (che possono essere di natura fisica, psicologica o sessuale), violenza assistita, trascuratezza (che si manifesta attraverso la negligenza dei genitori nei confronti dell'alimentazione, dell'igiene, dell'educazione e della salute del bambino), abbandono morale e materiale, esposizione a conflitti intensi, condizioni abitative o ambientali estremamente precarie, nonché l'impossibilità di prendersi cura del minore a causa di fattori oggettivi quali dipendenze, detenzione o gravi problemi di salute mentale (Comelli & Iafrate, 2012; Crocetta, 2019; Regione Veneto, 2023). Malgrado ciò, le difficoltà economiche e lo svantaggio sociale dei genitori non dovrebbero impedire al minore di esercitare il diritto a crescere all'interno della sua famiglia. A tal fine, la Legge n. 149/2001 introduce specifiche misure di sostegno e assistenza volte a preservare l'unità familiare e a permettere ai genitori di continuare a svolgere il loro ruolo educativo. Qualora anche tali interventi si rivelassero inefficaci, il principio guida sancito dalla Convenzione ONU sui

Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza stabilisce che l'interesse superiore del minore deve essere prioritario in tutte le decisioni. Se il genitore non adempie ai propri obblighi, oppure abusa o trascura la responsabilità genitoriale, con conseguenti danni per il bambino, il Giudice può intervenire limitando o revocando tale responsabilità (come previsto dagli articoli 330 e 333 del Codice Civile). Inoltre, in situazioni di emergenza in cui il minore si trovi in uno stato di pericolo psico-fisico, l'autorità pubblica ha l'obbligo di agire tempestivamente per trasferirlo in un ambiente sicuro (articolo 403 del Codice Civile).

In tali circostanze, l'affido familiare si configura come uno strumento di protezione fondamentale per i bambini che vivono in situazioni di difficoltà all'interno del nucleo familiare originario. Questa misura temporanea di accoglienza, permette a una famiglia affidataria di offrire al bambino un ambiente supportivo, quando è necessario un allontanamento dalla sua residenza abituale (Legge n. 184/1983 e successive modifiche). Sebbene il trasferimento possa rappresentare per il minore un momento traumatico, segnato dalla perdita dei suoi punti di riferimento, dallo stravolgimento delle abitudini quotidiane e dal cambiamento dei ritmi di vita, la famiglia affidataria costituisce un contenitore solido, capace di assicurare sia stabilità che affetto. In questo nuovo ambiente, il minore non solo riceve cure e protezione, ma può anche sviluppare nuove forme di attaccamento, essenziali per il suo sviluppo emotivo. È stato esaminato come il bambino, grazie alla sua capacità di sviluppare attaccamenti plurimi, possa “risanare” il rapporto con la famiglia naturale attraverso il legame instaurato con una famiglia affidataria, sperimentando nuove modalità relazionali che lo aiutano a costruire una rappresentazione interna della propria famiglia e ad elaborare un percorso di cura dei rapporti (Comelli & Iafrate, 2012). Parallelamente, l'affido familiare implica un impegno significativo da parte dei Servizi Sociali, i quali devono sostenere la famiglia d'origine del minore, come previsto dall'articolo 332 del Codice Civile, per aiutarla a recuperare le competenze genitoriali. L'obiettivo è evitare un allontanamento definitivo e favorire il ritorno del bambino alla famiglia d'origine. Gli affidatari, dal canto loro, sono chiamati a prendersi cura del minore, garantendone il mantenimento, l'educazione e l'istruzione, seguendo le indicazioni dei genitori biologici. Devono anche facilitare i contatti tra il bambino e la sua famiglia, promuovendo il processo di riavvicinamento. (Legge 149/01).

Negli ultimi anni, diversi studi hanno analizzato in profondità l'istituto dell'affido familiare, esplorandone gli aspetti giuridici e le sue dimensioni sociologiche, psicologiche ed educative. Tra le principali caratteristiche emerse vi sono: la temporaneità dell'accoglienza; la collaborazione tra famiglia affidataria, famiglia di origine e i Servizi Sociali; e la dimensione comunitaria dell'affido (Pazé, 2007; Regione Veneto, 2008).

La temporalità differenzia l'affido familiare dall'istituto dell'adozione, la quale è invece concepita come una misura di protezione permanente. L'affido termina su disposizione dell'autorità competente una volta superata la condizione di difficoltà che ha originato l'allontanamento o se il prolungamento del progetto dovesse risultare dannoso per il minore (art. 332 Codice Civile). Il periodo di affidamento deve essere strettamente correlato al programma di interventi mirati al recupero della famiglia d'origine, e non può superare i ventiquattro mesi. Trascorso tale periodo, se necessario, il Giudice Tutelare (dopo aver consultato il Servizio Sociale competente e il minore), può richiedere al Tribunale per i Minorenni di adottare ulteriori provvedimenti nell'interesse del bambino e rinnovare l'affido (Legge n. 184/1983 e n. 149/2001).

Per quanto riguarda la collaborazione tra i diversi attori coinvolti, le linee guida nazionali e regionali di settore evidenziano che la famiglia affidataria non deve sostituirsi a quella biologica, ma agire come una realtà complementare, cooperando attivamente nel progetto di affido. Questa complementarità è fondamentale: se il minore percepisce un'armonica collaborazione tra le due famiglie, si riduce il rischio di problemi come conflitti di lealtà, sensi di colpa o paura dell'abbandono, che potrebbero altrimenti generare in lui una profonda sofferenza (Crocetta, 2018). In questo contesto, il mantenimento dei rapporti con la famiglia d'origine è attentamente regolamentato dai Servizi Sociali, i quali hanno il compito di monitorare e facilitare la continuità delle relazioni familiari, sempre nel rispetto del superiore interesse del minore (Legge 149/2001).

Un'altra caratteristica fondamentale dell'affido è la sua dimensione comunitaria. L'affido, infatti, deve essere inteso come un "atto di solidarietà responsabile" verso il bambino e la sua famiglia d'origine, che richiede un impegno collettivo da parte della comunità, realizzato attraverso l'intervento dei servizi pubblici e il supporto di reti e associazioni locali (Regione Veneto, 2008). Questo coinvolgimento attivo di un sistema integrato di risorse, che include anche istituzioni giudiziarie e sociali, trasforma l'affido in una pratica

condivisa. In tale pratica, diverse entità e figure professionali operano sinergicamente per garantire il benessere del minore. Le équipes della Tutela Minori e dei Centri per l’Affido e la Solidarietà Familiare, vedono la partecipazione congiunta di varie figure professionali, tra cui psicologi, educatori e assistenti sociali, che collaborano strettamente tra loro. Il compito degli operatori coinvolti è quello di rimuovere gli ostacoli che impediscono al minore di vivere serenamente nella propria famiglia, prevenire situazioni di abbandono e promuovere un’educazione sana e integrata all’interno del contesto familiare. L’approccio multidisciplinare adottato è essenziale per affrontare le complesse dinamiche che caratterizzano i casi di affido, garantendo così una risposta articolata e integrata ai bisogni del minore (Regione Veneto, 2008).

## ***1.2 I protagonisti dell’affido***

### **IL BAMBINO:**

I bambini in affido sono coloro che hanno vissuto gravi problematiche nella propria famiglia di origine e sono stati ricollocati in un nuovo nucleo familiare. Questi minori, che possono avere un’età compresa tra gli 0 e i 18 anni, o fino ai 21 se previsto da un progetto specifico, affrontano un periodo di brusco cambiamento, con conseguenti esigenze legate alla loro identità, autostima, relazioni, emozioni e modalità di comunicare. I bambini in affido possono essere italiani o appartenere a diverse etnie, e possono avere o meno disabilità. Come tutti gli altri bambini, anche loro sono portatori dei bisogni tipici della fase evolutiva che stanno vivendo (prima e seconda infanzia, preadolescenza o adolescenza), ma richiedono un’attenzione particolare in quanto attraversano un periodo di profonda trasformazione.

La separazione dalla famiglia di origine è uno dei momenti più difficili, poiché è spesso accompagnata da sentimenti di tradimento, abbandono e vuoto. Questa esperienza di distacco non riguarda solamente l’allontanamento iniziale, ma si ripete ogni volta che il bambino ritorna alla famiglia affidataria dopo le visite alla famiglia di origine previste dal progetto (Comelli & Iafrate, 2012). È fondamentale che la separazione non avvenga troppo rapidamente e che il bambino sia supportato attraverso interventi specifici che lo aiutino a gestire i sensi di colpa e a elaborare il proprio dolore. Mantenere una continuità interna, ovvero la capacità del bambino di conoscere la propria storia personale, è essenziale. Ciò si ottiene spiegando al minore quanto accaduto a lui e alla sua famiglia

(dimensione informativa) e cercando di dare un significato coerente a questi eventi (dimensione esplicativa). Questa competenza autobiografica è cruciale per evitare importanti scissioni o negazioni e per ridurre il rischio di rifiuto del proprio passato. Diverso è invece per la continuità esterna, ovvero il mantenimento dei rapporti con le persone significative. Questa infatti, deve essere regolamentata dai Servizi in base al progetto di affido. Se da un lato può aiutare il minore a non idealizzare i propri genitori e a integrare meglio passato e presente, dall'altro può comportare rischi come ricatti affettivi, responsabilizzazione precoce e ostacoli alla costruzione di nuovi legami affettivi (Chistolini, 2014). In questa complessa dinamica, i bambini vivono una condizione di doppia appartenenza, trovandosi a cavallo tra due mondi distinti: la famiglia d'origine e la famiglia affidataria. Questo può generare confusione, paura di essere dimenticati ed altri sentimenti ambivalenti. Attribuire ai genitori la responsabilità di quanto accade è difficile per i bambini, perché si scontra con il loro bisogno di sentirli protettivi. I minori tendono piuttosto a vivere l'allontanamento come una punizione per i propri sentimenti ostili, portando quindi ad autocolpevolizzazione e a una svalutazione di sé (Dell'Antonio, 1997). È cruciale quindi che il minore si senta autorizzato a far parte della nuova famiglia, senza per questo dover rinnegare il nucleo di origine. L'obiettivo è aiutarlo a dare priorità a quegli investimenti affettivi e di appartenenza che possono favorire una crescita positiva (Chistolini, 2014). Tuttavia, il conflitto di lealtà è un tema ricorrente, soprattutto quando il legame con i genitori biologici viene percepito come fragile e instabile. In queste circostanze, il bambino può vivere l'accettazione del rapporto con la famiglia affidataria come una conferma di una perdita definitiva o come un tradimento. Questo può generare sentimenti di colpa, vergogna e ansia, che spesso si manifestano in comportamenti che sembrano costituire una richiesta indiretta di espulsione dal nucleo affidatario (Dell'Antonio, 1997). Alla luce di queste considerazioni, è fondamentale riflettere su quali modelli operativi interni il bambino in affido possa aver acquisito. Questi modelli, che sono rappresentazioni mentali delle relazioni passate, guidano le aspettative e l'interpretazione degli scambi quotidiani. Un bambino cresciuto in un contesto povero di cure tenderà a fidarsi meno degli altri, aspettandosi situazioni relazionali caratterizzate da precarietà e inaffidabilità, e sviluppando un'immagine di sé come poco "amabile" e degno di affetto. Solo attraverso esperienze intense e ripetute di accudimento amorevole e sensibile, tali modelli interiorizzati possono essere messi in crisi, permettendo al bambino

di sperare e credere in un cambiamento. Variabili che facilitano questo processo includono un tempo prolungato dell'affido e un'età minore del bambino (Cassiba & Antonucci, 2014).

Per costruire un progetto di affido che abbia esiti tempestivi ed efficaci, la letteratura (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014) suggerisce un approccio sistemico, che consideri tutte le relazioni significative per il bambino e ne analizzi sia le risorse da potenziare (fattori di protezione) che i limiti da superare (fattori di rischio). È importante considerare almeno quattro dimensioni: il rapporto bambino-genitori biologici, il rapporto bambino-genitori affidatari, il rapporto genitori biologici-genitori affidatari e il rapporto del bambino con fratelli affidatari e parentela estesa (Crocetta, 2019). In questa prospettiva, il minore non è solo destinatario di provvedimenti di protezione, ma possiede anche proprie competenze cognitive e sociali. È quindi essenziale coinvolgerlo direttamente, permettendogli di esprimere appieno la propria capacità di agency e di trasformare il proprio mondo sociale (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

#### FAMIGLIA DI ORIGINE

La famiglia di origine è il nucleo biologico del minore. Nonostante l'aiuto dei Servizi, i genitori (o che per essi) non riescono ad accudire il minore in modo adeguato perché si trovano in un periodo di difficoltà che si caratterizza per diversi gradi di intensità (ANFAA; 2024).

È importante sottolineare che questi genitori non sono necessariamente persone malvagie; infatti, spesso mantengono relazioni positive sia nelle amicizie che sul lavoro, dimostrando che esistono aree di buon funzionamento. Tuttavia, la capacità di crescere i figli, che va oltre il semplice affetto, è ciò che viene messo al centro della valutazione della recuperabilità genitoriale. Sono spesso persone che, a loro volta, hanno ricevuto poco e hanno sofferto; e questo non li facilita nel difficile compito di essere genitori. In una prospettiva trigerazionale, anche loro sono stati bambini che non sono stati riconosciuti o sono stati trascurati. Questo senso di non accoglimento che hanno sperimentato può riflettersi anche nelle loro relazioni di coppia, dove spesso trovano ulteriori delusioni. Quando nascono i figli, in contesti di difficoltà, questi possono essere percepiti come un'ulteriore fonte di fatica. Perciò le ragioni profonde, dolorose e

importanti che portano un genitore a danneggiare il proprio figlio derivano spesso da un vissuto personale non elaborato (Ghezzi, 2012).

L'intervento volto a sostenere la famiglia d'origine dovrebbe essere orientato a riconoscere e accogliere le fragilità dei genitori, favorendo lo sviluppo della loro resilienza, piuttosto che adottare un approccio giudicante (Comelli & Iafrate, 2012). Lo scopo principale è quello di aiutare il genitore a entrare in contatto con il proprio vissuto di ex-bambino: attraverso un percorso di recupero, l'adulto ha la possibilità di riesaminare i propri traumi passati, identificandoli come possibili fattori emotivi alla base di comportamenti problematici verso il figlio. Un ostacolo rilevante in questo processo è la resistenza dell'individuo, poiché tale consapevolezza può risultare dolorosa e destabilizzante; tuttavia, è proprio questa consapevolezza che può aprire la strada al cambiamento (Ghezzi, 2012). Diversi studi evidence-based dimostrano che il successo di un intervento non dipende solo dalla gravità della situazione familiare (fattori familiari), ma anche dalla qualità del supporto offerto (fattori professionali), dalle risorse disponibili (fattori contestuali), e soprattutto dall'impegno attivo della famiglia biologica in un programma strutturato di incontri e visite mirato alla riunificazione familiare. È fondamentale che l'intervento risponda ai bisogni reali del minore e della famiglia, in una prospettiva integrata che garantisca a ogni bambino un percorso personalizzato, evitando frammentazioni tra i diversi attori coinvolti (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014). In definitiva, quanto più la famiglia d'origine è coinvolta nel progetto di affidamento, tanto maggiori sono le probabilità di successo. È essenziale che i genitori collaborino attivamente con i Servizi Sociali per assicurare il benessere del minore e lavorare verso un possibile rientro del bambino a casa. Inoltre, è importante che vengano rispettate le condizioni stabilite nel piano di affidamento, incluse eventuali limitazioni nei contatti e nelle visite, se ritenute necessarie per il benessere del minore. La famiglia di origine conserva comunque una serie di diritti fondamentali, anche durante il periodo di affidamento. Per esempio, ha il diritto di essere informata riguardo allo stato di salute e al percorso educativo del bambino. Inoltre, la responsabilità genitoriale, viene generalmente limitata ma non del tutto revocata (salvo uno specifico provvedimento del Tribunale). Ciò consente ai genitori naturali di partecipare alle decisioni chiave riguardanti la vita del minore e collaborare con i Servizi e la famiglia affidataria nella stesura del progetto educativo. Un altro diritto importante è quello di mantenere rapporti significativi con il

minore attraverso visite periodiche e altre forme di contatto, che devono essere compatibili con il benessere del bambino e concordate con i Servizi Sociali o stabilite dal Tribunale (Leggi 184/83 e 149/91).

L'allontanamento di un figlio rappresenta sempre un evento traumatico, sia per il bambino ma anche per i genitori. Questa separazione forzata può generare vissuti di perdita e abbandono, alimentando sentimenti di dolore e frustrazione (Milani, 2007). Quando il minore inizia l'affido, la famiglia biologica vive sentimenti ambivalenti. Da un lato, il bisogno di tenere il bambino con sé seppur con fatica; dall'altro l'opportunità di garantire al bambino migliori possibilità per la sua crescita. Questa ambivalenza può scatenare atteggiamenti di rivalità e nei confronti degli affidatari, rifiuto e lotta contro il provvedimento di affido (Comelli & Iafrate, 2012). «Sebbene l'affidamento di un minore ad altra famiglia presupponga un atto di fiducia nel consegnare ad altri la custodia del proprio figlio, più spesso il sentimento che accompagna la famiglia di origine è di diffidenza, unita alla paura di essere derubata e umiliata. Tali timori possono essere sostenuti dal pregiudizio verso la famiglia di origine e dall'idea che, per il minore, la famiglia affidataria sia preferibile a quella biologica» (Loddo, 2017, pag. 58). Questo senso di sfiducia può sfociare in rabbia e senso di impotenza. La famiglia di origine si sente rassegnata alla propria situazione e si difende o con atteggiamenti di recriminazione nei confronti degli operatori, del Tribunale e della famiglia affidataria; o con meccanismi di negazione. L'allontanamento viene contestualizzato a un unico episodio, anziché essere riconosciuto come la conseguenza di un sistema familiare patologico e disfunzionale. In questi casi, i genitori tendono a minimizzare comportamenti trascuranti, ambivalenti o addirittura maltrattanti, negando la gravità della situazione (Loddo, 2017). Le famiglie di origine, stanche e sfiduciate, possono quindi avere difficoltà a intrecciare un legame con i genitori affidatari. È compito degli operatori aiutarle a recuperare il desiderio di educare i propri figli, cercando di stimolare in loro il cambiamento (Milani, 2007). Questo processo però è tutt'altro che semplice. Anche il rapporto tra origini e Servizi infatti, è spesso complesso e caratterizzato da un senso di tradimento. Questo perché, gli stessi operatori incaricati di sostenere la famiglia devono, al contempo, controllare e riferire al Tribunale l'efficacia del percorso terapeutico. Inoltre, la poca fiducia verso i servizi territoriali e il sistema giudiziario è spesso rinforzata da carenze strutturali reali (Loddo, 2017).

## FAMIGLIA AFFIDATARIA

La famiglia affidataria, a differenza della genitorialità adottiva, non richiede un esito di idoneità conseguente a un percorso valutativo. Chiunque può intraprendere questo percorso, comprese coppie con o senza figli, sposate o non sposate, eterosessuali o omosessuali, e persino persone single. Non esistono limiti di età, né è prevista una differenza di età minima o massima tra gli affidatari e il minore affidato. Tuttavia, è fondamentale che la decisione di offrire la disponibilità all'affido sia condivisa da tutti i membri della famiglia, compresi il coniuge, i figli (se presenti) e i nonni, soprattutto se conviventi (ANFAA, 2024). Tutti quindi possono essere considerati risorse utili, e non è necessario possedere specifici requisiti per diventare affidatario. Le qualità essenziali di una famiglia affidataria sono strettamente legate a un sistema valoriale concreto: le idee connesse ai concetti di “persona”, “famiglia”, “affettività”, “accoglienza”, “quotidianità” e “temporaneità” sono fondamentali per gestire un contesto che richiede particolari attenzioni (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014). Esistono però alcune attitudini che sono ritenute fondamentali in una realtà complessa come quella dell'affido. Tra queste spiccano la sensibilità, ovvero la capacità di accogliere, comprendere e sostenere le fragilità (funzione materna); e la flessibilità, che aiuta a mettere limiti coerenti e a sopportare frustrazioni e delusioni (funzione paterna). Non è richiesta una famiglia perfetta, priva di conflitti o paure, bensì una famiglia autentica, che sappia chiedere aiuto nelle difficoltà e collaborare attivamente con i Servizi Sociali nella definizione e realizzazione di un progetto condiviso (Crocetta, 2018).

L'accoglienza costituisce un ruolo fondamentale per la famiglia affidataria, che ha il compito di creare un ambiente familiare sicuro e stabile, in grado di fornire una relazione affettiva privilegiata. Questo comporta dedicare tempo ed energie di buona qualità, offrendo tenerezza e cure. La famiglia affidataria svolge una funzione genitoriale che si concentra sulla dimensione accuditivo-educativa, senza sostituirsi alla famiglia naturale del bambino, ma anzi promuovendone un legame (Comelli e Iafrate, 2012). L'educazione quindi è un altro compito chiave, che richiede la condivisione dell'esperienza, aiutando il bambino a comprendere il proprio passato e a guardare con meno timore al futuro. Gli affidatari devono accettare il difficile percorso di vita del bambino, integrando gli aspetti più complessi legati a emozioni come tristezza, rabbia e paura dell'abbandono, permettendo al bambino di fare spazio a nuove esperienze. Inoltre, è essenziale fornire un

ambiente culturale adeguato che faciliti la crescita personale e le relazioni sociali del minore, rispettando la sua identità religiosa. Infine, un'altra responsabilità a carico della famiglia affidataria è quella di promuovere e mantenere i rapporti con la scuola, i servizi sanitari e, soprattutto, la famiglia di origine (ANFAA, 2024). Sul fronte dei diritti, lo Stato, le Regioni e gli Enti locali intervengono con misure di sostegno e aiuto economico in favore della famiglia affidataria. Sebbene non sia previsto un rimborso spese obbligatorio, esistono contributi economici mensili, coperture assicurative per il minore e detrazioni fiscali per carichi di famiglia, che possono essere disposti dal Giudice a seconda delle circostanze dell'affido. Inoltre, gli affidatari godono di benefici lavorativi, come l'astensione obbligatoria e facoltativa dal lavoro, permessi per malattia e riposi giornalieri, a parità dei genitori naturali (Leggi 184/83 e 149/01). La famiglia affidataria può assumere le responsabilità parentali per quanto riguarda gli aspetti ordinari legati alla scuola (come firmare il diario, giustificare le assenze, autorizzare le uscite e partecipare ai colloqui con gli insegnanti), oltre a occuparsi delle cure sanitarie di routine (come gestire malattie comuni o esami medici). Tuttavia, per decisioni di carattere straordinario, come interventi chirurgici o scelte significative sull'orientamento scolastico, è necessario ottenere il consenso dei genitori biologici, se mantengono ancora la responsabilità genitoriale. Inoltre, l'affidatario ha il diritto di essere consultato in tutte le procedure riguardanti la responsabilità genitoriale e l'affidamento del minore (Leggi 184/83 e 149/01).

È fondamentale che nella famiglia affidataria si sviluppi una relazione reciproca e corretta tra "genitori affidatari" e "figlio affidato". Questo include momenti individuali e collettivi nella vita familiare, il coinvolgimento di altri adulti significativi e degli eventuali figli biologici, che, come dimostra la letteratura, assumono un ruolo fondamentale nel progetto di affidamento. Anche i vicini sensibili e i genitori dei compagni di scuola o di attività sportive del bambino affidato possono contribuire a rafforzare il lavoro della famiglia affidataria nella costruzione dell'identità del minore (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

L'affido per la nuova coppia genitoriale può costituire una importante soddisfazione personale e la realizzazione di un progetto di vita. Tuttavia, la famiglia affidataria affronta sfide complesse, come ascoltare la sofferenza del minore e aiutarlo a elaborare il lutto della separazione dalla sua famiglia. Questo percorso è molto faticoso: è difficile per gli

affidatari entrare in empatia con il fallimento genitoriale della famiglia di origine, e inconsapevolmente possono nascere sentimenti di ostilità. Questi ovviamente hanno effetti anche sul bambino, che fatica ulteriormente nel dare un senso alla propria storia. È cruciale che al minore venga permesso di custodire il suo passato, in modo da accedere alla nuova relazione affettiva. Per raggiungere questo equilibrio gli affidatari devono mantenere uno sguardo ottimista e credere che il cammino di ogni bambino possa intraprendere una svolta positiva (Deodato, 2007). L'affidatario deve aiutare il minore a ricomporre i pezzi del suo sé frammentato e sostenerlo nel percorso verso una maggiore consapevolezza del proprio valore come persona. Questo richiede grandi competenze, tra cui la capacità di gestire comportamenti aggressivi abbinati a richieste di affetto (Deodato, 2007). Questa enorme responsabilità può suscitare negli affidatari frustrazione e senso di impotenza, in caso di scarso successo; ma nello scenario contrario può anche portare a una forma narcisistica di gratificazione. Per questo motivo un elemento chiave risulta essere l'affiancamento da parte dei Servizi Sociali e delle reti formali e informali di famiglie con la stessa esperienza. I colloqui di monitoraggio e i gruppi di supporto e auto-aiuto offrono uno spazio di riflessione e confronto, dove gli affidatari possono condividere le proprie difficoltà e ricevere conforto e sostegno, creando una dimensione comunitaria essenziale per l'adesione al progetto di affido (Comelli & Iafrate, 2012).

#### GLI ATTORI ISTITUZIONALI:

La collaborazione tra varie istituzioni, fondata sulle rispettive competenze, è fondamentale per il successo dei progetti di affido, oltre che per favorire l'adozione di un linguaggio condiviso e pratiche coerenti. I ruoli degli attori coinvolti variano: alcuni definiscono il quadro di riferimento generale, mentre altri si occupano più concretamente dell'implementazione dei servizi. In generale, spetta alle istituzioni garantire i diritti e il benessere dei bambini e delle famiglie, attuando interventi adeguati sul territorio (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

Nel campo dell'affido familiare, le Regioni svolgono un ruolo centrale nell'applicazione delle politiche di tutela minorile, assicurando che ogni bambino possa crescere in un contesto familiare, come sancito dalla legge 184/83 e successive modifiche. Per realizzare questo diritto, esse adottano i necessari provvedimenti legislativi e impegnano gli enti gestori a predisporre atti deliberativi specifici. Le Regioni stabiliscono le modalità operative per l'intero processo di affido, dalle fasi di selezione e sensibilizzazione delle

famiglie affidatarie, al sostegno del minore e della famiglia d'origine, fino alla gestione dei rimborsi spese e alla copertura assicurativa. Inoltre, si occupano di garantire i finanziamenti necessari e di definire chiaramente i ruoli del personale socio-assistenziale e sanitario coinvolto (ANFAA, 2024). Per promuovere il benessere dei bambini, prevenire l'allontanamento e gestire al meglio i servizi territoriali per l'affido, le Regioni adottano atti di programmazione. Questi provvedimenti, che possono essere espressi sotto forma di Deliberazioni della Giunta o del Consiglio Regionale, assumono diverse configurazioni, come "Linee Guida" o "Indicazioni Operative", e sono rivolti alle istituzioni impegnate nella tutela dei minori, oltre che alle organizzazioni del terzo settore (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

I Servizi Sociali territoriali operano seguendo le modalità individuate dalla normativa regionale, che può prevedere diverse forme di gestione, come la gestione associata tra più Comuni o la delega a enti sovracomunali (come ad esempio l'azienda sanitaria). Indipendentemente dal modello organizzativo adottato, i Servizi Sociali sono responsabili del progetto quadro per la tutela dei bambini e delle famiglie in difficoltà, e in particolare dell'affidamento familiare (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

I Comuni, o gli enti competenti in caso di gestione associata, adottano provvedimenti regolamentari che definiscono le procedure operative dell'affidamento familiare. Questi regolamenti stabiliscono l'organizzazione dei servizi, la composizione delle équipe multidisciplinari, la creazione e approvazione dei progetti di affido, le procedure di esecuzione e controllo degli interventi, e la gestione di una banca dati. Il Servizio Sociale locale è responsabile della supervisione dell'intero processo di affido, che comprende la selezione delle famiglie affidatarie, il monitoraggio continuo della situazione del minore, e la collaborazione con il Tribunale per i Minorenni, se necessario (Legge 184/83). Oltre alle misure di sostegno economico per le famiglie affidatarie, regola anche l'applicazione di tariffe minime per la fruizione di altri servizi (come il trasporto pubblico) e l'accesso ad altre prestazioni (come l'asilo nido) (Regione Veneto, 2008). Accanto ai Servizi Sociali locali, un ruolo specifico è svolto dai Centri per l'Affidamento e la Solidarietà Familiare (CASF), che operano come collegamento tra il sistema istituzionale e il territorio. Questi centri, organizzati su base sovra-distrettuale a livello regionale, fungono da coordinatori per l'affido familiare, promuovendo l'integrazione tra i vari soggetti coinvolti, tra cui i servizi pubblici, le organizzazioni del terzo settore e le famiglie

affidatarie. Le Linee di Indirizzo Nazionali evidenziano l'importanza di dotare i CASF di team stabili e risorse professionali adeguate, con una chiara definizione dei ruoli e una collaborazione strutturata con altre realtà del territorio. Oltre a gestire l'aspetto operativo dell'affido (abbinamento, monitoraggio sulle famiglie affidatarie, accompagnamento nella conclusione), i CASF svolgono un ruolo cruciale nella promozione della cultura dell'affido, contribuendo così a rafforzare il tessuto sociale e a creare ambienti sicuri e accoglienti per i bambini in difficoltà.

Le Linee Guida e i Piani Socio-Sanitari regionali danno particolare rilievo alla collaborazione tra servizi sociali e sanitari, soprattutto quando la gestione non è affidata a un unico ente, come un Comune o un'Azienda ULSS. Soprattutto in queste circostanze, è fondamentale che la programmazione territoriale definisca chiaramente le modalità operative dei diversi attori coinvolti. Questa integrazione è essenziale per una presa in carico coordinata ed efficace dei bambini in situazioni di rischio e delle loro famiglie. L'Azienda ULSS o il Comune spesso assumono il ruolo di coordinamento, promuovendo la condivisione degli obiettivi e la verifica dei risultati. Inoltre, nell'ambito delle proprie competenze, l'Azienda Ospedaliera deve garantire la partecipazione attiva dei suoi servizi, come Neuropsichiatria Infantile (psicoterapia per il minore) e i Consulenti Familiari (valutazione della recuperabilità delle competenze genitoriali e assessment del funzionamento degli adulti) (Regione veneto, 2008).

Anche la Scuola rappresenta un pilastro fondamentale del sistema di protezione dei minori. Grazie al contatto quotidiano e diretto con i bambini, gli insegnanti hanno la possibilità di monitorare da vicino il loro benessere, cogliendo eventuali segnali di disagio e intervenendo tempestivamente. Questo compito è particolarmente significativo per i minori in affidamento, che spesso hanno subito traumi e che necessitano di un ambiente stabile e di sostegno. In particolare, la Scuola può contribuire al superamento di stereotipi legati alla famiglia, promuovendo un cambiamento culturale che contribuisca alla solidarietà e all'inclusione. «La scuola, in quanto primo contesto sociale esterno con cui il bambino e la famiglia affidataria entrano in contatto, può non solo favorire gli apprendimenti scolastici, ma soprattutto aiutare a costruire un'immagine positiva di sé e a sperimentare relazioni tra coetanei e con gli adulti » (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014, pag. 114). È quindi essenziale che il corpo insegnanti venga coinvolto nel monitoraggio dell'affido, lavorando per condividere finalità e obiettivi

comuni, in modo da garantire un supporto completo e coerente ai minori e alle famiglie affidatarie.

#### L'AUTORITÀ GIUDIZIARIA:

L'Ufficio del Giudice Tutelare, composto da un magistrato presso il Tribunale Ordinario, svolge un ruolo cruciale nel diritto civile, in particolare nella protezione delle categorie più vulnerabili, come i minori. Questo ufficio interviene nei casi di affidamento consensuale, agendo come garante della tutela del minore e assicurando la corretta attuazione del progetto di affidamento. Uno dei compiti principali del Giudice Tutelare è emettere un decreto che rende esecutivo l'affidamento, specificando elementi fondamentali quali le ragioni dell'affidamento, la sua durata, le modalità di esecuzione e i poteri assegnati alla famiglia affidataria. Inoltre, il Giudice stabilisce le condizioni per mantenere i rapporti tra il minore e la famiglia d'origine, delegando ai Servizi Sociali locali la responsabilità di monitorare l'affidamento, garantendo che il progetto sia realizzato nel pieno interesse del minore, come stabilito dalla legge 149/2001.

Durante il periodo dell'affidamento, il Giudice Tutelare ha l'ulteriore compito di vigilare sullo sviluppo del progetto, garantendo il rispetto del limite temporale di 24 mesi e ricevendo periodicamente informazioni e valutazioni sullo stato del minore e sull'efficacia dell'affidamento. È, inoltre, prerogativa del Giudice richiedere ulteriori provvedimenti qualora necessari e decidere se l'affidamento debba essere prorogato o interrotto, pur riconoscendo che la decisione finale in tal senso spetta al Tribunale per i Minorenni (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

Il Tribunale per i Minorenni, è composto da un collegio di quattro giudici, di cui due togati e due onorari, scelti appositamente per le loro competenze in ambito di tutela minori. A ciascuno dei quattro giudici spetta un voto e ciascun voto ha lo stesso peso di quello degli altri. «Il Tribunale per i Minorenni esercita la giurisdizione in materia penale, civile ed amministrativa nello spirito della realizzazione del superiore interesse del minore» (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014, pag. 103). Una delle principali responsabilità del Tribunale per i Minorenni è quella di emettere il provvedimento di affidamento nei casi in cui manca l'assenso dei genitori, o nelle situazioni in cui sono richiesti provvedimenti di particolare complessità. Il Tribunale ha anche il compito di disporre la prosecuzione dell'affidamento oltre i due anni previsti dalla legge 184/1983, laddove necessario per il benessere del minore, e di dichiarare

l'adottabilità del bambino in situazioni di abbandono (Regione Veneto, 2008). In ambito civile, il Tribunale ha la facoltà di limitare l'esercizio della responsabilità genitoriale, imponendo ai genitori specifiche prescrizioni e richiedendo l'intervento dei Servizi Socio-Sanitari per monitorare e sostenere le condizioni di vita del minore (art. 333 del Codice Civile). Nei casi più gravi, può ordinare l'allontanamento del minore dalla famiglia (artt. 330, 333 e 336 del Codice Civile).

La Procura Generale della Repubblica, organo giudiziario che rappresenta il Pubblico Ministero presso le Corti d'Appello e la Corte di Cassazione, ha diverse responsabilità nel contesto dell'affido familiare. Tra le principali, c'è l'esame delle richieste di rinnovo degli affidamenti consensuali alla scadenza dei due anni, valutando se ci siano le condizioni per presentare un ricorso al Tribunale per i Minorenni. Oltre a questo, la Procura esercita una funzione di supervisione e controllo più ampia. In primo luogo segnala all'Ufficio del Pubblico Tutore eventuali problematiche riscontrate durante l'affido che richiedano interventi di mediazione. Inoltre, ogni sei mesi, effettua verifiche semestrali nelle strutture di accoglienza per minori e, in caso di necessità, può disporre ispezioni straordinarie, per garantire che i minori non siano in situazioni di abbandono. In tali casi, il Tribunale per i Minorenni potrebbe dichiarare lo stato di adottabilità (Regione Veneto, 2008).

Nel caso in cui i genitori perdano o vedano sospesa la loro responsabilità genitoriale, il Tutore viene incaricato di rappresentare il minore in tutte le questioni legali e, se il minore dispone di un patrimonio, di gestirne i beni. Il Tutore viene nominato dal Giudice Tutelare o dal Tribunale per i Minorenni, a seconda dei casi (Regione Veneto, 2008). Tale nomina garantisce che i diritti e doveri normalmente esercitati dai genitori siano comunque tutelati, offrendo al minore una figura legale di riferimento per tutte le decisioni che riguardano la sua vita. In caso di affido consensuale, il Tutore agisce in armonia con le indicazioni della famiglia di origine. Nel contesto di procedura di adottabilità, il Tribunale per i Minorenni può nominare un Tutore provvisorio che esercita i poteri decisionali rispetto alle scelte di vita del minore, al di fuori del processo (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

Il Curatore Speciale, solitamente un avvocato o un esperto di diritto minorile, è nominato dal Tribunale per i Minorenni per rappresentare il minore nei procedimenti civili in cui sono in gioco i suoi diritti e interessi. Questo ruolo diventa fondamentale quando il minore deve essere riconosciuto come soggetto autonomo, in grado di esprimere la propria

opinione e di partecipare attivamente ai procedimenti che lo coinvolgono (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014). Ai sensi dell'articolo 78 del Codice di procedura civile, la nomina di un Curatore Speciale si rende necessaria quando manca una figura che possa rappresentare il minore o quando esiste un conflitto di interesse con i genitori o il rappresentante legale. La Legge Cartabia (Legge 206/2021) ne prevede l'obbligo di nomina in vari contesti, come i procedimenti che riguardano la limitazione o la revoca della responsabilità genitoriale, e quando il minore, al compimento dei 14 anni, ne faccia esplicita richiesta (Onida, 2000).

Il Curatore Ordinario invece, è chiamato a proteggere il minore non solo nei procedimenti giudiziari ma anche nella sua vita quotidiana, collaborando con diverse figure professionali come educatore, assistente sociale, terapeuta, tutore e personale sanitario. Il suo compito è quello di garantire che ogni decisione presa tenga conto delle condizioni psicofisiche e delle esigenze del bambino. Inoltre, si occupa di informare il minore, spiegargli con parole comprensibili le conseguenze delle sue azioni e fare da mediatore, proteggendolo da eventuali pericoli derivanti dalla sua inesperienza (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

### ***1.3 Tipologie di affido***

Negli ultimi anni, il quadro normativo sull'affido familiare si è evoluto, introducendo diverse tipologie di intervento per rispondere in modo adeguato ai bisogni specifici dei minori e delle loro famiglie. Queste forme di accoglienza variegata permettono inoltre di adattarsi alle capacità e alle risorse di coloro che scelgono di offrire supporto sociale (Regione Veneto, 2008).

Una prima distinzione tra le forme di affido, menzionata nei paragrafi precedenti, riguarda l'affido consensuale e quello giudiziale, come definito dalla Legge 184/83. Questa classificazione, di natura giuridica, si basa sull'adesione della famiglia d'origine al progetto. L'affido consensuale viene avviato su richiesta di chi esercita la responsabilità genitoriale, al fine di evitare separazioni ingiustificate del minore, rispettando la volontà del bambino e dei genitori. Invece, l'affido giudiziale viene disposto dal Tribunale per i Minorenni in assenza di consenso da parte dei genitori, per far fronte a carenze nelle cure materiali ed emotive. In questo contesto, la limitazione della responsabilità genitoriale e il collocamento del minore presso un'altra famiglia non rappresentano una punizione, ma

un intervento necessario per eliminare le condizioni di rischio in cui versa il bambino. Tuttavia, tale forma di affido può complicare le dinamiche tra le parti coinvolte (Dell'Antonio, 1997). Esiste inoltre l'affidamento a rischio giuridico, attuato durante il processo di valutazione della situazione di abbandono del minore.

Un'altra distinzione concerne il luogo in cui il bambino viene accolto dopo l'allontanamento dalla famiglia di origine. L'affidamento intrafamiliare, che si realizza presso parenti fino al quarto grado, rappresenta un esempio di solidarietà basata su legami familiari e affettivi. Questa modalità rispetta il principio stabilito dalla Legge 184/83, secondo cui il bambino ha diritto a crescere all'interno della sua famiglia. Tuttavia, i familiari che accolgono il minore devono essere valutati dai Servizi Sociali e Sanitari per garantire la loro idoneità. Questa forma di affido protegge lo sviluppo del bambino, permettendogli di mantenere radici culturali ed etniche, oltre al legame affettivo con la famiglia, facilitando i processi di reinserimento familiare e riducendo il rischio di più trasferimenti. Invece, l'affido eterofamiliare prevede l'accoglienza da parte di famiglie senza legami di parentela con il minore, e la selezione degli affidatari può tenere conto della vicinanza o distanza rispetto alla famiglia d'origine. Questo tipo di affido può offrire un ambiente educativo adeguato e introdurre una discontinuità rispetto alle precedenti abitudini del bambino. Tuttavia, gli affidi eterofamiliari tendono a mantenere meno contatti con la famiglia di origine, diminuendo le probabilità di una riunificazione (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014).

La durata della permanenza del minore al di fuori della famiglia dipende dalle sue esigenze e dalla gravità delle problematiche familiari. L'affido diurno (o semiresidenziale) prevede che il bambino trascorra parte della giornata con la famiglia affidataria, ma torni a casa propria la sera. Questo tipo di affido non comporta un allontanamento totale e viene attivato principalmente quando la famiglia necessita di un sostegno educativo; esso promuove lo sviluppo di competenze relazionali sia per il bambino che per i genitori. L'affido diurno richiede frequenti interazioni tra la famiglia d'origine e quella affidataria, motivo per cui i Servizi Sociali devono monitorare attentamente l'organizzazione dei tempi e degli orari concordati, facilitando la convivenza tra affidatari e genitori biologici. L'affido part-time, invece, prevede che il bambino trascorra solo alcuni giorni alla settimana o periodi limitati dell'anno con gli affidatari, ed è destinato a famiglie che affrontano difficoltà prevalentemente di tipo organizzativo,

come la gestione lavorativa o situazioni di monogenitorialità. Infine, l'affido residenziale prevede che il minore viva stabilmente con la famiglia affidataria, garantendo un ambiente affettivo che promuove lo sviluppo emotivo, pur mantenendo un legame con la famiglia d'origine in vista di una possibile riunificazione (Regione Veneto, 2008).

L'ultima distinzione tra le diverse forme di affido riguarda la disponibilità delle famiglie affidatarie e la durata del progetto di affido. Gli affidi di emergenza prevedono l'immediato allontanamento del bambino dal proprio nucleo familiare e il suo collocamento in una famiglia affidataria per un massimo di 7 giorni, in attesa di una collocazione definitiva. L'affido di pronta accoglienza, attivato mentre le istituzioni e le autorità definiscono un progetto d'affido più articolato, ha una durata massima di 6 mesi (Regione Veneto, 2008). Un'ulteriore particolarità è rappresentata dagli affidi sine die, che pur essendo temporanei, possono essere prolungati fino al raggiungimento della maggiore età del minore. Questo tipo di affido, che presenta alcune somiglianze con un'adozione aperta (il minore mantiene il cognome e i legami con la famiglia d'origine), può tuttavia generare una condizione di precarietà esistenziale che, se non gestita adeguatamente, può risultare molto stressante (Chistolini, 2014).

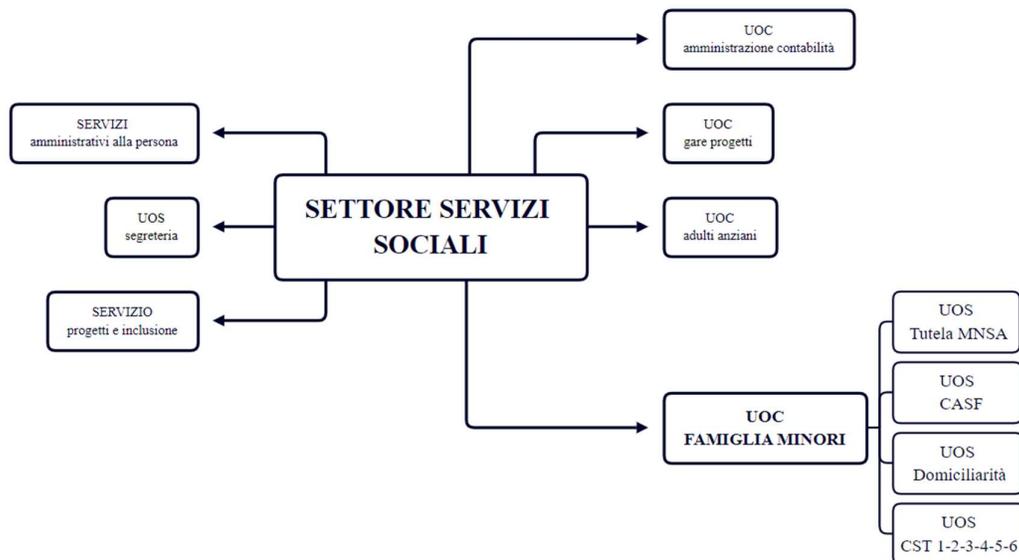
## Capitolo secondo:

### *L'affido familiare nel territorio di Padova*

#### *2.1 Organizzazione dei Servizi Sociali nel comune di Padova e processo di presa in carico*

L'organigramma dei Servizi Sociali del Comune di Padova presenta una struttura articolata, suddivisa in numerose unità operative, ognuna delle quali è destinata a rispondere ai diversi bisogni della comunità. Di particolare rilevanza per la presente dissertazione è l'Unità Operativa Complessa Famiglia e Minori, che riveste un ruolo cruciale nella gestione delle problematiche che coinvolgono nuclei familiari vulnerabili e i minori in difficoltà.

Figura 1: Organigramma Servizi Sociali Comune di Padova



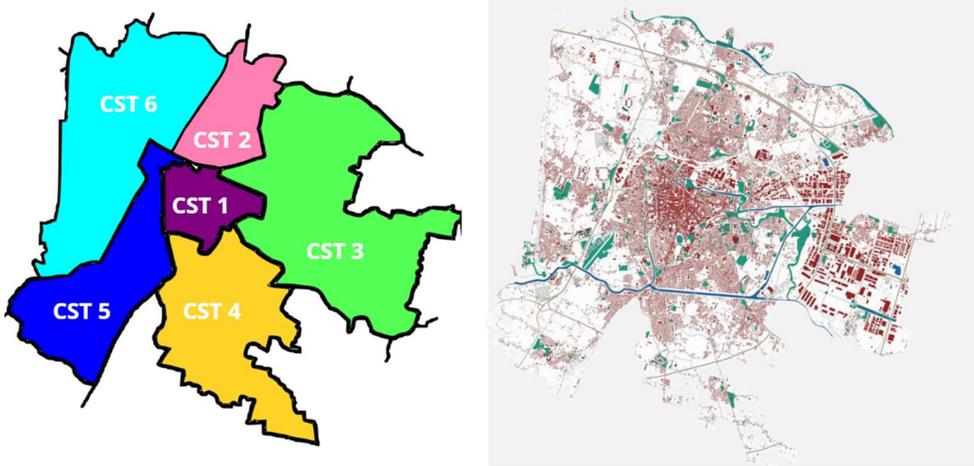
All'interno di quest'unità, l'organizzazione è ulteriormente articolata in équipe multidisciplinari composte da figure professionali specializzate come assistenti sociali, psicologi e educatori. Sebbene ciascuna di queste figure abbia compiti specifici, esse collaborano strettamente per offrire un supporto integrato e coordinato. La stretta sinergia tra queste équipe e altre risorse presenti nel territorio, tra cui scuole, organizzazioni del terzo settore, aziende sanitarie locali (Ulss) e forze dell'ordine, consente di garantire un approccio complessivo ed efficace alla gestione dei casi. L'Unità Famiglia e Minori si occupa, inoltre, di servizi essenziali quali il supporto alla genitorialità e la protezione dei

minori in situazioni di vulnerabilità, promuovendo inclusione sociale e prevenzione per famiglie in difficoltà economica o culturale.

Il primo contatto che i cittadini possono instaurare con i servizi avviene attraverso l'Unità Operativa Semplice dei Centri Servizi Territoriali (CST). Questi centri, distribuiti nei vari quartieri della città, rappresentano un elemento cardine del sistema di welfare locale. Ogni CST ha competenze su specifici territori, corrispondenti ai quartieri, il che facilita l'individuazione tempestiva delle necessità delle famiglie e delle persone in situazioni di disagio. Grazie alla loro distribuzione capillare, i CST sono in grado di offrire risposte rapide e mirate, occupandosi di una serie di interventi, come l'assistenza domiciliare, il supporto educativo per minori e l'assistenza economica.

In particolare, nell'ambito dell'affido familiare, l'équipe della Tutela Minori all'interno dei CST gioca un ruolo fondamentale. Il loro compito principale consiste nel valutare attentamente la situazione della famiglia d'origine e definire un percorso personalizzato per il minore e i suoi genitori. L'équipe si occupa di individuare la tipologia di affido più adatta alle esigenze del bambino (ad esempio affido a breve o lungo termine, residenziale o part-time) e di monitorare costantemente il percorso del minore, mantenendo anche i contatti le origini. Parallelamente, l'équipe segue da vicino l'evoluzione della situazione familiare, proponendo interventi di supporto e accompagnamento finalizzati, ove possibile, a favorire il reinserimento del minore. Il ruolo dei CST è essenziale per garantire che i progetti di affido siano personalizzati e gestiti in modo olistico, tenendo conto delle esigenze di tutti i soggetti coinvolti.

*Figura 2: CST e territorio del Comune di Padova*



Il Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare (CASF), come spiegato nel capitolo precedente, è un servizio specializzato che ha il compito di affiancare e supportare le famiglie affidatarie, oltre a promuovere la cultura della solidarietà familiare all’interno della comunità. A differenza dei Centri Servizi Territoriali (CST), che operano in ambito circoscrizionale, il CASF funge da riferimento unico per la gestione dell’affido in tutto il territorio comunale di Padova, garantendo una gestione unitaria e omogenea dei casi.

Tra le principali funzioni del CASF vi sono le attività di sensibilizzazione, volte a promuovere nella cittadinanza la consapevolezza sull’importanza di accogliere temporaneamente bambini e adolescenti in difficoltà. Queste attività comprendono sia campagne di informazione che eventi pubblici. Il personale del CASF, inoltre, organizza corsi di formazione per le famiglie interessate a diventare affidatarie (che si tengono solitamente quattro o cinque volte all’anno) e si occupa di approfondire la conoscenza di quei candidati motivati ad effettuare questa esperienza. Questo processo è essenziale per assicurarsi che le famiglie siano effettivamente pronte a intraprendere l’esperienza dell’affido e dispongano delle risorse emotive e pratiche necessarie per sostenere il minore. Solo tramite questo processo infatti, è possibile effettuare un buon abbinamento tra il bambino e la famiglia affidataria. Una volta iniziato il progetto di affido il CASF è anche responsabile di garantire sostegno continuo non solo alle famiglie affidatarie (attraverso i colloqui di monitoraggio), ma anche, e soprattutto, ai minori. Il CASF offre un supporto diretto ai bambini e adolescenti in affido, attraverso iniziative come i gruppi di parola e il supporto emotivo-relazionale. In questo ambito, il Servizio collabora con l’Università di Padova, che mette a disposizione specialisti e professionisti per favorire un’elaborazione emotiva positiva, aiutandoli a comprendere e affrontare i cambiamenti che l’affido comporta nella loro vita.

Il processo di presa in carico di un minore è strutturato in diverse fasi operative, che seguono un iter preciso per garantire un intervento efficace in risposta alle necessità del minore e alla sua tutela:

1. Avvio della richiesta/segnalazione
2. Raccolta di elementi di conoscenza e comprensione
3. Valutazione diagnostica e prognostica
4. Stesura del progetto quadro
5. Avvio del progetto di aiuto

Questo processo inizia quindi con l'avvio della richiesta o segnalazione di rischio di pregiudizio, che può provenire da vari soggetti, tra cui enti istituzionali, scuole, servizi sanitari, associazioni o il minore stesso, e può essere anche anonima. Ogni segnalazione, indipendentemente dalla fonte, viene attentamente valutata per stabilirne la fondatezza e la gravità, considerando la credibilità dell'informatore e il contesto in cui si è verificata la situazione. Per questa ragione si effettua la raccolta degli elementi di conoscenza e comprensione. Gli operatori sono tenuti approfondire la situazione del minore e del suo contesto familiare, al fine di comprendere le dinamiche che hanno portato alla situazione di rischio. È essenziale, come sottolineato dalle linee guida, che i servizi competenti si impegnino a selezionare dati oggettivi e verificabili, poiché il semplice sospetto non è considerato come elemento sufficiente per procedere. La tempestività nella valutazione è cruciale per evitare un peggioramento della situazione e attivare prontamente gli interventi necessari. Se la segnalazione contiene elementi di rilevanza penale, è obbligatoria la denuncia all'Autorità Giudiziaria, coinvolgendo tutti gli operatori che svolgono un ruolo di pubblico servizio (ANFAA, 2024; Regione Veneto, 2023).

La fase successiva prevede la valutazione diagnostica e pre-diagnostica, che consiste nell'analizzare in modo approfondito le condizioni di vita e di crescita del minore, nonché le dinamiche del contesto familiare in cui è inserito, considerando soprattutto gli esercenti della responsabilità genitoriale e i parenti entro il IV grado. Questa valutazione segue una prospettiva multidimensionale e dinamica: deve tenere conto delle caratteristiche individuali del minore (specificità etniche, culturali, religiose e linguistiche), delle risorse presenti nel suo ambiente relazionale, nonché la possibile evoluzione futura che il contesto può intraprendere. Fondamentale in questa fase è l'ascolto attivo del minore, che deve essere coinvolto attraverso un linguaggio accessibile e adeguato alla sua età e maturità. La valutazione può avere diversi esiti:

- a. Adeguatezza del contesto familiare
- b. Avvio di un progetto quadro e stesura di un piano educativo individualizzato, in uno scenario che comporti la consensualità delle origini
- c. Segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni nel caso in cui il contesto sia pregiudizievole per il minore e la famiglia non dia il consenso ad approfondimenti.
- d. Il collocamento del minore in un luogo sicuro, se si riscontra una situazione di estrema emergenza (art. 403 c.c.)

L'esame approfondito della storia familiare e delle dinamiche relazionali tra i membri del nucleo familiare riveste un'importanza cruciale, poiché consente di strutturare un intervento mirato che soddisfi pienamente le esigenze del minore, attivando un percorso di tutela e sostegno realmente efficace (Regione Veneto, 2023).

Il progetto quadro rappresenta uno strumento centrale nel processo di presa in carico dei minori, finalizzato a pianificare e coordinare gli interventi sociali, educativi e sanitari necessari per garantire il benessere del bambino e della sua famiglia. Questo documento non si limita a delineare un piano d'azione, ma raccoglie in modo collaborativo la storia del minore, coinvolgendo tutti i soggetti rilevanti: i servizi competenti, i servizi socio-sanitari, gli specialisti, e, quando possibile, il minore stesso e la sua famiglia. Quando sono necessari interventi specialistici per alcuni membri della famiglia, come per la gestione di dipendenze o problemi di salute mentale, tali servizi devono essere attivamente integrati nel processo di valutazione e monitoraggio, in modo da identificare rischi potenziali e garantire un supporto mirato. Un approccio integrato permette la partecipazione di tutti i servizi, inclusi soggetti non istituzionali come insegnanti e volontari, nel percorso di supporto e sviluppo del minore. La struttura del Progetto Quadro deve comprendere informazioni dettagliate, come le informazioni anagrafiche del minore e della sua famiglia, una valutazione dei fattori di protezione e vulnerabilità, e obiettivi chiari da raggiungere. Ogni azione prevista deve essere accompagnata da un programma ben definito che indichi i tempi di realizzazione e da un sistema di monitoraggio e verifica costante, che consenta di adattare il progetto in base all'evoluzione della situazione. Un aspetto cruciale è l'assegnazione delle responsabilità: ogni attore coinvolto, sia istituzionale che no, deve assumere impegni specifici, mentre un case manager ha il compito di garantire che questi vengano rispettati. Tutto ciò deve essere concretamente misurato sulle disponibilità del minore e della sua famiglia, ma anche su quelle attivabili dal sistema di cura. La flessibilità è un principio cardine del Progetto Quadro, che deve essere aggiornato regolarmente, almeno ogni sei mesi, per adeguarsi alle evoluzioni della situazione e garantire che gli interventi siano sempre pertinenti. Tra i possibili esiti del Progetto Quadro figurano diverse soluzioni, come la riunificazione familiare, l'affidamento a lungo termine, l'adozione, o altre forme di accoglienza come l'inserimento in comunità. Indipendentemente dall'esito specifico, l'obiettivo fondamentale è sostenere il minore nel suo percorso di crescita e sviluppo, promuovendo il recupero delle capacità

genitoriali e riducendo il rischio di ulteriori problematiche future (ANFAA, 2024; Regione Veneto, 2023).

Infine, una volta approvato il Progetto Quadro, è possibile avviare il progetto di aiuto. Sarà compito dei Servizi programmare anche degli incontri periodici tra tutti gli enti che hanno partecipato alla stesura del Progetto, in modo da continuare a verificare lo svolgimento dello stesso (Regione Veneto, 2023).

## ***2.2 Percorso di formazione – conoscenza per le coppie che vogliono diventare affidatarie***

Il percorso di formazione e conoscenza che gli aspiranti affidatari devono intraprendere rappresenta un elemento chiave nella preparazione all'accoglienza di un minore. Come evidenziato da Zanon (2014), l'affido familiare è un "bene relazionale" che crea un ponte tra sfera pubblica e privata, contribuendo al capitale sociale della comunità. In questo senso, il percorso formativo non si limita a una mera valutazione, ma mira a sviluppare una consapevolezza profonda nei futuri affidatari riguardo alle responsabilità e alle dinamiche coinvolte. Organizzato dal Centro per l'Affido e la Solidarietà Familiare, questo percorso si muove tra l'immaginario e il reale per aiutare le famiglie a riconoscere le proprie risorse e i propri limiti, nonché a comprendere come collaborare efficacemente con il minore e la sua famiglia di origine. L'uso del termine "conoscenza" sottolinea la differenza rispetto a una valutazione di tipo diagnostico: non si cercano competenze o perfezione, ma si punta a comprendere come ciascuna famiglia possa essere una risorsa per il minore (Regione Veneto, 2008). Infatti non vengono selezionate solamente le famiglie "idonee" per un affido residenziale a lungo termine: ogni nucleo familiare, con le proprie peculiarità, può contribuire alla costruzione di una rete di sostegno che includa diverse forme di affido, ampliando così l'offerta di solidarietà (Casartelli, 2007). Fondamentale in questo percorso è la prospettiva relazionale: la costruzione di un legame di fiducia tra operatori e affidatari è essenziale per esplorare e valorizzare sia le competenze sia le paure e i desideri dei partecipanti. Il processo formativo viene considerato in incontro fra pari (seppure con ruoli diversi) dove tutte le persone coinvolte si alleano per raggiungere un obiettivo comune: promuovere il benessere di un bambino in difficoltà (Casartelli, 2007). Questa prospettiva relazionale prevede non solo il coinvolgimento degli affidatari ma anche di tutti i membri della famiglia convivente,

come eventuali figli o altri adulti (ad esempio i nonni), affinché l'accoglienza sia il più possibile inclusiva e condivisa (ANFAA, 2024). L'operatore ha il compito di facilitare l'esplicitazione di bisogni, motivazioni e aspettative, accompagnando la famiglia verso una scelta autodeterminata e consapevole. È altrettanto importante che la comunicazione sia trasparente e basata sulla fiducia reciproca, elemento chiave per una collaborazione efficace con i Servizi (Casartelli, 2007; Zanon, 2014). Il concetto di “compatibilità all'affido” non è immutabile, ma si adatta al ciclo di vita del nucleo familiare, prendendo in considerazione la loro disponibilità in quel preciso momento evolutivo (ANFAA, 2024).

Il percorso, strutturato in diversi passaggi, include incontri formativi, colloqui con psicologi e assistenti sociali e una visita domiciliare. Questo processo progressivo permette di valutare la compatibilità degli aspiranti affidatari con il progetto di affido, puntando alla costruzione di un'esperienza sostenibile per tutte le parti coinvolte.

Il primo incontro formativo per gli aspiranti affidatari rappresenta un momento cruciale nel percorso di preparazione e conoscenza, poiché offre un'occasione per acquisire una comprensione generale del funzionamento dell'affido e del ruolo che la famiglia accogliente svolgerà all'interno della rete di supporto. Questo incontro, tenuto dall'assistente sociale e dall'educatore, può avvenire sia in presenza che online e prevede la partecipazione di un gruppo, contesto privilegiato per favorire lo scambio di esperienze e punti di vista. La dinamica di gruppo, infatti, permette ai partecipanti di attivare riflessioni condivise, stimolando l'emersione di diverse prospettive (ANFAA, 2024). Durante l'incontro, è auspicabile l'uso di strumenti interattivi e diversificati come testimonianze di famiglie affidatarie, la lettura di progetti di affido, la visione di filmati e l'utilizzo di giochi di ruolo. Questi strumenti aiutano gli aspiranti affidatari a riflettere sulle principali finalità, caratteristiche e mansioni dell'affido, nonché sulle dinamiche che influenzeranno il loro percorso (ANFAA, 2024). L'obiettivo è anche quello di favorire la consapevolezza rispetto al cambiamento che la famiglia accogliente affronterà durante il progetto di affido, in modo da prepararli ad affrontare le sfide future (Crocetta, 2018). Un aspetto fondamentale da trattare è la specificità dei vissuti emotivi che i bambini affidati portano con sé. Secondo Cassiba e Antonucci (2014), è essenziale informare le famiglie sui bisogni relazionali e di cura specifici dei minori, affinché comprendano reazioni come il rifiuto o la mancanza di gratitudine da parte del bambino. Ciò aiuta le famiglie a non

scoraggiarsi di fronte alle prime difficoltà e a sviluppare la capacità di promuovere un cambiamento positivo nella relazione, sostenendo il minore in un percorso di riorganizzazione dei propri modelli mentali e relazionali.

Dopo il primo incontro di gruppo, le persone che decidono di continuare il percorso di conoscenza saranno tenute a intraprendere un colloquio psico-sociale insieme all'assistente sociale e l'educatore del Servizio. Questo colloquio, svolto in coppia, ha l'obiettivo di esplorare l'organizzazione del sistema familiare e relazionale, includendo informazioni sulla composizione del nucleo, lo stile di vita e la gestione quotidiana. Oltre a questo, viene effettuata una valutazione delle risorse disponibili, come la rete di supporto familiare e sociale, le reti di prossimità e i legami con il territorio. È inoltre rilevante analizzare eventuali esperienze pregresse di accoglienza e, soprattutto, la disponibilità della coppia al cambiamento, elemento cruciale in un percorso così trasformativo come l'affido (Crocetta, 2018).

Accanto al colloquio, anche se l'uso di test standardizzati non è frequente nel contesto dell'affidamento familiare, possono essere impiegati strumenti di natura psicologica. Come sottolinea Zanon (2014), questi questionari non devono essere intesi come una modalità per cercare "famiglie standard", ma piuttosto come strumenti volti a favorire l'autoconsapevolezza e la comunicazione bidirezionale tra la famiglia e gli operatori. L'uso di accorgimenti specifici nella compilazione e nell'interpretazione dei risultati rende questi strumenti coerenti con la finalità di promuovere una riflessione consapevole sul proprio ruolo di affidatari, piuttosto che una valutazione rigida o diagnostica. Nel percorso effettuato presso il CASF di Padova si somministrano l'Experiences in Close Relationships-Revised (Busonera ,et al., 2014; Fraley, Waller, & Brennan, 2000), la Diadic Adjustment Scale (Gentili, et al., 2002; Spanier, 1976) e il Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006; Giannini, et al., 2010). La spiegazione di questi strumenti verrà approfondita nel capitolo successivo.

A seguito di questa componente prettamente sociale, il percorso di conoscenza si struttura per una serie di colloqui psicologici, che rivestono un ruolo cruciale per esplorare in profondità la preparazione della famiglia a sostenere l'esperienza dell'affido. Questi incontri, suddivisi in più fasi, offrono l'opportunità di esaminare vari aspetti del loro vissuto personale e di coppia, così come la loro capacità di adattamento al complesso ruolo di genitore affidatario. Il primo colloquio psicologico, condotto in coppia, ha la

funzione di analizzare le aspettative e le motivazioni che spingono i candidati ad intraprendere questo percorso. È un momento in cui emergono i pensieri riguardo all'affido, sia in termini emotivi che pratici, e in cui si valuta la capacità di affrontare le sfide di questo ruolo. In questa fase, viene anche esplorata la capacità dei futuri affidatari di supportare il minore (Casartelli, 2007). Il secondo colloquio psicologico si svolge individualmente (quindi è un incontro per ciascun membro della coppia) e mira a indagare aspetti più profondi della storia personale di ciascun candidato. Lo psicologo esplora l'infanzia e l'adolescenza, le relazioni significative vissute, le esperienze di conflitto, perdita o difficoltà, e i modelli genitoriali interiorizzati. Si pone particolare attenzione alla descrizione di sé e alle condizioni di vita attuali, insieme alla capacità di costruire legami affettivi e di permettere le separazioni, aspetti fondamentali nel processo di affido. Questo colloquio approfondisce anche il sistema di valori, la progettualità familiare e l'immagine che ciascun individuo ha di un eventuale figlio, con un focus specifico sulla genitorialità e sulla capacità di accogliere un minore in affido (Zanon, 2014). Il terzo colloquio psicologico, nuovamente svolto in coppia, è finalizzato all'analisi della storia della relazione romantica e del progetto familiare. Qui lo psicologo indaga la co-genitorialità, esaminando gli stili educativi, le scelte pedagogiche, i ruoli e le funzioni che ciascuno dei partner assume all'interno della coppia. Viene inoltre analizzata la capacità di trasformarsi e mentalizzare le esperienze vissute durante il percorso di conoscenza. Si presta attenzione alla loro disponibilità al confronto e al mutuo-aiuto, elementi essenziali per garantire un contesto familiare favorevole per il minore in affido e per favorire la collaborazione con i Servizi e altre figure di supporto. Questa fase permette di consolidare la comprensione del percorso di affido e di preparare la coppia alla complessità relazionale che questa esperienza comporterà (Casartelli, 2007; Zanon, 2014).

La tappa successiva del percorso di conoscenza è la visita domiciliare, condotta dall'assistente sociale e/o l'educatore. Questa risulta fondamentale, in quanto offre agli operatori la possibilità di integrare le informazioni raccolte durante i colloqui con una visione più concreta e diretta della vita quotidiana della famiglia. Si svolge all'interno del contesto familiare e ha una duplice funzione. Da un lato, si verifica la presenza e l'adeguatezza degli spazi disponibili per accogliere un minore, valutando se l'ambiente domestico può offrire comfort e sicurezza. Dall'altro, questa visita permette di conoscere eventuali figli biologici o altri conviventi, e di osservare direttamente le dinamiche

relazionali tra i membri della famiglia. L'aspetto centrale della visita non è tanto quello di controllare, quanto piuttosto di comprendere come la famiglia interagisca nel proprio contesto quotidiano e come i ruoli e le relazioni tra i vari membri si esprimano in una situazione informale e naturale. Questo consente agli operatori di avere un quadro più completo e realistico delle risorse e delle potenziali criticità della famiglia (Regione Veneto, 2008).

L'ultimo passaggio prima dell'abbinamento tra famiglia affidataria e minore è il colloquio di restituzione, che viene condotto dallo psicologo e dall'assistente sociale. Questo incontro conclusivo, svolto nuovamente in coppia, ha come obiettivo quello di fornire un riscontro alla famiglia sugli esiti del percorso di conoscenza. Gli operatori rimandano le osservazioni emerse durante l'intero percorso formativo, comprese quelle relative alla visita domiciliare. Si tratta di un momento fondamentale di condivisione, in cui viene delineata la tipologia di affido che potrebbe essere più adatta a quella specifica famiglia, tenendo conto delle caratteristiche emerse in termini di risorse, motivazioni e capacità relazionali. La restituzione è anche un'opportunità per discutere eventuali preoccupazioni o dubbi emersi durante il percorso e per rafforzare il legame di fiducia tra la famiglia e i Servizi, facilitando una visione chiara e condivisa del progetto di affido che meglio si adatta alle caratteristiche della coppia (Regione Veneto, 2008).

### ***2.3 L'avvio dell'affido e il monitoraggio***

Una volta che i servizi sociali hanno preso in carico il minore, e gli affidatari hanno concluso il proprio percorso formativo, il CASF procede all'abbinamento tra la famiglia ritenuta più idonea e il bambino. L'obiettivo non è individuare la famiglia "migliore" in senso assoluto, ma quella che meglio può offrire le risorse educative e affettive necessarie per supportare lo sviluppo del minore attraverso relazioni interpersonali numerose e significative. La scelta prende in considerazione vari fattori, tra cui il contesto culturale e religioso, la presenza di disabilità o problematiche socio-sanitarie, la posizione nella fratria, le relazioni con la rete sociale e le agenzie educative. Tra le informazioni importanti per l'abbinamento bisogna valutare anche il grado di difficoltà del progetto. Secondo la letteratura, gli affidi più difficili coinvolgono ragazzi con più di 15 anni, che hanno già fatto esperienze di allontanamento e hanno problemi comportamentali. Gli affidi con minori difficoltà invece sono quelli in cui i fratelli vengono ricollocati nella

stessa famiglia e il minore ha la possibilità di mantenere rapporti con la propria rete amicale. È molto utile anche la relazione con altri bambini o ragazzi che stanno facendo a loro volta esperienza di affido (Calcaterra & Raineri, 2018; Regione Veneto, 2008).

Essendo che il processo di abbinamento costituisce una fase molto delicata, è bene mettere in atto una serie di accortezze per agevolare l'adattamento del minore al nuovo nucleo:

- È consigliabile che il bambino sia supportato nel passaggio da adulti con cui ha già un legame, idealmente i genitori biologici, che possono fornire informazioni utili su abitudini e preferenze. In tutti i casi in cui però le origini non sono a disposizione, sarebbe bene che intervenisse un operatore della Tutela che il bambino ha già incontrato e conosciuto nel corso della presa in carico.
- È fondamentale che il minore venga gradualmente introdotto nella nuova realtà familiare attraverso visite e incontri programmati (ad eccezione per le situazioni di emergenza). Tali incontri sono finalizzati ad una reciproca conoscenza e scambio di abitudini, bisogni e preferenze. Permettono che il passaggio da un nucleo all'altro non venga percepito come lacerante, quanto piuttosto come un accordo tra entrambe le famiglie.
- Il bambino, deve essere adeguatamente preparato al cambiamento attraverso una comunicazione chiara e adatta alla sua età. Qualsiasi situazione nuova attiva in lui bisogni di protezione da parte degli adulti di riferimento, a scapito dell'esplorazione. È fondamentale rassicurarlo sulla normalità delle sue emozioni e sulla disponibilità degli adulti a sostenerlo. Deve essere garantito il diritto del bambino di esprimere domande alla famiglia affidataria e agli operatori riguardo al cambiamento, (Calcaterra & Raineri, 2018; Cassiba, Elia & Terlizzi, 2012)

Parallelamente, anche la famiglia affidataria deve essere adeguatamente preparata all'accoglienza del minore. È cruciale che riceva informazioni dettagliate sul bambino e il suo passato (situazione familiare, esperienze, legami), per comprendere meglio le sue eventuali difficoltà e reazioni al nuovo ambiente. La famiglia affidataria è responsabile della riservatezza di queste informazioni e si impegna a non divulgarle a terzi (ANFAA, 2024). Inoltre, alla famiglia viene concesso del tempo di riflessione per decidere se accettare l'abbinamento, in modo tale da affrontare eventuali dubbi e consultarsi con

professionisti o associazioni di riferimento (Regione Veneto, 2008). Dopo l'accoglienza, gli affidatari devono adattare le proprie routine per facilitare il processo di integrazione del minore, con particolare attenzione al coinvolgimento dei propri figli, che dovranno accettare e vivere la nuova dinamica familiare. Soprattutto nei primi giorni vengono disposti dei congedi dal lavoro, in modo tale che l'affidato possa ricevere tutte le attenzioni necessarie.

I tempi tra l'accettazione dell'affido, la proposta di abbinamento e la sua realizzazione possono variare ampiamente a causa dei molteplici fattori che influenzano questa fase complessa (ANFAA, 2024).

Il monitoraggio costante e il sostegno alla famiglia affidataria sono elementi centrali nel progetto di affido, soprattutto nei primi mesi, quando il minore deve affrontare il complesso processo di adattamento a una nuova realtà familiare. In questa fase, può capitare che il bambino manifesti il proprio disagio in una gamma di comportamenti abbastanza ampia: rabbia verso di sé o verso gli altri, chiusura, regressione, peggioramento nel rendimento scolastico, depressione, rifiuto dei gesti affettuosi degli affidatari, bugie, ed altri comportamenti a rischio. Il bambino, inconsciamente, mette in atto questi schemi per testare la disponibilità degli affidatari e per misurare il loro reale interesse nei suoi confronti. La famiglia affidataria potrebbe sentirsi disorientata e tentata di applicare regole rigide per affrontare la situazione. Tuttavia, è fondamentale adottare un approccio basato su flessibilità e comprensione, per garantire al minore un senso di accoglienza e sicurezza, evitando che si senta incerto riguardo alla stabilità familiare. Anche se le famiglie affidatarie sono consapevoli di questi aspetti, potrebbero avere aspettative poco realistiche riguardo alla risoluzione rapida dei problemi o sentirsi deluse se il minore non esprime affetto nei loro confronti o non si comporta come i loro figli biologici. In questo contesto, gli incontri di monitoraggio con gli operatori sociali sono essenziali per fornire supporto agli affidatari e per prevenire potenziali difficoltà (ANFAA, 2024; Cassiba, Elia & Terlizzi, 2012).

Questi incontri servono non solo a valutare il benessere del minore, ma anche a supportare la famiglia nella gestione delle dinamiche quotidiane. Possono essere individuali (svolti con i singoli membri della famiglia), di coppia o di gruppo; possono essere domiciliari o esterni (ad esempio nella sede dei Servizi); possono coinvolgere altre figure professionali, come gli insegnanti o un educatore. La frequenza di tali incontri viene adattata in base

alla fase del processo di affido e alle problematiche emergenti, con un aumento dell'intensità degli interventi durante periodi critici, come l'inizio e la conclusione dell'affido, o in seguito a eventi significativi come cambiamenti scolastici, conflitti, separazioni, modifiche nei programmi o interventi dell'Autorità Giudiziaria (Regione Veneto, 2008).

È fondamentale che gli operatori sociali siano accessibili e disponibili, poiché uno dei principali motivi di frustrazione per gli affidatari è la difficoltà nel contattarli. La presenza di un professionista dedicato che possa rispondere rapidamente ai bisogni degli affidatari può migliorare significativamente il senso di supporto percepito. Allo stesso modo, l'integrazione in gruppi di genitori che stanno vivendo la stessa esperienza può offrire un'ulteriore forma di sostegno, permettendo la condivisione di strategie per affrontare le difficoltà dell'affido (Calcaterra & Raineri, 2018).

Gli affidatari non devono essere trattati come professionisti, ma come persone che, sebbene animate da grande motivazione, necessitano di sostegno emotivo, psicologico ed educativo costante per affrontare efficacemente le sfide che si presentano e mantenere il progetto in linea con i suoi obiettivi. È loro compito osservare e documentare i cambiamenti nel comportamento del minore e riferirli ai professionisti, i quali interverranno se necessario (Crocetta, 2018).

## ***2.4 La conclusione dell'affido***

La conclusione di un progetto di affido familiare rappresenta una fase critica che richiede una pianificazione e gestione scrupolosa da parte delle autorità competenti, con l'obiettivo di garantire il miglior interesse del minore. Non si può giudicare il successo di un affido solo in base alla durata o al ritorno del bambino nella famiglia d'origine; piuttosto, un affido può essere considerato positivo se soddisfa adeguatamente le esigenze del minore e facilita il rafforzamento dei legami con la famiglia biologica (ANFAA, 2024). Il termine dell'affidamento richiede l'intervento di diverse figure professionali per gestire i vari aspetti e rispondere ai bisogni dei soggetti coinvolti (Cassiba, Elia & Terlizzi, 2012). Dopo una valutazione approfondita delle condizioni del minore e dei rischi associati sia a un possibile prolungamento dell'affido sia al ritorno nella famiglia d'origine, la conclusione dell'affidamento viene formalizzata tramite un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria minorile. Le motivazioni che possono portare a tale decisione includono:

- 1) Ritorno alla famiglia di origine. Quando le condizioni di rischio che avevano giustificato l'allontanamento non sono più presenti, il minore può rientrare nel proprio nucleo familiare (Legge 184/83). Sebbene questa rappresenti l'opzione auspicabile, è importante considerare che il minore potrebbe avere un'immagine idealizzata della propria famiglia, che potrebbe non corrispondere alla realtà al momento del ricongiungimento. Inoltre, il distacco dagli affidatari può comportare per il bambino una nuova esperienza di perdita e separazione. La famiglia affidataria potrebbe provare sentimenti di rabbia, frustrazione e tristezza per la conclusione del progetto, nonostante fosse consapevole che questo momento sarebbe arrivato. Tuttavia, potrà mantenere contatti con il minore tramite visite o telefonate, continuando a fungere da supporto, ove ritenuto opportuno (Legge 173/2015). I genitori biologici devono essere supportati nel gestire il conflitto emotivo derivante dal fatto che il loro figlio ha stabilito legami affettivi con gli affidatari. Gli operatori sono chiamati a facilitare il processo di ricongiungimento, aiutando il bambino a riconoscere gli sforzi compiuti dai genitori, affinché il rientro venga percepito come una conquista condivisa. Considerato il complesso vissuto emotivo di tutte le parti coinvolte, è cruciale che il rientro del minore avvenga in maniera graduale, intensificando progressivamente i contatti con la famiglia d'origine (ad esempio, con visite nei fine settimana). Per garantire la stabilità della genitorialità nel tempo, è fondamentale che il nucleo familiare d'origine venga supportato per un periodo sufficiente a superare la fase iniziale post-ricongiungimento (almeno sei mesi) e che si preveda un percorso di rielaborazione e supporto per la famiglia affidataria (Cassiba, Elia & Terlizzi, 2012; Regione Veneto, 2008).
- 2) Necessità di ricollocamento. Se emergono elementi che indicano rischio per il minore nel mantenere la sistemazione attuale, si rende necessario un cambiamento di abitazione (Legge 184/83). In tali circostanze, per tutelare il minore, è fondamentale trovare un ambiente adeguato. Qualora quello specifico progetto di affido non rispondesse più alle esigenze di protezione del minore, può rendersi necessario il coinvolgimento di una nuova famiglia affidataria, oppure di una casa famiglia o una comunità. Queste ultime due alternative offrono ambienti protetti e personale qualificato, fornendo supporto educativo e psicologico per aiutare il minore a gestire le proprie difficoltà e favorire una transizione verso una soluzione più stabile (ANFAA, 2024).

- 3) Affidato prolungato fino alla maggiore età. In alcuni casi, il progetto viene rinnovato fino a quando il minore non raggiunge i 18 o i 21 anni, diventando di fatto un affidato sine die. Questa tipologia di affidato supera di gran lunga i due anni previsti dalla legge, ma il mero criterio temporale non può essere l'unico parametro per decidere il ritorno del minore nella famiglia d'origine. Questi affidi vengono attivati per garantire al bambino il diritto di crescere in una famiglia (coerentemente a quanto enunciato dalla Legge n. 184/1983 e successive modifiche) e sono comunque soggetti a verifiche periodiche da parte dei Servizi. Inoltre, l'affido può continuare oltre i 21 anni se il minore ha disabilità o è gravemente malato e non può inserirsi autonomamente nella società (ANFAA, 2024).
- 4) Dichiarazione di adottabilità. Dopo un lungo periodo di affidato, se il minore viene dichiarato adottabile, la famiglia affidataria può richiedere l'adozione. Secondo la Legge 173/2015, il Tribunale per i Minorenni deve considerare i legami affettivi significativi e la relazione stabile e duratura tra il minore e gli affidatari nella valutazione di questa richiesta.

Indipendentemente dal motivo della conclusione dell'affido, i legami creati durante questo periodo sono fondamentali e possono continuare a essere una risorsa preziosa per il benessere del minore. Questi non riguardano solo le relazioni tra il bambino e la famiglia affidataria, ma anche le relazioni di supporto reciproco tra famiglie affidatarie, spesso formatesi in risposta alle difficoltà legate alla gestione dell'affido e al supporto non sempre costante da parte dei Servizi pubblici. In questo contesto, la Legge 173/2015 sottolinea l'importanza di proteggere queste relazioni per garantire al minore la continuità affettiva.

## Capitolo terzo:

### *La ricerca*

#### **3.1 Introduzione**

La presente ricerca coinvolge la partecipazione di due enti in convenzione: il Centro per l’Affido e Solidarietà Familiare (CASF) del settore dei Servizi Sociali del Comune di Padova e il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell’Università di Padova (DPSS).

In linea generale, il progetto di ricerca-intervento esamina le relazioni all’interno dei nuclei familiari coinvolti nel tema dell’affido e la capacità di “prendersi cura”. L’attenzione a queste dimensioni risulta essere motivata principalmente da due ragioni fondamentali. La prima ragione risiede nella possibilità di formulare un abbinamento ottimale tra le potenziali famiglie affidatarie e i bambini o ragazzi accolti. Infatti, identificando le risorse e le potenzialità di ciascun nucleo familiare, diventa possibile una corrispondenza personalizzata alle esigenze dei minori che contribuisce a creare un ambiente più favorevole e armonioso per l’affido (Sottoriva & Pedrabissi, 2002). La seconda ragione riguarda il monitoraggio dei progetti di affido, svolto degli operatori dei Servizi. Un’attenzione accurata alle relazioni familiari e alle capacità di cura consente di individuare tempestivamente eventuali criticità o difficoltà, in modo da intervenire prontamente per promuovere una maggiore stabilità.

In sintesi, il progetto di ricerca-intervento mira a promuovere un’esperienza positiva e di crescita per tutti i soggetti coinvolti nel progetto di affido, ma anche vorrebbe fornire strumenti utili per rendere più efficaci i percorsi di conoscenza che vengono svolti con i possibili affidatari, in modo da aiutare le famiglie a capire se e come sono pronte a prendersi cura di un bambino e del suo mondo di legami affettivi (Zanon, 2014).

#### **3.2 Profilazione del campione e procedura**

Allo studio hanno partecipato 28 coppie, delle quali alcune erano sposate (75%) e altre conviventi (25%). Gli aspiranti affidatari hanno seguito il percorso formativo-conoscitivo presso CASF di Padova nel periodo compreso tra aprile 2021 e maggio 2024. Durante questo arco temporale, altre coppie, nonché una decina di individui singoli, hanno espresso la loro disponibilità a partecipare al progetto di affido. Tuttavia, queste ulteriori

candidature non sono state incluse nello studio per specifiche ragioni metodologiche. Le coppie aggiuntive sono state escluse poiché solo uno dei membri aveva completato la compilazione dei questionari necessari per l'analisi quantitativa (impedendo così il confronto delle dinamiche di funzionamento tra due adulti appartenenti allo stesso nucleo familiare). I single, invece, non sono stati considerati in quanto non rappresentativi degli obiettivi di ricerca.

In seguito al primo colloquio del percorso di formazione e conoscenza effettuato con l'educatore e l'assistente sociale del Servizio (si veda Capitolo 2), è stata inviata agli affidatari una survey online contenente il consenso informato, una scheda per i dati socio-demografici (riportati entrambi in appendice) e i questionari Experiences in Close Relationships-Revised (Busonera, et al., 2014; Fraley, Waller, & Brennan, 2000), Diadic Adjustment Scale (Gentili, et al., 2002; Spanier, 1976) e Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006; Giannini, et al., 2010). La durata di compilazione di questi ultimi può variare da 40 a 60 minuti.

Tutti gli individui sono stati informati della natura volontaria della loro partecipazione, con la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento senza doverne giustificare le ragioni, conformemente al D. Lgs 196/2003 e al GDPR EU 2016/679. Il protocollo di indagine rappresenta un ampliamento dello studio approvato dal comitato etico per la ricerca in psicologia dell'Università degli Studi di Padova (Num. 2594 del 08/03/2018). I dati raccolti per il lavoro di analisi sono stati trattati in forma confidenziale, con l'attribuzione di un codice identificativo, e sono stati elaborati in gruppo esclusivamente a scopo di ricerca. L'uso delle informazioni da parte dell'ente si è limitato a fini interni al CASF o all'ufficio Tutela Minori e Famiglia, con l'obiettivo di sostenere e aiutare le famiglie, e non può essere utilizzato per relazioni a soggetti terzi.

I genitori affidatari, in primo luogo, hanno compilato individualmente i questionari relativi all'analisi quantitativa attraverso la piattaforma Qualtrics. Sulla base delle risposte agli item sono stati stilati dei profili dei questionari ECR-R e DAS, successivamente valutati rispetto alle relative distribuzioni normative (punti T). Per il Cuida invece il report riassuntivo delle risposte agli item è stato effettuato tramite la piattaforma Giunti Testing. Successivamente, sono stati condotti colloqui psicologici sia di coppia che individuali. Per l'analisi qualitativa, è stato richiesto alle psicologhe di valutare le consultazioni attraverso una griglia appositamente strutturata.

Questo approccio di ricerca multiple informant ha permesso di integrare diversi punti di vista, sia quelli self-report degli affidatari, sia quelli clinician-report delle operatrici. Tale metodologia ha consentito di ottenere una visione più completa e articolata delle dinamiche familiari e delle risorse affettivo-relazionali dei nuclei che si preparano ad accogliere i minori, arricchendo significativamente l'analisi dei fenomeni indagati e riducendo il rischio di bias.

### **3.3 Ricerca quantitativa**

#### OBIETTIVI E IPOTESI

L'obiettivo della ricerca quantitativa è stato quello di analizzare il funzionamento socio-relazionale ed emotivo dei potenziali affidatari. Attraverso la somministrazione di questionari standardizzati sono stati indagati gli stili di attaccamento romantico adulto con Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R, Busonera ,et al., 2014; Fraley, Waller, & Brennan, 2000), la qualità del legame di coppia con la Dyadic Adjustment Scale (DAS, Gentili, et al., 2002; Spanier, 1976) e le attitudini alla genitorialità con il Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006; Giannini, et al., 2010). Questa prima parte di ricerca pone le basi per la conoscenza delle persone che vogliono intraprendere il percorso formativo. I questionari sono tutti strumenti self-report che permettono agli affidatari di riflettere sulla loro storia coppia e vita familiare, alle operatrici dei Servizi di osservare la percezione degli affidatari stessi su queste dimensioni. Particolare attenzione è stata rivolta alle differenze nella compilazione dei questionari tra i due genitori del nucleo e alla eventuale correlazione tra l'attaccamento romantico adulto e l'adattamento di coppia. Esaminare queste risposte può mettere in luce discrepanze o aspetti positivi nella dinamica relazionale, elementi di cruciale rilevanza considerando che la coesione del legame è essenziale per assicurare un ambiente stabile per il bambino affidato.

In base a quanto finora esposto e in base a quanto emerso dalla letteratura ci si aspetta di trovare nei dati raccolti le seguenti ipotesi:

- La prima ipotesi riguarda le differenze nell'attaccamento relazionale, misurate tramite il questionario ECR-R, tra i due partner all'interno delle coppie. In particolare, si prevede che gli uomini manifestino livelli più elevati di evitamento, mentre le donne mostrino

una maggiore ansia (Busonera et al, 2014; Calvo, 2008; Del Giudice, 2011; Ktistaki et al., 2014,).

- La seconda ipotesi riguarda le differenze nell'adattamento di coppia, misurato con la DAS, tra i partner all'interno delle coppie. Dalla letteratura non emergono significative differenze tra il sottogruppo maschile e femminile (Gentili et al., 2002), si ipotizza però che la soddisfazione di un partner sia correlata positivamente con quella dell'altro (Gambarini, 2010).
- La terza ipotesi concerne le differenze nella percezione delle cure parentali tra maschi e femmine, valutate attraverso lo strumento Cuida. Poiché non sono stati reperiti riferimenti in letteratura relativi a questo tipo di indagine, tale ipotesi assumerà una natura esplorativa. Tuttavia, si prevede di rilevare punteggi elevati di desiderabilità sociale sia nei maschi che nelle femmine.
- La quarta ipotesi stipula che più i punteggi di ansia ed evitamento sono bassi, più gli individui sono più predisposti a costruire positivamente la propria relazione sentimentale, ottenendo così punteggi più elevati nell'adattamento di coppia (Collins and Read, 1990; Gambarini, 2010).

## STRUMENTI

Experiences in Close Relationships-Revised, ECR-R (Busonera et al., 2014; Fraley, Waller, & Brennan, 2000)

L'ECR-R è uno strumento utilizzato per valutare lo stile di attaccamento degli adulti. L'attaccamento in età adulta si riferisce al modo in cui le persone formano e mantengono relazioni emotive significative; in questo specifico caso si è rivolto il focus verso il legame con il partner romantico. Risulta importante studiare questo costrutto in quanto, secondo la letteratura, un legame di attaccamento sicuro sarebbe in grado di promuovere forme positive di caregiving (Feeney, 1996).

Sviluppato da Fraley, Waller e Brennan nel 2000 come revisione del precedente ECR (Brennan, Clark, & Shaver, 1998), è ampiamente utilizzato per esplorare come gli individui percepiscono e si comportano nelle loro relazioni. Questo questionario self-report è composto da 36 item, distribuiti su due dimensioni principali dell'attaccamento:

- Ansia (Attachment Anxiety): misura il grado in cui una persona è preoccupata per il rifiuto o l'abbandono da parte del partner. Gli item valutano preoccupazioni relative

alla disponibilità dell'altro individuo, legata a un bisogno ossessivo di vicinanza e protezione. Questa dimensione si compone di 18 item.

- Evitamento (Attachment Avoidance): misura il grado in cui una persona tende a evitare l'intimità emotiva e la dipendenza dal partner. Gli item valutano il confort nel dipendere dagli altri, la necessità di mantenere una certa distanza emotiva e il desiderio di autonomia. Questa dimensione si compone di 18 item.

Gli item del ECR-R sono presentati in una scala Likert a 7 punti, dove 1 indica "fortemente in disaccordo" e 7 indica "fortemente d'accordo". I partecipanti sono invitati a rispondere alle affermazioni basandosi su come si sentono generalmente nelle loro relazioni sentimentali, piuttosto che in riferimento a una relazione attualmente in corso. Le risposte agli item sono sommate per ottenere un punteggio totale per ciascuna delle due dimensioni (ansia e evitamento). Punteggi più alti sull'ansia indicano una maggiore preoccupazione per il rifiuto e l'abbandono, mentre punteggi più alti sull'evitamento indicano una maggiore tendenza a evitare l'intimità e a mantenere l'autonomia (Fraley, Waller, & Brennan, 2000).

Alcuni esempi di item possono essere: "Preferisco non mostrare al partner come mi sento dentro". "Ho paura di perdere l'amore del mio partner". "Mi sento a mio agio nel condividere con il partner i miei pensieri e sentimenti più personali". "Spesso temo che il mio partner non voglia più stare con me". "Trovo difficile concedermi di fare affidamento sul partner" (Busonera et al., 2014).

L'utilizzo di questo questionario risulta essere utile nella pratica clinica in quanto consente di categorizzare il funzionamento dei soggetti nel classico modello a quattro categorie: attaccamento sicuro, ansioso, evitante e disorganizzato. Inoltre, in ambito di ricerca, risulta essere uno strumento vantaggioso perché i punteggi ottenuti dalle risposte si possono analizzare in misure dimensionali (Busonera, San Martini, et al., 2014).

In un percorso di valutazione di futuri genitori affidatari è importante considerare lo stile di attaccamento, in quanto la letteratura riporta che l'esperienza di un attaccamento sicuro permette al genitore di focalizzarsi meno sui propri bisogni personali e di spostare l'attenzione sulla cura dei figli in modo più efficace. Gli individui che invece riportano elevati punteggi nella scala di ansia mostrano maggiore bisogno di soddisfare la propria vicinanza emotiva e questo può portare a una cura intrusiva o caratterizzata da inversione di ruoli. Per quanto riguarda invece le persone con punteggi elevati nella scala

dell'evitamento si osserva una difficoltà a fornire supporto emotivo non solo al partner, ma anche ai propri figli (Ktistaki, Papadaki-Michailidi, & Karademas, 2014).

Dyadic Adjustment Scale, DAS (Gentili et al., 2002; Spanier, 1976)

La DAS è uno strumento utilizzato per valutare la qualità e il grado di adattamento nelle relazioni di coppia. Questo costrutto indica la capacità della coppia di affrontare i possibili cambiamenti di vita e le proprie differenze, introducendo tutti quei processi che possono rendere la relazione funzionale ed armoniosa (Garbarini, 2011). È fondamentale misurare questa variabile in quanto la letteratura dimostra come una buona relazione tra gli adulti abbia un impatto positivo sulla crescita e la cura dei figli (Lamb, 2012).

Questo questionario self-report è composto da 32 item, raggruppati in quattro sottoscale principali:

- **Consenso Diadico (Dyadic Consensus):** misura l'accordo tra i partner su vari aspetti della loro vita di coppia, come le decisioni finanziarie, le relazioni con i parenti e le attività ricreative. Questa scala si compone di tredici item.
- **Soddisfazione Diadica (Dyadic Satisfaction):** valuta il grado di soddisfazione e la stabilità percepita nella relazione, includendo item relativi ai conflitti, al tempo passato insieme, al livello di felicità e ad eventuali pensieri riguardanti la rottura del rapporto. Questa scala si compone di dieci item.
- **Coesione Diadica (Dyadic Cohesion):** rileva il grado di vicinanza emotiva e l'interazione tra i partner, come il tempo trascorso insieme in attività comuni. Questa scala si compone di cinque item.
- **Espressione Affettiva (Affectional expression):** misura la dimostrazione di amore e affetto tra i partner, includendo item relativi all'intimità fisica e all'espressione verbale di amore. Questa scala si compone di quattro item.

Gli item della DAS sono presentati con vari formati di risposta. Gli item 1-22, 25-28 e 32 sono valutati su una scala Likert da 0 a 5 punti. Gli item 23 e 24 sono su una scala da 0 a 4 punti. Gli item 29 e 30 possono assumere i punteggi 0 (sì) o 1 (no). L'item 31 ha risposte distribuite su una scala da 0 a 6 punti. Le risposte ai vari item vengono sommate per ottenere un punteggio totale per ciascuna sottoscala, oltre a un punteggio totale complessivo che riflette l'adattamento di coppia generale. Punteggi più alti indicano un migliore adattamento e una maggiore soddisfazione nella relazione (Gambarini, 2010).

Alcuni esempi di item possono essere: “Vi capita di discutere o avete mai preso in considerazione il divorzio, la separazione o la fine della vostra storia?”. “Vi capita, a lei stesso o al suo partner, di lasciare la casa dopo una discussione?”. “In generale, le capita di pensare che fra lei e il suo compagno le cose vanno bene?”. “Ha fiducia nel suo partner?”. “Lei e il suo compagno avete delle attività in comune fuori di casa?” (Gentili et al., 2002).

È uno dei questionari più utilizzati nella ricerca e nella pratica clinica in quanto può essere adattato per studi basati su interviste e, nel caso si necessiti di analisi più puntuali, è possibile somministrare le singole sottoscale senza perdere di affidabilità o validità della misura (Spanier, 1976).

È importante valutare l’adattamento di coppia, in quanto questo costrutto è strettamente legato alla genitorialità. Quando si diventa genitori, ciascuno dei soggetti deve essere capace di riorganizzarsi sia dal punto di vista relazionale, che dal punto di vista psichico: l’ingresso di un nuovo membro nella famiglia implica la capacità di assumere il ruolo genitoriale, senza però sacrificare il rapporto coniugale (Garbarini, 2011).

Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006; Giannini, et al., 2010)

Il Cuida è uno strumento progettato per valutare alcune caratteristiche di personalità legate alle capacità di stabilire relazioni adeguate alla cura degli altri. Questo questionario self-report è composto da 189 item che si articolano in tre Indici di controllo, tre Fattori di secondo ordine, un Fattore aggiuntivo e quattordici Scale, tutti di seguito riportati.

Indici di controllo:

- **Desiderabilità sociale (Ds):** valuta la tendenza, spesso inconscia, ad alterare le risposte per risultare più accettabili e desiderabili dal punto di vista sociale. Questa scala indica quanto una persona cerchi di riportare un’immagine idealizzata di sé, riducendo al minimo o celando difetti e debolezze.
- **Indice di validità (Inv):** è essenziale esaminare attentamente eventuali punteggi elevati su questo indice, in quanto valuta se le risposte al test sono state date in modo casuale. Le risposte casuali possono essere intenzionali o dovute a una perdita di attenzione.
- **Indice di incoerenza delle risposte (Inc):** indica il grado di coerenza delle risposte fornite dal soggetto. Mostra se l’individuo ha risposto in modo consistente a domande simili o se, al contrario, ha fornito risposte discordanti a item di contenuto molto simile.

Fattori di secondo ordine:

- Assistenza responsabile (Cre): valuta la capacità di una persona di fornire supporto in modo responsabile, evidenziando riflessività, risolutezza e flessibilità. Misura la capacità di portare a termine gli impegni, perseverare nel raggiungimento degli obiettivi personali e completare le attività iniziate. La scala inoltre analizza quanto la persona sia responsabile, equilibrata e autonoma nelle decisioni.
- Assistenza Affettiva (Caf): misura l'abilità di una persona di offrire supporto emotivo, caratterizzato da comprensione, apertura e accettazione dei sentimenti altrui.
- Sensibilità verso gli altri (Sen): rileva il livello di ricettività e sensibilità di una persona nei confronti dei bisogni espressi e manifestati dagli altri.

Fattore aggiuntivo:

- Aggressività (Agr): il punteggio della scala Aggressività deriva dalla combinazione dei punteggi delle scale Assertività, Flessibilità, Riflessività e Tolleranza alla frustrazione. L'individuo tende a far valere e difendere i suoi diritti senza farsi prevaricare; tuttavia tale assertività è accompagnata a una scarsa capacità di tollerare la frustrazione, a una scarsa attitudine alla riflessione e a poca flessibilità.

Scale primarie:

- Altruismo (Al): valuta la predisposizione dell'individuo a fornire aiuto agli altri in modo disinteressato.
- Apertura (Ap): misura la capacità di adattarsi rapidamente e agevolmente ai cambiamenti e alle situazioni sconosciute, nonché la sua inclinazione verso esperienze e contesti nuovi.
- Assertività (As): valuta la tendenza ad esprimere chiaramente ed efficacemente emozioni e opinioni. Esamina la capacità di affermare le proprie esigenze e diritti senza essere sopraffatti.
- Autostima (At): misura il grado di soddisfazione dell'individuo verso se stesso e la capacità di apprezzare le proprie qualità.
- Capacità di risolvere i problemi (Rp): valuta l'abilità di identificare, valutare e pianificare la gestione di situazioni conflittuali. Include capacità di osservazione, analisi critica, ricerca di soluzioni creative e orientamento all'azione, anche attraverso il confronto con gli altri.

- Empatia (Em): misura la capacità di comprendere e accettare le emozioni e i sentimenti altrui, mettendosi nei panni degli altri senza influenzarli con le proprie esperienze emotive.
- Stabilità emotiva (Ee): valuta se l'individuo è tranquillo, calmo e risoluto, oppure apprensivo, e se riesce a mantenere un adeguato controllo emotivo senza manifestare bruschi cambiamenti d'umore.
- Indipendenza (In): misura la capacità dell'individuo di prendere decisioni autonomamente, assumendosi le proprie responsabilità e agendo in coerenza con il proprio pensiero, senza dipendere dal giudizio degli altri.
- Flessibilità (Fl): valuta la serenità dell'individuo di fronte ai cambiamenti e la sua capacità di affrontare situazioni nuove e impreviste. Rileva l'accettazione naturale di punti di vista diversi e la capacità di cambiare opinione quando necessario, senza ritenere che esista un solo modo corretto di fare le cose.
- Riflessività (Rf): esamina la tendenza dell'individuo a riflettere prima di agire e prendere decisioni, valutando vantaggi e svantaggi.
- Socializzazione (Sc): misura l'atteggiamento positivo dell'individuo verso la socializzazione e la sua predisposizione ad apprezzare contesti di scambio sociale e ad alto contenuto relazionale.
- Tolleranza alla frustrazione (Tf): valuta la capacità dell'individuo di gestire le frustrazioni e di affrontare il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati.
- Capacità di stabilire legami affettivi o di amore (Ag): esamina la capacità dell'individuo di instaurare relazioni stabili e sicure, di fidarsi dell'altro senza bisogno continuo di conferme e manifestazioni esplicite di affetto.
- Capacità di superamento del dolore (DI): valuta la capacità dell'individuo di superare il dolore, riconoscere, accettare ed esprimere i sentimenti legati a una perdita.

Gli item del Cuida sono presentati in una scala Likert a 4 punti, dove 1 indica "non sono d'accordo" e 4 indica "sono d'accordo". I tre indici di controllo determinano innanzitutto la validità del profilo, in seguito, le risposte agli item sono aggregate per ottenere punteggi per ciascuna delle dimensioni principali. Punteggi più alti in un'area indicano una maggiore presenza della caratteristica valutata (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006).

Alcuni esempi di item possono essere: “Mi piace conoscere gente nuova”. “Ho problemi ad addormentarmi”. “Sono soddisfatto di come mi comporto”. “Se qualcuno mi insulta, cerco di capire per che lo ha fatto”. “A volte giudico le persone senza conoscerle”. “Non mi piace il mio aspetto fisico” (Giannini, et al., 2010).

Questo questionario può essere impiegato in ambito sociale in tutti quei contesti in cui esistono relazioni di assistenza (selezione del personale sociosanitario, di mediatori, di educatori per le strutture di accoglienza...), in ambito giuridico per l’assegnazione della custodia dei minori, e in ambito clinico per la valutazione di genitori adottivi o affidatari. In particolare in quest’ultimo ambito, è importante cercare di comprendere se i soggetti possiedano le caratteristiche che favoriscono la protezione, l’assistenza e l’inserimento sociale di un minore (Garcia, Estévez, & Letamendia, 2007).

#### ANALISI DEI DATI EFFETTUATA

L’analisi dei dati di questa parte ha previsto, innanzitutto, una disamina descrittiva delle caratteristiche del campione: numero di partecipanti, sesso, nazionalità, età, titolo di studio, lavoro, stato civile, anni di convivenza/coniugato, numero ed età degli eventuali figli biologici.

In seguito, per confrontare i punteggi dei maschi e delle femmine all’interno delle coppie per ciascuna scala dei questionari ECR-R, DAS e Cuida è stata effettuata un’analisi comparativa utilizzando un t test per campioni appaiati. Questo test di significatività statistica serve per verificare se esiste effettivamente una differenza tra le due medie. Per quantificare quanto è grande questa differenza è stato invece effettuato il test delle dimensioni dell’effetto (che è una misura di significatività pratica). In particolare sono stati utilizzati l’indice d di Cohen e la correzione di Hedges per la misurazione dell’effect size nel confronto tra campioni. La correzione di Hedges è simile alla d di Cohen, ma è più adatta per campioni di piccole dimensioni. In generale, valori bassi della d di Cohen o della correzione di Hedges indicano che la differenza tra i due gruppi è molto piccola se minore o uguale a 0,20; piccola se da 0,20 a 0,50, medio se da 0,50 a 0,80 e grande se superiore a 0,80. Per quanto riguarda le correlazioni di Pearson, r viene considerato piccolo se minore uguale a 0,10, medio se incluso tra 0,10 e 0,30, grande tra 0,30 e 0,50 e molto grande se maggiore di 0,50.

### **3.4 Ricerca qualitativa**

#### OBIETTIVI E IPOTESI

Come illustrato nei paragrafi precedenti, i questionari compilati dalle coppie disponibili all'affido rappresentano un utile punto di partenza per avviare il percorso formativo e conoscitivo. Tuttavia, ci si aspetta che i risultati ottenuti possano essere significativamente influenzati dalla desiderabilità sociale e dai bias legati all'autovalutazione. Pertanto, essi non sono sufficienti per valutare tutti gli aspetti essenziali riguardanti il funzionamento affettivo-relazionale delle persone.

Per affrontare questa problematica, il percorso prevede anche una serie di colloqui psicologici, sia individuali che di coppia, che consentono agli operatori dei Servizi di approfondire tematiche relative alla storia familiare dei candidati e al loro funzionamento psicologico. Per supportare questa indagine è stata appositamente sviluppata una griglia che permette di individuare la presenza o assenza di determinati elementi fondamentali che possono costituire un fattore protettivo o di rischio per lo sviluppo del progetto di affido.

In questa specifica sezione della ricerca, sono state formulate le seguenti ipotesi:

- La prima ipotesi vuole avvalorare la concordanza tra indici clinici e strumenti psicometrici, in modo da valutare se i risultati dei test possano essere uno strumento basato su dati oggettivi che supporta e sostiene l'esperienza clinica (Zanon, 2014).
- La seconda ipotesi assume l'esistenza di una correlazione tra esperienze infantili avverse e attaccamento (McCarthy & Taylor, 1999).
- La terza ipotesi intende esaminare la correlazione tra un buon adattamento di coppia e le motivazioni positive a diventare genitore affidatario, una relazione non ancora esplorata in letteratura.

#### STRUMENTI

La griglia di indagine dei colloqui (riportata in appendice) è stata compilata dalla psicologo che ha accompagnato il nucleo durante il loro percorso formativo, con un completamento per ciascun membro della coppia. Questo processo ha richiesto dai 5 ai 15 minuti per soggetto.

L'obiettivo principale di questo strumento è stato quello di analizzare le dimensioni che la letteratura identifica come rilevanti nella esperienza di genitorialità sociale: le

dinamiche familiari, le competenze educative, le motivazioni all'affidamento, l'inserimento nelle reti che possono fornire supporto sociale e gli elementi rilevanti della storia individuale e familiare (Zanon, 2014). A tal fine, sono stati identificati dei questionari già esistenti e già validati, dei quali sono stati selezionati specifici item o scale. A ciascun item della griglia corrisponde una risposta dicotomica sì ( $\pm 1$  punti, in base alla valenza positiva o negativa) o no (0 punti) che corrisponde all'eventuale presenza/assenza di quella determinata variabile. In aggiunta è stata inserita anche l'opzione "non presente" per indicare il fatto che quel determinato aspetto del funzionamento del soggetto non è emerso o non è stato valutato durante i colloqui (anche a questa risposta corrisponde il punteggio 0).

Di seguito vengono riportati e avvalorati tutti i test selezionati.

Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et. al., 2010)

Come precedentemente articolato, è un questionario che misura la capacità di stabilire relazioni adeguate alla cura degli altri. In questa griglia sono state utilizzate le quattordici scale primarie. Nell'effettuare lo scoring si è attribuito un punteggio di +1 (con valenza positiva) a ogni "sì" riportato dallo psicologo che ha effettuato la valutazione.

Motivations for Foster Parenting Inventory (Yates, Lekies, Stockdale, & Crase, 1997)

Il Motivations for Foster Parenting Inventory (MFPI) è uno strumento sviluppato da Yates, Lekies, Stockdale, e Crase nel 1997 per valutare le motivazioni che spingono le persone a diventare genitori adottivi o affidatari. Il questionario self-report è composto da 10 item, che vengono riportati integralmente nella griglia. Nella traduzione dall'inglese all'italiano si è deciso di convertire l'item "spiritual expression" in "appartenenza comunitaria", in quanto la presenza di credo religioso non può essere oggettivamente giudicata come fattore di rischio o di protezione ai fini della nostra valutazione. Le altre motivazioni considerate sono: aumentare la grandezza del nucleo familiare, salvare un bambino da una situazione familiare avversa, guadagno economico, preoccupazione sociale, aiuto di minori con bisogni speciali, compagnia per sé, istanza adottiva, sostituzione del figlio naturale adulto, fare del bene.

Nell'effettuare lo scoring si è attribuito -1 (valenza negativa) alla presenza di motivazione legata a "guadagno economico", "compagnia per il sé", "istanza adottiva" e "sostituzione

di un figlio naturale adulto” (Cole, 2005, Rhodes et al., 2006). Alla presenza degli altri tipi di motivazione è stata invece attribuita una valenza positiva con un punteggio di +1. Nei colloqui, è necessario ascoltare le motivazioni esplicitamente dichiarate ma risulta ancora più importante promuovere nella coppia il riconoscimento di motivazioni non ancora condivise. L’operatore e la famiglia sono invitati a chiedersi perché l’ipotesi di un affidamento si presenta proprio in quel momento e quali sono le aspettative che potranno influenzare la relazione con il minore. Percorrere insieme questi elementi permette di limitare il sentimento di onnipotenza sia degli affidatari che degli operatori e promuove una riflessione più autentica (Casartelli, 2007).

Family Support Scale (Dunst, Hamby, & Trivette, 1994)

La Family Support Scale (FSS) è uno strumento progettato da Dunst, Hamby, e Trivette nel 1994, per identificare le fonti di supporto delle famiglie e per valutare come queste influenzano il benessere familiare e il funzionamento generale. Il questionario self-report è composto da 18 item. Questi sono stati tradotti cercando di restare il più fedeli possibile alla versione originale, ma adattandolo al contesto culturale italiano: i propri genitori, i genitori del proprio partner, la propria parentela, la parentela del proprio partner, il proprio/a compagno/a, i propri amici, gli amici del partner, i propri figli (quando presenti), altri genitori (step-father o step-mother), la Chiesa (o altre istituzioni religiose), i gruppi sociali, i colleghi, i gruppi di altri genitori, il proprio medico o pediatra, i professional helpers (ossia psicoterapeuti, psicomotricisti, babysitter), la scuola, gli specialized early interventions (ad esempio neuropsichiatria infantile) ed infine i Servizi Sociali. Nell’effettuare lo scoring si è attribuito un punteggio di +1 (con valenza positiva) a ogni “sì” riportato dallo psicologo che ha effettuato la valutazione.

Il supporto sociale, a diversi livelli, è una dimensione fondamentale alla genitorialità in quanto la rete di relazioni può aiutare a moderare l’attivazione emotiva legata a questioni stressanti, può determinare un elemento di apprendimento sociale (attraverso esperienze vicarianti) e può costituire fonte di feedback positivi che aiutano i soggetti a sentirsi più sicuri riguardo alla genitorialità (Fierloos, Windhorst, Fang, et al 2023).

Adverse Childhood Experiences Questionnaire (Felitti, et al., 1998)

L'Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire è uno strumento sviluppato da Felitti e collaboratori nel 1998 per identificare e quantificare l'esposizione a esperienze traumatiche durante l'infanzia, che possono avere un impatto significativo sulla salute e sul benessere a lungo termine. Questo questionario self-report è composto da 10 item (riportati integralmente nella griglia) che coprono vari aspetti delle esperienze infantili avverse, suddivisi in categorie principali come abuso, trascuratezza e disfunzioni familiari. Nell'effettuare lo scoring si è attribuito il punteggio di -1 (valenza negativa) a ogni "sì" riportato dallo psicologo che ha effettuato la valutazione.

Esistono infatti diverse evidenze in letteratura secondo cui le esperienze di vita avverse esperite in età evolutiva hanno un impatto sul funzionamento del soggetto adulto, arrivando fino a compromettere la sua salute fisica e mentale (Felitti et al. 1998; Howard et al., 2022). Nella valutazione delle capacità genitoriali è importante considerare la dimensione inter-generazionale che coinvolge i candidati all'affido. Le evidenze scientifiche infatti mostrano collegamenti tra esperienze infantili avverse e una ridotta sensibilità genitoriale, una ridotta disponibilità emotiva e attribuzioni distorte riguardo agli stati mentali del bambino, tutti fattori che aumentano il rischio di un attaccamento insicuro nel bambino e lo stress genitoriale (Dollberg & Hanetz-Gamliel, 2023).

The Mentalization Scale (Dimitrijević, Hanak, Dimitrijević, & Jolić Marjanović 2018)

La Mentalization Scale è uno strumento sviluppato nel 2018 per valutare la capacità di mentalizzazione degli individui. La mentalizzazione è la capacità di comprendere i propri stati mentali e quelli degli altri, interpretando i comportamenti in termini di pensieri, sentimenti, desideri e intenzioni. Questo questionario self-report è composto da 28 item che possono essere raggruppati in tre dimensioni: comprensione degli stati mentali propri, comprensione degli stati mentali altrui e motivazione alla mentalizzazione. Per rendere la compilazione più agevole si è deciso di inserire nella griglia le tre sotto-scale e non gli item singoli. Nell'effettuare lo scoring si è attribuito un punteggio di +1 (con valenza positiva) a ogni "sì" riportato dallo psicologo che ha effettuato la valutazione.

Come già discusso, le esperienze avverse dell'infanzia vissute dai genitori possono influire sulla trasmissione intergenerazionale del trauma. Tuttavia, studi hanno evidenziato che la mentalizzazione e la regolazione emotiva possono svolgere un ruolo di mediazione in questi processi, suggerendo che non tutti i genitori che hanno vissuto

difficoltà durante l'infanzia hanno necessariamente problematiche nella loro capacità genitoriale (Wang, 2022). D'altro canto, le insufficienti capacità di mentalizzazione dei genitori possono interferire con la loro capacità di leggere e comprendere accuratamente i bisogni mentali del bambino, portando a una genitorialità insensibile e inefficace, che a sua volta può mettere a rischio lo sviluppo e il benessere del bambino (Dollberg & Hanetz-Gamliel, 2023).

#### ANALISI DEI DATI EFFETTUATA

L'analisi dei dati di questa parte ha previsto per la prima ipotesi la misurazione della frequenza di ciascun item della griglia di valutazione, ovvero sono state calcolate le percentuali di presenza/assenza per ciascuna dimensione. Per la compilazione self-report del Cuida invece, le etichette, che indicavano i punteggi di ciascuna dimensione sono state riconvertite in "presenza" nel caso dei valori "medio" e "alto", e "assenza" nel caso del valore "basso", in modo da poter effettuare un confronto diretto tra i due questionari. In seguito sono state calcolate le percentuali di accordo.

Per la seconda ipotesi è stata effettuata una correlazione per verificare la forza del legame tra le esperienze infantili avverse e lo stile di attaccamento romantico adulto utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson (si vedano paragrafi precedenti).

Per la terza ipotesi è stata effettuata un'analisi correlazionale, volta a indagare una eventuale relazione tra buon adattamento di coppia e motivazione positive a diventare genitore affidatari, sempre attraverso il coefficiente di correlazione di Pearson (si vedano paragrafi precedenti).

## Capitolo quarto: *Risultati e discussione*

### 4.1 Statistiche descrittive del campione

Il nostro campione è formato da 56 persone (N=56), quindi di 28 coppie, costituite da 29 femmine e 27 maschi (una delle coppie è omogenitoriale), per la maggior parte di nazionalità italiana (solamente 4 persone hanno una cittadinanza differente).

In tabella 1 vengono riportate le frequenze assolute e relative rispetto all'età. L'età media del campione è pari a 46 anni (DS = 7,59) e si osserva un dato mediano pari a 46 e una moda di 46.

*Tabella 1: Frequenze assolute e percentuali delle età (N =56)*

FASCE DI ETÀ	FREQUENZA	PERCENTUALE
25-35	4	7,14 %
36-45	21	37,51 %
46-55	23	41,07 %
≥ 56	8	14,28 %

Per quanto riguarda il titolo di studio e l'occupazione professionale, la tabella 2 riporta le frequenze assolute e percentuali del livello di istruzione dei partecipanti, mentre la tabella 3 riporta il tipo di lavoro che svolgono.

*Tabella 2: Frequenze assolute e percentuali del titolo di studio (N =56)*

TITOLO DI STUDIO	FREQUENZA	PERCENTUALE
Specializzazione o dottorato	12	21%
Laurea specialistica	23	41%
Laurea triennale	5	9%
Licenza media superiore	9	16%
Diploma scuola professionale	6	11%
Licenza media inferiore	1	2%

*Tabella 3: Frequenze assolute e percentuali professione (N =56)*

TITOLO DI STUDIO	FREQUENZA	PERCENTUALE
Dirigente	4	7%
Imprenditore	4	7%
Impiegato	24	42%
Lavoratore autonomo/libero professionista	14	26%
Funzionario	3	5%
Operaio/collaboratore domestico	5	9%
Senza impiego/casalinghi	2	4%

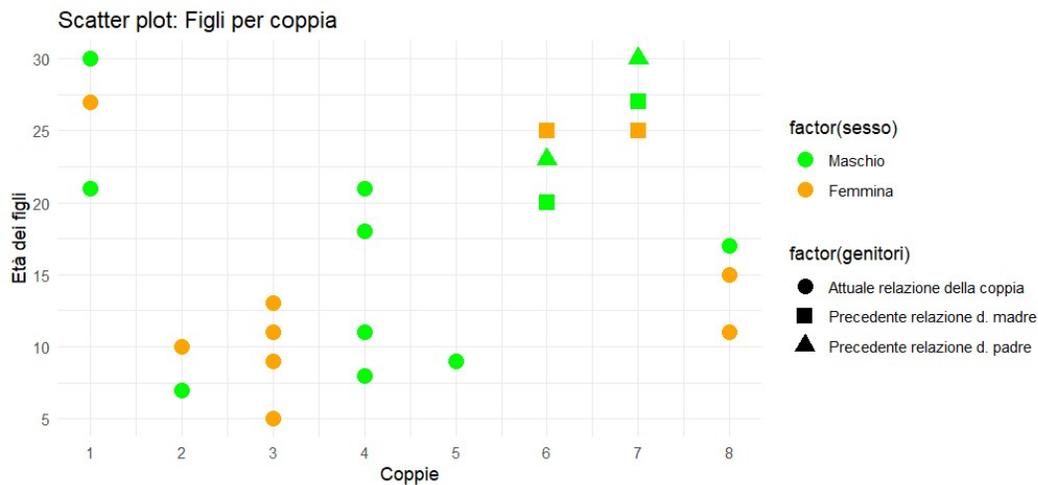
Tabella 4: Frequenze assolute e relative rispetto allo stato civile (N =56)

STATO CIVILE	FREQUENZA	PERCENTUALE
Coniugato/a	42	75%
Convivente	10	18%
Separato/a	1	2%
Divorziato/a	3	5%

Tra i soggetti coniugati (n = 42) l'età media di anni di matrimonio è di 12 anni (DS = 9,08), in un intervallo che varia da 1 a 30 anni. La mediana è di 9,5 anni e la moda di 3 anni. Tuttavia, una delle coppie non ha fornito informazioni sugli anni di coniugato. Per le altre coppie (n = 14), la media degli anni di convivenza è 6,6 anni (DS = 4,08), in un intervallo che si estende da 2 a 12 anni. La mediana è di 6 anni e non è stata rilevata una moda, poiché le frequenze erano equivalenti. Non sono state raccolte informazioni riguardo gli anni trascorsi in coppia da parte di coloro che hanno dichiarato uno stato civile di "divorziato" o "separato".

Sedici delle persone appartenenti al campione (28%) hanno figli/e biologici/che. Nel Grafico 1 sono riportati il numero, il genere e le età di figli/e per ciascuna coppia.

Grafico 1: Età e sesso dei figli naturali delle coppie (N = 28 coppie)



Infine, 37 soggetti (66%) dichiarano di essere aperti all'adozione, mentre 21 persone (34%) no.

Allo stesso modo, 31 individui (55%) hanno già avuto esperienza di relazioni finalizzate all'assistenza di altre persone. La tabella 5 mostra quali sono, in percentuale, i principali ambiti in cui si sono sperimentate.

Tabella 5: Frequenze assolute e relative rispetto ai contesti di assistenza (N = 31)

CONTESTI ASSISTENZA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Familiare	11	35%
Lavorativo	2	7%
Volontariato	11	35%
Altro	7	23%

#### 4.2 Risultati riguardanti l'analisi quantitativa

La prima ipotesi dell'analisi quantitativa riguarda le differenze nell'attaccamento relazionale, misurate tramite il questionario ECR-R (Busonera et al., 2014; Fraley, Waller, & Brennan, 2000), tra i due partner all'interno delle coppie. In particolare, la letteratura in merito (Busonera et al, 2014; Calvo, 2008; Del Giudice, 2011; Ktistaki et al., 2014,) assume che gli uomini manifestino livelli più elevati di evitamento, mentre le donne mostrino una maggiore ansia. Per quanto riguarda il nostro campione però non si sono riscontrate delle differenze significative tra i due gruppi.

La seconda ipotesi dell'analisi quantitativa riguarda le differenze nell'adattamento di coppia, misurato con la DAS (Gentili, et al., 2002; Spanier, 1976) tra i partner. I risultati ottenuti sono in linea con quanto riportato in letteratura (Gentili et al., 2002), ovvero l'assenza di differenze significative tra maschi e femmine nella compilazione della DAS (si veda tabella 6).

Tabella 6: t-test per campioni appaiati per le dimensioni del questionario DAS (N =56)

DIMENSIONI	FEMMINE (N = 28)			MASCHI (N = 28)			t-test (gdl)	Significatività (p bilaterale)
	Media	DS	Err. Std.	Media	DS	Err. Std.		
DAS DC	53,59	5,75	1,08	53,14	7,40	1,40	0,57 (27)	p = 0,57
DAS DS	80,43	7,67	1,45	82,75	7,61	1,43	-1,79 (27)	p = 0,08
DAS DH	55,29	6,59	1,24	55,51	6,75	1,28	-0,21 (27)	p = 0,84
DAS AE	63,57	17,94	3,39	63,57	19,22	3,63	0,00 (27)	p = 1,00
DAS TOT	66,09	6,88	1,30	66,75	8,79	1,66	-0,52 (27)	p = 0,61

Alcuni studi (Gambarini, 2010) suggeriscono che la soddisfazione di un partner sia correlata positivamente con quella dell'altro, in questo caso però non è stata riscontrata nessuna evidenza statisticamente significativa all'interno del nostro campione.

La terza ipotesi dell'analisi quantitativa riguarda le differenze nella percezione delle cure parentali tra maschi e femmine, valutate attraverso lo strumento Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006; Giannini, et al., 2010). Vengono riportati i risultati ottenuti nelle tabelle 7 e 8.

Tabella 7: *t-test per campioni appaiati per le dimensioni del questionario Cuida (N = 56)*

DIMENSIONI	FEMMINE (N = 28)			MASCHI (N = 28)			t-test (gdl)	Significatività (p bilaterale)
	Media	DS	Err. Std.	Media	DS	Err. Std.		
Cre	228,75	22,35	4,22	243,29	20,33	3,84	- 2,872 (27)	p = 0,008
Agr	-77,93	12,19	2,31	-84,04	9,68	1,83	2,339 (27)	p = 0,03
Em	47,61	3,143	0,594	43,93	4,51	0,85	3,718 (27)	p = 0,001
Ee	42,21	6,04	1,14	47,96	4,94	0,93	- 4,164 (27)	p = 0,00
Tf	36,64	5,82	1,10	40,36	5,49	1,04	- 3,012 (27)	p = 0,006

Tabella 8: *Test dell'effect size per le dimensioni del questionario Cuida (N = 56)*

DIMENSIONI	d di Cohen			Correzione di Hedges		
	Stima d. punto	Intervallo di confidenza al 95%		Stima d. punto	Intervallo di confidenza al 95%	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
Cre	-0,54	-0,93	-0,14	-0,53	-0,91	-0,14
Agr	0,44	0,05	0,83	0,43	0,05	0,80
Em	0,70	0,28	1,11	0,68	0,27	1,08
Ee	-0,79	-1,21	-0,35	-0,76	-1,17	-0,34
Tf	-0,57	-0,96	-0,16	-0,55	-0,94	-0,16

Questi dati evidenziano come le differenze tra maschi e femmine siano presenti solamente in alcune scale e non possano essere generalizzate alla compilazione dell'intero

questionario. Un altro obiettivo della seguente ipotesi era verificare il grado di desiderabilità sociale dei soggetti. Sia nei maschi che nelle femmine si sono riscontrati punteggi effettivamente elevati, infatti 36 individui (64%) hanno un livello di desiderabilità sociale alto, mentre 15 (27%) hanno un livello medio, e solamente 5 persone (9%) ne hanno uno basso.

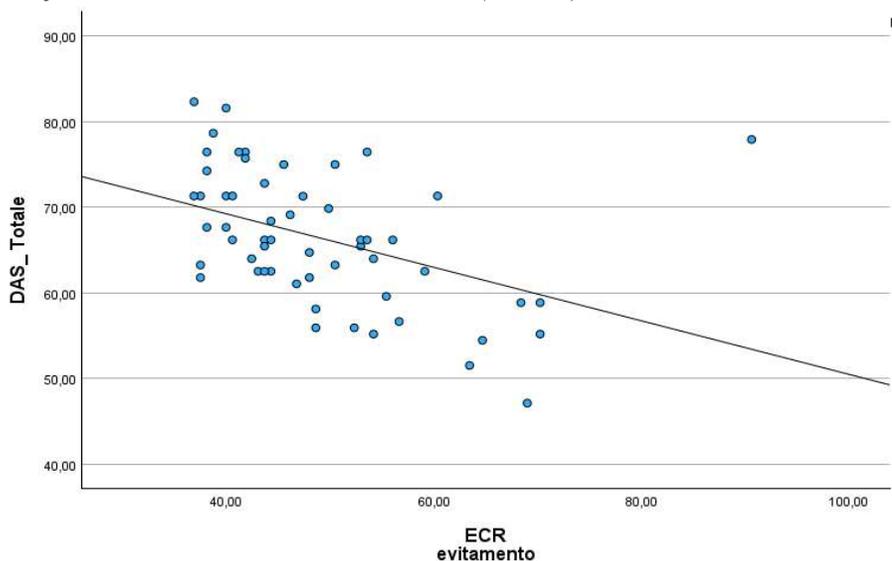
La letteratura (Collins and Read, 1990; Gambarini, 2010) afferma che più i punteggi di ansia ed evitamento sono bassi, più gli individui sono predisposti a costruire positivamente la propria relazione sentimentale, ottenendo così punteggi più elevati nell'adattamento di coppia. Nel nostro campione questa ipotesi è stata parzialmente confermata: per l'evitamento si sono riscontrate delle correlazioni con il consenso diadico, la soddisfazione diadica e il punteggio globale; mentre per la relazione con l'ansia non sono emersi risultati significativi (come evidenziato dalla tabella 9 e dal grafico 2).

Tabella 9: Correlazione di Pearson tra ansia, evitamento e scale della DAS (N =56)

DAS/ECR-R	EVITAMENTO	ANSIA
DC	<b>-0,315</b>	-0,173
DS	<b>-0,412</b>	-0,165
DH	-0,196	0,089
AE	-0,225	-0,237
TOT	<b>-0,429</b>	-0,240

In grassetto le correlazioni con  $p < 0,05$

Grafico 2: Correlazione tra evitamento (ECR-R) e DAS totale



### 4.3 Risultati riguardanti l'analisi qualitativa

La prima ipotesi dell'analisi qualitativa vuole avvalorare la concordanza tra indici clinici e strumenti psicometrici, facendo un confronto tra il questionario Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006; Giannini, et al., 2010) compilato dagli affidatari (self-report) e quello compilato dagli operatori (clinician report).

Tabella 10: Grado di accordo nei punteggi dei Cuida self-report e clinician-report

DIMENSIONE	GRADO DI ACCORDO
Altruismo (Al)	60,7%
Apertura (Ap)	46,4%
Assertività (As)	51,8%
Autostima (At)	71,4%
Capacità di risolvere i problemi (Rp)	48,2%
Empatia (Em)	55,4%
Sensibilità emotiva (Ee)	55,4%
Indipendenza (In)	55,3%
Flessibilità (Fl)	67,9%
Riflessività (Rf)	76,8%
Socializzazione (Sc)	62,5%
Tolleranza alla frustrazione (Tf)	42,9%
Capacità di stabilire legami affettivi o di amore (Ag)	76,8%
Capacità di superamento del dolore (DI)	46,5%

Tenendo conto delle percentuali di accordo tra le risposte degli aspiranti affidatari e quelle degli operatori (tabella 10), che variano dal 42,9% al 76,8%, si può affermare che i test somministrati costituiscono un valido punto di partenza per comprendere i candidati all'affido. Tuttavia, questi strumenti da soli non sono sufficienti per tracciare un profilo completo della persona. È infatti grazie all'esperienza clinica che vengono esplorate e approfondite quelle dimensioni che i questionari non riescono a catturare pienamente.

La seconda ipotesi dell'analisi qualitativa assume l'esistenza di una correlazione tra esperienze infantili avverse e attaccamento (McCarthy & Taylor, 1999). Nel nostro campione, a questo proposito, si sono rilevate solamente correlazioni molto deboli e perciò non significative.

La terza ipotesi dell'analisi qualitativa intende esaminare la correlazione tra un buon adattamento di coppia e le motivazioni positive a diventare genitore affidatario. I risultati delle correlazioni mostrano un'importante relazione solamente tra il senso di appartenenza comunitaria e consenso diadico, soddisfazione diadica, coesione diadica e adattamento di coppia totale (si vedano tabelle 11 e 12 e grafico 3).

Tabella 11: Correlazione di Pearson tra appartenenza comunitaria e scale della DAS

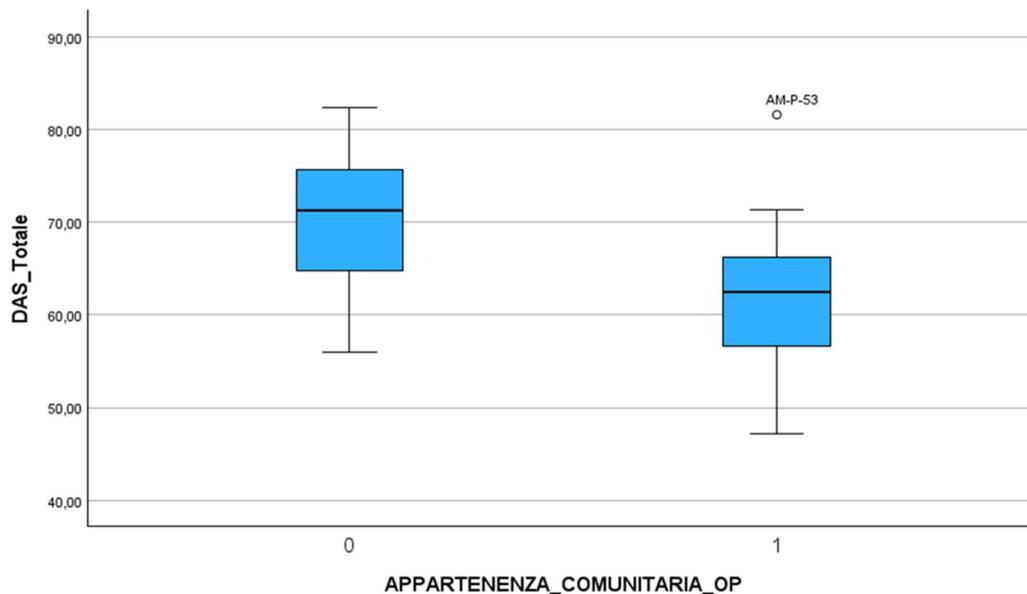
	DAS DC	DAS DS	DAS DH	DAS AE	DAS TOT
Appartenenza comunitaria	<b>-0,263</b>	<b>-0,354</b>	<b>0,613</b>	-0,172	<b>0,497</b>

In grassetto le correlazioni con  $p < 0,05$

Tabella 12: Test dell'effect size per la correlazione tra appartenenza comunitaria e DAS totale

DIMENSIONI	d di Cohen			Correzione di Hedges		
	Stima d. punto	Intervallo di confidenza al 95%		Stima d. punto	Intervallo di confidenza al 95%	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
DAS TOT	1,126	0,556	1,688	1,111	0,548	1,665

Grafico 3: Differenze punteggi di DAS totale tra persone con o senza appartenenza comunitaria



#### **4.4 Limiti e sviluppi futuri**

Considerando l'esiguo numero di partecipanti al campione, risulta complesso formulare spiegazioni teoriche e trarre implicazioni pratiche che possano arricchire in modo sostanziale la comprensione delle dinamiche psicologiche e relazionali emerse dallo studio. Tale difficoltà è in parte dovuta al periodo di tempo relativamente ristretto dedicato alla raccolta dei dati. La somministrazione dei questionari è stata avviata di recente, e questo, unito alla difficoltà degli operatori nel compilare la griglia di valutazione dei colloqui psicologici, ha impedito di ampliare significativamente il numero di partecipanti coinvolti nella ricerca. Questo costituisce certamente un limite metodologico importante, che riduce la generalizzabilità dei risultati e l'applicabilità delle conclusioni a una popolazione più ampia. Un ulteriore limite risiede nella strutturazione stessa della griglia utilizzata per la valutazione dei colloqui psicologici nel contesto del percorso formativo e conoscitivo. Lo scoring adottato, che si basa esclusivamente su punteggi dicotomici (0 o  $\pm 1$ ), impone una modalità di misurazione basata sulla semplice presenza o assenza di determinati costrutti. Questa metodologia di valutazione, pur essendo pratica e immediata, appare riduttiva e poco adatta a cogliere la complessità e la dinamicità delle variabili psicologiche in esame. I costrutti psicologici, in particolare quelli legati alle relazioni interpersonali e all'adattamento di coppia, richiedono spesso un'analisi più articolata che permetta di catturare le differenze qualitative nelle interazioni relazionali o nei vissuti emotivi dei partecipanti.

Pertanto, future ricerche dovrebbero considerare l'adozione di strumenti di valutazione più sensibili e raffinati, che possano meglio rappresentare la natura dinamica dei costrutti psicologici indagati. Una revisione della griglia di scoring, con l'introduzione di scale a più livelli, potrebbe permettere di ottenere dati più dettagliati e rappresentativi, migliorando la precisione delle analisi. Inoltre, una maggiore durata del periodo di raccolta dati potrebbe consentire di ampliare il campione, aumentando così la validità esterna dello studio e la possibilità di formulare ipotesi teoriche più solide e generalizzabili.

Sebbene questo studio rappresenti solo un punto di partenza, le potenzialità dei metodi e degli strumenti impiegati non sono da sottovalutare. Approfondire la conoscenza degli aspiranti genitori affidatari offre opportunità significative per ottimizzare il processo di abbinamento tra il minore e la famiglia affidataria, assicurando che le esigenze e le

caratteristiche di entrambi siano meglio soddisfatte. La precisione nell'identificare le qualità e le predisposizioni degli aspiranti affidatari può contribuire a creare ambienti più favorevoli e sostenibili per il benessere dei minori.

Inoltre, la standardizzazione dei colloqui clinici rappresenta un passo importante verso la creazione di metodi più uniformi e obiettivi. L'introduzione di protocolli strutturati e strumenti di valutazione più dettagliati potrebbe migliorare la qualità delle informazioni raccolte durante i colloqui, riducendo la variabilità e aumentando la validità e l'affidabilità delle conoscenze. Questo approccio non solo facilita un confronto più equo tra i diversi aspiranti genitori, ma permette anche di monitorare in modo più efficace l'adeguatezza delle famiglie affidatarie nel tempo.

In definitiva, sebbene ci siano limitazioni nel campione e nella metodologia adottata, i risultati ottenuti offrono spunti preziosi per migliorare le pratiche di selezione e supporto per le famiglie affidatarie. In questo contesto, il continuo aggiornamento della ricerca e la riflessione critica su metodi e risultati rappresentano elementi fondamentali per avanzare verso pratiche più efficaci e basate su evidenze concrete.

## Capitolo quinto:

### *Presentazione di un caso clinico*

Al fine di tutelare la privacy e la riservatezza delle persone coinvolte, tutti i nomi, le informazioni personali e i dettagli sensibili riportati in questo caso clinico sono stati modificati o inventati. Qualsiasi somiglianza con persone reali è puramente casuale. I dati sono stati alterati per garantire l'anonimato e rendere irriconoscibili i protagonisti, nel pieno rispetto delle normative etiche e legali vigenti.

#### *5.1 Presentazione del caso*

Luigi e Maria hanno conosciuto l'affido familiare grazie alle loro reti sociali, attraverso amici e colleghi coinvolti in ambiti di volontariato. Questo primo contatto li ha portati a interessarsi sempre di più a questa opportunità, spingendoli infine a contattare il Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare di Padova. Dopo aver partecipato al primo incontro formativo-informativo di gruppo, hanno deciso di continuare il percorso di conoscenza attraverso i colloqui psicosociali con l’assistente sociale e lo psicologo del Servizio.

Durante questo incontro, Maria e Luigi hanno avuto modo di raccontarsi in modo più personale, fornendo agli operatori un quadro dettagliato delle loro esperienze di vita, delle motivazioni che li hanno portati a considerare l’affido e delle loro aspettative per il futuro. Maria, 60 anni, è un’avvocata da poco in pensione. Dopo una carriera impegnativa e soddisfacente, ha iniziato a sentire il desiderio di dedicarsi a nuove sfide che potessero dare un significato diverso al tempo libero acquisito. Luigi, 58 anni, lavora nell’amministrazione di un centro socio-educativo che si occupa di persone con disabilità, un contesto che gli ha permesso di esercitare le sue competenze professionali ma anche di rispondere ad una sua sensibilità nei confronti delle persone in difficoltà.

La coppia convive da circa cinque anni e, pur non essendo sposati, si mostrano molto uniti. Si sono conosciuti in età adulta, dopo la fine delle rispettive precedenti relazioni coniugali. Entrambi hanno attraversato momenti di riflessione e trasformazione personale, e questo ha rafforzato il legame tra loro, permettendo di costruire una relazione basata sulla comprensione reciproca e sull’impegno comune. La loro abitazione si trova in un quartiere residenziale della periferia cittadina, un ambiente tranquillo che riflette la stabilità che hanno raggiunto sia a livello individuale che come coppia.

Uno degli elementi chiave che ha rafforzato il loro rapporto è la condivisione di valori legati alla partecipazione sociale attiva e al volontariato. Questa sensibilità comune li ha portati a parlare della possibilità di intraprendere un progetto di affido familiare. Le loro esperienze di vita precedente hanno contribuito ad alimentare questo interesse. Lui ha alle spalle un'adozione: suo figlio, oggi un giovane adulto, vive in autonomia, e Luigi ha sperimentato direttamente le sfide e le gratificazioni legate alla genitorialità non biologica. Maria, pur non avendo figli propri, ha sviluppato un legame affettivo molto forte con una giovane ragazza straniera, che ha seguito e supportato fino all'età adulta, rappresentando una figura di riferimento per lei in un periodo di grande vulnerabilità. Insieme, hanno manifestato agli operatori la loro disponibilità a proseguire il percorso di conoscenza, consapevoli che si tratta di una scelta impegnativa, ma motivati dal desiderio di fare la differenza nella vita di un minore.

### ***5.2 Questionari self-report e colloqui psicologici della coppia affidataria***

Nel primo colloquio insieme si descrivono come persone aperte al cambiamento, interessate allo scambio e prive di pregiudizi nei confronti delle differenze culturali. Si riconoscono in questa iniziativa condivisa, ma sono consapevoli anche delle aspettative diverse che ripongono in questo progetto familiare. Infatti, nonostante l'affinità di valori, Maria emerge chiaramente come la forza propulsiva di questa iniziativa. Con la pensione, sente di avere non solo il tempo, ma anche la volontà di impegnarsi in un'iniziativa che richiede dedizione, pazienza e comprensione. È consapevole delle complessità che un'esperienza del genere potrebbe comportare, ma al tempo stesso si mostra pronta ad affrontarle. Luigi, invece, si mostra più cauto. La sua esperienza passata con il figlio adottivo, soprattutto durante la fase adolescenziale, gli ha lasciato preoccupazioni e timori che fatica a lasciarsi completamente alle spalle. Questi ricordi lo rendono più riflessivo e, a tratti, esitante nel confrontarsi con l'idea di intraprendere nuovamente un percorso simile. Tuttavia, il supporto a Maria è evidente: Luigi comprende l'importanza di questo progetto per la sua compagna e, pur con qualche riserva, è disposto a seguirla e sostenerla, dimostrando un impegno profondo verso la relazione e il benessere della coppia.

Si mostrano quindi come una famiglia compatta e ben bilanciata nella definizione dei ruoli e delle funzioni che ciascuno dei partner assume all'interno della relazione. Questa descrizione emersa durante il colloquio ottiene riscontro anche nei risultati dei questionari

self-report compilati dagli aspiranti affidatari (si veda tabella 1). Entrambi mostrano un quadro psicologico caratterizzato da un attaccamento romantico sicuro, evidenziando una stabilità emotiva e una fiducia reciproca che si riflette positivamente anche sul loro livello di adattamento diadico complessivo, caratterizzato da una buona qualità della relazione di coppia. Tuttavia, un elemento che merita attenzione riguarda gli indici di validità dei test, che indicano un marcato livello di desiderabilità sociale (si veda tabella 1). Questo aspetto suggerisce che i profili psicologici potrebbero essere influenzati dal desiderio di presentarsi in una luce favorevole, conformandosi alle aspettative percepite dagli operatori. Per questo motivo, pur potendo interpretare i risultati, è necessaria una certa cautela, in quanto potrebbero non riflettere completamente la realtà interiore dei soggetti.

*Tabella 1: Punteggi questionari self-report di Luigi e Maria*

Questionario	DIMENSIONI	Luigi	Maria
ECR-R	Evitamento	70	43
	Ansia	68	50
DAS	Consenso diadico (DC)	41	45
	Soddisfazione diadica (DS)	29	36
	Coesione diadica (DH)	13	13
	Espressione affettiva (AE)	15	16
	TOT	98	110
Cuida	Desiderabilità sociale (Ds)	3	3
	Altruismo (Al)	3	3
	Apertura (Ap)	3	2
	Assertività (As)	2	2
	Autostima (At)	2	3
	Capacità di risolvere di problemi (Rp)	3	3
	Empatia (Em)	2	2
	Sensibilità emotiva (Ee)	2	3
	Indipendenza (In)	2	3
	Flessibilità (Fl)	3	3
	Riflessività (Rf)	2	3
	Socializzazione (Sc)	2	2
	Tolleranza alla frustrazione (Tf)	3	3
	Capacità stabilire legami affettivi/di amore (Ag)	2	3
	Capacità di superamento del dolore (DI)	2	3

Nello specifico Luigi si definisce come un uomo che persevera nel raggiungimento dei propri obiettivi personali e che esprime un alto livello di sensibilità nei confronti dei

bisogni manifestati dagli altri. È altruista, capace di adattarsi ai cambiamenti e di tollerare la frustrazione, dimostrando così di essere flessibile. Anche Maria possiede un'elevata capacità di portare a termine gli impegni e una buona sensibilità. È comprensiva, riesce a mantenere un adeguato controllo emotivo senza manifestare bruschi cambiamenti di umore, è indipendente e ha una buona capacità di superare il dolore. Fin da subito si dichiarano disponibili al confronto e il dialogo con il Servizio, affidandosi agli operatori competenti.

In seguito al colloquio di coppia sono stati svolti quelli individuali.

In generale Maria appare come una persona molto riflessiva, che si presenta come sicura e determinata rispetto ai propri desideri; ma molto controllata nel lasciar trasparire le proprie emozioni.

Approfondendo la sua storia personale racconta di essere figlia unica di una famiglia abbiente, con due genitori molto impegnati nel lavoro. Descrive un legame molto intenso con la zia materna, con cui ha passato la maggior parte della propria infanzia. La perdita di questa figura, all'età di 8 anni, ha costituito uno degli eventi significativi della sua crescita. Spontaneamente non si sofferma sulla rilevanza emotiva di questo evento, che invece, andando ad approfondire, sembra aver determinato un vissuto traumatico che ha portato ad un significativo ritiro socio-relazionale per tutta la fanciullezza. Le cose sono andate meglio con l'esordio dell'adolescenza, quando ha potuto sperimentare un maggiore sentimento di autonomia e autodeterminazione, distanziandosi completamente dalle dimensioni della dipendenza e della vulnerabilità. Ha proseguito, senza incertezze, il percorso scolastico imposto dalla famiglia e sul luogo di lavoro ha instaurato una relazione affettiva significativa che l'ha poi portata al matrimonio. Questa relazione si è conclusa per diversi elementi di divergenza, che riguardavano anche una possibile genitorialità.

Luigi appare maggiormente in difficoltà nel ripercorrere la propria storia: alcuni aspetti del passato sembrano non essere ancora elaborati. L'emotività è ancora fortemente presente e interferisce con la possibilità di dare una narrazione coerente di sé: descrive le vicende della propria storia in modo generico e poco dettagliato. L'ironia e l'atteggiamento scherzoso sembrano essere utilizzati come vie di fuga quando i contenuti lo sollecitano eccessivamente. Rappresenta il suo nucleo di origine come costituito dalla madre e dal fratello, che tutt'ora sono i suoi riferimenti principali. Riferisce che non ha

mai avuto la possibilità di conoscere il padre e che è cresciuto in un contesto di solidarietà e supporto tra le famiglie del quartiere. È sempre stato abituato ad appoggiarsi ad ambienti extra-familiari, e ha ricercato relazioni di cura nel gruppo di amici, nelle appartenenze politiche o nei contesti associativi. Nel periodo dell'università si è legato a una ragazza che poi è diventata sua moglie. Le prime difficoltà tra loro si sono presentate quando si sono resi conto dell'impossibilità di avere figli e, successivamente, nella crescita del figlio adottivo. Dichiarò di aver subito la separazione e di aver sofferto molto.

In considerazione dell'andamento positivo dei colloqui precedenti, si è ritenuto non necessario procedere con un secondo incontro di coppia. Infatti, le principali aree di approfondimento – quali la stabilità relazionale, l'assetto emotivo di ciascun partner e il loro approccio alla genitorialità non biologica – sono state ampiamente esplorate sia attraverso i colloqui individuali che durante il primo incontro congiunto.

### ***5.3 Visita domiciliare***

Durante la visita domiciliare, la coppia si è mostrata disponibile e collaborativa, accogliendo gli operatori con cortesia. La loro abitazione si trova nella periferia della città, in una zona tranquilla, caratterizzata dalla presenza di ampi spazi verdi e da numerosi servizi educativi e ricreativi nelle vicinanze, come scuole, centri sportivi e parchi giochi. L'ambiente circostante sembra riflettere l'attenzione che la coppia dedica alla qualità della vita e al benessere, fattori che appaiono coerenti con il loro desiderio di offrire accoglienza a chi è in difficoltà. La stessa casa appare ben tenuta, curata nei dettagli e trasmette un senso di ordine e calore. Si notano alcuni elementi decorativi che richiamano viaggi e passioni della coppia, come libri e fotografie, suggerendo un certo interesse per la cultura e il mondo esterno.

In questo contesto, Maria si distingue per la sua attitudine aperta e ospitale. Fin dal momento dell'ingresso degli operatori, si dimostra molto attiva, gestendo le interazioni. Si muove con sicurezza negli spazi, conversando con disinvoltura e cercando di creare un clima di fiducia. Il suo comportamento riflette un chiaro desiderio di fare una buona impressione e di mostrare come la loro casa sia un luogo sicuro e accogliente. Luigi, invece, appare più riservato. Si siede inizialmente su una poltrona più distante rispetto agli operatori e si limita a brevi commenti, osservando attentamente lo svolgersi della conversazione senza intervenire troppo attivamente. Quando viene coinvolto direttamente

dagli operatori, risponde con cortesia, ma il suo linguaggio non verbale suggerisce una certa incertezza.

Nel complesso, la visita domiciliare conferma alcuni aspetti già emersi durante i colloqui: da un lato, la determinazione di Maria a proseguire nel progetto di accoglienza, e dall'altro, le esitazioni di Luigi, che pur non opponendosi apertamente, mostra di avere ancora delle riserve emotive.

#### ***5.4 Osservazioni, restituzione e progettualità dell'affido***

Gli elementi raccolti offrono alcuni spunti di riflessione che permettono di evidenziare risorse e punti di criticità di questa coppia. Sono persone mature, con una significativa attitudine a riflettere su loro stessi. Arrivano coesi, avendo riflettuto insieme l'idea di spendersi in questa nuova progettualità.

Maria pare molto determinata, sicura delle proprie opinioni e desiderosa di sentirsi libera e autonoma. Ci si chiede se questo suo carattere non si sia sviluppato con una certa funzione difensiva rispetto alla sofferenza infantile affrontata con la costruzione di una "corazza" di chiusura e ritiro. In questo senso ci si chiede quanto, nell'esperienza dell'affido, Maria possa rendersi disponibile ad entrare in contatto con le sue emozioni e quanto invece non si mantenga in una certa rigidità. Luigi appare trainato da Maria: condivide a livello più che altro ideologico la motivazione all'affido e all'accoglienza. Concretamente sembra più insicuro, dubbioso ma anche più disponibile ad ascoltare le proprie emozioni. Non si preoccupa di dare un'immagine competente di sé, ma è più predisposto a mostrare le proprie fragilità e a ricevere supporto.

Nella fase di restituzione, Luigi e Maria si sono confermati come una risorsa preziosa per il CASF. Tuttavia, è emerso che i due partner si avvicinano all'affido con prospettive e strumenti differenti, influenzati dalle loro esperienze di vita e dalle rispettive personalità. Durante gli incontri, questi aspetti sono stati condivisi e affrontati apertamente, permettendo alla coppia di riflettere in maniera più consapevole sulle proprie dinamiche. È stato evidenziato come potrebbe essere utile considerare progettualità che tengano conto di queste differenze, in modo da garantire che entrambi si sentano coinvolti lungo il cammino della genitorialità sociale. La coppia ha potuto riformulare insieme un pensiero rispetto all'accoglienza, confermando la disponibilità all'affido anche

residenziale, ma con progetti che possano avere un avvio graduale o nei quali potesse avere una funzione più attiva Maria.

Una delle osservazioni principali ha riguardato il significato simbolico che queste due persone possono attribuire all'arrivo di un bambino. Le loro esperienze passate rivelano due vissuti molto diversi: per Maria, l'assenza di un'esperienza di genitorialità è stata una delle ragioni che hanno contribuito alla fine del suo precedente matrimonio, mentre per Luigi, è stata proprio la complessità della genitorialità a creare tensioni e, infine, a incrinare la sua relazione precedente. Queste differenze rendono ancora più importante comprendere e integrare i loro diversi approcci e aspettative nel percorso di affido.

Maria e Luigi sono stati pensati dagli operatori del CASF quando è emersa l'opportunità di effettuare un collocamento di pronta accoglienza, part-time, che prevedesse il mantenimento frequente del contatto con la famiglia d'origine.

La bambina che hanno ospitato si chiama Maya, di 11 anni, e ha frequentato la classe prima della scuola secondaria di primo grado. Figlia unica, viveva con i suoi genitori, Alessandra e Marco, rispettivamente 35 e 40 anni. Alessandra era impiegata part-time in un supermercato, mentre Marco un operaio con un contratto precario. La famiglia si trovava in una condizione socio-economica difficile e, negli ultimi anni, ha vissuto un aumento significativo delle tensioni e dei conflitti all'interno del nucleo familiare, principalmente legati alla precarietà lavorativa del padre e alle difficoltà della madre nel conciliare lavoro e vita domestica. Le difficoltà familiari di Maya sono diventate evidenti quando gli insegnanti hanno notato un calo del suo rendimento scolastico e un atteggiamento più chiuso e riservato rispetto al passato. La bambina ha cominciato a presentare sintomi di ansia, come somatizzazioni frequenti (mal di testa, mal di pancia) e crisi di pianto improvvise a scuola. In diverse occasioni, gli insegnanti hanno notato che Maya parlava di conflitti accesi tra i genitori, caratterizzati da urla e accuse reciproche.

I Servizi Sociali sono stati contattati dalla Scuola, che ha segnalato il crescente malessere della bambina e la percezione che potesse esserci una situazione di stress familiare in corso. Dopo un incontro preliminare con i genitori, durante il quale sono emerse le difficoltà legate alla gestione del rapporto con Maya e alla situazione economica, si è concordato l'attivazione di un percorso di osservazione e sostegno da parte dei Servizi Sociali. Dopo alcuni colloqui con i genitori e la stessa Maya, è emerso un quadro di forte stress emotivo per la bambina. Alessandra e Marco, pur consapevoli delle loro difficoltà,

si sono trovati in una situazione in cui il conflitto domestico è esplosivo: Marco, a causa delle pressioni legate al suo lavoro precario, ha iniziato a manifestare episodi di aggressività verbale, non solo verso la moglie, ma anche verso Maya. Alessandra, incapace di gestire la situazione, si è chiusa senza riuscire ad intervenire durante i litigi, alimentando in Maya un senso di abbandono e insicurezza. Data la situazione di tensione, i Servizi Sociali hanno proposto una misura temporanea di affidamento consensuale residenziale, al fine di offrire a Maya un ambiente più stabile durante la settimana, dove potersi concentrare sulla scuola e vivere in un clima sereno. I genitori hanno accettato la proposta, consapevoli della necessità di un intervento temporaneo per il benessere della figlia, ma hanno chiesto che Maya potesse rientrare a casa nei fine settimana per mantenere un legame affettivo stabile.

L'organizzazione del progetto di affidamento ha visto Maria coinvolta attivamente nell'accompagnare la bambina nei suoi impegni quotidiani, aiutandola con i compiti e portandola agli allenamenti di atletica, una sua grande passione. Luigi, invece, si è occupato del tragitto da, e verso la scuola. Questo impegno ha permesso a Maria di essere una presenza costante e di offrire supporto continuo alla minore, anche attraverso attività domestiche condivise, come preparare insieme i biscotti. Al contempo, il modello di affidamento scelto ha garantito a Luigi e alla coppia di affidatari momenti di svago e spazi personali, soprattutto durante i fine settimana, quando la bambina rientrava nella sua famiglia di origine. Questi momenti di intimità e relax con la compagna hanno contribuito a bilanciare le preoccupazioni di Luigi e a preservare la qualità della relazione di coppia.

Il progetto di affidamento, essendo di pronta accoglienza, è durato complessivamente sei mesi. Durante questo periodo, la bambina ha cominciato a mostrare segni di miglioramento: a scuola il suo rendimento si è stabilizzato, e le sue crisi di pianto sono diventate meno frequenti. Anche nel rapporto con i genitori si è notato un cambiamento: Alessandra e Marco, grazie al sostegno dei Servizi Sociali, hanno intrapreso un percorso di counseling di coppia e di sostegno alla genitorialità, che li ha aiutati a gestire meglio i conflitti e a comunicare in modo più efficace tra loro e, al contempo, a ripristinare un ruolo genitoriale accudente e sicuro per la figlia. I weekend sono diventati un'occasione per Maya di trascorrere del tempo di qualità, in un ambiente più disteso e meno conflittuale. Al termine dei sei mesi, valutando i miglioramenti complessivi della situazione, sia sul piano scolastico che familiare, i servizi Sociali hanno ritenuto che Maya potesse rientrare

definitivamente a casa. Tuttavia, per evitare ricadute e sostenere la famiglia nel lungo termine, è stato avviato un progetto educativo domiciliare. Questo progetto ha previsto il coinvolgimento di un educatore che ha visitato regolarmente la famiglia per monitorare il clima relazionale e fornire supporto nella quotidianità, con particolare attenzione alla gestione dei conflitti e alla comunicazione tra i genitori e la figlia.

Il caso di Maya evidenzia come l'affido possa rappresentare una risorsa importante per i bambini e le famiglie in difficoltà. L'approccio adottato ha infatti garantito un equilibrio tra le diverse esigenze: in primis, quelle della bambina, che ha beneficiato di un ambiente di accoglienza stabile e di supporto; quelle della famiglia d'origine, che ha potuto mantenere un contatto regolare e significativo con la minore, vedendo garantito l'accompagnamento verso un cambiamento atto a poter tornare efficaci nella propria genitorialità; e quelle della coppia affidataria, che aveva bisogno di gestire il tempo e l'impegno richiesti dall'affido senza compromettere il proprio benessere personale e relazionale. Questo modello di affido ha dimostrato grande flessibilità e adattabilità, riuscendo a rispondere in modo equilibrato e sensibile alle necessità di tutti i soggetti coinvolti. Il raggiungimento di questo risultato è stato possibile soprattutto grazie alla collaborazione delle diverse equipe professionali coinvolte. La Scuola ha giocato un ruolo fondamentale, attivandosi tempestivamente per proteggere la minore non appena sono stati rilevati segnali di disagio. Successivamente, l'equipe della Tutela del CST di riferimento ha predisposto il progetto e accompagnato la famiglia di origine nel recupero delle competenze genitoriali. Infine, gli operatori del CASF, dopo aver creato il matching tra affidatari e bambina, hanno fornito un sostegno continuo a entrambe le parti durante i sei mesi di affido, attraverso colloqui regolari e visite domiciliari di monitoraggio.

L'esperienza di Luigi e Maria evidenzia che anche persone con percorsi di vita complessi e variabili possono essere risorse preziose per l'affido. La forte motivazione di Maria, unita alla disponibilità di Luigi a trovare un accordo, dimostra che con la giusta preparazione e supporto, tutti possono contribuire positivamente al sistema di affido.

## Conclusioni

L'obiettivo principale di questo lavoro è stato quello di approfondire la tematica dell'affido familiare, con un focus specifico sul percorso formativo e conoscitivo che gli aspiranti affidatari devono affrontare. Attraverso un approccio integrato di ricerca e intervento, la tesi ha esplorato le dinamiche relazionali all'interno dei nuclei familiari coinvolti nel processo di affido, con particolare attenzione alla capacità di “prendersi cura” di un minore, un elemento cruciale per garantire sia un abbinamento adeguato con il bambino sia interventi mirati che promuovano il benessere di tutti i soggetti coinvolti. Per indagare tali aspetti, sono stati utilizzati diversi strumenti metodologici: questionari standardizzati come l'ECR-R (Busonera, et al., 2014; Fraley, Waller, & Brennan, 2000), DAS (Gentili, et al., 2002; Spanier, 1976;) e Cuida (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, et al., 2006; Giannini, et al., 2010), volti a valutare stili di attaccamento, qualità della relazione di coppia e attitudini genitoriali, oltre che colloqui clinici strutturati. La ricerca ha previsto anche la creazione di una griglia di valutazione ad hoc per l'analisi dei colloqui psicologici, con l'intento di uniformare, per quanto possibile, la valutazione delle variabili osservate nel contesto dell'affido.

I risultati ottenuti, seppur parziali e limitati da alcune criticità metodologiche, hanno offerto una preziosa panoramica sul percorso formativo-conoscitivo che le famiglie affidatarie intraprendono. In particolare, lo studio ha evidenziato l'importanza di un approccio multidimensionale che permetta di valutare non solo le competenze e le motivazioni delle famiglie affidatarie, ma anche di anticipare potenziali criticità attraverso una formazione e un monitoraggio costanti.

La natura esplorativa della ricerca e le limitazioni riscontrate, quali la dimensione ridotta del campione, non hanno impedito di generare importanti spunti di riflessione per studi futuri. In particolare, l'analisi quantitativa ha rivelato una relativa omogeneità nelle risposte fornite dai partecipanti ai questionari, evidenziando poche differenze significative tra i gruppi di genere. Inoltre, si suggerisce la necessità di ulteriori indagini per comprendere meglio il legame tra attaccamento romantico in età adulta e adattamento di coppia, due aspetti che potrebbero influenzare il successo dell'affido. D'altro canto, l'analisi qualitativa ha evidenziato l'importanza di integrare l'utilizzo di strumenti psicometrici con colloqui clinici, offrendo così una valutazione più approfondita e articolata delle dinamiche familiari. Sebbene la letteratura scientifica (Wang, 2022)

suggerisca che la mentalizzazione possa fungere da mediatore tra esperienze infantili avverse e stili di attaccamento, in questo studio non è stato possibile condurre un'analisi dettagliata in tal senso. Pertanto, sarebbe opportuno approfondire tale relazione in ricerche future, al fine di comprendere meglio i meccanismi sottostanti. Inoltre, risulta di particolare interesse esplorare ulteriormente la correlazione tra l'adattamento di coppia e le motivazioni che spingono gli individui a diventare genitori affidatari. Questo potrebbe fornire nuove prospettive non solo sul processo di abbinamento tra minore e famiglia affidataria, ma anche su come promuovere il benessere delle coppie affidatarie.

L'analisi del caso clinico presentato ha infine evidenziato come tutti, a prescindere dalle proprie esperienze pregresse, possano essere una risorsa utile nel contesto dell'affido, se adeguatamente supportati. Questo sottolinea il ruolo cruciale degli operatori, il cui compito è strutturare progetti di affido che tengano conto non solo delle esigenze specifiche del minore, ma anche della famiglia affidataria e della famiglia di origine. Il caso clinico ha concretizzato le teorie e i dati raccolti, dimostrando come l'incontro tra minore e famiglia affidataria, se ben preparato e monitorato, possa rappresentare una risorsa straordinaria per tutte le parti coinvolte.

Le conclusioni di questo studio aprono la strada a numerose prospettive di ricerca futura. Innanzitutto, sarebbe utile ampliare il campione di famiglie affidatarie, includendo una maggiore varietà di contesti socioculturali e ampliando la portata territoriale della ricerca per ottenere risultati più generalizzabili. Un'altra prospettiva rilevante riguarda la possibilità di affinare e migliorare gli strumenti di valutazione utilizzati nel percorso di affido. La griglia di valutazione dei colloqui psicologici, sviluppata per questa ricerca, ha mostrato un potenziale significativo, ma necessiterebbe di ulteriori validazioni per essere considerata uno strumento standardizzato e applicabile su larga scala.

In conclusione, il presente studio ha fornito un importante contributo alla comprensione delle dinamiche familiari e relazionali che si sviluppano nel contesto dell'affido, evidenziando l'importanza di un approccio olistico e multidimensionale. Se adeguatamente supportate, le famiglie affidatarie possono rappresentare una risorsa cruciale per il benessere e la crescita dei minori, e il lavoro degli operatori sociali e psicologici è fondamentale per facilitare questo processo, garantendo percorsi di affido che siano realmente orientati al benessere e alla crescita del bambino e delle famiglie coinvolte.

## Riferimenti bibliografici

### *Articoli di rivista scientifica*

- BELOTTI, V. (2013). Rappresentare la voce dei bambini. *Minorigiustizia*, 3/2013, 7-17
- BUEHLER, C., COX, M. E., & CUDDEBACK, G. (2003). Foster Parents' Perceptions of Factors that Promote or Inhibit Successful Fostering. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 2(1), 61–83.
- BUEHLER, C., COX, M. E., & CUDDEBACK, G. S. (2003). Foster parents' perceptions of factors that promote or inhibit successful fostering. *Qualitative Social Work*, 2(1), 61-83
- BUNDAY, L., DALLOS, R., MORGAN, K., & MCKENZIE, R. (2015). Foster carers' reflective understandings of parenting looked after children: an exploratory study. *Adoption & Fostering*, 39(2), 145–158.
- BUSONERA, A., SAN MARTINI, P., ZAVATTINI, G.C., & SANTONA, A. (2014). Psychometric properties of an Italian version of the experiences in close relationships–revised (ECR–R) scale. *Psychological Reports: Measures & Statistics*, 114 (3), 1-17
- CALCATERRA, V. & RAINERI, M. L. (2018). Indicazioni per un affido familiare efficace: una scoping review della ricerca internazionale. *Studi di sociologia*, 4/2018, 405-422
- CALVO, V. (2008). Il questionario ECR-R: aspetti di validazione della versione italiana dello strumento [The ECR-R question-naire: Aspects of validation of the Italian version of the in-strument]. X Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica dell'Associazione Italiana di Psicologia(AIP), Padova, 12-14 Sep. 2008.
- CAMOIRANO, A. (2017). Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Frontiers in Psychology*, 8:14.
- CASARTELLI, A. (2007). Affido familiare e valutazione. *Prospettive sociali e sanitarie*, 12/2007, 3-5

- CASSIBA, R. & ANTONUCCI, L. A. (2014). I legami multipli nei bambini adottati e in affido. *Minorigiustizia*, 4/2014, 34-40
- CASSIBA, R., ELIA, L., & TERLIZZI, M. (2012). L'accompagnamento del bambino e delle famiglie (biologica e affidataria) nel percorso dell'affidamento familiare. *Minorigiustizia*, 1/2012, 269-277
- CAVANNA, D., BASTIANONI, P., & CHISTOLINI, M. (2018). L'affidamento familiare tra teoria e realtà: opportunità, incongruenze e contraddizioni. Proposta di discussione a cura di Rosalinda Cassibba e Donatella Cavanna. Interventi di Paola Bastianoni e Marco Chistolini. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 65(2), 373-388.
- CHISTOLINI, M. (2014). I legami dei bambini adottati in forme aperte e in affido sine die con i genitori: alcune note psicologiche. *Minorigiustizia*, 4/2014, 50-63
- COLAROSSO, R. (2007). Le problematiche psicologiche dei bambini in affidamento. *Richard e Piggie*, 15 (1), 42-51.
- COLE, S. (2005). Foster Caregiver Motivation and Infant Attachment: How do Reasons for Fostering Affect Relationships?. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22, 441-457
- COLLINS, N. L. & READ, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663
- COMELLI, I. & IAFRATE, R. (2012). L'affido familiare: una rassegna ragionata delle pubblicazioni nazionali. *Rassegna bibliografica infanzia e adolescenza*, 3/2012, 5-34
- COSENZA, M., PIZZINI, B., SACCO, M., D'OLIMPIO, F., TRONCONE, A., CICCARELLI, M. et al. (2024). Italian validation of the mentalization scale (MentS). *Curr Psychol*, 43, 24205-24215
- CROCETTA, C. (2018). Diritto a crescere in famiglia, legami da stringere fuori famiglia. Riflessioni su una ricerca qualitativa sull'affido etero-familiare in Veneto (Italia). *Sociologia del diritto*, 3/2018, 111-130

- CROCETTA, C. (2019). Significatività dei legami nell'esperienza di affido familiare. Annotazioni in prospettiva di diritto vivente. *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2/2019, 557-584
- CUÉLLAR-FLORES, I., SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. D. P., & SANTAMARÍA, P.(2012), Personality and psychological adjustment in formal caregivers. What is best for caring is also the best for caregivers?. *Anuario de Psicología*, 42(2), 151-164
- DEL GUIDICE, M. (2011). Sex differences in romantic attachment: a meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37, 193–214.
- DEODATO, M. (2007). La difficile genitorialità dell'affidatario: i punti di forza e le criticità. *Minorigiustizia*, 2/2007, 214-221
- DIMITRIJEVIĆ, A., HANAK, N., DIMITRIJEVIĆ, A.A. & JOLIĆ MARJANOVIĆ, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268-280
- DOLLBERG, D. G., & HANETZ-GAMLIEL, K. (2023). Therapeutic work to enhance parental mentalizing for parents with ACEs to support their children's mental health: A theoretical and clinical review. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 2.
- DUNST, C. J., JENKINS, V., & TRIVELTE, C. M. (1994). The Family Support Scales: Reliability and Validity. *Journal of Individual, Family and Community Wellness*, 1(4), 45–52.
- FADIGA, L. (2008). L'affidamento familiare come strumento per l'accoglienza dei minori in difficoltà. *Minorigiustizia*, 4/2008, 217-231
- FANTON, C. & SCAPPIN, M. T. (2017). La genitorialità a tempo degli affidatari. *Minorigiustizia*, 1/2017, 76-81
- FEENEY, J. A. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Journal of the International society for the study of personal relationships*, 3(4), 401-416
- FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V. et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction

to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258

FIERLOOS, I. N., WINDHORST, D. A., FANG, Y., HOSMAN, C. M. H., JONKMAN, H., CRONE, M. R. et al (2023). The association between perceived social support and parenting self-efficacy among parents of children aged 0–8 years. *BMC Public Health*, 23(1), 1888

FRALEY, R. C., WALLER, N. G., & BRENNAN, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365.

FUNK, J. L. & ROGGE, R. D. (2007). Testing the Ruler With Item Response Theory: Increasing Precision of Measurement for Relationship Satisfaction With the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572-583

GARBARINI, C. (2010). Tra moglie e marito... La qualità della relazione coniugale. *Psicologi a confronto*, 1(4), 57-72

GARBARINI, C. (2011). Adjustment di coppia: confronto tra coppie senza figli, coppie con figli gemelli e coppie con figli mononati. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(5), 57-64

GARBARINI, C., GERINO, E., MARINO, ROLLÉ, L., & BRUSTIA, P. (2013). Psychometrical properties of the Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality with Italian Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 499 – 503

GARCÍA MEDINA, M. I., ESTÉVEZ HERNÁNDEZ, I., & LETAMENDIA BUCETA, P. (2007). El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 393-407

GENTILI, P., CONTRERAS, L., CASSANITI, M., & D'ARISTA, F. (2002). La Dyadic Adjustment Scale. Una misura dell'adattamento di coppia. *Minerva psichiatrica*, 43(2), 107-116

GETTE, J. A., GISSANDANER, T. D., LITTLEFIELD, A. K., SIMMONS, C. S., & SCHMIDT, A. T. (2022). Modeling the Adverse Childhood Experiences Questionnaire–International Version. *Child Maltreatment*, 27(4), 527–538

- GHEZZI, D. (2012). La valutazione della recuperabilità genitoriale: una via per la cura dei genitori maltrattanti. *Minorigiustizia*, 1/2012, 129-140
- GILLIS-ARNOLD, R., CRASE, S. J., STOCKDALE, D. F., & SHELLEY, M. C. (1998). Parenting Attitudes, Foster Parenting Attitudes, and Motivations of Adoptive and Nonadoptive Foster Parent Trainees. *Children and Youth Services Review*, 20(8), 715-732
- GRECO, O. (1996). La strada dal lutto alla capacità di legame nel passaggio tra due famiglie, *Minorigiustizia*, 2, 17-27.
- HANLEY, B., TASSÉ, M., AMAN, M. G., & PACE, P. (1998). Psychometric Properties of the Family Support Scale with Head Start Families. *Journal of Child and Family Studies*, 7(1), 69-77
- HOWARD, A. H., GWENZI, G. D., TAYLOR, T., & GILBERTSON WILKE, N. (2023). The relationship between adverse childhood experiences, health and life satisfaction in adults with care experience: The mediating role of attachment. *Child & Family Social Work*, 28, 809–821
- KAASBØLL, J., LASSEMO, E., PAULSEN, V., MELBY, L., & OSBORG, S. (2019). Foster parents' needs, perceptions and satisfaction with foster parent training: A systematic literature review. *Children and Youth Services Review*, 101, 33–41.
- KALLAND, M., RUTHERFORD, H., & PAJULO, M. (2023). Editorial: Parental mentalization: New frontiers. *Frontiers in Psychology*, 14.
- KTISTAKI, M., PAPADAKI-MICHAILIDI, E., & KARADEMAS, E. (2014). The Relationship Between Attachment Patterns and Parenting Style. *New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 8, 172–191
- LAMB, M. E. (2012). Mothers, Fathers, Families, and Circumstances: Factors Affecting Children's Adjustment. *Applied Developmental Science*, 16(2), 98–111
- LODDO, P. (2017). Il punto di vista della famiglia di origine. *Minorigiustizia*, 1/2017, 56-65

- MACCIONI, S. (2007). Alcuni vissuti di bambino, famiglia, operatori coinvolti nell'affidamento familiare. *Richard e Piggle*, 15 (1), 52-62.
- MALACREA, M. (2012). Le conseguenze traumatiche del maltrattamento infantile: la diagnosi per la cura. *Minorigiustizia*, 1/2012, 44-63
- McCarthy G & Taylor A. (1999). Avoidant/Ambivalent Attachment Style as a Mediator between Abusive Childhood Experiences and Adult Relationship Difficulties. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(3), 465-477
- MILANI, P. (2007). Tutela del minore e genitorialità: primi appunti per una pedagogia dei genitori. *Minorigiustizia*, 3/2007, 27-45
- MILLER, R. B., HOLLIST, C. S., OLSON, J., & LAW, D. (2013). Marital quality and health over 20 years: A growth curve analysis. *Journal of Marriage and Family*, 75, 667-680.
- MONHEIT, L., ET AL. (1997). Vulnerabilità psicologica e depressione nei bambini in affidamento familiare ed istituzionale. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 64 (2), 195-204.
- MURPHY, A., STEELE, M., DUBE, S. R., BATE, J., BONUCK, K., MEISSNER, P. et al. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38, 224-233
- ONIDA, T. (2000). Verso una piena attuazione della riforma Cartabia. Quale ruolo assume il curatore speciale nell'interesse del minore?. *Rassegna giuridica: questioni di attualità*, 1/2004, 1-15
- OSWALD, S. H., HEIL, K., & GOLDBECK, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 462-472.
- PAZÉ, P. (2007). Dove va l'affido, l'affido a lungo termine e altre questioni. *Minorigiustizia*, 2/2007, 222-239
- PICARDI, A., VERMIGLI, P., TONI, A., D'AMICO, R., BITETTI, D., & PASQUINI, P. (2002). Il questionario Experiences in Close Relationships (ECR) per la valutazione

dell'attaccamento negli adulti: ampliamento delle evidenze di validità per la versione italiana. *Journal of Psychopathology*, 8(3), 282-294

RANZATO, E., AUSTERBERRY, C., BESSER, S., CIRASOLA, A., & MIDGLEY, N. (2021). A qualitative analysis of goals set by foster carers seeking support for their child's emotional well-being. *Adoption & Fostering*, 45(1), 7-21.

RHODES, K., COX, M. E., ORME, J. G., & COAKLEY, T. (2006). Foster Parents' Reasons for Fostering and Foster Family Utilization. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 23(4), 105-126

RICCHIARDI, P. (2023). I fattori di resilienza dei minori fuori della famiglia di origine: la legge n. 184/1983 alla prova dei fatti. *Minorigiustizia*, 2/2023, 62-71

Schofield, G., & Beek, M. (2005). Risk and resilience in long-term foster-care. *British Journal of Social Work*, 35(8), 1283-1301.

SHKLARSKI, L. (2019). Foster Parent Skills and Dilemmas: A Qualitative Study. *Child Welfare*, 97(2), 41-62

SIBLEY, C. G., FISCHER, R., & LIU, J. H. (2005). Reliability and Validity of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) Self-Report Measure of Adult Romantic Attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1524-1536

SOTTORIVA, F. & PEDRABISSI, L. (2002). Le caratteristiche del minore e della famiglia affidataria come variabili influenti sull'esito dell'affido: un'indagine statistica retrospettiva. *Psicologia clinica e dello sviluppo*, 3/2002, 515-524

SPANIER, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyad. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15- 28

STUHRMANN, L. Y., GÖBEL, A., BINDT, C. , & MUDRA, S. (2022). Parental Reflective Functioning and Its Association With Parenting Behaviors in Infancy and Early Childhood: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 13.

WANG, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*, 128, 104940

YATES, A. M., LEKIES, K. S., STOCKDALE, D.F. & CRASE, S.J. (1997). Motivations for Foster Parenting Inventory. *Ames, IA: Iowa State University Research Foundation.*

ZANON, O. (2014). “Valutare” o “valorizzare”? Metodi e strumenti per orientare le risorse di genitorialità sociale nell'affidamento familiare. *Minorigiustizia*, 4/2014, 178-186

### ***Capitolo di libro***

BRENNAN, K. A., CLARK, C. L., & SHAVER, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.

### ***Libri***

ARRIGONI, G. & DELL’OLIO, F. (1998). *Appartenenze : comprendere la complessità dell’affido familiare*. Milano: Franco Angeli

BELOTTI V., MILANI P., IUS M. & SERBATI S. (2012), *Crescere fuori famiglia. Lo sguardo degli accolti e le implicazioni per il lavoro sociale*. Regione del Veneto.

BERMEJO CUADRILLERO, F. A., ESTÉVEZ HERNÁNDEZ, I., GARCÍA MEDINA, M. I., GARCÍA-RUBIO COLLADO, E., LAPASTORA NAVARRO, M., LETAMENDÍA BUCETA, P. et al. (2006). *CUIDA. Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. Madrid: TEA Ediciones.

BERMEJO CUADRILLERO, F. A., GIANNINI, M., RUSIGNUOLO, I., & BERRETTI, F. (2016). *CUIDA : questionario per la valutazione dei richiedenti l’adozione, gli assistenti, i tutori e i mediatori : manuale* (2. ed). Giunti O.S.

BOWLBY, J., (1973). *Attachment and loss. Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books

BRUNO, S. (2015). *Affiancare le famiglie fragili : verso nuove forme di affido*. Cinisello Balsamo: San Paolo

BRUTTI, C. (1993). *Affido familiare : approfondimenti teorici e metodologici di un percorso*. Roma: Borla.

- CIRILLO, S. (1986). *Famiglie in crisi e affido familiare : guida per gli operatori*. Roma: NIS
- COSTI, P., et al. (1997). *Un bambino per mano: l'affido familiare una realtà complessa*. Milano: Franco Angeli.
- CROCETTA, C. (2018). *La cura dei legami : normativa e pratica dell'affido familiare*. Padova: Cleup.
- DELL'ANTONIO, A. (1997). *Avere due famiglie: immagini, realtà e prospettive dell'affido eterofamiliare*. Milano: UNICOPLI
- DI GIOIA, G., & MILAN, S. (2020). *Manuale e diario dell'affido : prendersi cura l'uno dell'altro*. Padova: Cleup
- FAVETTO A.R & BERNARDINI C. (2010). *Mi presti la tua famiglia? Per una cultura dell'affidamento eterofamiliare dei minori*. Milano: Franco Angeli.
- GARELLI, F. (2000). *L'affidamento*. Roma: Carocci.
- GRECO O. & IAFRANTE R. (2001). *Figli al confine*. Milano: Franco Angeli
- MAZZUCHELLI, F. (1993). *Percorsi assistenziali e affido familiare*. Milano: Franco Angeli.
- RAINERI, M. L. & CALCATERRA, V. (2017). *L'affido partecipato nelle voci dei protagonisti : una ricerca valutativa*. Trento: Erickson
- ROSSI, E., & GIASANTI, A. (2007). *Affido forte e adozione mite : culture in trasformazione*. Milano: Franco Angeli
- SANICOLA, L. (2002). *Il dono della famiglia. L'affido oltre l'educazione assistita*. Milano: Edizioni Paoline.
- SBATTELLA, F. (1999). *Quale famiglia per quale minore. Una ricerca sull'abbinamento*. Milano: Franco Angeli.
- SCABINI, E., & ROSSI, G. (2014). *Allargare lo spazio familiare : adozione e affido*. Milano: VP.

## ***Sitografia***

Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie (ANFAA). Pagina di default. Ultimo accesso: settembre 2024. Disponibile da: <https://www.anfaa.it/>

Padova Net, Settore Servizi Sociali. Pagina di default. Ultimo accesso: settembre 2024. Disponibile da: <https://www.padovanet.it/informazione/settore-servizi-sociali>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali & Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Pagina di default. Ultimo accesso: settembre 2024. Disponibile da: <https://www.minori.gov.it/it>

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (2017). *La continuità degli affetti nell'affido familiare: documento di studio e di proposta*. Roma. Ultimo accesso: settembre 2024. Disponibile da: <http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/affettiaffido-familiare.pdf>

Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza (2000). *Accogliere bambini, biografie, storie e famiglie. Le politiche di cura, protezione e tutela in Italia. Lavori preparatori alla relazione sullo stato di attuazione della legge 49/2001*. Firenze. Ultimo accesso: settembre 2024. Disponibile da: <https://www.minori.gov.it/it/minori/quaderno-48-accogliere-bambini-biografie-storie-e-famiglie>

## ***Leggi e ordinanze***

### DIRITTO INTERNAZIONALE

Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, New York, 1989.

### LEGGI

Legge 4 maggio 1983, n. 184 "Diritto del minore ad una famiglia".

Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo".

Legge 28 marzo 2001 n. 149 "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184".

Legge 9 ottobre 2015, n. 173 “Modifica alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare”.

Legge 26 novembre 2021, n. 206 "Delega al Governo per l'efficienza del processo civile e per la revisione della disciplina degli strumenti di risoluzione alternativa delle controversie"

#### ARTICOLI CODICE CIVILE

Codice Civile (1942). Art. 316

Codice Civile (1942). Art. 330

Codice Civile (1942). Art. 332

Codice Civile (1942). Art. 333

Codice Civile (1942). Art. 336

Codice Civile (1942). Art. 403

#### LINEE GUIDA

Regione Veneto (2008). L'affido familiare in Veneto. Cultura, orientamenti, responsabilità e buone pratiche per la gestione dei processi di affidamento familiare.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2014). Parole nuove per l’Affidamento Familiare. Sussidiario per operatori e famiglie.

Regione Veneto (2023). La cura, protezione e tutela dei bambini e dei ragazzi minori d’età.

## **APPENDICI**

## Consenso informato



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA



**DPSS**

Dipartimento Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione



**Comune di Padova, Settore Servizi Sociali**

Codice fiscale: 00644060280

Via del Carmine, n. 13 – 35137 Padova - Fax 049/8207121

Cod: \_\_\_\_\_

Gentile Signora, Gentile Signore,

grazie alla collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo dell'Università di Padova e il CASF ULSS6, il gruppo di ricerca della Prof.ssa Silvia Salcuni porta avanti un progetto di ricerca-intervento che indaga le relazioni in essere presso i nuclei interessati dal tema dell'affido e la capacità di "prendersi cura": queste sono dimensioni necessarie alla formulazione di un corretto matching tra potenziali famiglie affidatarie e i progetti di affido pensati per i bambini e i ragazzi, in grado di fornire fondamentali informazioni prognostiche sull'andamento dei progetti di affido e minimizzarne i possibili disagi o fallimenti.

L'analisi del funzionamento relazionale-socio-emotivo dei potenziali affidatari avverrà tramite alcuni strumenti che indagano gli stili di attaccamento (Experiences in Close Relationships-Revised, ECR-R; Fraley, Waller, & Brennan, 2000; Busonera, et al., 2014), la qualità del legame di coppia (Dyadic Adjustment Scale, DAS; Spanier, 1976; Gentili et al., 2002) e le attitudini alla genitorialità (CUIDA, Bermejo et al., 2006; Giannini et al., 2010), tutti fattori di protezione per il progetto di affido. La stesura dei profili di funzionamento di coppia e della predisposizione all'affido verrà usata dagli operatori del CASF per aumentare la comunicazione e la consapevolezza delle potenziali famiglie affidatarie e favorire la scelta dei matching più adeguati. I dati, elaborati in itinere, saranno restituiti ai Servizi in modo da calibrare gli interventi del servizio, così da rendere la comunicazione e il supporto più efficaci. Il protocollo di studio è un ampliamento dello studio approvato dal comitato etico per la ricerca in psicologia dell'Università degli Studi di Padova (Num. 2594 del 08/03/2018).

In linea con il D. Lgs 196/2003 e il GDPR EU 2016/679, la partecipazione al progetto è volontaria e prevede la possibilità di ritirarsi in qualunque momento, senza fornire spiegazioni e senza incorrere in alcun tipo di penalizzazione, ottenendo il non utilizzo dei propri dati. I dati per il lavoro di ricerca vengono raccolti in forma confidenziale (con attribuzione di un codice) ed elaborati in gruppo a solo scopo di ricerca. I risultati della ricerca, nei loro andamenti riassuntivi e globali e solo come tali, potranno essere oggetto di pubblicazione, per cui il contributo personale non potrà in ogni caso essere oggetto di divulgazione. I risultati, qualora i soggetti lo desiderassero, potranno essere loro restituiti in forma grezza (cioè non elaborati) con, in allegato, i dati normativi a cui si farà riferimento per la valutazione dei test. L'uso dei dati della presente ricerca da parte dell'Ente può essere solo a scopo interno del CASF o dell'ufficio Tutela Minori e Famiglia finalizzato al sostegno e all'aiuto delle famiglie, ovvero non è utilizzabile a scopo di relazioni a soggetti terzi.

Se siete interessati a collaborare alla ricerca, vi chiediamo di sottoscrivere il consenso informato alla partecipazione.

La durata della somministrazione sia in cartaceo sia on line, potrà variare da 40 ai 60 minuti.

Restiamo a vostra disposizione qualora desideraste ulteriori chiarimenti, e vi ringraziamo per la vostra attenzione.

Padova, \_\_\_\_\_

Prof.ssa Silvia Salcuni ([silvia.salcuni@unipd.it](mailto:silvia.salcuni@unipd.it))

Prof. Associato di Psicologia Dinamica, DPSS

Per favore, se intende proseguire, riporti il Suo nome e cognome nello spazio qui indicato:

\_\_\_\_\_

## Scheda socio-anagrafica

Sesso: M F

Età (in anni compiuti): \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

### Stato civile:

Celibe/nubile Convivente Divorziato/a  
Coniugato/a Separato/a Vedovo/a

Se coniugato, da quanti anni? \_\_\_\_\_

Se convivente, da quanti anni? \_\_\_\_\_

Ha figli? Sì No

Quanti figli ha?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Più di 4

Per ogni figlio indicarne:

Sesso: M F

Età (in anni compiuti): \_\_\_\_\_

### Professione:

Studente Operaio Lavoratore autonomo/libero professionista  
Apprendista Collaboratore domestico Impiegato  
Pensionato Lavoratore a domicilio Funzionario  
Disoccupato Agricoltore Imprenditore  
Casalingo Artigiano Dirigente

### Titolo di studio

Nessun titolo di studio Licenza media superiore  
Licenza elementare Diploma di laurea triennale  
Licenza media inferiore Diploma di laurea specialistica  
Diploma di scuola professionale Specializzazione o dottorato

Ha attualmente un affido in corso? Sì No

Da quanto tempo?

- Meno di un anno
- Un anno
- Due anni
- Più di due anni

Prima dell'affido, ha mai preso in considerazione, anche per un futuro lontano, la possibilità di un'adozione? Sì No

Ha mai avuto esperienza di relazioni finalizzate all'assistenza di altre persone? Sì No

In quale contesto?

- Familiare
- Lavorativo
- Volontariato
- Altro

## Indagine qualitativa dei colloqui del percorso formativo-conoscitivo

COMPILATORE/COMPILATRICE: \_\_\_\_\_

CODICE DELLA PERSONA: \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONI:

Per ciascun item indicare

SI = presenza di quel determinato item

NO = assenza di quel determinato item

NP (non presente) = l'eventuale presenza/assenza di quel determinato item non è stata valutata

CUIDA (Bermejo Cuadrillero, Estévez Hernández, García Medina, García-Rubio Collado, Lapastora Navarro, Letamendía Buceta, et al.; 2010)	SI	NO	NP
<b>ALTRUISMO:</b> La persona è propensa ad aiutare l'altro in maniera disinteressata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>APERTURA:</b> La persona è capace di adattarsi in modo rapido ai cambiamenti e alle situazioni che non conosce. È propensa vero esperienze o situazioni nuove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASSERTIVITÀ:</b> La persona esprime in modo chiaro ed efficace emozioni ed opinioni. Tende ad esprimere le proprie esigenze facendo valere i propri diritti, senza farsi prevaricare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AUTOSTIMA:</b> La persona è soddisfatta di se stessa ed è capace di valorizzare le qualità che possiede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CAPACITÀ DI RISOLVERE PROBLEMI:</b> La persona è capace di osservazione e analisi critica. Riesce a trovare soluzioni creative anche attraverso il confronto con gli altri e possiede un forte orientamento all'azione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EMPATIA:</b> La persona è capace di mettersi nei panni dell'altro, riconoscendo, comprendendo e accettando i suoi sentimenti, senza contaminarli con la propria esperienza emotiva e affettiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>STABILITÀ EMOTIVA:</b> La persona appare tranquilla, calma, risoluta. Riesce ad avere un controllo emotivo adeguato senza manifestare bruschi cambiamenti di umore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FLESSIBILITÀ:</b> La persona assume un atteggiamento sereno di fronte ai cambiamenti e affronta in modo adeguato situazioni nuove e impreviste. Accetta con naturalezza i punti di vista diversi dai propri, riesce a cambiare opinione se la situazione lo richiede e non ritiene che ci sia un unico modo di fare le cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INDIPENDENZA:</b> La persona è capace di prendere delle decisioni in modo autonomo assumendosi le proprie responsabilità. È coerente con il proprio pensiero e non ha bisogno di agire in base al giudizio degli altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RIFLESSIVITÀ:</b> La persona tende a riflettere prima di agire e prende decisioni valutando vantaggi e svantaggi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOCIALIZZAZIONE:</b> La persona mostra un atteggiamento positivo verso lo stare con gli altri, apprezza i contesti di scambio sociale e ad alto contenuto relazionale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE:</b> La persona riesce a gestire le frustrazioni, a tollerare e gestire il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CAPACITÀ DI STABILIRE LEGAMI AFFETTIVI/DI AMORE:</b> La persona è capace di instaurare relazioni stabili e sicure. Sa stare in una relazione fidandosi dell'altro individuo, senza bisogno continuo di conferme e manifestazioni esplicite di affetto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CAPACITÀ DI SUPERARE IL DOLORE:</b> La persona è capace di riconoscere, accettare ed esprimere i sentimenti legati ad una perdita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Motivations for Foster Parenting Inventory (Yates, Lekies, Stockdale, &amp; Crase; 1997)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
AUMENTARE LA GRANDEZZA DEL NUCLEO FAMILIARE: La persona desidera diventare affidatario/a per aggiungere un membro alla famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALVARE BAMBINO/E DA UNA SITUAZIONE FAMILIARE AVVERSA: La persona desidera diventare affidatario/a per salvare un/a bambino/a in difficoltà.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GUADAGNO ECONOMICO: La persona desidera diventare affidatario/a per guadagnare denaro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREOCCUPAZIONE SOCIALE: La persona desidera diventare affidatario/a perché preoccupata degli aspetti sociali della comunità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIUTO DI MINORI CON BISOGNI SPECIALI: La persona desidera diventare affidatario/a per aiutare bambini/e con particolari bisogni da soddisfare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPAGNIA PER SE': La persona si sente sola e vuol diventare affidatario/a per colmare un vuoto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPARTENENZA COMUNITARIA: La persona desidera diventare affidatario/a per garantire al/alla bambino/a l'esperienza positiva di una comunità educante e protettiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISTANZA ADOTTIVA: La persona dichiara chiaramente l'istanza adottiva o operatori/trici comprendono un certo desiderio della persona all'adozione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOSTITUZIONE DI FIGLIO/A NATURALE ADULTO/A: La persona desidera diventare affidatario/a per presenza di sindrome del nido vuoto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FARE DEL BENE: La persona desidera diventare affidatario/a per fare delle opere di bene e restituire del bene ricevuto da altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Family Support Scale (Dunst, Hamby, &amp; Trivelte; 1994)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
GENITORI: La persona percepisce i propri genitori come una risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENITORI DEL/DELLA PARTNER: La persona percepisce i genitori del partner come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENTELA: La persona percepisce i propri parenti come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENTELA DEL/DELLA PARTNER: La persona percepisce i parenti del/della partner come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARITO/MOGLIE: La persona percepisce il/la proprio/a partner come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMICI/CHE: La persona percepisce la propria rete amicale come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMICI/CHE DEL/DELLA PARTNER: La persona percepisce la rete amicale del/la partner come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIGLI/E PROPRI/E: La persona percepisce i/le propri/e figli/e come una utile risorsa di aiuto nell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRI GENITORI: La persona si trova in uno stato civile di separato/a o divorziato/a. L'ex-partner ha un/una nuovo/a compagno/a che la persona percepisce come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIESA: La persona percepisce la Chiesa come una utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPPI SOCIALI: La persona percepisce altri gruppi sociali come un'utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLLEGHI/E: La persona percepisce i/le propri colleghi/e come un'utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPPO DI GENITORI/TRICI: La persona percepisce i gruppi di genitori (es. gruppo classe dei genitori) come un'utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEDIATRA/MEDICO DI FAMIGLIA: La persona percepisce il/la proprio/a MMG o il/la pediatra come un'utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROFESSIONAL HELPERS: La persona percepisce psicoterapeuti/e privati/e, psicomotricisti/e, babysitter e altre figure professionali come un'utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCUOLA/CENTRO DIURNO: La persona percepisce la scuola come un'utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPECIALIZED EARLY INTERVENTIONS: La persona percepisce la NPI, il CSM, il CBM e altre equipe specialistiche come un'utile risorsa di aiuto nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZI: La persona percepisce gli/le operatori/trici dei Servizi Sociali (Tutela Minori e CASF) come un'utile risorsa di aiuto per lui/lei nella quotidianità dell'affido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Adverse Childhood Experiences Questionnaire (Felitti et al. ; 1998)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
<b>ABUSO FISICO:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona è stata insultata, umiliata o denigrata da parte di una persona adulta della sua famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ABUSO VERBALE:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona è stata spinta, stratonata, schiaffeggiata da parte di una persona adulta della sua famiglia, oppure le hanno lanciato addosso degli oggetti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ABUSO SESSUALE:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona è stata toccata in modo sessuale o palpeggiata da una persona più grande di almeno 5 anni. Oppure ha subito un tentativo di rapporto sessuale orale o anale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NEGLIGENZA FISICA:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona ha percepito di non avere abbastanza cibo da mangiare, di non essere protetta dalle persone adulte. Oppure ha dovuto indossare vestiti sporchi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NEGLIGENZA EMOTIVA:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona non si è sentita amata, importante o speciale. oppure ha percepito che nella propria famiglia non ci si prende cura vicendevolmente, non ci si supporta, non si hanno legami di vicinanza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PERDITA DI UN GENITORE/TRICE:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona ha perso un/una genitore/trice biologico/a a causa di un divorzio un abbandono o altre ragioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VIOLENZA DOMESTICA:</b> La madre della persona (per i primi 18 anni di vita di quest'ultima) veniva spinta, stratonata, schiaffeggiata, presa a calci, morsa, presa a pugni. Oppure le venivano lanciati addosso degli oggetti, veniva colpita da qualcosa di duro. Oppure veniva minacciata con una pistola o un coltello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALCOLISMO:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona ha vissuto con un/una alcolista o un individuo che faceva uso di sostanze stupefacenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PSICOPATOLOGIE:</b> Nei suoi primi 18 anni di vita la persona ha vissuto con un individuo con una psicopatologia o depresso. Oppure ha vissuto con una persona che ha tentato il suicidio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CARCERAZIONE:</b> Un familiare della persona (per i primi 18 anni di vita di quest'ultima) è stato incarcerato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>The Mentalization Scale (Dimitrijević, Hanak, Dimitrijević, &amp; Jolić Marjanović, 2018)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
<b>MENTALIZZAZIONE RIVOLTA AL SE':</b> La persona comprende e riflette sui propri pensieri. E' consapevole delle proprie emozioni e dei propri processi mentali, e riesce a elaborare e articolare questi stati interni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MENTALIZZAZIONE RIVOLTA AGLI ALTRI:</b> La persona è in grado di interpretare e prevedere il comportamento altrui basandosi sulla comprensione degli stati mentali, le emozioni e i pensieri degli altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MOTIVAZIONE ALLA MENTALIZZAZIONE:</b> La persona è incline a cercare di comprendere meglio i propri stati mentali e quelli degli altri, e considera importante questa capacità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>