



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Attaccamento nel contesto dell'affido familiare: fattori di rischio e percorsi di sostegno

RELATORE:
PROF.SSA FRANCESCA LIONETTI

CORRELATORE:
Dott. Luca Capone

Tesi di Laurea di
Sofia Boiocchi
566361

Anno Accademico 2025/2026

INDICE	
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	8
1.1 Che cos'è l'affido familiare	8
1.2 Le principali leggi italiane sull'affido familiare	11
1.3 Sistema dei servizi sociali (tribunale, servizi sociali e famiglie)	17
1.4 Varie tipologie di affido familiare e le caratteristiche	23
1.5 Dati sull'affido in Italia	28
CAPITOLO 2	34
2.1 Chi sono i minori che entrano in affido familiare e perché	34
2.2 Conseguenze delle esperienze sulle varie tappe di sviluppo....	42
2.3 Teoria dell'attaccamento	48
2.4 Nuove relazioni di attaccamento durante l'affido familiare...	54
CAPITOLO 3	60
3.1 Le competenze dei <i>caregiver</i> affidatari	60
3.2 Relazione con la famiglia biologica: aspetti e difficoltà	65
3.3 Aspetti culturali e sociali dell'affido familiare	70
CAPITOLO 4	75
4.1 Perché il supporto psicologico è importante?	75
4.2 Approcci basati sull'attaccamento	78
4.3 Interventi specifici (<i>overview</i>)	82
4.4 Bucharest Early Intervention Project (BEIP)	86
4.5 Il programma <i>CONNECT</i>	91
4.6 Metodo del video- <i>feedback</i>	95
4.7 VIPP-SD e VIPP-FC	99
4.8 Programma ABC	102
CONCLUSIONI	107
BIBLIOGRAFIA	112

INTRODUZIONE

L'affido familiare è uno dei principali strumenti attraverso cui il sistema di protezione minorile interviene nel momento in cui un minore è costretto a vivere in un contesto familiare inidoneo alla propria crescita personale. La sua natura relazionale non ingloba soltanto la dimensione giuridica ma concerne molteplici attori, tra cui spiccano il minore, il nucleo d'origine, la famiglia ospitante e i servizi sociali stretti in una fitta rete di bisogni, aspettative e mutamenti repentini. L'affido familiare si tramuta in una missione privilegiata ai fini di osservare non soltanto gli atteggiamenti dei bambini ma anche la creazione di legami e affetti con un rimpiego notevole del contributo scientifico della psicologia. Nella nostra nazione, l'affido familiare affonda le sue radici nel principio che prevede come ogni minore abbia il diritto a crescere e a essere educato nella propria famiglia e che nell'eventualità in cui non sia possibile, deve essere garantita la possibilità di vivere in un contesto familiare alternativo che assicuri cura, protezione e stabilità.

La natura temporanea dell'affido crea una tensione costante tra due necessità. Proteggere e sostenere il bambino, mantenere ed eventualmente ripristinare le capacità genitoriali della famiglia biologica; duplice missione che conferisce all'affido un carattere dinamico in cui protezione, riparazione e speranza nel futuro convivono insieme. A livello psicologico, ogni volta che un minore entra in affido accade un profondo mutamento. La maggior parte dei minorenni sono allontanati dalla propria famiglia a seguito di esperienze di abbandono, violenza, abuso o relazioni instabili; inoltre, se tali azioni accadono in poco tempo e si propagano nel tempo possono lasciare segni indelebili incidendo in modo significativo su sfera emotiva, umore e *modus operandi*.

Il distacco, anche se temporaneo, dall'ambiente in cui sono cresciuti si tramuta in un trauma capace di riaccendere sensazioni di

perdita, abbandono e paura del futuro. In tale situazione, la famiglia affidataria diventa straordinariamente importante, non deve soltanto rimpiazzare i genitori biologici, ma offrire un luogo sufficientemente sicuro, prevedibile e attento alle esigenze del bambino; uno spazio che accolga la sua storia e lo accompagni nel suo *iter* di crescita. Le famiglie affidatarie devono possedere molteplici competenze ovvero saper capire cosa transita nella mente e nel cuore del bambino, tollerare i suoi conflitti interiori, gestire comportamenti difficili, collaborare con gli operatori e i genitori biologici; quindi, l'affido familiare si trasforma in un compito relazionale intenso che può condurre a un grado di soddisfazione e crescita personale, ma anche esaurimento, frustrazione e senso di inferiorità.

Negli ultimi anni, gli studi settoriali del campo della psicologia e delle scienze sociali hanno dimostrato quanto sia essenziale per prestare un sostegno strutturato alle famiglie affidatarie. Nonostante la selezione accurata e la formazione iniziale, il lavoro concreto dell'affido mette i genitori affidatari di fronte a sfide che spesso comportano atteggiamenti

di rifiuto, problemi a scuola, difficoltà nell'instaurare corrette relazioni sociali a cui si aggiunge anche la complessità del contatto protetto con la famiglia d'origine; infatti, senza aiuto adeguato, tali problemi rischiano di

rovinare la qualità della relazione e, nei casi più gravi, portare l'affido a interrompersi prematuramente, con effetti ancora più traumatici per il bambino.

La teoria dell'attaccamento offre una chiave di lettura utile ai fini di comprendere il funzionamento dell'affido familiare. Secondo tale dottrina, il modo in cui il bambino si lega alle persone che lo crescono nella sua infanzia plasma profondamente il suo modo di relazionarsi agli altri, ossia i modelli che guideranno le sue relazioni future. Se i bambini hanno ricevuto cure insufficienti e limitate svilupperanno un modello di attaccamento insicuro o disorganizzato che si tradurrà in atteggiamenti

contraddittori, di evitamento o eccessivamente controllanti; inoltre, un cambio di famiglia può riattivare tali modelli poiché rappresenta un'opportunità concreta di rielaborazione e riorganizzazione a condizione che il *caregiver* sappia offrire risposte sensibili, coerenti e prevedibili.

In questa prospettiva l'affido familiare non è soltanto una misura di protezione, ma un contesto di riparazione alla negligenza del passato.

La capacità di sviluppare nuovi legami di attaccamento sicuro dipende tuttavia da una molteplicità di fattori: l'età del minore, la durata e la gravità dei traumi pregressi, la stabilità dell'affido, la qualità della collaborazione tra la famiglia affidataria e i servizi territoriali e il supporto psicologico; un mix di categorie che esige risposte peculiari e costruite su valide basi empiriche solide, calibrate sulle peculiarità di ogni situazione.

L'avanzamento del progresso scientifico e psicologico ha favorito lo sviluppo di molti programmi per supportare concretamente le famiglie affidatarie, la maggior parte dei quali sposa la teoria dell'attaccamento e della promozione di una genitorialità consapevole e sensibile.

Iniziative come il Programma *Connect*, il *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting* (VIPP), l'*Attachment and Biobehavioral Catch-up* (ABC) sviluppato da Dozier e i lavori di Zeanah puntano a sviluppare le capacità riflessive dei *caregiver* e a favorire una migliore regolazione emotiva nel bambino e un incoraggiamento a coltivare legami più stabili e organizzati. Sebbene questi programmi presentino differenze importanti in termini di struttura e nelle modalità di applicazione condividono un obiettivo comune che insiste nel sostenere la qualità della relazione tra adulto e bambino come elemento decisivo per il loro benessere e la loro crescita.

L'intento dell'elaborato è quello di inserirsi nel crocevia tra l'ambito normativo, quello clinico e quello relazionale dell'affido familiare con uno sguardo particolare dedicato al contributo degli interventi psicologici nel supporto dei nuclei affidatari.

L'obiettivo è offrire una visione articolata e approfondita del fenomeno a partire dai principi concettuali e dal quadro normativo di riferimento fino ad esplorare i contributi della teoria dell'attaccamento e i principali approcci di intervento basati su evidenze scientifiche.

Nel primo capitolo saranno delineati le nozioni fondamentali che caratterizzano l'affido familiare e le norme legislative della penisola italiana con un *focus* relativo al sistema dei servizi coinvolti e alle diverse forme che l'affido può assumere. Inoltre, saranno riportati anche dati aggiornati ai fini di comprendere le modalità di diffusione del fenomeno e quali caratteristiche assume nel panorama nazionale. Una cornice iniziale che consentirà di interpretare l'affido non come esperienza personale del singolo bambino, ma come pratica radicata in un sistema istituzionale articolato e complesso.

Il secondo capitolo sarà rivolto ai bambini e agli adolescenti che vivono l'esperienza dell'affido saranno esaminati i profili dei minori che entrano in affido e i motivi principali degli allontanamenti, una focalizzazione su come le esperienze traumatiche incidano nelle diverse fasi dello sviluppo in unione alla teoria dell'attaccamento, filo rosso che permette di comprendere le difficoltà relazionali e comportamentali e le concrete opportunità di guarigione tramite la costruzione di relazioni significative e stabili.

Il terzo capitolo sarà incentrato sull'immagine delle famiglie affidatarie con un'analisi peculiare, minuziosa e scientifica delle competenze richieste e delle sfide da affrontare nella routine con una premura nei confronti degli interscambi relazionali con la famiglia biologica del bambino; in aggiunta, saranno esaminati anche le influenze culturali e di come quest'ultime plasmino l'esperienza dell'affido riconoscendo come essa sia intrecciata con il contesto socio-culturale di riferimento.

Il quarto capitolo intenderà indagare gli interventi psicologici pensati per sostenere le famiglie affidatarie. A seguito della trattazione sull'importanza rivestita dal supporto psicologico saranno riportati i principali approcci che si basano sulla teoria dell'attaccamento e alcuni programmi già consolidati con un'indagine dei fondamenti teorici, delle modalità di applicazione, dei risultati emergenti e dei punti di forza e limiti che presentano. L'idea centrale sarà quella di interrogarsi criticamente sull'effettivo funzionamento di questi interventi e su ciò che significano per chi opera nel settore clinico e per coloro che si occupano della protezione dei minori.

Infine, l'intento dell'elaborato è quello di offrire una panoramica completa dell'affido familiare alla luce di uno spazio in cui emergono vulnerabilità e allo stesso tempo straordinarie opportunità di crescita poiché la qualità della relazione e l'intervento psicologico consapevole rivestono un ruolo centrale nel dirigere i bambini verso percorsi di sviluppo più resilienti. Viviamo in un momento storico segnato da importanti trasformazioni nel tessuto sociale e nelle strutture familiari condizione che crea nuove e complesse sfide per i sistemi dediti alla protezione dell'infanzia; per tali ragioni appare più urgente che mai investire in strategie di intervento che siano integrate tra loro, solide scientificamente e capaci di offrire sostegno non solo ai bambini coinvolti, ma anche agli adulti che con coraggio e dedizione scelgono di accoglierli e accompagnarli nel loro itinerario di scoperta personale.

CAPITOLO 1

AFFIDO FAMILIARE: CONCETTI DI BASE E RIFERIMENTI NORMATIVI

1.1 Che cos'è l'affido familiare

L'affido familiare rappresenta una misura fondamentale all'interno dei sistemi di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, finalizzata a garantire protezione, cura e condizioni di sviluppo adeguate ai minorenni che, temporaneamente, non possono vivere nella propria famiglia d'origine. Si tratta di uno strumento di protezione che interviene quando il contesto familiare risulta inadeguato o pregiudizievole per il benessere del bambino o dell'adolescente, pur senza configurarsi, nella maggior parte dei casi, come una soluzione definitiva¹.

Il fondamento giuridico e valoriale dell'affido familiare è rintracciabile nella *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza* che sancisce il principio secondo cui il minore è un soggetto titolare di diritti e che il suo interesse superiore deve costituire una considerazione preminente in tutte le decisioni che lo riguardano. In particolare, la *Convenzione* riconosce il diritto di ogni bambino a crescere in un contesto familiare idoneo e stabilisce che, qualora il minore sia temporaneamente o definitivamente privato dal proprio ambiente familiare, lo Stato è tenuto a garantire una protezione speciale e forme di accoglienza adeguate, tra cui l'affidamento familiare².

In questa prospettiva, l'affido familiare non può essere interpretato come una semplice risposta assistenziale, ma come una misura di tutela dei diritti del minore, orientata a salvaguardarne lo sviluppo fisico,

¹ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2012; aggiornamento 2024, pp. 11-13.

² Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, New York, 1989, artt. 3,9,20.

emotivo, relazionale e sociale³. *Le Guidelines for the Alternative Care of Children* adottate dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite chiariscono ulteriormente che l'allontanamento del minore dalla famiglia d'origine deve essere considerato una misura di ultima istanza, da adottare solo quando ogni intervento di sostegno alla famiglia abbia fallito o risulti insufficiente a garantire la sicurezza e il benessere del bambino⁴.

Le *Linee guida ONU* collocano l'affido familiare all'interno di un sistema più ampio di alternative, sottolineando la necessità di privilegiare soluzioni di tipo familiare rispetto a quelle residenziale, soprattutto per i bambini più piccoli, in quanto maggiormente capaci di rispondere ai bisogni affettivi e relazionali del minore. L'affido familiare viene quindi riconosciuto come una forma di accoglienza che favorisce la continuità delle relazioni, la stabilità del contesto di vita e la costruzione di legami significativi, elementi essenziali per uno sviluppo equilibrato⁵.

Dal punto di vista delle finalità, l'affido familiare persegue innanzitutto la tutela del minore, offrendo un ambiente di vita sicuro e accogliente in un momento di particolare vulnerabilità. Tuttavia, esso svolge anche una funzione di sostegno indiretto alla famiglia d'origine, poiché si inserisce in un prospetto di progetto volto, ove possibile, al recupero delle competenze genitoriali e al rientro del minore nel proprio nucleo familiare; dunque, l'affido si configura come una misura temporanea e dinamica, che richiede una costante valutazione e un monitoraggio nel tempo⁶.

La letteratura pedagogica e psicosociale evidenzia come i minori in affido presentino spesso storie di vita caratterizzate da molteplici fattori di rischio, quali trascuratezza, maltrattamento, instabilità affettiva, povertà

³ United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, A/RES/64/142, New York, United Nations, 2010, parr. 1-3 e 14-16.

⁴ Ivi, parr. 48-51.

⁵ Ivi, parr. 21-24.

⁶ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 15-18.

culturale e materiale che incidono profondamente sui loro percorsi di sviluppo⁷. In questo contesto, l'affido familiare assume una rilevante valenza educativa, poiché consente al minore di sperimentare relazioni affettive stabili, regole coerenti e un contesto quotidiano prevedibile, elementi fondamentali per la rielaborazione delle esperienze traumatiche e per la costruzione di un senso di fiducia e sicurezza⁸.

Un aspetto centrale dell'affido familiare è rappresentato dalla sua temporaneità, che lo distingue da altre forme di accoglienza come l'adozione. L'affido è pensato come una fase di un progetto più ampio, il cui esito può essere il rientro del minore nella famiglia d'origine, il proseguimento dell'affido a lungo termine o, in alcuni casi, l'individuazione di soluzioni alternative più stabili. Tuttavia, numerose ricerche mostrano come la temporaneità dell'affido sia spesso messa alla prova da *iter* complessi e prolungati, che possono generare incertezze sia per il minore sia per le famiglie affidatarie⁹.

Lo studio di Canali, Maurizio e Vecchiato evidenzia come molte famiglie affidatarie vivano l'esperienza dell'affido come più impegnativa e duratura di quanto inizialmente previsto, sottolineando l'importanza di una progettazione chiara, condivisa e monitorata nel tempo da parte dei servizi. Infatti, la mancanza di un progetto di affido ben definito, con obiettivi espliciti e tempi realistici può incidere negativamente sulla qualità dell'esperienza e sulla disponibilità delle famiglie a intraprendere nuovi percorsi di affido¹⁰.

La centralità del minore costituisce il principio guida di ogni intervento di affido familiare. Essa implica non solo la protezione del benessere del bambino, ma anche il riconoscimento del suo diritto a essere

⁷ P. Ricchiardi, C. Coggi, *L'affidamento familiare: le strategie educative elaborate dagli affidatari*, in "ECPS Journal", 24 (2021), pp. 149-152.

⁸ Ivi, pp. 153-156.

⁹ C. Canali, R. Maurizio, T. Vecchiato, *Foster care: Motivations and challenges for foster families*, in "Social Work & Society", 14 (2), 2026, pp. 6-8.

¹⁰ Ivi, pp. 9-11.

ascoltato, coinvolto e informato, in modo adeguato all'età e al livello di maturità, nelle decisioni che lo riguardano¹¹.

Il rispetto dell'identità personale, culturale e relazionale del minore, così come la tutela delle relazioni significative, in particolare con i fratelli, rappresentano elementi imprescindibili di un affido orientato ai diritti dell'infanzia. Inoltre, l'affido familiare attribuisce un ruolo centrale alle famiglie affidatarie, chiamate a svolgere una funzione genitoriale temporanea complessa, che va ben oltre la semplice ospitalità. Quest'ultime sono coinvolte nella cura quotidiana del minore, nella collaborazione con i servizi sociali e, quando previsto, nel mantenimento dei rapporti con la famiglia d'origine¹². Precisamente le ricerche dimostrano come queste famiglie riconoscano il valore profondamente trasformativo dell'esperienza di affido, pur evidenziando la necessità di un sostegno continuo, competente e strutturato da parte dei servizi¹³. Infine, l'affido familiare può essere definito come una misura di tutela temporanea fondata sui diritti dell'infanzia, orientata al superiore interesse del minore e caratterizzata da una forte valenza educativa e relazionale. La sua efficacia dipende dalla qualità delle relazioni affettive, dal valore progettuale e dall'integrazione tra famiglie affidatarie, servizi e famiglia d'origine in un'ottica di corresponsabilità e protezione dell'itinerario di crescita del minore¹⁴.

1.2 Le principali leggi italiane sull'affido familiare

Il quadro normativo italiano sull'affido familiare si colloca all'interno di un più ampio sistema di tutela minorile, fondato sul principio

¹¹ Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, cit., artt. 3 e 12; United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, cit. parr. 6-7.

¹² Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affido familiare*, cit., pp. 19-21.

¹³ C. Canali, R. Maurizio, T. Vecchiato, *Foster care: Motivations and challenges for foster families*, cit., pp. 12-14.

¹⁴ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 9-11; United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, cit., parr. 1-3.

del superiore interesse del minore e sul diritto fondamentale a crescere ed essere educato nella propria famiglia. Tale principio di matrice internazionale, trova piena attuazione nell'ordinamento italiano attraverso una serie di disposizioni legislative che disciplinano l'intervento pubblico nei casi di difficoltà genitoriale, collocando l'affido familiare come misura prioritaria rispetto all'accoglienza in struttura¹⁵.

La norma cardine in materia è rappresentata dalla legge 4 maggio 1983, n. 1984 che sancisce il diritto del minore a una famiglia e definisce l'affido familiare come uno strumento di protezione temporanea, attivabile quando la famiglia di origine non sia in grado, anche solo temporaneamente, di assicurare al figlio un ambiente idoneo alla sua crescita. La legge introduce una concezione dell'intervento pubblico non sostitutiva ma integrativa della funzione genitoriale, ponendo l'accento sulla necessità di sostenere le famiglie in difficoltà prima di ricorrere a misure più invasive¹⁶.

Un'evoluzione significativa di tale impianto normativo si ha con la legge 28 marzo 2001, n. 149, che modifica la legge del 1983 rafforzando ulteriormente il principio della temporaneità dell'affido e ribadendo il carattere eccezionale dell'allontanamento del minore dalla famiglia d'origine. In questa prospettiva, l'affido non è concepito come soluzione definitiva, bensì come parte di un progetto più ampio che prevede il recupero delle competenze genitoriali e il rientro del minore nella propria famiglia, laddove possibile¹⁷. Tale impostazione risulta coerente con l'orientamento della *Convenzione ONU* sui diritti dell'infanzia con le raccomandazioni rivolte all'Italia dal Comitato ONU, che invitano a

¹⁵ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile. Raccomandazioni*, Roma, 2019, pp. 9-12.

¹⁶ Legge 4 maggio 1983, n. 184, *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori*, artt. 1-2; Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 13-15.

¹⁷ Legge 28 marzo 2001, n. 149, *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184*, artt. 1-2; Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 16-18.

ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione e a potenziare le forme di accoglienza familiare¹⁸.

Dal punto di vista giuridico, l'affido familiare si intreccia in modo diretto con le disposizioni del Codice Civile, in particolare con l'articolo 333 c.c., che disciplina le situazioni di condotta genitoriale pregiudizievole per il figlio. Tale norma consente al giudice di adottare i cosiddetti *provvedimenti convenienti* quando la condotta del genitore, pur non giustificando la decadenza dalla responsabilità genitoriale ex art. 330 c.c., risulti comunque dannosa o potenzialmente nociva per il minore. Tra questi provvedimenti rientra anche l'allontanamento del minore dalla residenza familiare o del genitore maltrattante, configurando l'affido come misura di protezione fondata non solo sul danno già verificatosi, ma anche sul mero pericolo di pregiudizio¹⁹.

L'interpretazione giurisprudenziale dell'art. 333 c.c. ha progressivamente delucidato che l'intervento limitativo della responsabilità genitoriale dev'essere sempre proporzionato, motivato e orientato alla tutela psicofisica del minore, evitando soluzioni traumatiche o eccessivamente intrusive. In tal senso, la Corte di Cassazione ha più volte sottolineato che l'affido e le altre misure limitative non possono prescindere da una valutazione approfondita dell'impatto psicologico sul minore e dalla considerazione delle conseguenze evolutive delle decisioni adottate²⁰.

Un ulteriore passaggio normativo di particolare rilievo è rappresentato dalla legge 19 ottobre 2015, n. 173, che introduce il principio della continuità affettiva. Tale legge riconosce formalmente il

¹⁸ Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, New York, 1989, artt. 3,9 e 20; Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 19-20.

¹⁹ Codice civile, art. 333; Corte di Cassazione, sez. I civ. n. 19103/2024; Corte di Cassazione, sez. I civ., sent. n. 24710/2024.

²⁰ Corte di Cassazione, sez. I civ., sent. n. 19103/2024; Corte di Cassazione, sez. I civ., sent. n. 24710/2024.

valore delle relazioni significative instaurate dal minore durante il periodo di affido, prevedendo che esse possano essere tutelate anche successivamente alla cessazione dell'affidamento, qualora ciò risponda al superiore interesse del bambino; questa disposizione recepisce in modo esplicito i contributi delle scienze psicologiche, che evidenziano l'importanza della stabilità relazionale e della qualità dei legami affettivi per lo sviluppo emotivo e identitario del minore²¹.

Accanto alle fonti legislative, assumono un ruolo centrale le *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare* (2012), elaborate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e richiamate più volte dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza. Sebbene prive di forza vincolante, tali linee guida rappresentano uno strumento essenziale per orientare le prassi operative, promuovendo una presa in carico integrata dal minore, dalla famiglia di origine e della famiglia affidataria, nonché una maggiore omogeneità territoriale nell'applicazione dell'affido²².

Nel loro complesso, le principali leggi italiane sull'affido familiare delineano un sistema che, almeno sul piano normativo pone al centro la protezione del minore, il sostegno alla genitorialità e la preferenza per soluzioni familiari rispetto all'accoglienza istituzionale. Tuttavia, come evidenziato dall'Autorità garante, permangono rilevanti criticità applicative, legate alla frammentazione territoriale, alla carenza di risorse e alla difficoltà di tradurre i principi giuridici in interventi efficaci e tempestivi, con ricadute significative anche sul benessere psicologico dei minori coinvolti²³.

La cosiddetta vicenda di Chioggia rappresenta uno degli esempi più emblematici delle criticità applicative del sistema italiano dell'affido

²¹ Legge 19 ottobre 2015, n. 173, *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 1984, in materia di continuità degli affetti*; Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 26-28.

²² Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2012, pp. 5-8.

²³ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 29-32

familiare e della tutela minorile, tanto da essere richiamata indirettamente anche nel documento *Il sistema della tutela minorile dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza*. Pur trattandosi di un caso specifico, esso ha assunto un valore paradigmatico, evidenziando come la distanza tra il dettato normativo e le prassi operative possa incidere profondamente sui diritti dei minorenni e delle loro famiglie.

La vicenda ha riguardato l'allontanamento di minori dal nucleo familiare sulla base di valutazioni ritenute, nel dibattito successivo, insufficientemente fondate, caratterizzate da un utilizzo problematico delle relazioni dei servizi sociali e da una carente distinzione tra funzioni valutative, esecutive e di presa in carico. Proprio tale sovrapposizione di ruoli costituisce uno dei principali elementi di criticità segnalati dall'Autorità garante, che sottolinea come il sistema di tutela minorile richieda una netta separazione tra chi valuta le competenze genitoriali, chi propone l'intervento e chi accompagna la famiglia nel percorso di sostegno²⁴.

Dal punto di vista giuridico, il caso di Chioggia ha sollevato interrogativi rilevanti sull'applicazione dell'articolo 333 del Codice civile, che consente l'adozione di *provvedimenti convenienti* in presenza di una condotta genitoriale pregiudizievole per il figlio. Come precisato anche dalla giurisprudenza di legittimità, tali provvedimenti possono essere adottati non solo in presenza di un danno attuale, ma anche in una situazione di mero pericolo di pregiudizio per il minore. Tuttavia, la Corte di Cassazione ha più volte ribadito che tali misure devono essere proporzionate, motivate e fondate su accertamenti rigorosi, non potendo basarsi su valutazioni generiche o su ipotesi non adeguatamente corroborate²⁵.

²⁴ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 37-39.

²⁵ Codice civile, art. 333; Corte di Cassazione, sez. I civ., sent. n. 19103/2024.

Nel caso di Chioggia, il dibattito pubblico e istituzionale ha messo in luce il rischio che l'uso estensivo del concetto di "pregiudizio" possa tradursi in interventi eccessivamente invasivi, con conseguenze potenzialmente traumatiche per i minori coinvolti. Sul lato psicologico, infatti, l'allontanamento dal contesto familiare costituisce un evento altamente stressante, in grado di incidere sui processi di attaccamento, sul senso di sicurezza di base e sulla costruzione dell'identità, soprattutto quando non sia accompagnato da un adeguato lavoro di sostegno e di preparazione²⁶. In aggiunta, la vicenda di Chioggia ha inoltre evidenziato una delle principali fragilità strutturali del sistema italiano: la disomogeneità territoriale nell'applicazione delle norme sull'affido familiare. Come sottolineato dall'Autorità garante, l'assenza di livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) pienamente definiti e vincolanti comporta una forte variabilità nelle prassi dei servizi sociali e delle autorità giudiziarie, con il rischio che decisioni profondamente incidenti sulla vita dei minori dipendano più dal contesto territoriale che da criteri uniformi e condivisi²⁷.

In questa cornice, il caso di Chioggia ha contribuito a rafforzare la richiesta di maggiore trasparenza, controllo e monitoraggio delle decisioni in materia di affido, nonché di una più chiara regolamentazione dei procedimenti civili minorili. L'autorità garante ha infatti evidenziato la necessità di garantire il pieno rispetto del contraddittorio, il diritto all'informazione delle famiglie e l'ascolto effettivo del minore, in linea con quanto previsto dall'articolo 12 della *Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*²⁸.

Ancora, il caso Chioggia ha avuto il merito di riportare al centro del dibattito il tema dell'impatto emotivo e relazionale delle decisioni

²⁶ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 40-42.

²⁷ Ivi, pp. 43-45.

²⁸ Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, cit., art. 12; Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp. 46-48.

giudiziarie sui minorenni. L'assenza di un'adeguata valutazione delle conseguenze psicologiche dell'allontanamento e della separazione dalle figure di riferimento può configurare una forma di vittimizzazione secondaria, come evidenziato anche dalla giurisprudenza più recente in materia di responsabilità genitoriale²⁹. Infine, la vicenda di Chioggia non può essere considerata come un mero episodio isolato, ma come un caso-soglia che ha reso visibili le tensioni interne al sistema della tutela minorile italiana che evidenzia la necessità di un'applicazione delle norme sull'affido familiare che sia realmente orientata al superiore interesse del minore, integrando competenze giuridiche e psicologiche, rafforzando i meccanismi di controllo e promuovendo interventi di sostegno alle famiglie capaci di prevenire l'allontanamento, anziché limitarsi come risposta principale³⁰.

1.3 Sistema dei servizi sociali (tribunale, servizi sociali e famiglie)

Il sistema della tutela minorile e dell'affidamento familiare si configura come un ambito di intervento complesso, nel quale convergono dimensioni giuridiche, sociali, educative e psicologiche. Al centro di questo sistema vi è la tutela dei diritti delle persone di minore età che si realizza attraverso l'interazione tra tre soggetti fondamentali l'autorità giudiziaria, i servizi sociali territoriali e le famiglie intese sia come consanguinei di origine sia come nuclei affidatari. La qualità e l'efficacia della tutela dipendono in larga misura dalla capacità di questi attori di operare in modo coordinato, condividendo obiettivi, responsabilità e strumenti di intervento³¹. Come sottolineato dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza nel documento *Il sistema della tutela minorile*, il grado di civiltà di una società si misura nella sua capacità di proteggere

²⁹ Corte di Cassazione, sez. I civ., sent. n. 24710/2024.

³⁰ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit., pp.49-51.

³¹ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile. Raccomandazioni*, Roma, 2019, pp. 7-10.

i diritti dei soggetti vulnerabili, tra cui bambini e adolescenti. La *Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, ratificata dall'Italia nel 1991, afferma con chiarezza che il luogo primario di crescita e di sviluppo del minore è la famiglia. Ne consegue che l'intervento pubblico dev'essere orientato prioritariamente al sostegno delle famiglie, affinché possano esercitare in modo adeguato la responsabilità genitoriale; solo laddove tale sostegno risulti insufficiente o inefficace, lo Stato è chiamato a intervenire con misure di protezione sostitutive, tra cui l'affidamento familiare e, in ultima istanza, l'accoglienza in servizi residenziali³².

In questo quadro, il tribunale per i minorenni riveste una funzione di garanzia e di bilanciamento. È l'organo chiamato a valutare se, nel caso concreto, la permanenza del minore nel proprio nucleo familiare sia compatibile con il suo superiore interesse, oppure se si renda necessario un intervento limitativo o ablativo della responsabilità genitoriale. Le decisioni del tribunale non sono mai neutre: incidono profondamente sulle vite dei minori e delle loro famiglie, determinando separazioni, ridefinizioni dei legami affettivi e *iter* di crescita alternativi. Per questa ragione, l'Autorità garante insiste sulla necessità che tali decisioni siano fondate su valutazioni accurate, multidisciplinari e costantemente monitorate nel tempo, evitando che l'allontanamento si trasformi da misura temporanea in condizione di fatto permanente³³.

Accanto al tribunale, i servizi sociali territoriali rappresentano il cuore operativo del sistema di tutela. Le *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare* (2012, aggiornate 2024) attribuiscono ai servizi sociali la titolarità della presa in carico del minore e della sua famiglia, nonché la responsabilità della progettazione, dell'attuazione e del

³² Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, New York, 1989, artt. 3,5 e 18.

³³ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit. pp. 21-25.

monitoraggio del percorso di affidamento. Il servizio sociale non è chiamato soltanto a “eseguire” un provvedimento giudiziario, ma a costruire un progetto complessivo che tenga insieme la protezione del minore, il sostegno alla famiglia d’origine e il supporto alla famiglia affidataria³⁴.

Tuttavia, come emerge sia dalla ricerca di Canali, Maurizi e Vecchiato (2016) sia dalle *Raccomandazioni dell’Autorità garante*, nella prassi operativa i servizi sociali si trovano spesso a operare in condizioni di forte pressione, con carichi di lavoro elevati e risorse limitate. Questa situazione può tradursi in una difficoltà a garantire continuità e profondità agli interventi di accompagnamento, soprattutto nei confronti delle famiglie di origine. In molti casi, il lavoro con i genitori si concentra prevalentemente sulla valutazione delle competenze genitoriali, mentre risulta più fragile la dimensione del sostegno e della promozione del cambiamento³⁵.

Le *Linee di indirizzo* sottolineano invece, che la famiglia di origine dev’essere considerata un soggetto dell’intervento e non un mero oggetto di controllo. Riconoscere il dolore, la fatica e il senso di perdita che i genitori vivono in seguito all’allontanamento del figlio rappresenta una condizione essenziale per costruire un’alleanza di lavoro efficace³⁶. Senza quest’ultima, il progetto di affidamento rischia di perdere la propria finalità primaria, ovvero la riunificazione familiare, trasformandosi in una misura di contenimento piuttosto che di promozione del benessere. I dati presenti nel *Quaderno della Ricerca* n. 46 dell’Istituto degli Innocenti, relativi all’anno 2017, offrono un importante riscontro empirico a queste riflessioni. Alla fine del 2017, in Italia risultavano oltre 14.000 bambini e

³⁴ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l’affidamento familiare*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2012; aggiornamento 2024, pp. 17-22.

³⁵ C. Canali, R. Maurizio, T. Vecchiato, *Foster care: Motivations and challenges for foster families*, in “Social Work & Society”, 14 (2), 2016, pp. 6-9; Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit. pp. 34-36.

³⁶ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l’affidamento familiare*, cit., pp. 23-26.

ragazzi in affidamento familiare e quasi 13.000 accolti nei servizi residenziali. Sebbene l'affidamento familiare sia formalmente lo strumento privilegiato, come previsto dalla legge 149/2001, una quota significativa di minori permane in affido per periodi superiori ai due anni e una parte consistente conclude l'esperienza non con il rientro in famiglia, ma con il passaggio ad altre forme di accoglienza. Questi dati suggeriscono una difficoltà strutturale nel rendere effettiva la temporaneità dell'affidamento e nel sostenere in modo adeguato l'ordine delle competenze genitoriali³⁷. All'interno di questo sistema complesso, le famiglie affidatarie svolgono un ruolo centrale. Esse rappresentano una risorsa fondamentale per garantire al minore un ambiente affettivo e relazionale adeguato, capace di offrire stabilità, cura e quotidianità. *Le Linee di indirizzo* definiscono la famiglia affidataria come una "famiglia in più", chiamata non a sostituirsi a quella di origine, ma a collaborare con essa e con i servizi sociali per il benessere del minore; tale collaborazione, tuttavia, si rivela spesso complessa e carica di tensioni emotive³⁸.

La ricerca qualitativa di Canali, Maurizi e Vecchiato evidenzia come le famiglie affidatarie sperimentino l'affido come un'esperienza altamente significativa ma anche fortemente impegnativa. Molte famiglie dichiarano di essere state spinte da motivazioni solidaristiche e da un desiderio di accoglienza, ma di essersi trovate ad affrontare difficoltà non previste, legate alla complessità delle storie dei minori, alla gestione dei rapporti con le famiglie d'origine e alla percezione di un supporto istituzionale talvolta discontinuo. Non a caso, meno della metà delle famiglie intervistate si dichiara disponibile a intraprendere una nuova esperienza di affidamento, affermando come fattori critici la durata

³⁷ Istituto degli Innocenti, *Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali per minorenni. Esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e delle Province autonome*. Anno 2017, Roma, Istituto degli Innocenti, 2020, pp. 5-7 e pp. 41-45.

³⁸ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, op. cit., pp. 27-29.

prolungata e la carenza di sostegno da parte dei servizi³⁹. Tali evidenze trovano un eco anche nelle *Raccomandazioni dell'Autorità garante*, che insistono sulla necessità di riconoscere il valore civile, sociale, politico dell'impegno delle famiglie affidatarie, garantendo loro supporti adeguati sia sul piano economico sia su quello formativo e psicologico. Senza un investimento strutturale sulle famiglie affidatarie, il sistema rischia di indebolirsi progressivamente, riducendo la disponibilità di risorse familiari e aumentando il ricorso alle strutture residenziali⁴⁰.

Un ulteriore elemento di complessità riguarda la frammentazione territoriale del sistema. Come evidenziato sia dal *Quaderno n. 46* sia del documento dell'*Autorità garante*, esistono forti differenze tra le regioni italiane in termini di diffusione dell'affidamento familiare, di ricorso ai servizi residenziali, di durata delle accoglienze e di modalità di intervento dei servizi sociali. Questa disomogeneità è in parte riconducibile alla mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP), che dovrebbero garantire *standard* minimi uniformi su tutto il territorio nazionale. In assenza di tali livelli, il diritto alla tutela rischia di essere declinato in modo diseguale, con conseguenze rilevanti sulla vita dei minori e delle famiglie⁴¹.

In questo contesto, l'*Autorità garante* sottolinea l'urgenza di dotarsi di un sistema informativo nazionale unitario, in grado di monitorare in modo costante il numero dei minori fuori famiglia, le caratteristiche dei percorsi di accoglienza, la durata di interventi e gli esiti.

³⁹ C. Canali, R. Maurizio, T. Vecchiato, *Foster care: Motivations and challenges for foster families*, cit., pp.10-14.

⁴⁰ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit. pp. 38-40.

⁴¹ Istituto degli Innocenti, *Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali per minorenni. Esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e delle Province autonome*. Anno 2017, cit., pp. 46-49 & Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit. pp. 41-43.

La carenza di dati aggiornati e integrati rappresenta infatti un ostacolo significativo alla programmazione, alla valutazione e al miglioramento delle politiche di tutela minorile⁴².

Nel complesso, l'analisi del sistema dei servizi sociali tramanda una tensione costante tra finalità dichiarate e pratiche operative. Da un lato, il quadro normativo e le linee di indirizzo delineano un modello di tutela orientato alla prevenzione, al sostegno delle famiglie e alla temporaneità degli interventi; dall'altro, la realtà empirica mostra difficoltà strutturali nel rendere pienamente operativo tali modelli, a causa di limiti organizzativi, carenze di risorse e complessità relazionali.

Dal punto di vista psicologico, queste criticità si traducono in vissuti di incertezza, discontinuità e *stress* per i minori coinvolti, che spesso sperimentano percorsi di accoglienza prolungati e frammentati. Ne deriva la necessità di rafforzare la dimensione relazionale e partecipativa del sistema, garantendo al minore un ascolto autentico e una maggiore continuità affettiva, come previsto anche dalla legge n.173 del 2015 sulla continuità degli affetti⁴³. Infine, il sistema dei servizi sociali, nella sua interazione con il tribunale e le famiglie, rappresenta un dispositivo fondamentale per la tutela dei diritti dell'infanzia. La sua efficacia dipende non solo dalla correttezza delle norme, ma dalla capacità di tradurle in pratiche coerenti, integrate e orientate al benessere globale del minore; investire nella qualità delle relazioni tra istituzioni, operatori e famiglie significa investire nella possibilità per ogni bambino e adolescente di crescere in un contesto che, anche quando non è quello di origine, sappia essere realmente protettivo, significativo e rispettoso della sua storia⁴⁴.

⁴² Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit. pp. 44-46.

⁴³ Legge 19 ottobre 2015, n.173, *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n.184, in materia di continuità degli affetti*.

⁴⁴ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Il sistema della tutela minorile*, cit. pp.47-49; Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 30-32.

1.4 Varie tipologie di affido familiare e le caratteristiche

L'affido familiare si configura come uno degli strumenti più rilevanti e complessi all'interno dei sistemi di protezione dell'infanzia orientata ai diritti, in quanto mira a garantire al bambino o all'adolescente un contesto familiare adeguato nei momenti in cui la famiglia di origine, pur restando centrale nel progetto di vita del minore, attraversa una fase di difficoltà tale da non poter assicurare condizioni sufficienti di cura, protezione e sviluppo. A differenza di altri interventi di tutela, l'affido non è concepito come una misura standardizzata, ma come un dispositivo flessibile e modulare, capace di adattarsi a bisogni molto differenti e di evolvere nel tempo in funzione dei cambiamenti che riguardano il bambino, la sua famiglia e il contesto sociale di riferimento. La letteratura internazionale e nazionale sottolinea come questa flessibilità rappresenti uno dei principali punti di forza dell'affidamento familiare, ma al tempo stesso una delle sue maggiori complessità operative⁴⁵.

Una prima articolazione fondamentale dell'affido familiare riguarda la natura giuridica del provvedimento che lo dispone. In questo senso, si distingue tra affidamento consensuale e affidamento giudiziale. L'affidamento consensuale si realizza quando i genitori o chi esercita la responsabilità genitoriale riconoscono la difficoltà temporanea in cui si trovano e accettano l'intervento dei servizi sociali, condividendo il progetto di affido come espediente di sostegno e non come atto punitivo o sostitutivo. Questa forma di affido è generalmente associata a una maggiore collaborazione tra soggetti coinvolti e a una migliore tenuta del progetto nel tempo, poiché consente di lavorare fin dall'inizio in una prospettiva di alleanza con la famiglia di origine, valorizzandone le risorse

⁴⁵ United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, A/RES/64/142, New York, United Nations, 2010, parr. 3-10. UNICEF Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, 2021, pp. 7-12; Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, Firenze, 2024, pp. 13-16.

residue e sostenendone la prassi di recupero delle competenze genitoriali⁴⁶.

L'affidamento giudiziale, invece, interviene nei casi in cui manchi il consenso dei genitori e sia accertata una situazione di pregiudizio per il minore. In tali circostanze, l'affido assume una funzione prevalentemente protettiva e richiede un accompagnamento particolarmente strutturato per evitare che l'allontanamento sia vissuto come una rottura definitiva o come una delegittimazione totale della famiglia di origine. Le *Linee guida internazionali* insistono sul fatto che anche l'affido giudiziale debba essere pensato come temporaneo, soggetto a verifiche periodiche e orientato, ove possibile, alla riunificazione familiare o comunque a una soluzione stabile e coerente con il superiore interesse del bambino⁴⁷. Un'ulteriore distinzione rilevante riguarda la relazione di parentela tra il minore e la famiglia affidataria. L'affidamento intrafamiliare, realizzato presso parenti entro il quarto grado è considerato una soluzione preferenziale, in quanto consente al bambino di rimanere all'interno del proprio contesto familiare allargato, preservando legami affettivi, culturali e identitari già esistenti. Questo tipo di affido risponde al principio, sancito a livello internazionale, secondo cui la famiglia allargata rappresenta una risorsa prioritaria da esplorare prima di ricorrere a soluzioni eterofamiliari o residenziali⁴⁸. Tuttavia, la ricerca mette in evidenza come l'affido intrafamiliare non sia automaticamente garanzia di benessere per il minore. In alcuni casi, infatti, la prossimità relazionale può esporre il bambino a conflitti di lealtà, a dinamiche di dipendenza o alla riproduzione di modelli educativi disfunzionali già presenti nella famiglia di origine; per tale motivo, le *Linee di Indirizzo nazionali* sottolineano la necessità di

⁴⁶ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 29-32.

⁴⁷ United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, cit., parr. 48-67 & UNICEF Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, cit., pp. 18-20.

⁴⁸ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 29-31.

una valutazione accurata delle competenze e delle risorse dei parenti affidatari, nonché di un accompagnamento professionale continuativo che sostenga sia il minore sia la rete familiare coinvolta⁴⁹.

Ancora, quando non vi siano parenti idonei o disponibili, si ricorre all'affidamento eterofamiliare, che prevede l'inserimento del bambino presso una famiglia non legata da vincoli di parentela. In questi casi, l'attenzione si concentra in modo particolare sulla fase di abbinamento che deve tener conto non solo delle caratteristiche del minore e della sua storia, ma anche delle risorse, delle motivazioni e degli stili educativi della famiglia affidataria. La letteratura evidenzia come la qualità dell'abbinamento rappresenti uno dei principali fattori predittivi della stabilità dell'affido e degli esiti positivi dell'esperienza, soprattutto in presenza di bambini e ragazzi con storie di trauma, trascuratezza o discontinuità relazionale⁵⁰.

Le tipologie di affido familiare si differenziano in relazione all'intensità dell'accoglienza e al grado di separazione dalla famiglia d'origine. In questo *continuum* si collocano le forme di affidamento diurno o a tempo parziale e quelle di affidamento residenziale. L'affido diurno, in cui il bambino trascorre solo alcune ore della giornata o alcuni giorni della settimana con la famiglia affidataria ha una forte valenza preventiva e di sostegno educativo. Esso consente di intervenire precocemente sulle difficoltà familiari senza determinare una separazione completa, favorendo il mantenimento della quotidianità e dei legami con la famiglia di appartenenza.

Le *Linee di indirizzo* sottolineano come queste forme di affido rappresentino strumenti particolarmente efficaci per rafforzare le competenze genitoriali e ridurre il rischio di allontanamenti più drastici e

⁴⁹ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 33-35.

⁵⁰ UNICEF Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, cit., pp. 21-24; P. Ricchiardi, C. Coggi, *L'affidamento familiare: le strategie educative elaborate dagli affidatari*, in "ECPS Journal", 24, 2001, pp. 152-158.

traumatici⁵¹. L'affidamento residenziale, invece, comporta la convivenza stabile del minore con la famiglia affidataria ed è indicato quando la permanenza nel nucleo di origine risulti temporaneamente pregiudizievole. In questi casi, la stabilità relazionale e la definizione del progetto assumono un ruolo centrale.

Le *Linee guida internazionali* ribadiscono che l'affido residenziale dev'essere accompagnato da un progetto individualizzato che definisca obiettivi, tempi e modalità di verifica, evitando situazioni di prolungata incertezza che possono compromettere lo sviluppo emotivo e identitario del bambino⁵². Una tipologia specifica è rappresentata dall'affidamento familiare in situazioni di emergenza, attivato in presenza di eventi improvvisi e gravi che richiedono un intervento immediato per garantire la sicurezza del minore. Questa forma di affido di carattere temporaneo e di breve durata si pone come alternativa all'inserimento in strutture residenziali di pronto intervento. L'affido di emergenza richiede famiglie particolarmente disponibili e preparate capaci di accogliere bambini in condizioni di forte *stress* emotivo e di gestire situazioni complesse in tempi rapidi. Per questo motivo, le *Linee di indirizzo* raccomandano specifici percorsi di formazione e sostegno intensivo per le famiglie coinvolte, nonché un adeguato riconoscimento dell'impegno richiesto⁵³.

Particolare riguardo è rivolto all'affidamento di bambini molto piccoli, in particolare nella fascia 0-36 mesi. Le evidenze scientifiche richiamate sia dalle *Linee guida ONU* sia dai documenti UNICEF sottolineano come i primi anni di vita siano cruciali per la costruzione dei legami di attaccamento sicuri e per lo sviluppo neuropsicologico del

⁵¹ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 36-38.

⁵² United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, cit., parr. 55-59; UNICEF Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, cit., pp. 25-27.

⁵³ Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 39-41; UNICEF Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, cit., pp. 28-29.

bambino. In questa prospettiva, l'inserimento in un contesto familiare stabile risulta prioritario rispetto a qualsiasi forma di accoglienza istituzionale; tuttavia, l'affido di neonati e bambini piccoli dev'essere progettato e temporalmente contenuto poiché è finalizzato a consentire una rapida definizione del progetto di vita del minore che può prevedere il rientro in famiglia, l'affido a lungo termine o l'adozione⁵⁴.

Un capitolo a sé è costituito dalla custodia di preadolescenti e adolescenti che rappresentano una delle forme più complesse di affido familiare. I/Le ragazzi/e che entrano in affido in questa fase della vita presentano spesso traiettorie segnate da molteplici fattori di rischio, esperienze traumatiche e discontinuità affettive. La ricerca italiana evidenzia un'elevata incidenza di difficoltà emotive, comportamentali e scolastiche tra i minori in affido, soprattutto in adolescenza, rendendo necessario un elevato livello di competenza educativa e un forte sostegno professionale alle famiglie affidatarie⁵⁵. In questi casi, assume particolare rilevanza la possibilità di proseguire l'affidamento oltre il compimento della maggiore età al fine di accompagnare il giovane nel percorso verso l'autonomia abitativa, lavorativa e relazionale. Ciò è confermato anche dalle *Linee di indirizzo nazionali* e i documenti UNICEF sottolineano come l'interruzione brusca dei legami al compimento dei diciotto anni rappresenti un fattore di rischio significativo per i *care leavers* rendendo necessario un accompagnamento graduale e personalizzato⁵⁶. Ulteriori forme di affidamento riguardano i bambini con disabilità e/o bisogni complessi e i minorenni stranieri non accompagnati. Nel primo caso, l'affido familiare rappresenta una valida alternativa

⁵⁴ United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, cit., parr. 22-24; Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 42-44.

⁵⁵ P. Ricchiardi, C. Coggi, *L'affidamento familiare: strategie educative elaborate dagli affidatari*, cit., pp. 159-165.

⁵⁶ UNICEF Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, cit., pp. 30-32; Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 45-47.

all'istituzionalizzazione a condizione che sia sostenuto da interventi socio-sanitari integrati e da adeguate risorse economiche e formative per le famiglie affidatarie. Nel secondo caso, l'affidamento richiede una progettualità specifica che tenga conto del progetto migratorio del ragazzo, del ruolo del tutore e della necessità di favorire l'integrazione sociale e culturale nel territorio di accoglienza. Le *Linee guida internazionali* indicano l'affido familiare come soluzione preferenziale rispetto all'accoglienza residenziale anche per i minorenni stranieri non accompagnati purché adeguatamente sostenuto e progettato⁵⁷.

Infine, loro insieme, le diverse tipologie di affido familiare condividono alcune caratteristiche trasversali che ne definiscono l'identità: la temporaneità dell'intervento, la centralità del progetto individualizzato, il coinvolgimento attivo del minore e della sua famiglia, il sostegno continuo alla famiglia affidataria e la priorità attribuita alle soluzioni familiari rispetto a quelle istituzionali. In tale dimensione, l'affido familiare non può essere ridotto a una collocazione alternativa, ma dev'essere inteso come un processo educativo e relazionale complesso, capace di promuovere il benessere del bambino e di sostenere in modo integrato le comunità e le famiglie⁵⁸.

1.5 Dati sull'affido in Italia

L'analisi dei dati sull'affidamento familiare in Italia costituisce un passaggio fondamentale per comprendere l'evoluzione del sistema di tutela dei minorenni e il ruolo che tale strumento ha assunto nel tempo

⁵⁷ United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, cit., parr. 18-21 e 53-54; UNICEF Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, cit., pp. 33-35; Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 48-50.

⁵⁸ United Nations General Assembly, *Guidelines for the Alternative Care of Children*, cit., parr. 2-10; Europe and Central Asia, *Development of Foster Care in Europe and Central Asia*, cit., pp. 7-12. P. Ricchiardi, C. Coggi, *L'affidamento familiare: strategie educative elaborate dagli affidatari*, cit., pp. 166-170 & Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, cit., pp. 51-53.

all'interno delle politiche sociali e socio-educative. In questo quadro, un punto di riferimento essenziale è rappresentato dalla *Relazione 2020* pubblicata dall'Istituto degli Innocenti che restituisce gli esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle regioni e delle province autonome relativi all'anno 2017. Tale documento rappresenta l'ultimo esito organico del sistema di monitoraggio regionale antecedente alla piena implementazione del *Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali* (SIOSS) e costituisce pertanto un passaggio di snodo tra il modello di rilevazione precedente e l'attuale assetto informativo nazionale⁵⁹. Secondo la *Relazione 2020*, al 31 dicembre 2017 i minorenni in affidamento familiare in Italia erano pari a 14.219 al netto dei minorenni non accompagnati. Il dato si inseriva in una fase di sostanziale stabilità quantitativa del fenomeno, successiva alla crescita significativa registrata nei primi anni Duemila a seguito dell'entrata in vigore della legge n.149 del 2001 che ha sancito il principio della priorità dell'affidamento familiare rispetto al collocamento in strutture residenziali. La *Relazione* evidenziava come tale stabilità non fosse però omogenea sul territorio nazionale, ma caratterizzata da marcate differenze regionali con maggiore diffusione dell'affido nelle regioni del Centro-Nord e una minore incidenza di molte aree del Mezzogiorno⁶⁰. Un elemento centrale messo in luce dalla *Relazione 2020* riguarda proprio la distribuzione territoriale del fenomeno. In relazione alla popolazione minorile residente, le regioni con i tassi più elevati di affidamento familiare risultavano la Liguria e il Piemonte, mentre valori significativamente inferiori si registravano nelle province autonome di Trento e Bolzano e nelle regioni Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo, Molise, Campania; tale configurazione territoriale veniva considerata come espressione di modelli organizzativi e culturali

⁵⁹ Istituto degli Innocenti *Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali per minorenni. Esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e Province autonome. Anno 2017*, Roma, Istituto degli Innocenti, 2020, introduzione.

⁶⁰Ivi, p. 5.

differenti dei servizi sociali, nonché della diversa capacità dei territori di promuovere e accompagnare le famiglie affidatarie nel tempo⁶¹. Inoltre, la *Relazione 2020* sottolineava come l'Italia si caratterizzasse nel confronto europeo per una bassa propensione complessiva all'allontanamento dei minorenni del nucleo familiare di origine. Ancora, considerando congiuntamente l'affido familiare e l'accoglienza nei servizi residenziali, il tasso italiano risultava pari a 2,8 minorenni ogni mille residenti di età compresa tra 0 e 17 anni, valore nettamente inferiore rispetto a quello di nazioni come Inghilterra, Germania e Francia; tale evidenza veniva interpretata come indicativa di un modello di protezione dell'infanzia definito “mediterraneo”, caratterizzato da una forte attenzione alla preservazione dei legami familiari e da una tendenza a ricorrere all'allontanamento solo in presenza di situazioni di grave compromissione⁶².

Il quadro delineato dalla *Relazione 2020* costituisce il punto di partenza per interpretare i dati più recenti disponibili, raccolti attraverso il SIOSS e riferiti all'annualità 2024. Con il passaggio al nuovo sistema informativo, il monitoraggio dell'affidamento familiare si è ampliato sia sul piano quantitativo sia su quello qualitativo, consentendo di distinguere tra dati di *stock* (minorenni in affidamento al 31 dicembre) e dati di flusso (minorenni che hanno sperimentato l'affido nel corso dell'anno), nonché di approfondire aspetti relativi alla durata, alla tipologia di affidamento, alla natura giuridica del provvedimento e agli esiti dell'intervento⁶³. Al 31 dicembre 2024, i minorenni in affidamento familiare in Italia risultano parti a 15.870, includendo sia le forme di affidamento residenziale o per

⁶¹ Istituto degli Innocenti *Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali per minorenni. Esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e Province autonome. Anno 2017*, op cit., pp. 8-9.

⁶² Ivi, pp. 6-17.

⁶³ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali & Istituto degli Innocenti, *I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS. Anno 2024*. Quaderno della ricerca sociale, n.66, Firenze, 2024, pp. 8-10.

meno di cinque notti settimanali. Considerando il flusso annuale, il numero complessivo sale a 17.315 minorenni che nel corso del 2024 hanno beneficiato di una qualche forma di affidamento familiare. Quindi, rapportando tali valori alla popolazione minorile residente, il tasso di affidamento familiare risulta pari a 1,8 per mille a fine anno e a 2,0 per mille considerando l'intero anno. Ovviamente, tali dati confermano, in continuità con quanto già evidenziato nella *Relazione 2020*, la dimensione quantitativamente contenuta dall'affido in Italia, nonostante il suo ruolo centrale nel quadro normativo e programmatico⁶⁴.

Dal punto di vista delle tipologie di affidamento, i dati SIOSS 2024 dimostrano che, al netto dei minorenni stranieri non accompagnati, circa l'84,5% degli affidamenti familiari è tipo residenziale per almeno cinque notti la settimana, mentre il restante 15,5% riguarda forme di affido più flessibili. All'interno degli affidamenti residenziali, si osserva una lieve prevalenza dell'affidamento eterofamiliare rispetto a quello intrafamiliare. Anche questo aspetto risulta in linea con le evidenze della *Relazione 2020*, che già segnalava una maggiore diffusione dell'affido eterofamiliare nelle regioni del Centro-Nord e una maggiore incidenza dell'affido intrafamiliare in molte regioni del Sud, a testimonianza di differenti assetti organizzativi e culturali dei servizi territoriali⁶⁵. Per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche, l'affidamento familiare continua a interessare prevalentemente preadolescenti e adolescenti. Nel 2024, oltre l'80% dei minorenni in affidamento ha più di sei anni, con una concentrazione significativa nella fascia 11-17 anni. Questo elemento, già ampiamente evidenziato nella *Relazione 2020*, pone l'accento sulla necessità di rafforzare i percorsi di accompagnamento verso l'autonomia e di interrogarsi sulla capacità del sistema di attivare interventi di supporto

⁶⁴ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali & Istituto degli Innocenti, *I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS. Anno 2024*, op. cit., pp. 22-24.

⁶⁵ Ivi, pp. 28-31.

precoce alle famiglie, prima che le difficoltà evolvano in situazioni di grave pregiudizio⁶⁶.

Un aspetto di particolare rilievo, emerso con maggiore trasparenza grazie ai dati SIOSS, riguarda la durata degli affidamenti familiari. Nel 2024, oltre la metà degli affidamenti (circa il 58,7% includendo i MSNA e il 56,7% al netto di questi) ha una durata superiore ai due anni e una quota consistente supera i quattro anni. Questo dato conferma una tendenza già implicitamente rilevabile nella *Relazione 2020*, ovvero la difficoltà del sistema a garantire la temporaneità dell'affido, che spesso si traduce in percorsi di lunga durata. Tale fenomeno ha contribuito a orientare il legislatore verso il riconoscimento della continuità affettiva, sancita dalla legge n. 173 del 2015, che valorizza le relazioni costruite nel tempo tra il minorenne e la famiglia affidataria⁶⁷.

Dal punto di vista giuridico, sia la *Relazione 2020* sia i dati più recenti confermano la prevalenza degli affidamenti di natura giudiziale. Nel 2024, circa il 76% degli affidamenti familiari è disposto dall'autorità giudiziaria. Questo dato, in continuità con quanto rilevato nel 2017, evidenzia come l'affidamento familiare venga frequentemente attivato in contesti di elevata complessità spesso dopo un prolungato periodo di difficoltà familiare, rafforzando l'immagine di un intervento che, nel sistema italiano assume ancora troppo spesso la funzione di strumento di "ultima istanza"⁶⁸.

⁶⁶ Istituto degli Innocenti *Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali per minorenni. Esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e Province autonome. Anno 2017*, op. cit. p.10; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali & Istituto degli Innocenti, *I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS. Anno 2024*, op. cit., pp. 34-35.

⁶⁷ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Istituto degli Innocenti, *I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS. Anno 2024*, op. cit., pp. 36-38, legge 19 ottobre 2015, n. 173, *Modifiche alla legge 184/1983 in materia di continuità affettiva*.

⁶⁸ Istituto degli Innocenti *Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali per minorenni. Esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e Province autonome. Anno 2017*, op. cit., p. 13; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali & Istituto degli Innocenti, *I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS. Anno 2024*, op. cit., pp. 39-40.

Infine, l'analisi degli esiti dell'affidamento familiare afferma che nel 2024, la principale destinazione alla dimissione è rappresentata dal rientro nella famiglia di origine, che riguarda circa il 47% dei minorenni dimessi al netto dei MSNA. Seguono il passaggio ai servizi residenziali, l'affidamento preadottivo e, in misura minore, il raggiungimento dell'autonomia. Quest'ultimi esiti confermano quanto già riportato dalla *Relazione 2020*, ovvero che l'affidamento familiare si colloca spesso all'interno di *iter* articolati e non lineari, nei quali i diversi strumenti di accoglienza si intrecciano e si succedono nel tempo⁶⁹.

⁶⁹ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *I minorenni e neomaggioranni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS. Anno 2024, op cit.*, pp. 48-50.

CAPITOLO 2

BAMBINI E ADOLESCENTI IN AFFIDO FAMILIARE

2.1 Chi sono i minori che entrano in affido familiare e perché

I minori che entrano in affido familiare rappresentano una popolazione eterogenea accomunata dall'esperienza di una grave compromissione delle condizioni di cura, protezione e crescita all'interno del contesto familiare di origine. Nel contesto europeo, il sistema dell'affido familiare affonda le sue radici nel processo di deistituzionalizzazione che, a partire dagli anni Novanta ha progressivamente indirizzato le politiche di tutela minorile verso soluzioni *family-based* in alternativa alla residenzialità. La letteratura comparativa evidenzia come, pur nella diversità dei modelli di welfare, emerga una convergenza normativa attorno al principio dell'interesse superiore del minore e alla priorità della permanenza nel contesto familiare (Gilbert, Parton & Skivenes, 2011; Eurochild, 2021). Le corrispettive modalità di implementazione variano tra i Paesi europei. Nei sistemi nordici, caratterizzati da un welfare universalistico, si registra una maggiore professionalizzazione dei servizi e tassi relativamente elevati di collocamento fuori famiglia; spesso associati anche a interventi precoci di prevenzione (Skivenes & Thoburn, 2017). Al contrario, nelle nazioni dell'Europa meridionale, come l'Italia, il modello appare più familistico e territorialmente frammentato con una posizione centrale delegata agli enti locali e del terzo settore. Un altro elemento di notevole rilievo nella comparazione europea è stabilito dalla *kinship care*, ovvero l'affido a membri o parenti della rete familiare allargata, che in diversi ordinamenti istituisce la soluzione preferenziale per garantire continuità affettiva e stabilità relazionale (Backe-Hansen et al., 2013). Gli studi longitudinali rilevano anche come la stabilità del *placement* e gli indicatori della qualità della relazione con i *caregiver* incidano in modo significativo sugli esiti

evolutivi dei minori, più della tipologia di collocamento (Vinnerljung & Hjern, 2011). Analogamente, numerose ricerche recenti mettono in luce la correlazione tra vulnerabilità socio-economica e rischio di allontanamento sottolineando come i sistemi di tutela siano strettamente connessi alle politiche di contrasto alla povertà infantile (Kääriälä & Hiilamo, 2017); inoltre, permangono anche delle differenze rilevanti nell'integrazione tra servizi sociali, sanitari ed educativi della transizione all'età adulta dei *care leavers*, ambito nel quale molteplici studi segnalano persistenti svantaggi di natura sociale ed economici alla popolazione generale (Stein, 2012). Quindi, sebbene in Europa si osservi una convergenza formale verso la centralità dell'affido familiare quale misura privilegiata di protezione, le differenze strutturali tra i sistemi nazionali in termini di tassi di collocamento, peso della residenzialità, ruolo del *kinship* care e grado di integrazione dei servizi continuano a produrre esiti differenti nei iter di vita di bambini e adolescenti coinvolti nel sistema di tutela.

Nel sistema italiano di tutela minorile, l'affidamento familiare si configura come una misura di protezione temporanea che viene adottata quando il diritto del bambino o del ragazzo a crescere nella propria famiglia non può essere garantito, nonostante gli interventi di sostegno messi in atto dai servizi territoriali; in questa prospettiva, l'ingresso in affido non è mai riconducibile a un singolo evento, ma è il risultato di un processo cumulativo di vulnerabilità, fragilità e fallimenti nella funzione genitoriale, spesso radicati nel tempo (AGIA, 2019, pp. 18-25).

Dal punto di vista anagrafico, i minori che entrano in affido familiare appartengono a tutte le fasce d'età, ma, la letteratura e i dati amministrativi dimostrano una maggiore concentrazione di ingressi nelle fasce della preadolescenza e dell'adolescenza; questo dato riflette la difficoltà del sistema nell'intercettare precocemente le situazioni di disagio e nel sostenere le famiglie prima che le problematiche diventino strutturali. Come evidenziato dalla *Relazione 2020* sui minorenni in

affidamento familiare, molti affidi vengono attivati quando il disagio familiare è ormai cronico e il bambino ha già accumulato esperienze di trascuratezza, instabilità e sofferenza emotiva (Idi, 2020, pp. 41-48); tale tendenza è confermata anche da studi internazionali, che mostrano come l'esposizione prolungata a condizioni di rischio aumenti la probabilità di sviluppare problemi emotivi, comportamentali e relazionali, rendendo più complesso il progetto di rientro in famiglia (Turney & Wildeman, 2016, pp. 164-166).

Sotto il profilo delle condizioni di vita precedenti all'allontanamento, i minori che entrano in affido familiare hanno spesso vissuto in contesti caratterizzati da povertà materiale, isolamento sociale, precarietà abitativa e assenza di reti di supporto. La povertà, pur non costituendo di per sé una causa legittima di allontanamento rappresenta un potente fattore di rischio indiretto poiché si associa a *stress* cronico, ridotte competenze genitoriali, accesso limitato ai servizi e maggiore esposizione a forme di trascuratezza e incuria (Dubowitz et al., 2002, pp. 103-110).

Nella letteratura scientifica internazionale, il *child neglect* è generalmente definito come una forma di maltrattamento caratterizzata da omissioni persistenti o gravi da parte del *caregiver* nel garantire i bisogni primari del minore con conseguente rischio o danno alla salute, allo sviluppo e al benessere del bambino o adolescente (Dubowitz, 2013). Il *neglect* a differenza delle forme attive di abuso si configura come una condizione spesso cronica e meno visibile, che può comprendere trascuratezza fisica, emotiva, educativa e medica (Dubowitz et al., 2005; Daniel, Taylor, & Scott, 2011).

La sua definizione operativa presenta rilevanti criticità, sia sul piano concettuale, sia su quello valutativo, poiché implica la necessità di distinguere tra carenze intenzionali e condizioni legate a vulnerabilità socioeconomiche o difficoltà genitoriali strutturali (Daniel et al., 2011). La ricerca empirica evidenzia che il *neglect* rappresenta una delle forme

più diffuse di maltrattamento infantile nei Paesi occidentali ed è correlato a esiti negativi a breve e lungo termini. Una meta-analisi approfondita e condotta su scala internazionale ha rilevato un'associazione significativa tra esperienze di maltrattamento, inclusa la trascuratezza e l'insorgenza di eventuali disturbi mentali, comportamenti a rischio e patologie fisiche in età adulta (Norman et al., 2012). Inoltre, altri studi longitudinali dimostrano come il neglect infantile sia correlato anche a difficoltà persistenti nell'adattamento psicosociale, minori livelli di istruzione e maggiore vulnerabilità socio-economica in età adulta (Widom, Czaja, & DuPont, 2015). Sul piano psicologico, la trascuratezza è associata a compromissioni nelle competenze emotive e relazionali con effetti significativi sulla regolazione affettiva e sulla resilienza (Hildyard & Wolfe, 2002; Mulder et al., 2018).

In questo senso, numerosi studi sottolineano come il confine tra povertà e negligenza sia spesso sottile e richieda valutazioni attente, capaci di distinguere tra carenze materiali sanabili attraverso interventi di sostegno e vere e proprie forme di *neglect* che compromettono lo sviluppo del minore. Infatti, un ulteriore filone di studi sottolinea la stretta relazione tra *neglect* e condizioni di povertà o stress economico familiare. In particolare, ricerche empiriche hanno evidenziato come l'instabilità finanziaria e l'assenza di adeguati sistemi di sostegno sociale aumentino il rischio di segnalazioni per trascuratezza, suggerendo che il fenomeno debba essere interpretato anche alla luce delle disuguaglianze strutturali (Slack et al., 2011; Cancian et al., 2013). In questa prospettiva, il *neglect* non può essere considerato esclusivamente come fallimento individuale della funzione genitoriale, ma come esito di un'interazione complessa tra fattori relazionali, psicologici e socio-economici.

Uno degli elementi più ricorrenti nella storia dei minori che entrano in affidamento familiare è la presenza di esperienze di maltrattamento e trascuratezza. La letteratura scientifica internazionale concorda nel rilevare che la maggioranza dei bambini collocati in affidamento ha subito una o più forme di *neglect*, abuso fisico, abuso emotivo e/o in misura minore ma comunque significativa, abuso sessuale (Oswald, Heil & Goldbeck, 2010, pp. 462-465). In particolare, la trascuratezza emerge come la forma di maltrattamento più diffusa e persistente, spesso meno visibile rispetto all'abuso fisico, ma non per questo meno dannosa. Studi longitudinali hanno dimostrato che la trascuratezza, soprattutto se cronica e precoce è associata a esiti di sviluppo peggiori rispetto ad altre forme di maltrattamento incidendo in modo significativo sulle competenze cognitive, emotive e sociali del bambino (Hildyard & Wolfe, 2002, pp. 680-686).

Dal punto di vista delle motivazioni che conducono all'affidamento familiare le cause principali riguardano l'incapacità temporanea o persistente dei genitori di garantire cure adeguate; tra queste figurano la presenza di gravi difficoltà psicopatologiche nei genitori, la dipendenza da sostanze alcoliche o stupefacenti, la violenza domestica, la trascuratezza educativa e affettiva nonché situazioni di conflittualità familiare intensa e irrisolta. Infatti, la letteratura del settore evidenzia come tali condizioni raramente si presentino in modo isolato: al contrario, esse tendono a coesistere e a rafforzarsi reciprocamente creando contesti altamente disfunzionali per la crescita del minore (Oswald, Heil & Goldbeck, 2010, pp. 462-465).

Un fattore particolarmente rilevante è la presenza di problemi di salute mentale nei genitori. Numerosi studi affermano una forte associazione tra disturbi psichiatrici genitoriali e rischio di trascuratezza e maltrattamento infantile. In particolare, la depressione materna è stata identificata come un potente predittore di *neglect* psicologico

caratterizzato da scarsa responsività emotiva, mancanza di stimolazione e ridotta capacità di sintonizzazione affettiva (Dubowitz et al., 2002, pp. 103-110) spesso i bambini cresciuti in tali contesti sviluppano frequentemente problemi internalizzanti ed esternalizzanti già in età prescolare che tendono a persistere nel tempo se non adeguatamente affrontati.

Accanto ai fattori familiari, un ruolo significativo è svolto dalle condizioni di salute e di sviluppo dei minori stessi. Una quota rilevante di bambini che entrano in affido presenta bisogni speciali, disabilità, disturbi del neurosviluppo o problemi di salute cronici. La presenza di tali condizioni può accentuare le difficoltà genitoriali, soprattutto in famiglie già fragili aumentando il rischio di trascuratezza e di fallimento delle cure. Le ricerche scientifiche dimostrano come i bambini con disabilità siano sovrarappresentati nel sistema di protezione minorile e abbiano una probabilità maggiore di essere allontanati dalla famiglia di origine (Turney & Wildeman, 2016, pp. 168-170).

Dal punto di vista psicologico, i minori che entrano in affido familiare mostrano, già al momento dell'ingresso, un profilo di vulnerabilità elevata. Studi basati su campioni rappresentativi evidenziano tassi significativamente più alti di disturbi d'ansia, depressione, disturbi del comportamento, difficoltà attentive e problemi di regolazione emotiva rispetto ai coetanei non coinvolti nel sistema di tutela (Turney & Wildeman, 2016, pp. 168-170); in particolare, tali evidenze derivano da studi condotti su ampi campioni normativi rappresentativi della popolazione generale, come il National Survey of Children's Health (NSCH 2011–2012), che include 95.677 bambini non istituzionalizzati di età compresa tra 0 e 17 anni negli Stati Uniti; queste difficoltà non sono imputabili esclusivamente all'esperienza dell'affido in sé, ma riflettono soprattutto l'impatto cumulativo delle esperienze avverse vissute nella famiglia di origine. Ricerche più recenti confermano tali differenze

utilizzando gruppi di confronto *matched* per età e genere. Un'ampia indagine europea su minori in *out-of-home-care* ha riscontrato una prevalenza di disturbi psichiatrici diagnosticabili compresa tra il 40% e il 60% a fronte di percentuali significativamente inferiori nella popolazione generale della stessa età (Goemans et al., 2018, pp. 4-7). In modo analogo, anche una revisione sistematica aggiornata ha rilevato che i bambini in affido presentano un rischio da due a quattro volte superiore di sviluppare problematiche emotivo-comportamentali rispetto ai coetanei non esposti a misura di tutela (Maclean et al., 2020, pp. 150-153). Altre ricerche empiriche accertano che tale vulnerabilità non è unicamente legata all'esperienza dell'affido in sé, ma risulta fortemente associata a esperienze traumatiche pregresse come il già citato *neglect*, maltrattamento, esposizione a violenza domestica o instabilità dei collocamenti. Nel dettaglio, analisi prospettiche su campioni nordamericani ed europei hanno divulgato che le molteplicità dei *placement* e la durata dell'esposizione a condizioni avverse costituiscono predittori significativi di sintomatologia post-traumatica, disregolazione emotiva e difficoltà relazionali anche a distanza di anni (Leenarts et al., 2018, pp. 6-9; Font et al., 2018, pp. 12-15). In aggiunta, gli studi pubblicato dopo il 2020 evidenziano come gli effetti cumulativi delle avversità precoci, meglio noti come *adverse childhood experiences* ACEs risultino particolarmente marcati nei minori coinvolti nel sistema di protezione con livelli di comorbilità psicopatologica superiori rispetto sia alla popolazione generale, sia a gruppi clinici non coinvolti in percorsi di affido (Bronsard et al., 2016, pp. 682-684; Maclean et al., pp. 151-152).

Nello specifico, la letteratura sottolinea come la storia di maltrattamento e trascuratezza influisca profondamente sui modelli di attaccamento dei bambini. I minori che entrano in affido presentano con elevata frequenza stili di attaccamento insicuro e disorganizzato, caratterizzati da difficoltà nella fiducia verso l'adulto, paura

dell'abbandono, comportamenti contraddittori e problemi di regolazione emotiva (Hildyard & Wolfe, 2002, pp. 686-689); tali caratteristiche rendono particolarmente complesso l'inserimento in una nuova famiglia e richiedono un supporto specialistico sia per il bambino sia per la famiglia affidataria.

Un ulteriore elemento che caratterizza i minori in affido è l'instabilità delle traiettorie di vita precedenti all'allontanamento. Molti bambini hanno sperimentato frequenti cambiamenti di *caregiver*, separazioni ripetute, periodi di accudimento inadeguato o assente e talvolta precedenti collocamenti in strutture residenziali da cui deriva un'instabilità relazionale con conseguenze profonde sullo sviluppo del senso di sicurezza e continuità che inevitabilmente contribuisce alla comparsa di problemi comportamentali e relazionali (Oswald et al., 2010, pp. 466-469).

Nel panorama italiano, l'autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza sottolinea come l'ingresso in affido familiare debba essere sempre preceduto da una valutazione approfondita e multidisciplinare che tenga conto non solo delle carenze genitoriali, ma anche delle risorse residue della famiglia e delle possibilità di recupero delle competenze genitoriali (Autorità Garante per l'infanzia e l'Adolescenza [AGIA, 2019], pp. 18-25). Infatti, l'affido non si configura come una risposta punitiva nei confronti dei genitori, ma come uno strumento di tutela del minore e, al contempo, di supporto alla famiglia di origine, nella prospettiva di un possibile rientro.

Infine, i minori che entrano in affido familiare sono bambini e ragazzi che portano con sé storie complesse contrassegnate da esperienze di trascuratezza, maltrattamento, povertà e instabilità relazionale. Le ragioni dell'affido risiedono principalmente nell'incapacità temporanea o strutturale della famiglia di origine di garantire condizioni di crescita adeguate, spesso a causa di una combinazione di fattori individuali,

familiari e sociali. Comprendere chi sono questi minori e perché entrano in affido è fondamentale per costruire interventi di accoglienza e sostegno realmente efficaci, capaci di rispondere ai loro bisogni specifici e di promuovere percorsi di sviluppo il più possibile riparativi e rispettosi della loro storia.

2.2 Conseguenze delle esperienze sulle varie tappe di sviluppo

Le esperienze vissute dai bambini nelle prime fasi della vita rappresentano uno dei fattori più incisivi nel determinare le traiettorie di sviluppo individuali, incidendo in modo profondo e duraturo sul funzionamento cognitivo, emotivo, comportamentale e relazionale lungo l'intero arco evolutivo. La letteratura scientifica internazionale concorda nel ritenere che le esperienze avverse precoci, come la trascuratezza, il maltrattamento, la privazione affettiva e l'instabilità relazionale non costituiscano eventi isolati e circoscritti, ma veri e propri fattori strutturanti dello sviluppo capaci di influenzare l'organizzazione dei sistemi neurobiologici e psicologici che sostengono l'adattamento dell'individuo nel corso della vita (Hildyard & Wolfe, 2002; pp. 680-692 & Shonkoff et al., 2012, pp. e232-e236); tali esperienze agiscono secondo modalità differenti a seconda del momento in cui avvengono, della loro durata e intensità nonché della presenza o meno di fattori di protezione in grado di mitigarne l'impatto.

Durante l'infanzia e la prima infanzia, il bambino attraversa una fase di particolare vulnerabilità caratterizzata da un'elevata plasticità cerebrale che rende lo sviluppo estremamente sensibile alla qualità delle esperienze relazionali e ambientali. In questo periodo, la presenza di figure di accudimento stabili, sensibili e responsivi costituisce il principale contesto attraverso cui si organizzano le funzioni neurobiologiche di base, come la regolazione dello *stress*, l'attenzione, la memoria e le competenze

emotive. Quando tali condizioni vengono meno, come nei casi di trascuratezza o privazione affettiva, il processo di sviluppo risulta significativamente compromesso. Studi condotti su bambini in età prescolare evidenziano che la trascuratezza, soprattutto nella sua componente psicologica è associata a ritardi nello sviluppo cognitivo, a difficoltà linguistiche e a un aumento dei problemi comportamentali già nei primi anni di vita (Dubowitz et al., 2002, 103-118); tali esiti si manifestano anche quando si controllano variabili quali la povertà e la depressione materna suggerendo un effetto specifico e diretto della qualità delle cure ricevute.

Sul piano neurobiologico, le esperienze di privazione precoce incidono in modo rilevante sull'architettura cerebrale. Le ricerche condotte nell'ambito del *Bucharest Early Intervention Project* hanno mostrato come i bambini cresciuti in contesti istituzionali presentino riduzioni significative della materia grigia e della materia bianca corticale, oltre a un'alterata attività elettroencefalografica, indicativa di un ritardo nei processi maturativi del cervello (Sheridan et al., 2012, pp. 1729-1734). Nel dettaglio, risultano compromesse le aree coinvolte nella regolazione delle emozioni, nelle funzioni esecutive e nella memoria come l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale. Tuttavia, gli stessi studi evidenziano che l'inserimento in contesti familiari accoglienti può favorire processi di recupero parziale, soprattutto per quanto riguarda lo sviluppo della sostanza bianca sottolineando il ruolo cruciale del momento in cui l'intervento avviene in modo tempestivo (Sheridan et al., 2012, pp. 1729-1734 Humphreys et al., 2018, pp. 4-7).

Ancora, le esperienze precoci influenzano in modo determinante anche lo sviluppo dell'attaccamento che rappresenta una dimensione centrale del funzionamento socio-emotivo. I bambini che crescono in ambienti caratterizzati da cure incoerenti, imprevedibili o trascuranti sviluppano con maggiore probabilità modelli di attaccamento insicuro o

disorganizzato che si manifestano attraverso difficoltà nella regolazione emotiva, nella fiducia verso l'adulto e nella costruzione di relazioni stabili (Hildyard & Wolfe, 2002, pp. 689-694); infatti, tali modelli tendono a consolidarsi nel tempo e a influenzare il modo in cui il bambino interpreta e risponde alle relazioni significative nelle fasi successive dello sviluppo, rendendo spesso più complesso l'inserimento in nuovi contesti di cura, come l'affidamento familiare.

Con l'ingresso nell'età prescolare e successivamente in quella scolare le conseguenze delle esperienze avverse diventano più evidenti sul piano cognitivo e comportamentale. I bambini che hanno vissuto trascuratezza o maltrattamento mostrano frequentemente difficoltà nelle funzioni esecutive, nell'attenzione sostenuta, nel controllo degli impulsi e nella pianificazione con ricadute significative sul rendimento scolastico e sull'adattamento al contesto educativo (Hildyard & Wolfe, 2002, pp. 689-694 & McLaughlin et al., 2019, pp. 112-114). Infatti, con l'ingresso nell'età prescolare e successivamente in quella scolare, le conseguenze delle esperienze avverse diventano progressivamente più evidenti sul piano cognitivo e comportamentale. In una rassegna sistematica condotta prevalentemente su studi nordamericani e britannici, Hildyard e Wolfe (2002, pp. 689-694) hanno analizzato campioni clinici e comunitari di bambini esposti a condizioni di trascuratezza evidenziando compromissioni significative nelle funzioni esecutive, nell'attenzione sostenuta e nella regolazione comportamentale rispetto ai coetanei non esposti a maltrattamento. Gli studi inclusi nella rassegna, con campioni variabili da poche decine a diverse centinaia di partecipanti riportavano punteggi inferiori nei test cognitivi standardizzati e maggiori difficoltà di adattamento scolastico.

Evidenze più recenti provengono da studi longitudinali di ampia scala condotti negli Stati Uniti. McLaughlin et al. (2019, pp. 112-114), analizzando dati provenienti dall'*Adolescent Brain Cognitive*

Development Study (ABCD) che include oltre 11.000 bambini di età compresa tra i 9 e i 10 anni reclutati in 21 siti statunitensi hanno riscontrato un'associazione significativa tra esposizione a esperienze avverse tra cui abusi, violenza, trascuratezza e *performance* inferiori nei compiti di memoria di lavoro, controllo inibitorio e flessibilità cognitiva. Nel dettaglio, basato su misure neuropsicologiche standardizzate e dati neuroimaging evidenzia come l'esposizione cumulativa alle avversità sia correlata a differenze misurabili nei circuiti neurali coinvolti nei processi esecutivi. Coerentemente con quanto emerso si riscontrano risultati analoghi anche nelle ricerche longitudinali condotte nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. I bambini inseriti nel sistema di tutela che riportano storie di neglect e maltrattamento avvertono inevitabilmente difficoltà persistenti nell'attenzione sostenuta e nella pianificazione con ricadute dirette sul rendimento scolastico e sull'integrazione del gruppo dei pari (Goemans et al., 2018, pp. 5-7). Ancora più nel dettaglio, in tali ricerche i campioni variavano da circa 200 a oltre 500 minori in *out of home care* confrontati con gruppi di controllo della popolazione generale *matched* per età e genere. Di conseguenza, le evidenze empiriche indicano che le difficoltà nelle funzioni esecutive e nella regolazione comportamentale non rappresentano soltanto esiti transitori dell'esposizione a contesti avversi, ma costituiscono fattori di rischio che intralciano l'iter scolastico con problematiche e difficoltà di adattamento sociale nel medio e lungo periodo.

La letteratura indica che la trascuratezza è associata a *deficit* cognitivi più marcati rispetto ad altre forme di maltrattamento, in particolare per quanto riguarda il linguaggio e le competenze accademiche di base e che tali difficoltà tendono a persistere nel tempo contribuendo a un aumento del rischio di insuccesso scolastico e di esclusione sociale.

Sul piano comportamentale, emergono *pattern* differenziati in base al tipo di esperienza avversa. I bambini trascurati tendono a manifestare

prevalentemente problemi internalizzanti come ritiro sociale, ansia e sintomi depressivi, mentre quelle esposti a forme di abuso fisico presentano più frequentemente comportamenti esternalizzanti come aggressività e condotte oppositive (Hildyard & Wolfe, 2002, pp. 689-694); questa distinzione è particolarmente rilevante poiché suggerisce che le diverse esperienze di avversità influenzano specifici sistemi di adattamento con implicazioni importanti per la progettazione di interventi mirati e differenziati.

Durante l'adolescenza, le vulnerabilità accumulate nelle fasi precedenti possono riemergere o intensificarsi interagendo con i profondi cambiamenti neurobiologici, emotivi e sociali tipici di questa fase evolutiva. Numerosi studi mostrano che gli adolescenti con una storia di affido o di collocamento fuori famiglia presentano tassi significativamente più elevati di disturbi d'ansia, depressione, problemi comportamentali e difficoltà nelle relazioni con i pari rispetto ai coetanei della popolazione generale (Oswald et al., 2010, pp. 468-471 & Turney & Wildeman, 2016, pp. 170-173); in particolare, l'esposizione prolungata a trascuratezza e instabilità relazionale risulta fortemente associata a sintomi internalizzanti, che tendono a manifestarsi con maggiore intensità proprio in adolescenza (Hildyard & Wolfe, 2002, pp. 689-694).

Le ricerche longitudinali mettono in evidenza come il cambiamento di contesto rappresentato dall'ingresso in affido familiare non sia di per sé sufficiente a modificare automaticamente traiettorie di sviluppo già compromesse. La meta-analisi di (Goemans et al., 2015, pp. 44-47), che sintetizza oltre trent'anni di studi longitudinali sullo sviluppo dei bambini in affido, evidenzia che, nel complesso, non si osservano miglioramenti significativi nel funzionamento adattivo e nei problemi comportamentali nel tempo; questo dato è particolarmente rilevante poiché suggerisce che l'affido, se non accompagnato da interventi terapeutici e supporti

continuativi, rischia di non produrre i benefici attesi sul piano dello sviluppo psicologico.

Accanto a questi esiti critici, la letteratura documentata tuttavia anche la presenza di traiettorie di adattamento positivo. Studi recenti dimostrano che una quota di bambini esposti a gravi forme di deprivazione precoce riesce a raggiungere i livelli adeguati di funzionamento adattivo in adolescenza soprattutto quando inserita precocemente in contesti familiari stabili e supportivi (Humphreys et al., 2018, pp. 6-9); in particolare, l'ingresso in affido prima dei 20-24 mesi risulta associato a una probabilità significativamente maggiore di esiti positivi evidenziando ancora una volta l'importanza cruciale del *timing* dell'intervento. Questi risultati confermano che la resilienza non deve essere intesa come una caratteristica individuale innata, ma come un processo dinamico che emerge dall'interazione tra le caratteristiche del bambino e la qualità dell'ambiente di cura (McLaughlin et al., 2019, pp. 112-114).

Le conseguenze delle esperienze avverse non si esauriscono con l'adolescenza, ma possono estendersi fino all'età adulta. Studi longitudinali indicano che gli individui con una storia di maltrattamento, trascuratezza o affido presentano un rischio maggiore di sviluppare disturbi mentali, difficoltà relazionali, comportamenti a rischio e problemi di salute fisica (Shonkoff et al., 2012, pp. e236-e241 & Oswald et al., 2010, pp. 468-471). Il modello dello *stress* tossico offre una cornice teorica particolarmente efficace per comprendere questi esiti, mostrando come l'esposizione prolungata a stress non mitigato da relazioni di supporto produca alterazioni nei sistemi neuroendocrini e immunitari aumentando il rischio di patologie croniche e disturbi psicologici nel corso della vita (Shonkoff et al., 2012, pp. e236-e241).

Infine, nel loro insieme queste evidenze confermano come le esperienze precoci esercitino un impatto profondo e differenziato sulle varie tappe di sviluppo influenzando in modo duraturo il funzionamento

cognitivo, emotivo e relazionale dei minori. La prima infanzia emerge come una fase particolarmente sensibile in cui la deprivazione può compromettere lo sviluppo neurobiologico ed emotivo, mentre l'età scolare e l'adolescenza rappresentano momenti in cui tali vulnerabilità si traducono in difficoltà più manifeste o, in presenza di adeguati fattori protettivi in percorsi di recupero e resilienza; quindi, comprendere queste traiettorie evolutive è essenziale per progettare interventi di tutela e cura che siano tempestivi, continuativi e adeguati alle specifiche fasi di sviluppo dei minori coinvolti nel sistema di affidamento e protezione.

2.3 Teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento rappresenta uno dei quadri concettuali più rilevanti per la comprensione dello sviluppo affettivo, relazionale e socio-emotivo dell'essere umano. Essa nasce dall'opera di John Bowlby, il quale, a partire dalla fine degli anni Cinquanta elaborò un modello teorico che integrava contributi provenienti dalla psicoanalisi, dall'etologia, dalla psicologia evolutiva e dalla teoria dei sistemi di controllo (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Bowlby si discostò radicalmente dalle concezioni pulsionali classiche secondo cui il legame madre-bambino deriverebbe secondariamente dalla soddisfazione di bisogni fisiologici sostenendo invece che l'attaccamento costituisce un sistema motivazionale primario, innato e biologicamente fondato selezionato nel corso dell'evoluzione per garantire la sopravvivenza di una specie caratterizzata da una prolungata dipendenza infantile (Bowlby, 1969, pp. 7-39). Secondo questa prospettiva, il bambino nasce dotato di un sistema di attaccamento che si attiva automaticamente in condizioni di pericolo reale o percepito quali la separazione dal *caregiver*, la malattia, la fatica o la presenza di stimoli minacciosi. Quando il sistema di attaccamento è attivato, il bambino mette in atto comportamenti di segnalazione e di avvicinamento come il pianto, il sorriso, le vocalizzazioni, il seguire o

l'aggrapparsi con l'obiettivo di ristabilire la prossimità con la figura di accudimento; tale prossimità non ha soltanto una funzione fisica, ma consente al bambino di ottenere protezione, conforto e regolazione emotiva, permettendo una progressiva riduzione dello stato di attivazione fisiologica e affettiva (Bowlby, 1969, pp. 7-39).

Il sistema di attaccamento rappresenta una struttura organizzativa interna che coordina il comportamento del bambino in funzione di un obiettivo adattivo, ovvero la sicurezza; invece, i comportamenti osservabili costituiscono mezzi flessibili e contestualmente modulati per raggiungere tale obiettivo (Bowlby, 1988, pp. 117-121). Questa distinzione è fondamentale poiché consente di evitare interpretazioni riduttive che assimilano l'intensità dei comportamenti di dipendenza alla qualità del legame affettivo; in una simile prospettiva, un bambino che manifesta pochi segnali di disagio non è necessariamente più sicuro di uno che esprime apertamente il proprio bisogno di vicinanza.

Un altro contributo teorico cruciale di Bowlby è rappresentato dal concetto di modelli operativi interni, ossia rappresentazioni mentali relativamente stabili di sé, dell'altro e della relazione che si sviluppano a partire dalle esperienze ripetute di interazione con il *caregiver*; tali modelli guidano le aspettative del bambino rispetto alla disponibilità e all'affidabilità delle figure di attaccamento, influenzando il comportamento relazionale non solo nell'infanzia, ma anche nelle relazioni successive comprese quelle adulte (Bowlby, 1973, pp. 203-210).

Il passaggio dalla formulazione teorica alla verifica empirica della teoria dell'attaccamento è legato principalmente al lavoro di Mary Ainsworth. Attraverso studi osservativi condotti in contesti naturali e successivamente nello studio longitudinale di Baltimora, Ainsworth dimostrò che la qualità delle cure materne, in particolare la sensibilità e la responsività del *caregiver* ai segnali del bambino era sistematicamente associata a differenti modalità di organizzazione del comportamento di

attaccamento (Ainsworth et al., 1978, pp. 21-49). Per valutare tali differenze in modo standardizzato, Ainsworth e collaboratori svilupparono la *strange situation procedure*, una tecnica di laboratorio che prevede brevi separazioni e ricongiungimenti tra il bambino e il *caregiver* in un ambiente non familiare allo scopo di attivare il sistema di attaccamento e rendere osservabili le strategie utilizzate dal bambino per gestire lo *stress* relazionale (Ainsworth et al., 1978, pp. 21-49).

Sulla base delle osservazioni raccolte mediante la *strange situation* furono individuati tre *pattern* di attaccamento organizzato. Il *pattern* di attaccamento sicuro è caratterizzato dalla capacità del bambino di utilizzare il *caregiver* come base sicura per l'esplorazione e come rifugio sicuro in caso di *distress*; alla riunione, il bambino ricerca il contatto e si calma rapidamente tornando successivamente all'esplorazione; questo *pattern* è associato a cure sensibili, coerenti e prevedibili (Ainsworth et al., 1978, pp. 21-49). Il *pattern* di attaccamento insicuro-evitante è caratterizzato da un'apparente indifferenza alla separazione e da comportamenti di evitamento del contatto alla riunione; tuttavia, studi psicofisiologici hanno mostrato che questi bambini presentano elevati livelli di attivazione interna suggerendo che l'evitamento rappresenti una strategia di controllo dell'espressione emotiva piuttosto che l'assenza di bisogno di attaccamento (Sroufe & Waters, 1977, pp.1184-1187). Infine, il *pattern* di attaccamento insicuro-ambivalente o resistente si caratterizza per una forte espressione di *distress* e per difficoltà nel calmarsi alla riunione con comportamenti di ricerca di contatto alternati a resistenza e rabbia; tale *pattern* è associato a cure incoerenti e imprevedibili (Ainsworth et al., 1978, pp. 21-49).

Un contributo teorico fondamentale è l'interpretazione dei *pattern* insicuri non come indicatori di psicopatologia, bensì come strategie adattive sviluppate dal bambino in risposta a specifiche caratteristiche dell'ambiente di accudimento. In questa prospettiva, sia l'evitamento sia

l'ambivalenza possono essere intesi come tentativi organizzati di mantenere una forma di regolazione emotiva e di accesso al *caregiver* in contesti non ottimali (Main, 1990, pp. 125-130). Mary Main ha ulteriormente elaborato questa idea introducendo il concetto di strategie condizionali di attaccamento, sottolineano come i *pattern* A e C riflettano modalità coerenti, seppur meno efficaci, di gestione del sistema di attaccamento (Main, 1990, pp. 125-130).

La relazione tra sensibilità genitoriale e sicurezza dell'attaccamento è stata confermata da una meta-analisi internazionale che ha incluso oltre 6.000 diadi *caregiver*-bambino provenienti prevalentemente da campioni nordamericani ed europei evidenziano un'associazione notevole seppur di entità moderata tra responsività del *caregiver* e probabilità di attaccamento sicuro (Verhage et al., 2016, pp. 342-345). Un approfondimento ulteriore è stato condotto su campioni longitudinali provenienti da Australia, Europa e Stati Uniti documenta una stabilità moderata dei pattern di attaccamento dalla prima infanzia all'età scolare sottolineando come cambiamenti rilevanti nelle condizioni familiari possano influenzarne l'evoluzione nel tempo (Pinquart et al., 2013, pp. 232-235). A livello transculturale, una revisione comparativa internazionale ha confermato la validità della *strange situation procedure* in diversi contesti culturali evidenziando che il pattern sicuro risulta il più frequentemente osservato pur con variazioni nella distribuzione dei pattern insicuri in funzione delle pratiche educative e delle norme socio-culturali in vigore (Mesman et al., 2016, pp. 171-175). In aggiunta, uno studio contemporaneo ha riportato come la sicurezza dell'attaccamento della prima infanzia sia associata a migliori esiti socio-emotivi nel corso dello sviluppo inclusa una maggiore competenza relazionale e una più efficace regolazione emotiva confermano così la rilevanza evolutiva del costrutto oltre il periodo infantile (Groh et al., 2017, pp. 70-74).

A partire dalla fine degli anni Settanta, tuttavia, Main e Solomon osservarono che una quota di bambini non poteva essere adeguatamente classificata all'interno dei pattern A, B o C. Questi bambini mostravano comportamenti contraddittori, disorientati o apparentemente privi di una strategia coerente, in particolare nei momenti di ricongiungimento con il *caregiver*. Nel 1986, le autrici proposero la classificazione di attaccamento disorganizzato/disorientato, per descrivere tali manifestazioni comportamentali (Main & Solomon, 1990, pp. 121-160).

L'attaccamento disorganizzato non rappresenta una quarta strategia organizzata, bensì un indice di temporaneo fallimento o collasso dell'organizzazione del sistema di attaccamento. I comportamenti associati a questa classificazione includono sequenze contraddittorie di approccio e fuga, *freezing*, movimenti stereotipati, disorientamento, comportamenti incompleti o espressioni di paura nei confronti del *caregiver* (Main & Solomon, 1990, pp. 121-160). È importante sottolineare che la classificazione disorganizzata non sostituisce i pattern A, B o C: ogni bambino classificato come disorganizzato riceve anche una classificazione secondaria poiché la disorganizzazione è concepita come una dimensione trasversale che segnala difficoltà nella regolazione del sistema di attaccamento piuttosto che una categoria autonoma ed esaustiva (Duschinsky, 2015, pp.94-98).

Storicamente, l'introduzione della classificazione D non aveva l'obiettivo di completare una tassonomia rigida dei tipi di attaccamento, ma piuttosto di richiamare l'attenzione su comportamenti teoricamente e clinicamente significativi che indicavano una rottura della coerenza strategica del comportamento di attaccamento. Come evidenziato da Duschinsky, Main e Solomon non intendevano proporre una categoria residuale o patologizzante, bensì uno strumento concettuale per valutare il grado di certezza nell'inferire una disorganizzazione del sistema di attaccamento a partire dal comportamento osservabile.

Numerosi studi successivi hanno dimostrato che l'attaccamento disorganizzato è fortemente associato a comportamenti genitoriali spaventanti o spaventati come posture minacciose, improvvisi cambiamenti emotivi, comportamenti dissociativi o ritiro emotivo in risposta ai segnali di bisogno del bambino (Main & Hesse, 1990, pp. 163-182). Tuttavia, la disorganizzazione non è esclusivamente legata al maltrattamento diretto: anche condizioni di trascuratezza cronica, elevato stress genitoriale e rischio socioeconomico cumulativo possono compromettere la capacità del *caregiver* di fornire una regolazione efficace dell'attivazione del sistema di attaccamento (Cyr et al., 2010, pp. 89-94).

La meta-analisi condotte da Cyr *et al.* (2010) hanno mostrato che i bambini cresciuti in contesti di maltrattamento presentano una probabilità significativamente più elevata di sviluppare attaccamenti insicuri e disorganizzati rispetto sia ai bambini a basso rischio sia a quelli esposti a rischio socioeconomico non accompagnato da maltrattamento. In particolare, l'effetto del maltrattamento sull'attaccamento disorganizzato risulta estremamente elevato, suggerendo una profonda compromissione dei processi di regolazione affettiva precoce. Allo stesso tempo, l'accumulo di fattori di rischio socioeconomico può produrre livelli di disorganizzazione comparabili a quelli osservati nei campioni maltrattati indicando l'esistenza di *iter* molteplici verso la disorganizzazione dell'attaccamento (Cyr et al., 2010, pp. 89-94).

Dal punto di vista evolutivo e clinico, l'attaccamento disorganizzato è considerato un importante fattore di rischio associato a difficoltà successive nella regolazione emotiva, nel funzionamento sociale e a una maggiore vulnerabilità alla psicopatologia inclusi sintomi dissociativi e comportamentali (Carlson, 1998, pp. 1107-1128; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008, pp. 666-670). Tuttavia, è fondamentale evitare interpretazioni deterministiche: la disorganizzazione non rappresenta una

diagnosi né un destino immutabile, ma segnala una vulnerabilità che può essere modulata da esperienze relazionali successive, interventi precoci e risorse individuali.

Infine, una comprensione storicamente e teoricamente informata della teoria dell'attaccamento consente di evitare la reificazione dell'attaccamento disorganizzato come categoria rigida o automaticamente patologica. Come sottolineato da Duschinsky (2015), l'intento originario di Main e Solomon era quello di mantenere un approccio non esistenzialista alle classificazioni riconoscendo la complessità e l'unicità delle relazioni umane; in questa prospettiva, la teoria dell'attaccamento continua a rappresentare un modello dinamico e integrativo per comprendere lo sviluppo delle relazioni precoci, i processi di regolazione emotiva e i meccanismi di rischio e protezione nel corso della vita.

2.4 Nuove relazioni di attaccamento durante l'affido familiare

L'affido familiare rappresenta un contesto relazionale profondamente complesso nel quale il bambino, spesso a seguito di esperienze di trascuratezza, abuso o gravi discontinuità di cura è chiamato a costruire nuove relazioni di attaccamento con *caregiver* non biologici. A differenza delle relazioni genitore-figlio biologiche, l'attaccamento in affido si sviluppa dopo una o più rotture relazionali significative che possono aver compromesso la fiducia del bambino nella disponibilità dell'adulto e la sua capacità di organizzare strategie coerenti di ricerca di protezione e conforto. Tuttavia, la letteratura empirica mostra in modo sempre più chiaro che la formazione di nuove relazioni di attaccamento in affido non solo è possibile, ma può rappresentare un potente fattore di recupero evolutivo a condizione che il contesto di cura offra caratteristiche sufficientemente sensibili, prevedibili e non spaventanti (Dozier et al.,

2001, pp. 1469-1475, Smyke et al., 2010, pp. 158-163 & Oosterman & Schuengel, 2008, pp. 58-61).

I bambini inseriti in affido familiare hanno frequentemente alle spalle storie di *caregiving* caratterizzate da trascuratezza cronica, maltrattamento fisico o emotivo, esposizione a comportamenti genitoriali spaventanti o imprevedibili e, in molti casi, esperienze istituzionali; tali condizioni sono fortemente associati a un'elevata prevalenza di attaccamenti insicuri e, in particolare, disorganizzati che riflettono una difficoltà profonda nel mantenere una strategia coerente di regolazione del sistema di attaccamento (Carlson et al., 1989, pp. 1270-1276; Smyke et al., 2010, pp. 158-163 & Cyr et al., 2010, pp. 91-95). Non a caso, quando questi bambini vengono collocati in famiglie affidatarie, essi non arrivano come “*tabula rasa*”, ma portano con sé i modelli operativi interni costruiti sulla base delle precedenti esperienze relazionali che influenzano le aspettative rispetto alla disponibilità dell'adulto e le modalità con cui esprimono il bisogno di protezione.

Uno dei contributi più rilevanti alla comprensione del processo di formazione di nuove relazioni di attaccamento in affido è rappresentato dagli studi longitudinali condotti da Dozier e collaboratori. In particolare, Dozier et al. (2001) hanno dimostrato che, nonostante precedenti esperienze di *caregiving* problematico e discontinuità relazionali, i bambini affidati sono in grado di organizzare il proprio comportamento di attaccamento in funzione della disponibilità del nuovo *caregiver*. In uno studio su 50 diadi affidatarie, la concordanza tra lo stato della mente del *caregiver* rispetto all'attaccamento del bambino era pari al 72%, un valore sorprendentemente simile a quello osservato nelle diadi biologiche. Questo risultato fornisce una forte evidenza a favore di un meccanismo ambientale, e non generico, nella trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, e sottolinea il ruolo centrale delle caratteristiche del

caregiver affidatario nel plasmare le nuove relazioni di attaccamento (Dozier et al., 2001, pp. 1472-1476).

Un elemento chiave emerso da questa linea di ricerca riguarda lo stato della mente del *caregiver* affidatario rispetto all'attaccamento valutato tramite l'*Adult Attachment Interview*. I *caregiver* con uno stato della mente autonomo caratterizzato da una narrazione coerente e integrata delle proprie esperienze di attaccamento tendono a rispondere in modo più sensibile e regolato ai segnali di bisogno del bambino. I bambini affidati a *caregiver* autonomi mostrano una maggiore probabilità di sviluppare attaccamenti sicuri e una minore probabilità di sviluppare attaccamenti disorganizzati, anche quando l'inserimento in affido avviene dopo il primo anno di vita (Dozier et al., 2001, pp. 1472-1476; Stovall-McClough & Dozier, 2004, pp. 266-270). Al contrario, *caregiver* con stati della mente non autonomi, dismissivi o irrisolti risultano associati a una maggiore prevalenza di attaccamento disorganizzato nei bambini affidati rammentando che la qualità della regolazione emotiva del *caregiver* gioca un ruolo cruciale nel consentire al bambino di riorganizzare il proprio sistema di attaccamento dopo esperienze relazionali traumatiche.

Un ulteriore contributo fondamentale alla comprensione dei processi precoci di formazione dell'attaccamento in affido deriva dagli studi che hanno esaminato il periodo iniziale dell'inserimento considerato una finestra temporale particolarmente sensibile. Utilizzando una metodologia di diario giornaliero, Stovall-McClough e Dozier (2004) hanno osservato le manifestazioni quotidiane dei comportamenti di attaccamento nei primi due mesi di collocamento in affido. I risultati mostrano che i bambini più piccoli al momento dell'inserimento e quelli affidati a *caregiver* con stato della mente autonomo manifestano livelli più elevati di comportamenti sicuri e una maggiore coerenza delle strategie di attaccamento già nelle prime settimane. Al contrario, i bambini collocati in età più avanzata tendono inizialmente a mostrare comportamenti più

evitanti e una maggiore variabilità strategica, suggerendo una difficoltà nel fidarsi del nuovo *caregiver* come fonte di protezione.

È importante sottolineare che tali differenze iniziali non implicano un determinismo rigido. Sebbene i bambini collocati più tardi possano mostrare maggiori difficoltà nelle fasi iniziali, gli studi indicano che, con il tempo, molti di essi riescono comunque a organizzare il proprio attaccamento attorno alla disponibilità del *caregiver* affidatario, soprattutto quando quest'ultimo è emotivamente disponibile e sensibile (Dozier et al., 2001, pp. 1472-1476). Questo dato suggerisce che l'età di collocamento influenza la velocità e la modalità iniziale del processo, ma non necessariamente l'esito finale dell'attaccamento.

Accanto alla ricerca sui primi mesi di affidamento, gli studi su bambini provenienti da contesti istituzionali forniscono ulteriori evidenze sulla plasticità del sistema di attaccamento in presenza di un cambiamento radicale del contesto di cura. Il *Bucharest Early Intervention Project* ha rappresentato il primo studio randomizzato controllato a esaminare gli effetti causali del collocamento in famiglie affidatarie rispetto alla permanenza in istituto. I risultati mostrano che i bambini collocati in affidamento presentano, a 42 mesi, una probabilità significativamente maggiore di sviluppare attaccamenti sicuri e organizzati rispetto ai bambini che rimangono in istituto, con una marcata riduzione delle classificazioni disorganizzate e “*insecure-other*” (Smyke et al., 2010, pp. 160-165). Inoltre, l'età di collocamento emerge come un fattore cruciale: i bambini inseriti in affidamento prima dei 24 mesi mostrano esiti di attaccamento significativamente migliori rispetto a quelli collocati più tardi, suggerendo l'esistenza di un periodo di maggiore plasticità, pur senza escludere possibilità di recupero anche oltre tale soglia.

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda la distinzione tra attaccamento insicuro, attaccamento disorganizzato e disturbi dell'attaccamento.

Oosterman e Schuengel (2008) hanno evidenziato che, nei bambini in affido, la sensibilità del *caregiver* affidatario è positivamente associata alla sicurezza dell'attaccamento solo quando i sintomi di disturbo dell'attaccamento vengono controllati statisticamente. In altre parole, nei bambini che presentano sintomi di attaccamento disinibito, inibito o distorsioni della base sicura, la relazione tra sensibilità del *caregiver* e sicurezza dell'attaccamento risulta attenuata o assente. Questo dato suggerisce che, per alcuni bambini con storie di grave privazione o trauma relazionale, la sola sensibilità genitoriale potrebbe non essere sufficiente a promuovere un attaccamento sicuro, rendendo necessari interventi più specifici e mirati.

Parallelamente, numerosi studi hanno documentato l'associazione tra qualità dell'attaccamento in affido e adattamento comportamentale. L'attaccamento sicuro risulta negativamente associato a problemi di comportamento esternalizzanti, in particolare secondo le valutazioni degli insegnanti, mentre i sintomi di disturbo dell'attaccamento e le distorsioni della base sicura sono positivamente associati a problemi internalizzanti ed esternalizzanti riportati dai *caregiver* (Oosterman & Schuengel, 2008, pp. 58-61). Questi risultati sono coerenti con l'ipotesi che una relazione di attaccamento

Sicura possa fungere da fattore protettivo, tamponando gli effetti delle esperienze avverse precoci, mentre la persistenza di disorganizzazione o distorsioni relazionali rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo psicopatologico.

In questo quadro, assumono particolare rilevanza gli interventi mirati a sostenere la qualità delle relazioni di attaccamento in affido. L'intervento Attachment and *Biobehavioral Catch-up* (ABC) è stato sviluppato specificamente per supportare *caregiver* di bambini esposti a *caregiving* inadeguato, inclusi bambini in affido. Le evidenze empiriche mostrano che ABC migliora la sensibilità genitoriale, riduce i

comportamenti spaventanti e intrusivi e favorisce lo sviluppo di attaccamenti più sicuri e organizzati, oltre a migliorare la regolazione fisiologica e comportamentale dei bambini (Dozier & Bernard, 2017, pp. 112-115); tali risultati sottolineano come la qualità del *caregiving* affidatario non sia solo una variabile descrittiva, ma un fattore modificabile attraverso interventi strutturati e basati sull'evidenza.

Infine, nel complesso, la letteratura converge nel descrivere l'affido familiare non come una semplice misura di protezione, ma come un contesto relazionale potenzialmente trasformativo, in grado di offrire al bambino una seconda opportunità di organizzare il proprio sistema di attaccamento in modo più adattivo. La possibilità di sviluppare nuove relazioni di attaccamento dipende dall'interazione dinamica tra caratteristiche del bambino (età di collocamento, storia di rischio, livello di disorganizzazione), caratteristiche del *caregiver* (stato della mente, sensibilità, capacità regolativa) e qualità del contesto di supporto. In questa prospettiva, l'attaccamento in affido non è un semplice riflesso del passato del bambino, ma un processo aperto, plastico e sensibile all'esperienza relazionale presente, con implicazioni fondamentali per lo sviluppo emotivo, comportamentale e psicologico nel corso della vita.

CAPITOLO 3

LE FAMIGLIE AFFIDATARIE

3.1 Le competenze dei *caregiver* affidatari

L'affidamento familiare si configura come un contesto relazionale ad elevata complessità, nel quale i *caregiver* affidatari assumono una funzione che va ben oltre la semplice sostituzione temporanea delle cure genitoriali. Essi sono invitati a inserirsi nella storia evolutiva di un minore che nella maggior parte dei casi ha sperimentato trascuratezza, maltrattamento, esposizione a conflitti gravi o condizioni di deprivazione affettiva e materiale. La letteratura evidenzia come i bambini in affido presentino tassi significativamente più elevati di problematiche emotive, comportamentali e relazionali rispetto alla popolazione generale (Oswald et al., 2010; Turney & Wildeman, 2016), nonché una maggiore incidenza di disturbi dell'attaccamento e difficoltà nella regolazione affettiva (Smyke et al., 2002). In tale contesto, le competenze richieste ai *caregiver* affidatari assumono una valenza trasformativa e riparativa incidendo in modo diretto sulle traiettorie evolutive del minore.

Un primo nucleo centrale di competenze riguarda la sensibilità e la responsività emotiva. La teoria dell'attaccamento ha dimostrato come la sensibilità del *caregiver* rappresenti il principale fondamento della sicurezza dell'attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1982). Nel contesto dell'affido, questa competenza assume una funzione particolarmente delicata poiché il minore può aver sviluppato modelli operativi interni caratterizzati da sfiducia, ipervigilanza o aspettative di rifiuto. La presenza di *pattern* disorganizzati frequentemente associati a esperienze di *caregiving* spaventato o spaventante è documentata in modo consistente nei bambini esposti a maltrattamento (Main & Solomon, 1990; Smyke et al., 2002). Di conseguenza, il *caregiver* affidatario deve essere in grado di offrire una relazione coerente, prevedibile e affettivamente

disponibile anche in presenza di comportamenti ambivalenti, evitanti o controllanti.

La ricerca empirica nel contesto dell'affido conferma che la qualità dello stato mentale del *caregiver* rispetto all'attaccamento e la sua capacità di fornire cure sensibili sono associate a una migliore organizzazione dell'attaccamento nel bambino (Dozier et al., 2001). Inoltre, livelli più elevati di sensibilità risultano correlati a minori problemi comportamentali e a una maggiore qualità della relazione *caregiver*-bambino (Oosterman & Schuengel, 2008); tali evidenze suggeriscono che il *caregiver* affidatario non solo fornisce protezione contingente, ma può contribuire a una ristrutturazione dei modelli relazionali interiorizzati del minore.

Strettamente connessa alla sensibilità è la capacità di regolazione emotiva del *caregiver*. I bambini e gli adolescenti in affido possono presentare comportamenti esternalizzanti, aggressività, ritiro sociale o marcata disregolazione emotiva, spesso interpretabili alla luce di storie di trauma complesso (Oswald et al., 2010). L'esposizione cronica a *stress* tossico e avversità precoci può influenzare i sistemi neurobiologici della regolazione della tensione con effetti a lungo termine sul funzionamento emotivo e cognitivo (Shonkoff et al., 2012; McLaughlin et al., 2014). In queste condizioni, il *caregiver* deve saper mantenere una posizione regolata evitando risposte impulsive o punitive che rischierebbero di confermare le aspettative negative del minore. La capacità di contenere, mentalizzare e co-regolare le emozioni del bambino costituisce un elemento necessario per promuovere un senso di sicurezza e stabilità. Infatti, la stabilità dell'affido rappresenta un indicatore cruciale di esito positivo. Studi longitudinali mostrano che le interruzioni ripetute dei *placement* sono associate a un aumento dei problemi comportamentali e a esiti psicologici peggiori (Rubin et al., 2007). Al contrario, la continuità relazionale e la permanenza di un ambiente prevedibile costituiscono fattori protettivi significativi nel medio e lungo termine (Goemans et al.,

2016); pertanto, le competenze emotive del *caregiver* non incidono soltanto sulla qualità quotidiana della relazione, ma sulla stessa tenuta del progetto di affidamento.

Un'ulteriore competenza chiave riguarda la comprensione del trauma e l'adozione di un approccio *trauma-informed*. Le esperienze di maltrattamento e trascuratezza non solo compromettono la sicurezza dell'attaccamento, ma influenzano lo sviluppo delle funzioni esecutive, della regolazione emotiva e delle competenze sociali (Hildyard & Wolfe, 2002; McLaughlin et al., 2014); quindi, il *caregiver* affidatario deve essere in grado di interpretare i comportamenti problematici come strategie adattive sviluppate in contesti di rischio evitando attribuzioni disposizionali o moralistiche. Ciò implica l'adozione di pratiche educative che integrino fermezza e calore, strutturazione e sintonizzazione affettiva promuovendo gradualmente l'autoregolazione del minore.

La collaborazione con la famiglia biologica costituisce un'ulteriore area di competenza distintiva dell'affidamento familiare. A differenza dell'adozione, l'affidamento si fonda sul principio della temporaneità e sul mantenimento dei legami familiari quando compatibile con il benessere del minore. Evidenze recenti indicano che il contatto regolato con i genitori biologici è associato a minori sintomi esternalizzanti e a migliori esiti adattivi (McWey et al., 2022; Poitras et al., 2022). Infatti, il *caregiver* affidatario ha il compito di sviluppare capacità comunicative, gestione dei conflitti e tolleranza dell'ambivalenza sostenendo il bambino nei vissuti di lealtà divisa e favorendo una narrazione coerente della propria storia familiare; ovviamente, tale competenza richiede un costante equilibrio tra protezione e apertura, tra riconoscimento del ruolo genitoriale biologico e assunzione della propria funzione educativa.

Le competenze interculturali assumono crescente rilevanza in un contesto sociale caratterizzato da pluralità culturale e da un aumento dei minori con *background* migratorio. I *caregiver* affidatari sono chiamati a

confrontarsi con sistemi di valori, pratiche educative e rappresentazioni familiari differenti rendendo necessaria una postura di apertura, rispetto e apprendimento continuo. Le Linee di indirizzo rimarcano l'importanza di valorizzare l'identità culturale del minore come parte integrante del suo benessere e del suo percorso di crescita (Conferenza Unificata, 2012). La capacità di riconoscere e sostenere tale dimensione rappresenta una competenza fondamentale per evitare processi di esclusione o assimilazione forzata.

Un'ulteriore area di competenza riguarda la gestione delle dinamiche interne al nucleo affidatario. L'ingresso di un bambino in affido può modificare gli equilibri familiari incidendo sulle relazioni di coppia e sul rapporto con eventuali figli biologici. La letteratura evidenzia come il modo in cui tali cambiamenti vengono affrontati influisca significativamente sulla stabilità dell'affido e sul benessere di tutti i membri della famiglia (Canali & Vecchiato, 2013). Il *caregiver* competente è in grado di riconoscere tali trasformazioni e di affrontarle in modo aperto e partecipato, evitando che il minore in affido venga percepito come un elemento estraneo e destabilizzante.

Un aspetto spesso sottovalutato riguarda la disponibilità alla formazione continua e alla supervisione. Le competenze affidatarie non sono esclusivamente disposizionali, ma possono essere potenziate attraverso interventi strutturati. Programmi di *training* specifici per genitori affidatari hanno dimostrato effetti significativi nella riduzione dello *stress* genitoriale e nel miglioramento delle strategie educative (Solomon et al., 2017; Price et al., 2009). Interventi basati sull'attaccamento, sviluppati specificamente per il contesto dell'affido hanno evidenziato miglioramenti nella regolazione fisiologica dello *stress* e nell'organizzazione dell'attaccamento dei bambini coinvolti (Dozier et al., 2006; Bernard et al., 2015); tali risultati sottolineano come il sostegno ai *caregiver* rappresenti un investimento diretto sul benessere del minore.

In aggiunta, una revisione sistematica recente evidenzia come l'adattamento psicologico dei genitori affidatari e il loro stile educativo siano strettamente correlati agli esiti evolutivi dei bambini accolti (Mancinelli et al., 2021), ciò implica che il benessere del *caregiver* e il supporto ricevuto dei servizi costituiscano variabili determinanti nella qualità dell'affido.

Oltre a ciò, una delle competenze più complesse riguarda la tolleranza dell'incertezza e la capacità di investire affettivamente nel minore pur nella consapevolezza della possibile separazione. La temporaneità dell'affido espone i *caregiver* a un legame che potrebbe interrompersi generando vissuti di vulnerabilità e ambivalenza. Tuttavia, la capacità di offrire un attaccamento autentico e significativo senza difese di distacco emotivo consente al bambino di sperimentare una relazione trasformativa anche all'interno di un progetto temporaneo; in questo senso, il *caregiver* affidatario svolge una funzione di ponte evolutivo favorendo la continuità affettiva e la riorganizzazione delle rappresentazioni relazionali.

Un aspetto particolarmente complesso riguarda la gestione dell'incertezza temporale che caratterizza l'affido familiare. La durata dell'intervento è spesso difficile da prevedere e può prolungarsi nel tempo soprattutto nei casi in cui i percorsi di recupero della famiglia di origine risultino lenti o discontinui. La letteratura evidenzia come questa incertezza rappresenti una delle principali fonti di *stress* per i *caregiver* affidatari che devono conciliare l'investimento affettivo con la consapevolezza della possibile separazione futura (Harden, 2004). La competenza consiste nel riuscire a offrire al bambino una presenza autentica e significativa, senza ridurre il coinvolgimento emotivo per timore della perdita.

Infine, le competenze dei *caregiver* affidatari possono essere concepite come un sistema integrato che comprende sensibilità,

regolazione emotiva, funzione riflessiva, comprensione del trauma, capacità collaborativa e apertura alla formazione. La qualità di tali competenze incide in modo significativo sulla stabilità dell'affido e sulle traiettorie di adattamento del minore (Goemans et al., 2016; Rubin et al., 2007) configurando il *caregiver* non soltanto come figura sostitutiva temporanea, ma come agente attivo di riparazione relazionale e promozione della resilienza.

3.2 Relazione con la famiglia biologica: aspetti e difficoltà

La relazione tra il minore in affido e la famiglia biologica rappresenta uno degli aspetti più delicati e complessi dell'affidamento familiare poiché si colloca all'intersezione tra tutela del benessere del bambino rispetto dei legami affettivi originari e obiettivi di protezione e recupero delle competenze genitoriali. Le Linee di Indirizzo per l'affidamento familiare definiscono l'affido come un intervento temporaneo e progettuale, che non mira alla sostituzione della famiglia di origine, ma alla sua integrazione, nella prospettiva di un possibile rientro del minore o, comunque, del mantenimento di legami significativi laddove ciò risulti compatibile con il suo interesse superiore (Conferenza Unificata, 2012).

In questo quadro, la relazione con la famiglia biologica non costituisce un elemento accessorio, ma una componente strutturale del progetto di affido, la cui gestione richiede competenze professionali, chiarezza di obiettivi e un attento equilibrio tra continuità affettiva e protezione.

Dal punto di vista teorico e normativo, il mantenimento dei rapporti tra il minore e la famiglia di origine è considerato un diritto del bambino, oltre che un fattore potenzialmente protettivo per il suo sviluppo identitario ed emotivo. Le Linee Guida per il sostegno alle famiglie vulnerabili sottolineano come l'allontanamento del minore debba essere

sempre accompagnato da interventi mirati a sostenere le competenze genitoriali e a preservare, quando possibile, la relazione genitore-figlio, evitando che l'affido si trasformi in una rottura definitiva dei legami familiari (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017). Tuttavia, la traduzione di questo principio in pratiche concrete si confronta con numerose difficoltà legate sia alle condizioni del nucleo biologico sia alle reazioni emotive del bambino e della famiglia affidataria.

Uno dei principali nodi critici riguarda l'ambivalenza che caratterizza la relazione del minore con i genitori biologici dopo l'inserimento in affido. Numerosi studi evidenziano come i bambini possano manifestare sentimenti contrastanti, oscillando tra il desiderio di mantenere il legame con i genitori e il bisogno di stabilità e protezione offerto dalla famiglia affidataria (Harden, 2004; Hildyard & Wolfe, 2002). Questa ambivalenza è particolarmente accentuata nei casi in cui l'allontanamento sia avvenuto in seguito a esperienze di trascuratezza o maltrattamento poiché il genitore rappresenta simultaneamente una figura di attaccamento e una fonte di sofferenza o pericolo. La gestione di tali vissuti richiede un accompagnamento attento, capace di riconoscere la complessità emotiva del bambino senza forzare processi di lealtà o di rifiuto.

Il tema dei contatti con la famiglia biologica costituisce uno degli ambiti più studiati e al contempo, più controversi nella letteratura dell'affido. Le ricerche empiriche riportano risultati non univoci sugli effetti delle visite e dei contatti sul benessere del minore. Alcuni studi indicano che il mantenimento di contatti regolari e strutturati può favorire la continuità identitaria e ridurre l'ansia da separazione, soprattutto nei bambini più piccoli (Goemans et al., 2015). Altri lavori, tuttavia, evidenziano come contatti mal gestiti, imprevedibili o caratterizzati da elevata conflittualità possano aumentare i livelli di *stress* del bambino e

interferire con il processo di adattamento all'affido (Dubowitz et al., 2002; Harden, 2004).

Uno studio longitudinale sui bambini in età prescolare afferma come la qualità, più che la frequenza del contatto con i genitori biologici sia associata agli esiti di adattamento emotivo e comportamentale (Goemans et al., 2015). In particolare, incontri caratterizzati da interazioni sensibili e supportate dai servizi risultano associati a migliori competenze socio-emotive; al contrario, visite caotiche o emotivamente intense possono amplificare comportamenti regressivi e difficoltà di regolazione. Questi risultati sottolineano l'importanza di considerare i contatti come parte integrante del progetto educativo e non come un adempimento formale o automatico.

Dal punto di vista della famiglia biologica, la relazione con il figlio in affido è spesso segnata da vissuti di colpa, vergogna, rabbia e senso di perdita. Le *Linee Guida* sul sostegno alle famiglie vulnerabili evidenziano come l'allontanamento del minore rappresenti un evento altamente critico che può compromettere ulteriormente l'autostima genitoriale e la fiducia nei servizi sociali (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017). In assenza di un adeguato accompagnamento, i genitori possono vivere l'affido come una sanzione o una delegittimazione definitiva del proprio ruolo sviluppando atteggiamenti oppositivi o al contrario, di ritiro e passività; tali dinamiche incidono direttamente sulla qualità della relazione con il bambino e sulla possibilità di costruire percorsi di recupero delle competenze genitoriali.

Un'ulteriore difficoltà riguarda la relazione triangolare che si instaura tra famiglia biologica, famiglia affidataria e servizi sociali. Come evidenziato da Canali e Vecchiato, l'affido familiare si configura come un sistema relazionale complesso nel quale la collaborazione tra adulti rappresenta una condizione fondamentale per il benessere del minore (Canali & Vecchiato, 2013); nondimeno, nella pratica, non sono rari i casi

in cui emergono tensioni e conflitti legati a differenze di valori educativi, a vissuti di rivalità o a timori di sostituzione.

La famiglia affidataria può percepire i genitori biologici come una minaccia alla stabilità del progetto, mentre questi ultimi possono vivere la presenza degli affidatari come un'ulteriore conferma del proprio fallimento.

La letteratura sottolinea come il ruolo dei servizi sociali sia cruciale nel mediare tali relazioni, definendo confini precisi e promuovendo una comunicazione orientata alla cooperazione (Harden, 2004; Conferenza Unificata, 2012).

In particolare, le Linee di Indirizzo raccomandano che le modalità di contatto tra minore e famiglia di origine siano attentamente progettate, monitorate e se necessario, rimodulate nel tempo tenendo conto dell'evoluzione delle condizioni familiari e dei bisogni del bambino. La mancanza di chiarezza o di continuità nella gestione dei contatti rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'instabilità dell'affido.

In quest'ottica, la relazione con la famiglia biologica svolge un ruolo centrale nella costruzione dell'identità personale. Numerosi studi evidenziano come la possibilità di mantenere un legame, anche simbolico, con le proprie origini contribuisca a dare senso alla storia di vita e a ridurre sentimenti di frammentazione identitaria (Goemans et al., 2015; Hildyard & Wolfe, 2002). Ovviamente, quando la relazione è caratterizzata da incoerenza, promesse non mantenute o comportamenti genitoriali inadeguati, essa può diventare fonte di confusione e sofferenza soprattutto nei bambini più piccoli che faticano a integrare esperienze relazionali contrastanti.

La gestione della relazione con la famiglia biologica assume caratteristiche specifiche nei casi di affidi di lunga durata. In tali situazioni, la temporaneità dell'intervento può progressivamente perdere linearità, generando incertezza sia per il minore sia per gli adulti coinvolti.

Le Linee di Indirizzo sottolineano la necessità di evitare prolungamenti indefiniti dell'affido senza una logica prospettiva progettuale perché tale condizione può compromettere il diritto del bambino alla stabilità affettiva (Conferenza Unificata, 2012). In questi casi, la relazione con la famiglia biologica deve essere ripensata alla luce dell'interesse del minore bilanciando il valore del legame originario con il bisogno di continuità e sicurezza.

Nel complesso, la relazione con la famiglia biologica nell'affido familiare si configura come un processo dinamico, soggetto a continui aggiustamenti e ridefinizioni. Essa richiede un approccio flessibile, capace di adattarsi alle diverse fasi del progetto di affido e all'evoluzione delle *condizioni* familiari. La letteratura e i documenti di indirizzo convergono nel sottolineare che non esistono soluzioni standardizzate, ma che ogni situazione deve essere valutata individualmente ponendo al centro il benessere del bambino e al suo diritto a relazioni significative e non dannose (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017; Goemans et al., 2015).

In questa prospettiva, la relazione con la famiglia biologica rappresenta al tempo stesso una risorsa e una sfida. Se adeguatamente sostenuta, essa può favorire la continuità affettiva, il recupero delle competenze genitoriali e una migliore integrazione dell'esperienza di affido nella storia di vita del minore. Al contrario, se trascurata o gestita in modo inadeguato, può diventare fonte di instabilità, conflitto e sofferenza, compromettendo gli obiettivi stessi dell'affidamento familiare.

La capacità del sistema di *welfare* di accompagnare questa complessità costituisce, ancora una volta, un indicatore fondamentale della qualità degli interventi di tutela dell'infanzia.

3.3 Aspetti culturali e sociali dell'affido familiare

L'affido familiare si configura come un istituto che non può essere compreso esclusivamente attraverso una lente giuridica o tecnico-organizzativa, ma deve essere collocato all'interno di un più ampio quadro culturale e sociale che ne orienta il significato, le rappresentazioni collettive dell'infanzia, i modelli di famiglie prevalenti, le forme di solidarietà sociale e il ruolo attribuito alla responsabilità pubblica nella tutela dei minori. In questa prospettiva, l'affido familiare non è soltanto una misura di protezione temporanea, ma un dispositivo sociale che interroga la capacità di una comunità di farsi carico dei propri membri più vulnerabili promuovendo contesti di crescita basati su relazioni significative e su un'idea di cura condivisa (UNICEF, 2024).

Nel panorama europeo e dell'Asia centrale, lo sviluppo dell'affido familiare è strettamente connesso ai processi di riforma dei sistemi di protezione dell'infanzia, in particolare, al progressivo superamento dei modelli istituzionalizzanti di accoglienza. I dati raccolti da UNICEF mostrano come negli ultimi decenni numerose nazioni abbiano intrapreso percorsi di de-istituzionalizzazione riconoscendo gli effetti negativi che l'accoglienza residenziale prolungata può avere sullo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale dei bambini (UNICEF, 2024). Nonostante ciò, tali trasformazioni non si realizzano in modo uniforme: la diffusione dell'affido familiare risente profondamente delle tradizioni culturali locali, della struttura dei sistemi di *welfare*, del grado di fiducia nelle istituzioni e della presenza di reti familiari o comunitarie idonee a sostenere l'accoglienza. Inoltre, in alcuni contesti, l'affido è percepito come una soluzione marginale o emergenziale, mentre in altri rappresenta una pratica consolidata e socialmente riconosciuta.

Nello scenario italiano, l'affidamento familiare si inserisce in un sistema di tutela che pur riconoscendo normativamente il diritto del

minore a crescere in un ambiente familiare presenta una significativa eterogeneità territoriale nell'applicazione concreta delle misure di accoglienza. Le Linee di Indirizzo per l'affidamento familiare sono state elaborate proprio per rispondere a questa frammentazione offrendo un quadro di riferimento condiviso che valorizza l'affido come intervento prioritario rispetto all'inserimento in comunità residenziale, quando le condizioni lo consentano (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2012; 2024). Le differenze regionali nell'utilizzo dell'affido non dipendono unicamente da fattori organizzativi, ma riflettono anche elementi culturali, quali la disponibilità delle famiglie all'accoglienza, la visibilità sociale dell'affido e il grado di investimento simbolico che le politiche locali attribuiscono alla dimensione familiare della cura.

Dal punto di vista culturale, l'affido familiare sollecita una ridefinizione dei concetti tradizionali di genitorialità e appartenenza mettendo in discussione l'idea che la cura del bambino sia esclusivamente legata al vincolo biologico. L'esperienza dell'affido introduce una concezione più ampia e plurale della famiglia fondata sulla responsabilità educativa e affettiva piuttosto che sulla filiazione genetica. Accogliere un bambino in affido implica riconoscere che la funzione genitoriale può essere temporaneamente esercitata da soggetti diversi dai genitori biologici senza che ciò comporti una negazione del legame originario. Le Linee di Indirizzo evidenziano con forza che l'affido deve essere concepito come un intervento progettuale e temporaneo, orientato, ove possibile, al rientro del minore nella famiglia di origine o in alternativa alla costruzione di una continuità affettiva stabile (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2012; 2024). Questa impostazione richiede una significativa maturità culturale poiché implica la capacità di sostenere relazioni complesse e talvolta ambivalenti tra famiglia affidataria, famiglia di origine e servizi sociali. Infatti, l'affido non si fonda su una logica sostitutiva, ma su un criterio integrativo nel quale più adulti condividono

in forme diverse la responsabilità della crescita del bambino; un modello che spesso si scontra con rappresentazioni sociali semplificate che tendono a contrapporre la famiglia affidataria a quella di origine generando incomprensioni e conflitti che possono compromettere la tenuta del progetto di affido.

Sul piano sociale, l'efficacia dell'affido familiare è strettamente legata alla qualità del sistema di supporto territoriale. I documenti e i rapporti di monitoraggio evidenziano come la riuscita dell'affido dipenda dalla presenza di servizi capaci di accompagnare le famiglie affidatarie lungo tutto il percorso offrendo formazione iniziale, sostegno continuativo, spazi di confronto e supervisione professionale (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2024; Strumenti per il Sociale, 2025); in assenza di tali condizioni, l'affido rischia di diventare un'esperienza isolata esposta a sovraccarico emotivo e a fallimenti precoci con conseguenze potenzialmente dannose per il bambino.

Un carattere comune di notevole rilevanza riguarda il rapporto tra affido familiare e vulnerabilità socio-economica. Numerosi studi e ricerche istituzionali sottolineano come l'allontanamento dei minori sia frequentemente associato a condizioni di povertà materiale, precarietà abitativa, isolamento sociale e fragilità genitoriale piuttosto che a una reale incapacità affettiva dei genitori (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017). In questo senso, l'affido familiare non può essere considerato una risposta neutra o isolata, ma deve essere inserito all'interno di politiche di prevenzione e sostegno alla genitorialità volte a ridurre le disuguaglianze sociali e a rafforzare le risorse delle famiglie di origine; inoltre, senza un investimento strutturale in questo ambito il rischio è quello di utilizzare l'affido come soluzione sostitutiva a problemi di natura sociale con effetti potenzialmente stigmatizzanti.

Le rappresentazioni sociali dell'affido familiare giocano un ruolo cruciale nella sua diffusione e nel suo riconoscimento pubblico. Da un

lato, le famiglie affidatarie sono spesso idealizzate come figure altruistiche e riparative; dall'altro, l'affido viene percepito come un'esperienza caratterizzata da incertezza, temporaneità e forte carico emotivo. Queste rappresentazioni ambivalenti influenzano sia la disponibilità delle famiglie ad accogliere, sia le aspettative nei confronti dei servizi. I *report* nazionali sottolineano l'importanza di promuovere una narrazione pubblica dell'affido che sia realistica e rispettosa della complessità dell'esperienza evitando sia la retorica dell'eroismo, sia la minimizzazione delle difficoltà (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2012; 2024).

Un'ulteriore dimensione culturale e sociale riguarda l'evoluzione delle tipologie di affido in risposta ai cambiamenti demografici e migratori. L'accoglienza di minori stranieri non accompagnati o provenienti da contesti culturali differenti pone nuove sfide in termini di mediazione culturale riconoscendo delle identità multiple e costruzione di percorsi di inclusione sociale. I documenti di Indirizzo evidenziano la necessità di sviluppare competenze specifiche nei servizi e nelle famiglie affidatarie al fine di garantire interventi rispettosi delle differenze culturali e orientati alla promozione dell'autonomia e dell'integrazione sociale (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017; 2024).

Infine, l'affido familiare emerge come un fenomeno profondamente intrecciato con il contesto culturale e sociale in cui si realizza. La sua efficacia non dipende unicamente dalla qualità della relazione tra il bambino e la famiglia affidataria, ma dalla capacità del sistema sociale di riconoscere l'affido come una responsabilità collettiva sostenuta da politiche pubbliche coerenti, da servizi competenti e da una cultura della solidarietà. In questa prospettiva, l'affido familiare non rappresenta soltanto una risposta a situazioni di crisi, ma un indicatore della maturità di un sistema di *welfare* e della sua capacità di promuovere inclusione, equità e tutela dei diritti dell'infanzia (UNICEF, 2024).

CAPITOLO 4

INTERVENTI PSICOLOGICI PER IL SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE AFFIDATARIE

4.1 Perché il supporto psicologico è importante?

Il supporto psicologico rappresenta un elemento centrale e imprescindibile nei percorsi di tutela e di cura dei minori coinvolti nel sistema dell'affido e, più in generale, nei contesti di vulnerabilità familiare. La letteratura scientifica evidenzia in modo consistente come i bambini e gli adolescenti che entrano in affido o in altre forme di collocamento fuori dalla famiglia d'origine abbiano spesso alle spalle esperienze di avversità significative, tra cui maltrattamento, trascuratezza, esposizione a violenza, instabilità relazionale e separazioni ripetute dalle figure di riferimento; tali esperienze incidono profondamente sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale, aumentando il rischio di problematiche psicologiche nel breve e nel lungo periodo (Harden, 2004; McLaughlin et al., 2019).

Numerosi studi mostrano che i minori in affido presentino tassi elevati di difficoltà internalizzanti ed esternalizzanti, disturbi dell'attaccamento, problemi di regolazione emotiva e sintomi legati al trauma. Harden (2004) sottolinea come l'instabilità delle esperienze di cura, unita alla storia di maltrattamento che spesso precede l'ingresso nel sistema di protezione, possa compromettere lo sviluppo di modelli di attaccamento sicuri influenzando negativamente la capacità di autoregolazione, le relazioni con i pari e il funzionamento scolastico; infatti, in tale contesto, il supporto psicologico non si limita a una funzione riparativa, ma assume un ruolo preventivo e di promozione del benessere aiutando il minore a dare senso alle proprie esperienze e a costruire risorse adattive.

Le evidenze neuropsicologiche rafforzano ulteriormente l'importanza del sostegno psicologico. La revisione sistematica di McLaughlin et al. (2019) dimostra come le esperienze di avversità infantile siano associate a modificazioni nello sviluppo cerebrale, in particolare nei circuiti coinvolti nell'elaborazione delle emozioni, nella risposta allo *stress* e nel controllo cognitivo; infatti, l'esposizione a esperienze di minaccia è stata collegata ad alterazioni dell'amigdala e dell'ippocampo, mentre le esperienze di deprivazione sono associate a cambiamenti nelle aree frontoparietali deputate alle funzioni esecutive. Questi adattamenti neurobiologici, sebbene comprensibili come risposte a contesti avversi, possono rendere i minori più vulnerabili a disturbi emotivi e comportamentali, soltanto un intervento psicologico tempestivo e continuativo può contribuire a modulare tali traiettorie di rischio, favorendo processi di resilienza e una riorganizzazione più funzionale delle risposte emotive e cognitive.

Il supporto psicologico risulta fondamentale anche nel favorire la costruzione e il mantenimento di relazioni significative. La qualità delle relazioni con i *caregiver* affidatari e con i genitori biologici rappresenta un fattore cruciale per il benessere dei minori in affido. Lo studio di McWey, Cui e Stevenson Wojciak (2022) evidenzia come un elevato coinvolgimento dell'attuale *caregiver* combinato con un contatto frequente e positivo con i genitori biologici sia associato a livelli più bassi di sintomi esternalizzanti nei giovani in collocamento *extra-familiare*; tali risultati suggeriscono che il supporto psicologico può svolgere una funzione di mediazione e integrazione tra diversi sistemi relazionali del minore, aiutandolo a gestire eventuali conflitti di lealtà, a elaborare le separazioni e a sviluppare un senso di continuità affettiva. In questo senso, il sostegno psicologico non è rivolto esclusivamente al minore, ma si estende ai *caregiver* affidatari e, quando possibile, alla famiglia di origine. Harden (2004) sottolinea come la capacità degli adulti di offrire un

ambiente stabile, sensibile e prevedibile rappresenti un fattore protettivo fondamentale. Tuttavia, i *caregiver* affidatari possono trovarsi a gestire comportamenti complessi, reazioni emotive intense e difficoltà legate alla storia traumatica del bambino. Il supporto psicologico consente di rafforzare le competenze genitoriali, promuovere una maggiore comprensione dei bisogni del minore, prevenire il rischio di *burnout* o di interruzioni dell'affido.

Un ulteriore ambito in cui il supporto psicologico si rivela riguarda la promozione dell'adattamento e del funzionamento positivo nel medio e lungo termine. Lo studio longitudinale di Humphreys et al. (2018) dimostra che l'inserimento in famiglie affidatarie soprattutto se avvenuto precocemente può favorire livelli più elevati di funzionamento adattivo in adolescenza tra bambini che hanno sperimentato gravi forme di deprivazione. Tuttavia, gli autori evidenziano come non tutti i minori raggiungano esiti positivi, sottolineando l'importanza di interventi mirati che sostengano i processi di recupero. Inoltre, il supporto psicologico contribuisce a consolidare i benefici dell'affido, aiutando i minori a sviluppare competenze emotive, relazionali e cognitive che favoriscono una migliore integrazione sociale e scolastica.

Anche nei casi in cui il percorso di affido sia influenzato da condizioni di elevata complessità, come la presenza di disturbi da uso di sostanze nei genitori biologici, il supporto psicologico assume un ruolo centrale. Lo studio di Meinhofer et al. (2024) mostra che i bambini coinvolti nel sistema di affido a causa di un disturbo da uso di oppioidi da parte dei genitori presentano tassi più elevati di problemi di salute mentale e di sviluppo rispetto ai coetanei non coinvolti. Sebbene l'affido sia associato a un aumento dell'accesso ai servizi sanitari e di salute mentale, gli autori sottolineano la necessità di interventi psicologici continuativi e coordinati per rispondere ai bisogni complessi di questi minori, evitando che le difficoltà emergano o si cronicizzino nel tempo. In aggiunta, il

supporto psicologico svolge una funzione essenziale nell'aiutare i minori a costruire una narrazione coerente della propria storia di vita. Le esperienze di separazione, perdita e cambiamento che caratterizzano il percorso dei bambini in affido possono frammentare il senso di identità e di continuità personale. Attraverso uno spazio di ascolto e di elaborazione, l'intervento psicologico consente al minore di attribuire significato alle proprie esperienze, riducendo il rischio di sviluppare vissuti di colpa, vergogna o sfiducia generalizzata negli adulti (Harden, 2004; McLaughlin et al., 2019); tale processo è particolarmente rilevante in adolescenza, fase in cui la costruzione dell'identità assume un ruolo centrale.

Infine, il supporto psicologico è importante perché risponde in modo integrato ai molteplici bisogni dei minori in affido: tutela la salute mentale, sostiene lo sviluppo neuropsicologico, rafforza le relazioni di cura, promuove la resilienza e favorisce esiti adattivi nel lungo periodo; non a caso, le evidenze empiriche dimostrano chiaramente che, in assenza di un adeguato sostegno psicologico, il rischio di esiti negativi aumenta significativamente, mentre interventi tempestivi, continuativi e sensibili al contesto relazionale possono fare la differenza nel promuovere il benessere e i diritti dei bambini e degli adolescenti coinvolti nel sistema di protezione.

4.2 Approcci basati sull'attaccamento

Gli approcci basati sull'attaccamento trovano il loro fondamento teorico nell'opera di John Bowlby, il quale ha proposto una revisione profonda dei modelli psicoanalitici tradizionali relativi al legame madre-bambino collocando tale legame all'interno di una prospettiva biologica, evolucionistica e sistemica. Secondo Bowlby, l'attaccamento non è un fenomeno secondario derivato dalla soddisfazione dei bisogni fisiologici come sostenuto dalle teorie della pulsione secondaria, ma rappresenta un sistema comportamentale primario dotato di una funzione adattiva

specifica orientata alla sopravvivenza dell'individuo all'interno dell'ambiente evolutivo di riferimento (Bowlby, 1969/1982); in tale prospettiva, il comportamento di attaccamento viene inteso come l'insieme di quei comportamenti, quali pianto, sorriso, vocalizzazioni, aggrapparsi e seguire che hanno come esito prevedibile il mantenimento o il ripristino della prossimità con una figura specifica solitamente la madre o una figura di accudimento stabile.

Un elemento centrale degli approcci basati sull'attaccamento è l'idea che tali comportamenti siano organizzati in sistemi di controllo orientati a uno scopo, piuttosto che come semplici risposte riflesse o espressioni di energie pulsionali. Bowlby descrive il comportamento di attaccamento come regolato da sistemi di controllo che monitorano costantemente la distanza tra il bambino e la figura di attaccamento attivandosi quando tale distanza supera una soglia tollerabile e disattivandosi quando viene ristabilita una condizione di sicurezza percepita (Bowlby, 1969/1982); tale modello consente di comprendere il comportamento del bambino come intrinsecamente finalizzato, sensibile al contesto e modulato da *feedback* ambientali superando una visione riduzionista centrata esclusivamente sulla gratificazione pulsionale.

Dal punto di vista clinico e applicativo, gli approcci basati sull'attaccamento assumono che la qualità delle prime relazioni di attaccamento eserciti un'influenza determinante sull'organizzazione della personalità e sul funzionamento emotivo e relazionale lungo l'intero arco di vita. Bowlby sottolinea come le esperienze ripetute di interazione con la figura di attaccamento conducano alla costruzione di modelli operativi interni, ovvero, rappresentazioni relativamente stabili di sé, dell'altro e delle relazioni che guidano le aspettative, le emozioni e i comportamenti dell'individuo nelle relazioni future (Bowlby, 1969/1982); tali modelli non sono semplici immagini cognitive, ma strutture dinamiche che

integrano componenti affettive, comportamentali e percettive e che possono operare sia a livello conscio sia inconscio.

Un contributo fondamentale degli approcci basati sull'attaccamento consiste nell'aver messo in luce il ruolo centrale delle esperienze di separazione e perdita nella genesi della sofferenza psicologica. Bowlby descrive in modo dettagliato le reazioni tipiche del bambino alla separazione della figura di attaccamento, articolandole nelle fasi di protesta, disperazione e distacco. Nella fase di protesta, il bambino manifesta intensi comportamenti di ricerca e di richiamo della madre; nella fase di disperazione, subentra un ritiro emotivo e una riduzione dell'attività; nella fase di distacco, il bambino appare apparentemente adattato, ma mostra una marcata riduzione del coinvolgimento emotivo nei confronti della madre al suo ritorno (Bowlby, 1969/1982); queste risposte, lungi dall'essere semplici reazioni transitorie, possono avere effetti duraturi sull'organizzazione affettiva del bambino, specialmente quando le separazioni sono prolungate o ripetute.

Gli approcci basati sull'attaccamento interpretano tali reazioni non come espressioni di conflitti pulsionali intrapsichici, ma come risposte adattive a una minaccia percepita alla sicurezza. La perdita o l'indisponibilità della figura di attaccamento rappresenta dal punto di vista del bambino una condizione di pericolo biologico ed emotivo che attiva potenti sistemi di regolazione del comportamento e dell'affettività (Bowlby, 1969/1982), quando tali sistemi vengono attivati in modo intenso o cronico e non trovano una risposta adeguata nell'ambiente possono instaurarsi modalità disfunzionali di regolazione emotiva e relazionale che costituiscono la base di successive difficoltà psicopatologiche.

Un ulteriore aspetto rilevante degli approcci basati sull'attaccamento riguarda la concezione dello sviluppo come processo dinamico in cui i sistemi comportamentali subiscono trasformazioni

qualitative nel corso del tempo. Bowlby evidenzia come nei primi mesi di vita i comportamenti di attaccamento siano relativamente poco selettivi e scarsamente coordinati, mentre nel corso del secondo anno essi tendano a organizzarsi in sistemi più complessi e orientati a obiettivi tramite lo sviluppo cognitivo e alla crescente capacità del bambino di rappresentarsi mentalmente la figura di attaccamento e le sue azioni (Bowlby, 1969/1982); questo passaggio consente al bambino di tollerare separazioni più lunghe e di utilizzare strategie più flessibili per mantenere la sicurezza, ma rende anche possibile l'insorgenza di strategie disadattive quando l'ambiente non risponde in modo coerente o sensibile.

Gli approcci basati sull'attaccamento attribuiscono grande importanza alle differenze individuali nei *pattern* di attaccamento sottolineando come tali differenze emergano dall'interazione tra le caratteristiche del bambino e la qualità delle risposte di accudimento ricevute. Bowlby osserva che la sensibilità, la disponibilità e la prevedibilità della figura di attaccamento favoriscono lo sviluppo di un senso di sicurezza, mentre risposte incoerenti, rifiutanti o intrusivamente controllanti possono condurre a forme di attaccamento insicuro o disorganizzato (Bowlby, 1969/1982). Sebbene nel primo volume Bowlby non proponga una tipologia formale degli stili di attaccamento, egli pone le basi teoriche per le successive elaborazioni empiriche, dimostrando come le esperienze precoci di relazione influenzino la fiducia del bambino nell'accessibilità e nell'affidabilità dell'altro.

In ambito terapeutico, gli approcci basati sull'attaccamento enfatizzano la funzione della relazione come contesto primario di cambiamento. La relazione terapeutica viene concepita come uno spazio in cui possono essere riattivati i sistemi di attaccamento e resi accessibili i modelli operativi interni che guidano il funzionamento relazionale del paziente. Attraverso un'esperienza relazionale caratterizzata da affidabilità, continuità e sensibilità, il terapeuta può offrire al paziente un

contesto sufficientemente sicuro da consentire l'esplorazione di emozioni dolorose legate a esperienze precoci di perdita, rifiuto o incoerenza affettiva (Bowlby, 1969/1982).

In questo senso, il cambiamento terapeutico non deriva primariamente dall'interpretazione dei contenuti inconsci, ma dalla possibilità di riorganizzare i modelli relazionali attraverso una nuova esperienza emotivamente significativa.

Infine, un elemento distintivo degli approcci basati sull'attaccamento è il loro carattere intrinsecamente interdisciplinare. Bowlby integra contributi provenienti dalla psicoanalisi, dall'etologia, dalla teoria dei sistemi di controllo e dalla biologia evoluzionistica costruendo un modello teorico capace di collegare osservazioni cliniche, dati empirici e ipotesi evolutive (Bowlby, 1969/1982); infatti, tale integrazione consente di superare la dicotomia tra natura e cultura affermando come i sistemi di attaccamento siano biologicamente predisposti ma profondamente modellati dall'esperienza. In tal modo gli approcci basati sull'attaccamento offrono una cornice teorica solida per comprendere lo sviluppo emotivo e relazionale, nonché le sue deviazioni ponendo al centro il ruolo delle relazioni significative come fattore chiave di salute o vulnerabilità psicologica.

4.3 Interventi specifici (*overview*)

Gli interventi specifici basati sull'attaccamento rappresentano oggi uno dei filoni più solidi ed empiricamente fondati nell'ambito della prevenzione e dell'intervento precoce con bambini piccoli e famiglie a rischio. In tale paragrafo è proposta l'analisi di programmi *evidence-based* correlati da studi sperimentali, *trial* randomizzati controllati e ulteriori meta-analisi che dimostrano l'efficacia alla promozione di sane relazioni di attaccamento rivolte al benessere dei bambini e alle famiglie affidatarie.

A partire dalle formulazioni teoriche di Bowlby e Ainsworth, numerosi programmi di appoggio sono stati sviluppati con l'obiettivo di promuovere la sensibilità genitoriale, favorire relazioni di attaccamento sicure e sostenere lo sviluppo della regolazione emotiva e comportamentale nei bambini. Questi interventi condividono alcuni presupposti fondamentali: la centralità delle prime relazioni di cura, il ruolo causale della sensibilità genitoriale nello sviluppo dell'attaccamento e la possibilità di modificare traiettorie di rischio attraverso esperienze relazionali correttive precoci (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Juffer et al., 2017).

Un primo gruppo di interventi specifici è rappresentato dai programmi di *video-feedback* che costituiscono uno degli strumenti più efficaci per il potenziamento della sensibilità genitoriale. La logica di tali interventi consiste nel filmare le interazioni quotidiane tra genitore e bambino e nell'utilizzare i video come base per una riflessione guidata, focalizzata su segnali del bambino, risposte genitoriali e loro effetti sull'interazione. La meta-analisi condotta da Fukkink (2008) che ha incluso 29 studi per un totale di oltre 1800 famiglie ha mostrato effetti positivi significativi dei programmi di *video-feedback* sul comportamento genitoriale, su atteggiamenti verso il ruolo parentale e in misura più contenuta sul funzionamento del bambino. In particolare, i genitori che partecipano a questi interventi diventano più competenti nell'interazione con il figlio, sperimentano minore *stress* genitoriale e maggiore soddisfazione nel ruolo educativo (Fukkink, 2008).

Un risultato particolarmente rilevante emerso dalla letteratura riguarda l'efficacia dei programmi brevi: interventi con un numero limitato di sessioni e una durata contenuta nel tempo risultano più efficaci rispetto a trattamenti lunghi e complessi, confermando l'ipotesi del "*less is more*" (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Fukkink, 2008). Questo dato ha importanti implicazioni applicative poiché suggerisce che

cambiamenti significativi nel comportamento genitoriale possono essere ottenuti attraverso interventi relativamente brevi, strutturati e focalizzati.

All'interno dei programmi di video-*feedback*, un ruolo centrale è svolto dalla *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline* (VIPP-SD), sviluppata da Juffer e colleghi sulla base delle evidenze teoriche e meta-analitiche disponibili. Il VIPP-SD è un intervento domiciliare strutturato, composto da sei sessioni che mira a promuovere la sensibilità genitoriale e nei bambini più grandi una disciplina sensibile e non coercitiva (Juffer et al., 2017). Il programma integra i principi dell'attaccamento con quelli della teoria della coercizione di Patterson e della disciplina induttiva di Hoffman sostenendo i genitori nel riconoscere i segnali del bambino, rispondere in modo adeguato a guidare il comportamento attraverso strategie empatiche e coerenti.

Numerosi studi randomizzati controllati hanno dimostrato l'efficacia del VIPP-SD in diversi contesti familiari e con differenti popolazioni, inclusi genitori con storie di insicurezza o trauma, famiglie a basso *status* socio-economico, bambini con problemi esternalizzanti e contesti educativi come asili nido e servizi per la prima infanzia (Juffer et al., 2017). Le meta-analisi più recenti indicano un effetto medio robusto sul miglioramento della sensibilità genitoriale con un valore di Cohen's *d* intorno a 0.47, confermando la rilevanza clinica dell'intervento (Juffer et al., 2014; Juffer et al., 2017).

Un ulteriore contributo importante alla panoramica degli interventi specifici basati sull'attaccamento è rappresentato dall'*Attachment and Biobehavioral Catch-up* (ABC), sviluppato da Dozier e colleghi per famiglie con bambini esposti a cure inadeguate o traumatiche come nel caso di affido, adozione o coinvolgimento dei servizi di protezione dell'infanzia. L'ABC è un programma di dieci sessioni domiciliari che si concentra su tre comportamenti genitoriali chiave: fornire cura e conforto

quando il bambino è in difficoltà, seguire il suo bisogno di esplorazione e ridurre comportamenti spaventanti o intrusivi (Dozier & Bernard, 2017).

Una caratteristica distintiva dell'ABC è l'uso intensivo dei commenti *in-the-moment*, ovvero *feedback* immediati forniti dall'operatore mentre il genitore interagisce con il bambino; questa modalità consente di rinforzare direttamente i comportamenti sensibili e di aumentare la consapevolezza del genitore rispetto ai propri schemi interattivi. Studi sperimentali hanno dimostrato che l'ABC migliora significativamente la sensibilità genitoriale, aumenta la probabilità di attaccamento sicuro e organizzato e favorisce una regolazione più adattiva dei sistemi biologici dello *stress* come il ritmo di secrezione del cortisolo (Dozier & Bernard, 2017).

Un aspetto particolarmente rilevante degli interventi specifici basati sull'attaccamento riguarda il concetto di suscettibilità differenziale. Alcuni studi hanno evidenziato che i bambini più reattivi o biologicamente sensibili traggono maggior beneficio dagli interventi rispetto ai bambini meno reattivi. Klein Velderman e colleghi (2006) hanno riportato come gli interventi basati sul video-*feedback* risultano particolarmente efficaci per le madri di bambini altamente reattivi, le quali manifestano i maggiori incrementi nella sensibilità genitoriale. Analogamente, ricerche sul VIPP-SD hanno evidenziato che i bambini portatori di specifiche varianti genetiche, come l'allele DRD4 a 7 ripetizioni mostrano una maggiore riduzione dei problemi esternalizzanti in seguito all'intervento confermando l'ipotesi che alcuni bambini siano più plastici e responsivi alle modifiche dell'ambiente di cura (Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Juffer et al., 2017).

Accanto agli interventi focalizzati direttamente sulla relazione genitore-bambino, la letteratura evidenzia anche programmi più ampi che pur non essendo esclusivamente centrati sull'attaccamento producono effetti indiretti rilevanti su esiti relazionali e di sviluppo. Un esempio è

rappresentato dal *Multidimensional Treatment foster Care (MTFC)*, un intervento multimodale sviluppato negli Stati-Uniti e rivolto prevalentemente ad adolescenti ad alto rischio. Studi longitudinali hanno mostrato che la riduzione di eventi critici come la gravidanza adolescenziale è associata a migliori esiti in età adulta, inclusi minori problemi di uso di sostanze e minore coinvolgimento dei servizi di protezione dell'infanzia (Leve et al., 2013). Sebbene il MTFC non sia un intervento di attaccamento in senso stretto, i suoi effetti suggeriscono l'importanza di interventi precoci e sistemici nel modificare traiettorie di rischio intergenerazionale.

Infine, l'*overview* degli interventi specifici basati sull'attaccamento sostiene come programmi strutturati, brevi, focalizzati sul comportamento osservabile e supportati da solide evidenze empiriche possano produrre cambiamenti significativi nelle competenze genitoriali e negli esiti di sviluppo dei bambini. L'integrazione di strumenti come il video-*feedback*, l'attenzione alla sensibilità genitoriale e la considerazione delle differenze individuali nella suscettibilità agli interventi rappresentano oggi elementi chiave per la progettazione di interventi efficaci e sostenibili nel contesto dei servizi alla prima infanzia e alla famiglia (Fukkink, 2008; Juffer et al., 2017; Dozier & Bernard, 2017).

4.4 Bucharest Early Intervention Project (BEIP)

Il *Bucharest Early Intervention Project* viene presentato in tale paragrafo poiché rappresenta una delle più solide evidenze scientifiche a supporto dell'efficacia degli interventi basati su miglioramenti dei contesti di cura. L'inserimento in affido non rappresenta un mero intervento psicologico, ma può essere considerato come un'azione protettiva e terapeutica rivolta al bambino ai fini di vivere in un contesto relazionale stabile idoneo al recupero delle competenze cognitive, emozionali e relazionali compromesse dalla deprivazione anticipata.

Il *Bucharest Early Intervention Project* (BEIP) è uno dei contributi empirici più significativi nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo e delle neuroscienze applicate ai contesti di grave deprivazione relazionale. Diretto da Charles H. Zeanah nei primi anni Duemila, il progetto nasce con l'obiettivo di esaminare in modo rigoroso e sistematico gli effetti dell'istituzionalizzazione precoce sullo sviluppo cognitivo, emotivo e neurobiologico dei bambini nonché di valutare l'efficacia di un intervento precoce basato sull'inserimento in famiglie affidatarie (Zeanah et al., 2003). La specificità e l'importanza dello studio risiedono soprattutto nel suo impianto metodologico: il BEIP costituisce infatti il primo *trial* randomizzato controllato condotto su bambini istituzionalizzati permettendo di rafforzare in modo significativo l'inferenza causale tra qualità dell'ambiente di cura ed esiti evolutivi.

Il contesto storico e sociale in cui il progetto si colloca è rilevante: quello della Romania *post-comunista* dove a seguito della caduta del regime di *Ceaușescu*, emerge la presenza di un numero straordinariamente elevato di bambini cresciuti in istituti statali. Queste strutture erano contrassegnate da condizioni di marcata deprivazione psicosociale: elevato rapporto numerico tra operatori e bambini, frequente turnazione del personale, interazioni prevalentemente strumentali e routinarie, assenza di continuità affettiva e scarsa stimolazione cognitiva. Sebbene i bisogni fisici primari fossero generalmente garantiti risultava gravemente compromessa la dimensione relazionale della cura; tale distinzione è teoricamente centrale per comprendere il significato del BEIP poiché il progetto dimostra che non è la sola deprivazione materiale a incidere negativamente sullo sviluppo, bensì l'assenza di una relazione stabile e contingente con una figura di riferimento affettuosa.

Il campione dello studio era costituito da bambini di età compresa tra i 6 e i 31 mesi, tutti già residenti in istituto al momento dell'inclusione nella ricerca. I partecipanti furono assegnati casualmente a due condizioni

sperimentali distinte: permanenza nel contesto istituzionale (*care as usual*) oppure inserimento in famiglie affidatarie appositamente reclutate, formate e costantemente supervisionate dal *team* di ricerca. Accanto a questi due gruppi, fu incluso un terzo gruppo di confronto composto da bambini mai istituzionalizzati e cresciuti nelle proprie famiglie biologiche al fine di disporre di un parametro normativo di sviluppo (Zeanah et al., 2003).

L'assegnazione randomizzata costituisce un elemento cruciale del disegno metodologico in quanto consente di attribuire con maggiore solidità le differenze negli esiti evolutivi alla qualità dell'ambiente di cura piuttosto che a variabili preesistenti. Le valutazioni condotte nel corso degli anni hanno riguardato molteplici domini dello sviluppo, in una prospettiva multilivello che integra dimensioni comportamentali, cognitive, relazionali e neurobiologiche.

Sul piano cognitivo, i bambini rimasti in istituto mostravano quozienti intellettivi significativamente inferiori rispetto sia ai coetanei inseriti in affido sia al gruppo di controllo comunitario con compromissioni che coinvolgevano anche il linguaggio e le funzioni esecutive.

L'inserimento in affido familiare determinava un miglioramento significativo delle competenze cognitive, soprattutto quando il collocamento avveniva entro i primi due anni di vita suggerendo l'esistenza di periodi sensibili durante i quali l'esperienza ambientale esercita un ruolo particolarmente incisivo sull'organizzazione cerebrale e sulla plasticità neurale (Zeanah et al., 2003).

Simultaneamente, sul piano socio-emotivo l'istituzionalizzazione risultava associata a un'elevata prevalenza di attaccamento disorganizzato o non classificabile, oltre alla presenza di comportamenti sociali indiscriminati e quadri compatibili con il disturbo reattivo dell'attaccamento (Zeanah et al., 2005); tali manifestazioni possono essere

interpretate alla luce dell'assenza di una figura di attaccamento stabile e coerente nel tempo, una carenza che compromette profondamente la capacità del bambino di sviluppare una base sicura su cui costruire le relazioni future. Inoltre, tali comportamenti riflettono spesso l'assenza di una figura di accudimento affidabile qualcuno cioè capace di offrire protezione, aiutare il bambino a gestire le proprie emozioni e mantenere coerenza nelle interazioni quotidiane. I bambini affidati a famiglie, soprattutto quando il passaggio avveniva presto nella loro vita, mostravano invece prospettive ben diverse: sviluppavano *pattern* di attaccamento più organizzati e sicuri, il che suggerisce che le relazioni di qualità successive possono effettivamente riorientare i percorsi di sviluppo compromessi dall'inizio (Zeanah et al., 2005).

Il progetto Bucharest ha portato contributi altrettanto rilevanti anche da un punto di vista neuro-scientifico. Gli esami dell'attività cerebrale hanno rilevato che i bambini rimasti in istituto presentavano schemi di funzionamento cerebrale indicativi di un ritardo nella maturazione della corteccia, mentre quelli che si trasferivano in un ambiente familiare stabile gradualmente mostravano un'attività cerebrale sempre più vicina alla norma (Zeanah et al., 2003). In aggiunta, è stato osservato qualcosa di altrettanto interessante: irregolarità nei meccanismi con cui il corpo gestisce lo *stress* con livelli anomali di cortisolo nei bambini sottoposti a deprivazione prolungata; tali risultati suggeriscono che le esperienze relazionali precoci non influenzino esclusivamente le manifestazioni comportamentali osservabili, ma contribuiscano attivamente all'organizzazione dei sistemi biologici coinvolti nella regolazione emotiva e nella risposta allo *stress*.

Nel complesso, il BEIP fornisce prove empiriche solide e convincenti per le teorie sull'attaccamento, in particolare l'idea che il legame con una figura di cura stabile non è solo una preferenza emotiva ma una necessità biologica radicata nella nostra evoluzione, essenziale per

la sopravvivenza e l'adattamento. La mancanza di questo legame durante i primi anni rappresenta un rischio che si ripercuote in molteplici ambiti simultaneamente: lo sviluppo intellettuale, il modo in cui il bambino forma legami, come gestisce emozioni e ansia e la stessa crescita del cervello. D'altra parte, uno degli aspetti più rilevanti dello studio riguarda l'elevata plasticità neuroevolutiva delle prime fasi di vita e la possibilità che un intervento precoce, continuativo e attento alle esigenze del bambino possa modificare positivamente il suo percorso di sviluppo, pur senza annullare completamente gli effetti della deprivazione quando questa è stata prolungata o si è verificata durante periodi particolarmente sensibili dello sviluppo (Zeanah et al., 2003; Zeanah et al., 2005); infatti, ciò che rende questo progetto ancora più significativo è che i suoi risultati hanno orientato concretamente le decisioni che i governi e le organizzazioni prendono per proteggere i bambini. Lo studio ha spinto verso politiche che dismettono gradualmente i grandi istituti e incoraggiano invece l'affido in famiglia come soluzione preferibile rispetto all'assistenza istituzionale. In questo senso, il BEIP, oltre al puro avanzamento della conoscenza scientifica, rappresenta un esempio di ricerca che ha trasformato concretamente come si lavora con i bambini e come si costruiscono le reti di supporto sociale. Infine, il *Bucharest Early Intervention Project* rappresenta un'evidenza centrale in cui la qualità e la tempestività delle esperienze relazionali precoci sono fondamentali per come ciascuno di noi si sviluppa. Infine, la privazione di relazioni affettive nei primi anni lascia segni profondi ed estesi, ma un ambiente familiare che sia stabile e realmente attento alle necessità del bambino ha la forza di riorientare l'itinerario di crescita confermando ancora una volta che il legame di attaccamento rimane il fondamento su cui si costruisce lo sviluppo psicologico, relazionale e biologico di ogni individuo (Zeanah et al., 2003; Zeanah et al., 2005).

4.5 Il programma *CONNECT*

Il programma *CONNECT* rappresenta uno degli interventi più rilevanti e strutturati basati sulla teoria dell'attaccamento per genitori di preadolescenti e adolescenti di fascia d'età compresa tra 11-18 anni con problematiche comportamentali, emotive e relazionali significative validato in Canada. Sviluppato da Marlene Moretti e collaboratori, *CONNECT* nasce dalla constatazione che, sebbene l'adolescenza costituisca una fase di profonda trasformazione neurobiologica, cognitiva e sociale, il legame di attaccamento con i genitori continua a svolgere una funzione cruciale nel sostenere lo sviluppo adattivo e nel proteggere i giovani da esiti psicopatologici e comportamentali a rischio (Moretti & Peled, 2004; Moretti & Obsuth, 2009). In contrasto con il mito diffuso dell'inevitabile distacco adolescenziale, il programma si fonda sull'idea che una base sicura genitoriale favorisca l'autonomia, la regolazione emotiva e l'esplorazione del mondo sociale anche in questa fase del ciclo di vita.

CONNECT è un programma manualizzato di dieci settimane, erogato in formato di gruppo, rivolto a genitori o *caregiver* di adolescenti a rischio inclusi genitori biologici, adottivi, affidatari o altre figure di riferimento. L'obiettivo principale del programma è rafforzare i «mattoni fondamentali» della sicurezza dell'attaccamento nella relazione genitore-figlio, in particolare la sensibilità genitoriale, la capacità riflessiva, la regolazione affettiva diadica e la costruzione di una *partnership* cooperativa tra genitore e adolescente (Moretti & Obsuth, 2009; Moretti et al., 2015). A differenza dei tradizionali programmi di *parent training* basati sull'apprendimento sociale che si concentrano prevalentemente sull'insegnamento di tecniche comportamentali e strategie di controllo, *CONNECT* adotta un approccio relazionale e non prescrittivo, ponendo al

centro il significato di attaccamento sottostante ai comportamenti problematici degli adolescenti.

Ogni sessione del programma si apre con l'introduzione di un principio chiave dell'attaccamento adattato allo sviluppo adolescenziale, come l'idea che "ogni comportamento ha un significato", che "l'attaccamento dura tutta la vita" o che "il conflitto è parte integrante dell'attaccamento" (Moretti & Obsuth, 2009; Moretti et al., 2015). Tali principi vengono poi esplorati attraverso esercizi esperienziali, *role-play* e momenti di riflessione guidata che aiutano i genitori a riconoscere le proprie reazioni emotive, a sospendere risposte impulsive o coercitive e a considerare il punto di vista dell'adolescente. L'obiettivo non è eliminare il conflitto, ma favorire la capacità di mantenere la relazione e la connessione emotiva anche in presenza di disaccordi, sostenendo così lo sviluppo di una "*partnership* orientata agli obiettivi" tipica delle relazioni di attaccamento sicure in adolescenza (Moretti & Peled, 2004).

Un aspetto centrale del programma *CONNECT* è il lavoro sulla regolazione affettiva diadica. I genitori vengono aiutati a tollerare e contenere emozioni intense, proprie e dei figli, senza ricorrere a strategie di evitamento, *escalation* o ritiro. Attraverso esercizi strutturati, i partecipanti apprendono a fare un passo indietro rispetto alle proprie attribuzioni negative e a entrare nella mente dell'adolescente, promuovendo empatia e comprensione dei bisogni di attaccamento che spesso si esprimono attraverso comportamenti oppositivi, aggressivi o di chiusura (Moretti et al., 2015). In questo senso, *CONNECT* non giustifica i comportamenti problematici, ma insegna ai genitori a rispondere con sensibilità e fermezza, bilanciando il bisogno di autonomia dell'adolescente con quello di connessione e sicurezza.

Le evidenze empiriche a supporto del programma *CONNECT* sono robuste e coerenti. Studi di valutazione iniziali hanno evidenziato come i genitori che completano il programma riportano aumenti significativi

nella soddisfazione e nell'efficacia percepita del ruolo genitoriale accompagnati da riduzioni rilevanti dei problemi esternalizzanti e internalizzanti degli adolescenti, tra cui aggressività, comportamenti antisociali, ansia e depressione (Moretti et al., 2009); tali miglioramenti risultano non solo statisticamente significativi, ma clinicamente rilevanti con effetti che si mantengono o addirittura si consolidano a distanza di un anno dalla conclusione dell'intervento (Moretti & Obsuth, 2009).

Successive ricerche su campioni più ampi e in contesti comunitari hanno confermato la trasferibilità e l'efficacia del programma. In uno studio che ha coinvolto oltre 300 genitori in 17 comunità diverse, *CONNECT* ha prodotto riduzioni significative dei problemi comportamentali ed emotivi degli adolescenti, miglioramenti nella regolazione emotiva e un aumento del funzionamento sociale e scolastico anche in presenza di elevati livelli di rischio e comorbilità (Moretti et al., 2009); inoltre, i genitori hanno riportato una marcata riduzione del carico emotivo e dello *stress* associato al ruolo di *caregiver*, elemento molto rilevante nelle famiglie con adolescenti ad alto rischio.

Un contributo fondamentale della ricerca più recente riguarda l'analisi dei meccanismi di cambiamento alla base dell'efficacia di *CONNECT*. Studi longitudinali hanno evidenziato che le riduzioni nei sintomi esternalizzanti sono associate a diminuzioni dell'evitamento di attaccamento e della disregolazione affettiva, mentre le riduzioni nei sintomi internalizzanti risultano maggiormente collegate a una diminuzione dell'ansia di attaccamento e a un miglioramento della regolazione emotiva (Moretti et al., 2015); quindi, i risultati suggeriscono che *CONNECT* agisce promuovendo una maggiore sicurezza dell'attaccamento nella relazione genitore-adolescente che a sua volta funge da fattore protettivo rispetto a una vasta gamma di esiti psicopatologici.

Il modello teorico di cambiamento proposto dagli autori descrive un processo articolato in più fasi: inizialmente i genitori apprendono a riconoscere e modulare le proprie reazioni emotive; successivamente sviluppano una maggiore sensibilità ai bisogni di attaccamento dell'adolescente; infine, rafforzano una relazione caratterizzata da fiducia, mutualità e capacità di riparazione dopo i conflitti (Moretti et al., 2015); processo che appare coerente con i principi fondamentali della teoria dell'attaccamento e con le evidenze che indicano come la sicurezza relazionale sia un costrutto dinamico e modificabile anche in adolescenza (Moretti & Peled, 2004).

Negli ultimi anni, il programma *CONNECT* è stato ulteriormente adattato e implementato in contesti specifici, come l'affido familiare e la tutela minorile, nonché con popolazioni particolarmente vulnerabili tra cui adolescenti in affido e giovani con esperienze traumatiche complesse. Evidenze preliminari suggeriscono che *CONNECT* sia ben accettato dai *caregiver*, presenti buoni livelli di adesione e contribuisca a migliorare la stabilità degli affidi e il funzionamento emotivo-relazionale dei giovani coinvolti (Moretti et al., 2018); tali risultati sottolineano la flessibilità del programma e la sua potenziale rilevanza nei sistemi di protezione dell'infanzia e dell'adolescenza.

In sintesi, il programma *CONNECT* si configura come un intervento *evidence-based*, teoricamente fondato e clinicamente efficace, capace di rispondere alle sfide specifiche dell'adolescenza attraverso il rafforzamento della relazione di attaccamento genitore-figlio. Promuovendo sensibilità, capacità riflessiva e regolazione affettiva, *CONNECT* offre ai genitori strumenti per sostenere l'autonomia dei loro figli senza rinunciare alla connessione emotiva, contribuendo così a traiettorie di sviluppo più adattive anche in presenza di elevati livelli di rischio (Moretti & Obsuth, 2009; Moretti et al., 2015; Moretti et al., 2018).

4.6 Metodo del video-*feedback*

Il metodo del video-*feedback* si configura come una delle strategie di intervento psicologico più studiate e validate per il sostegno alla genitorialità e allo sviluppo socio-emotivo dei bambini nei primi anni di vita. Alla base di questo approccio vi è l'utilizzo sistematico di registrazioni video delle interazioni quotidiane tra genitore e bambino, successivamente riviste e discusse con supporto di un professionista formato. Il presupposto teorico fondamentale è che la possibilità di vedersi dall'esterno consenta ai genitori di aumentare la consapevolezza dei propri comportamenti interattivi, dei segnali comunicativi del bambino e delle reciproche risposte favorendo processi di riflessione, apprendimento e cambiamento (Fukkink, 2008).

Il video-*feedback* non si limita alla semplice osservazione di sé, ma si inserisce all'interno di un processo strutturato e guidato, in cui il clinico seleziona specifici frammenti delle registrazioni per evidenziare sequenze interattive rilevanti. In particolare, l'attenzione viene posta su episodi di interazione positiva e funzionale come la capacità del genitore di cogliere i segnali del bambino, rispondervi in modo contingente e sostenere sia i bisogni di attaccamento sia quelli di esplorazione; questo orientamento positivo è considerato centrale per creare un clima collaborativo, ridurre la difensiva genitoriale e rafforzare il senso di competenza e autoefficacia nel ruolo educativo (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008; Fukkink, 2008).

A livello teorico, il metodo del video-*feedback* si colloca prevalentemente all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento, secondo cui la sensibilità genitoriale rappresenta uno dei principali predittori della sicurezza dell'attaccamento nel bambino (Ainsworth et al., 1978; De Wolf & van IJzendoorn, 1997). La sensibilità viene definita come la capacità del *caregiver* di percepire accuratamente i segnali del bambino, interpretarli correttamente e rispondere in modo tempestivo e

appropriato. Gli interventi basati sul *video-feedback* mirano precisamente a potenziare questa competenza, rendendo visibili al genitore micro-sequenze interattive che spesso nella quotidianità passano inosservate (Kalinauskiene et al., 2009).

Le modalità applicative del *video-feedback* presentano alcune caratteristiche ricorrenti. Le registrazioni avvengono solitamente in contesti naturali come l'ambiente domestico, durante attività quotidiane quali il gioco, il pasto o la gestione di momenti potenzialmente stressanti. Le sessioni di restituzione prevedono la visione di brevi *clip* selezionate dal professionista, che guida il genitore nell'osservazione e nella comprensione delle dinamiche relazionali. Tecniche specifiche, come il "parlare per il bambino", vengono utilizzate per facilitare l'accesso empatico ai vissuti e ai segnali emotivi del figlio promuovendo una lettura più attenta degli stati interni del bambino (Juffer et al., 2008; Kalinauskiene et al., 2009).

Numerose ricerche sperimentali e studi controllati randomizzati hanno documentato l'efficacia del metodo del *video-feedback* nel migliorare la sensibilità genitoriale. In particolare, il *trial* condotto in Lituania da Kalinauskiene e colleghi su bambini di fascia compresa tra i 6 e i 12 mesi e della correlata figura materna ha mostrato che un intervento breve e focalizzato, come il *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting* (VIPPP) è in grado di produrre un aumento significativo e clinicamente rilevante della sensibilità materna con dimensioni dell'effetto elevate anche controllando variabili quali età, livello di istruzione, *stress* quotidiano e sintomi depressivi (Kalinauskiene et al., 2009); inoltre, tali risultati confermano che interventi di durata relativamente breve possono essere altamente efficaci nel modificare comportamenti genitoriali chiave.

Per quanto riguarda gli effetti sul bambino, la letteratura evidenzia risultati più complessi. Sebbene l'aumento della sensibilità genitoriale sia

sistematicamente associato a esiti positivi nello sviluppo socio-emotivo, i cambiamenti nella sicurezza dell'attaccamento non emergono sempre in modo immediato o uniforme. Alcuni studi suggeriscono che gli effetti sull'attaccamento possano manifestarsi nel lungo periodo o essere più evidenti in sottogruppi specifici ai bambini, ad esempio quelli caratterizzati da elevata reattività emotiva (Kalinauskiene et al., 2009; Klein Velderman et al., 2006). In questo senso, il contributo di Klein Velderman e colleghi risulta particolarmente rilevante poiché introduce il concetto di suscettibilità differenziale. I loro studi dimostrano che i bambini con maggiore reattività emotiva beneficiano in misura maggiore degli incrementi di sensibilità genitoriale indotti dal *video-feedback*, riportando un legame più stretto tra miglioramento della cura e sicurezza dell'attaccamento (Klein Velderman et al., 2006); tale risultato supporta l'ipotesi che non tutti i bambini rispondano allo stesso modo agli interventi e che il *video-feedback* possa essere particolarmente indicato per diadi caratterizzate da maggiore vulnerabilità temperamentalmente determinata.

Accanto agli studi sperimentali, le meta-analisi offrono una visione d'insieme sull'efficacia del metodo. La meta-analisi internazionale condotta da Fukkink, che ha incluso 29 studi provenienti da diversi Paesi per un totale di oltre 1800 famiglie, evidenzia effetti positivi e statisticamente significativi del *video-feedback* sul comportamento genitoriale con dimensioni dell'effetto di entità media. Gli effetti risultano positivi anche sul piano degli atteggiamenti genitoriali come la riduzione dello *stress* e l'aumento della soddisfazione nel ruolo parentale, sebbene con dimensioni leggermente inferiori rispetto al dominio comportamentale (Fukkink, 2008). A livello del bambino, gli effetti sono più contenuti ma comunque significativi, soprattutto in contesti non caratterizzati da elevato rischio psicosociale.

Un risultato particolarmente rilevante emerso dalla meta-analisi riguarda la durata degli interventi. Coerentemente con l'ipotesi del *less is*

more, gli interventi più brevi e focalizzati sembrano produrre effetti più consistenti sul comportamento genitoriale rispetto a programmi più lunghi e complessi (Fukkink, 2008; Bakermans-Kranenburg et al., 2003); questo dato rafforza l'idea che la chiarezza degli obiettivi e la focalizzazione su specifici meccanismi di cambiamento, come la sensibilità, siano elementi chiave dell'efficacia del *video-feedback*.

Il metodo del *video-feedback* si distingue inoltre per la sua flessibilità applicativa. Sebbene sia stato originariamente sviluppato per il lavoro con genitori di bambini piccoli, esso è stato adattato a numerosi contesti inclusi interventi con famiglie adottive, genitori di bambini con disabilità, madri con disturbi psicopatologici e famiglie in condizioni di svantaggio socio-economico (Fukkink, 2008; Juffer et al., 2008). Tuttavia, le evidenze suggeriscono che nei contesti ad alto rischio il *video-feedback* risulti maggiormente efficace se integrato all'interno di interventi multimodali più ampi capaci di affrontare anche fattori di *stress* strutturati come la povertà o la depressione genitoriale (Fukkink, 2008).

In conclusione, il metodo del *video-feedback* rappresenta uno strumento *evidence-based* di grande rilevanza nel panorama degli interventi di supporto alla genitorialità. Attraverso l'uso mirato delle immagini video e una guida clinica strutturata, esso favorisce l'aumento della sensibilità genitoriale, il rafforzamento della relazione genitore-bambino e indirettamente esiti più adattivi nello sviluppo del bambino. Le ricerche disponibili indicano che si tratta di un approccio efficace relativamente breve e sostenibile, particolarmente indicato per interventi preventivi e di promozione delle competenze genitoriali nei primi anni di vita (Fukkink, 2008; Kalinauskiene et al., 2009; Klein Velderman et al., 2006).

4.7 VIPP-SD e VIPP-FC

Il VIPP-SD (*Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive discipline*) e il VIPP-FC (e la sua estensione VIPP-FC/A per adozione e affidamento) sviluppato nei Paesi Bassi e rivolto ai bambini di fascia compresa tra 1 e 5 anni rappresentano due declinazioni consolidate ed *evidence-based* degli interventi di *video-feedback* orientati al sostegno della genitorialità sviluppati presso il *Centre for Child and Family Studies* dell'università di Leiden e fondati sull'integrazione tra teoria dell'attaccamento e teoria della coercizione.

Entrambi gli interventi condividono l'assunto di base secondo cui la qualità delle interazioni quotidiane tra *caregiver* e bambino, in particolare la sensibilità genitoriale e la capacità di fornire una disciplina coerente e non coercitiva rappresentano fattori cruciali per lo sviluppo socio-emotivo del bambino e per la prevenzione di esiti psicopatologici precoci (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008; Juffer et al., 2017). Il VIPP-SD nasce come estensione del VIPP originario, inizialmente pensato per genitori di bambini molto piccoli ed è destinato a famiglie con bambini di età compresa indicativamente tra 1 e 5 anni, in una fase dello sviluppo in cui alle esigenze di attaccamento si affiancano in modo sempre più rilevante le sfide educative e disciplinari. L'intervento si articola generalmente in sei o sette visite domiciliari strutturate, durante le quali vengono registrate brevi sequenze di interazione genitore-bambino in situazioni di vita quotidiana (gioco, riordino, pasti). Le registrazioni vengono successivamente analizzate dall'operatore che seleziona frammenti significativi da rivedere insieme al genitore nel corso della visita successiva seguendo un protocollo standardizzato che prevede temi specifici per ciascun incontro, come la distinzione tra comportamenti di esplorazione e di attaccamento, la lettura accurata dei segnali del bambino, la costruzione della "catena di sensibilità" (segnale del bambino- risposta del genitore – reazione del bambino), la condivisione delle emozioni e

l'empatia (Juffer et al., 2008; Juffer et al., 2017). A questi elementi, tipici del VIPP, il VIPP-SD aggiunge componenti specifiche di disciplina sensibile ispirate alla teoria della coercizione di Patterson e al modello dell'induzione empatica di Hoffman che mirano a interrompere i cicli coercitivi genitore-bambino attraverso strategie come il rinforzo positivo, la destinazione, il *time-out* sensibile e l'uso di spiegazioni orientate all'empatia e alla comprensione delle conseguenze delle proprie azioni (Patterson, 1982; Hoffman, 2000; Juffer et al., 2008). Numerosi studi randomizzati controllati e meta-analisi hanno documentato l'efficacia del VIPP-SD nell'aumentare in modo significativo la sensibilità genitoriale e le pratiche di disciplina sensibile con effetti di dimensione medio-alta nonché nel ridurre i problemi comportamentali esternalizzanti nei bambini, in particolare l'iperattività e i comportamenti oppositivi (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Van Zeijl et al., 2006; Juffer et al., 2017). Ulteriori evidenze indicano che l'intervento è particolarmente efficace in famiglie a rischio e che i suoi effetti possono essere modulati da caratteristiche individuali del bambino come il temperamento e specifici marcatori genetici in linea con il modello della suscettibilità differenziale secondo cui alcuni bambini risultano più sensibili sia agli ambienti negativi sia a cambiamenti positivi indotti da interventi mirati (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2011; Klein Velderman et al., 2006).

Il VIPP-FC (*Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting in Foster Care*), e in particolare la versione VIPP-FC/A per l'adozione e l'affido rappresenta un adattamento del VIPP-SD specificamente pensato per rispondere ai bisogni delle famiglie affidatarie e adottive che accolgono bambini con storie di deprivazione precoce, istituzionalizzazione, trascuratezza o maltrattamento. In questi contesti, la genitorialità si confronta con sfide peculiari legate non solo alla gestione dei comportamenti problematici, ma anche alla costruzione di un legame

affettivo sicuro con i bambini che possono presentare difficoltà di regolazione emotiva, comportamenti indiscriminatamente amichevoli, problemi di attaccamento e livelli elevati di *stress* genitoriale. Il VIPP-FC/A mantiene la struttura di base del video-*feedback* e l'attenzione centrale alla sensibilità genitoriale, ma introduce contenuti specifici relativi all'esperienza adottiva e affidataria come il riconoscimento dei segnali di *stress* e di attaccamento atipici nei bambini *post-istituzionalizzati*, l'importanza del contatto fisico e della prevedibilità nelle *routine* e il sostegno alla genitorialità in un contesto di storia traumatica precoce (Juffer et al., 2017; Barone et al., 2018). Studi sperimentali e randomizzati hanno dimostrato che il VIPP-FC/A è efficace nell'aumentare l'*emotional availability* materna e la qualità delle interazioni diadiche genitore-bambino nonché nel migliorare l'adattamento socio-emotivo dei bambini adottati e affidati, in particolare in termini di maggiore disponibilità emotiva e riduzione dei problemi comportamentali esternalizzanti (Barone, Ozturk, & Lionetti, 2019). In uno studio RCT su bambini *post-istituzionalizzati* adottati a livello internazionale, la partecipazione delle madri al VIPP-FC/A ha prodotto un incremento significativo della loro *emotional availability* che ha mediato il miglioramento dell'*emotional availability* dei bambini e la riduzione dei comportamenti esternalizzanti a sei mesi dal termine dell'intervento confermando il ruolo centrale della qualità della genitorialità come meccanismo di cambiamento (Barone, Ozturk, & Lionetti, 2019). Anche in questo ambito, il modello della suscettibilità differenziale ha trovato supporto empirico: i bambini con livelli più elevati di affettività negativa temperamentale hanno beneficiato maggiormente dell'aumento di sensibilità ed *emotional availability* materna riportando esiti più marcati in termini di adattamento socio-emotivo, a conferma del fatto che proprio i bambini più vulnerabili possono trarre il massimo vantaggio da interventi

di sostegno alla genitorialità basati su relazioni sensibili e coerenti (Barone, Ozturk, & Lionetti, 2019); Klein Velderman et al., 2006).

Nel loro insieme, il VIPP-SD e il VIPP-FC rappresentano esempi paradigmatici di interventi brevi focalizzati e basati su solide evidenze empiriche, in linea con il principio “*less is more*” emerso dalle metanalisi sugli interventi di attaccamento, secondo cui programmi di durata contenuta e con obiettivi definiti risultano spesso più efficaci rispetto a trattamenti lunghi e poco focalizzati (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Fukkink, 2008). La metodologia del video-*feedback* consente ai genitori di osservare sé stessi in azione, di riconoscere e rafforzare comportamenti già presenti ma spesso non consapevoli e di sviluppare una maggiore capacità riflessiva rispetto ai segnali e ai bisogni del bambino creando un clima di collaborazione e di *empowerment* piuttosto che di giudizio. L’ampia diffusione internazionale di questi programmi, la loro adattabilità a contesti culturali diversi e a popolazioni differenti (famiglie biologiche, adottive, affidatarie, contesti educativi), nonché i risultati positivi documentati a livello comportamentale, relazionale e in alcuni studi anche neurobiologico rendono il VIPP-SD e il VIPP-FC strumenti di grande rilevanza per le politiche di prevenzione e di sostegno precoce alla genitorialità. Essi offrono un modello di intervento che pur nella sua struttura standardizzata mantiene un’elevata personalizzazione e una forte attenzione alla relazione contribuendo in modo significativo alla promozione di traiettorie di sviluppo più adattive per bambini e famiglie in particolare in situazioni di rischio psicosociale, affidamento e adozione (Juffer et al., 2017; Barone et al., 2018).

4.8 Programma ABC

L’*Attachment and Biobehavioral Catch-up* (ABC), sviluppato negli Stati Uniti da Mary Dozier e collaboratori è un intervento *evidence-based*

di *home visiting* rivolto ai genitori (biologici, affidatari o adottivi) di infanti o bambini di età prescolare molto piccoli, in genere tra i 6 mesi e i 4 anni esposti a cure inadeguate o problematiche come trascuratezza, maltrattamento, separazioni precoci e ripetute o inserimento in affido.

Il programma nasce dall'integrazione tra teoria dell'attaccamento, ricerca sullo sviluppo neurobiologico precoce e studi sul ruolo centrale della sensibilità genitoriale nella regolazione comportamentale e fisiologica del bambino (Dozier & Bernard, 2017). L'assunto di base dell'ABC è che i bambini che hanno sperimentato avversità precoci non necessitano semplicemente di buona genitorialità, ma di una genitorialità potenziata capace di compensare e riorganizzare sistemi di regolazione alterati dell'esperienza. In particolare, l'intervento si concentra su tre dimensioni fondamentali del comportamento genitoriale: (1) la capacità di offrire *nurturance*, ovvero risposte calorose e protettive quando il bambino è in difficoltà; (2) la capacità di seguire la guida del bambino (*following the lead*), favorendo interazioni contingenti e diadiche di tipo “*serve and return*”; (3) la riduzione di comportamenti spaventanti o intrusivi, che interferiscono con l'organizzazione dell'attaccamento e con la regolazione neurofisiologica (Dozier et al., 2017).

L'ABC si distingue da molti altri programmi per alcune caratteristiche strutturali e metodologiche che ne spiegano l'efficacia. In primo luogo, è un intervento breve e altamente focalizzato, composto da 10 sessioni settimanali di circa un'ora ciascuna condotte nel contesto naturale della famiglia, ovvero il domicilio. Questa scelta è coerente con le evidenze meta-analitiche che sostengono come interventi brevi e mirati al comportamento genitoriale siano più efficaci di programmi lunghi ed eccessivamente complessi nel promuovere sensibilità e sicurezza dell'attaccamento (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Dozier & Bernard, 2017). In secondo luogo, l'ABC adotta un approccio fortemente esperienziale centrato sulla pratica diretta dal genitore con il bambino e su

un *feedback* immediato fornito dal *parent coach*. Il cuore dell'intervento è rappresentato dai cosiddetti "*in-the-moment comments*", commenti brevi, frequenti e specifici che il *coach* fornisce ogni volta che il genitore mette in atto (o manca di mettere in atto) un comportamento *target*. Questi commenti possono includere la descrizione del comportamento osservato, l'etichettatura del *target* dell'intervento e l'esplicitazione delle possibili conseguenze positive per il bambino (Dozier et al., 2017). È stato dimostrato che la frequenza e la qualità di tali commenti predicono direttamente il cambiamento nella sensibilità genitoriale rendendo l'ABC un esempio paradigmatico di intervento con meccanismi di cambiamento ben identificati (Caron et al., 2017; Dozier & Bernard, 2017).

Le basi teoriche dell'ABC affondano nella letteratura sull'attaccamento, nello specifico negli studi che confermano come la qualità dell'attaccamento del bambino si organizzi in funzione della disponibilità e responsività del *caregiver* piuttosto che di fattori genetici o temperamentali. Gli studi condotti da Dozier e colleghi su bambini in affido hanno fornito una dimostrazione notevolmente forte di questo principio. In uno studio fondamentale, Dozier et al. (2001) hanno confermato che la concordanza tra lo *status* della mente del *caregiver* rispetto all'attaccamento del bambino in affido era pari al 72% un valore sovrapponibile a quello osservato nelle diadi biologiche; questo risultato ha un'importanza teorica cruciale poiché dimostra che la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento avviene attraverso meccanismi relazionali e ambientali e non tramite la condivisione genetica; inoltre, lo studio ha evidenziato che anche i bambini collocati relativamente tardi (fino a 20 mesi) erano in grado di organizzare il proprio attaccamento in funzione della qualità della cura ricevuta sebbene con una maggiore vulnerabilità alla disorganizzazione in presenza di *caregiver* non autonomi (Dozier et al., 2001).

Un ulteriore contributo chiave alla comprensione dei processi precoci di formazione dell'attaccamento in affido proviene dagli studi longitudinali che hanno osservato il periodo immediatamente successivo all'inserimento. Stovall-McClough e Dozier (2004) hanno affermato che nei primi due mesi di collocamento, i bambini più piccoli e quelli affidati a *caregiver* con stato della mente autonomo manifestano più rapidamente comportamenti di attaccamento sicuro e strategie comportamentali più coerenti. Al contrario, i bambini collocati più tardi tendevano inizialmente a mostrare comportamenti evitanti o incoerenti, spingendo via il *caregiver* nei momenti di bisogno. Tuttavia, studi successivi hanno chiarito che queste difficoltà iniziali non escludono la possibilità di sviluppare un attaccamento organizzato nel medio periodo, soprattutto se il *caregiver* è in grado di rispondere in modo sensibile e non spaventante (Dozier et al., 2001). L'ABC interviene precisamente su questo punto critico, aiutando i genitori a interpretare correttamente i segnali alienanti del bambino e a rispondere comunque con disponibilità e cura.

Un aspetto distintivo e particolarmente innovativo dell'ABC riguarda l'attenzione agli esiti biobehaviorali, in particolare alla regolazione dell'asse ipotalamo- ipofisi-surrene (HPA). Numerosi studi hanno documentato che bambini in affido o con storie di avversità precoci presentano *pattern* atipici di produzione del cortisolo con livelli elevati in età infantile e successiva tendenza alla *downregulation* in età prescolare (Dozier et al., 2006; Dozier et al., 2008). In uno studio randomizzato controllato, Dozier et al. (2008) hanno dimostrato che i bambini che avevano partecipato all'intervento ABC registravano livelli di cortisolo basali più simili a quelli di bambini mai esposti all'affido rispetto ai minori che avevano ricevuto un intervento di controllo focalizzato sullo sviluppo cognitivo; quindi, tali risultati suggeriscono che un intervento relazionale, centrato sulla sensibilità genitoriale può modificare il funzionamento biologico dello *stress* contribuendo a una regolazione fisiologica più

adattiva. Studi successivi hanno confermato che tali effetti non sono transitori, ma persistono nel tempo con *pattern* di cortisolo diurno più normativi anche a distanza di anni dall'intervento (Bernard et al., 2015; Dozier & Bernard, 2017).

Oltre agli effetti sullo *stress* fisiologico, l'ABC ha dimostrato efficacia nel promuovere attaccamento sicuro e organizzato riducendo in modo significativo la probabilità di attaccamento disorganizzato nei bambini esposti a maltrattamento o affidò (Bernard et al., 2012). Questi risultati sono particolarmente rilevanti alla luce dell'ampia letteratura che collega l'attaccamento disorganizzato a esiti negativi in termini di regolazione emotiva, comportamento esternalizzante e rischio psicopatologico nel corso dello sviluppo (Fearon et al., 2010). L'ABC non si limita però agli esiti relazionali e fisiologici precoci, ma mostra effetti a medio termine su funzioni esecutive, controllo inibitorio, flessibilità cognitiva e regolazione emotiva soprattutto quando adattato alla fase della *toddlerhood* (Dozier & Bernard, 2017).

Proprio per rispondere ai bisogni specifici dei bambini tra 1 e 3 anni, spesso caratterizzati da comportamenti oppositivi, aggressività e difficoltà di autoregolazione è stata sviluppata una versione adattata del programma l'ABC-T (*ABC for Toddlers*). Pur mantenendo i principi fondamentali dell'ABC per infanti, questa versione pone maggiore enfasi sul ruolo del genitore come co-regolatore del comportamento del bambino in situazioni di disregolazione, aiutando il *caregiver* a rimanere emotivamente e fisicamente disponibile anche di fronte a comportamenti difficili (Dozier & Bernard, 2017). Infine, studi randomizzati controllati hanno confermato che l'ABC-T migliora la flessibilità cognitiva e riduce i problemi attentivi nei bambini in affidò suggerendo un impatto positivo sui precursori delle competenze scolastiche e sociali (Lind et al., 2017).

CONCLUSIONI

L'affido familiare emerge come un'esperienza che intreccia dimensioni giuridiche, sociali, relazionali ed emotive. Non è una misura di tutela o un intervento amministrativo ma un incontro autentico tra storie segnate da vulnerabilità e disponibilità all'accoglienza, tra fragilità e competenze, tra ferite e possibilità di guarigione.

Dalle considerazioni effettuate nell'elaborato emergono delle riflessioni concernenti l'apparato normativo, il sistema dell'affido e il diritto del minore di crescere in un contesto adatto alle proprie esigenze. Eppure, spesso emerge uno scarto tra quello che la legge prescrive e ciò che accade realmente in situazioni concrete. Diritto che richiede un impegno di coordinamento, formazione e supervisione da parte di tutti gli attori coinvolti. La collaborazione tra tribunale, servizi sociali, famiglie affidatarie e *caregiver* affidatari non è scontata, ma è un processo vivo, dinamico che necessita di definizione dei ruoli di ciascuno, di continuità nel tempo e di un supporto professionale solido e consapevole.

Dal punto di vista dello sviluppo, i bambini e gli adolescenti in affido portano con sé storie spesso marcate da esperienze difficili e traumatiche, da rotture dei legami che credevano stabili e da accumuli di sofferenza che hanno imparato a portare dentro di sé; tutto ciò lascia tracce profonde poiché influisce su come riescono a regolare le proprie emozioni, su come costruiscono l'idea di chi sono e su come stringono rapporti sociali portando con sé modelli di attaccamento che riflettono relazioni insicure o caotiche. Infatti, per tali motivazioni l'ingresso in affido è un momento dedicato e cruciale perché può riportare in superficie la paura di essere abbandonati di nuovo, il dubbio radicale verso gli adulti, ma può anche diventare l'inizio di qualcosa di diverso, di una nuova possibilità,

laddove chi accoglie sa offrire coerenza, prevedibilità e una sensibilità autentica verso il dolore che il bambino porta con sé.

Nel mio elaborato, la teoria dell'attaccamento si è rivelata illuminante per comprendere i meccanismi dell'affido familiare consentendo di interpretare i comportamenti che a prima vista sembrano semplici problemi di opposizione o indisciplina scorgendo in loro strategie avvedute messe in atto da un minore che ha imparato a difendersi in relazioni confuse o pericolose. In questa ottica, la famiglia affidataria svolge un ruolo che va oltre il semplice dovere di correggere, bensì si tratta di offrire un'esperienza relazionale completamente nuova capace di mettere in crisi i suoi schemi interni, di trasformarli gradualmente, di insegnargli che gli adulti possono essere diversi, prevedibili e soprattutto affidabili.

Accogliere un minore con una storia difficile e dolorosa richiede competenze precise alle famiglie affidatarie perché dovranno imparare a tollerare sentimenti contrastanti, a gestire i conflitti interiori del bambino/adolescente che ama due famiglie ma sente di tradire entrambe, a lavorare insieme sia con la famiglia biologica che con i servizi sociali e a stare accanto al ragazzo/a anche quando sembra respingerli, quando si chiude, quando fa male.

Ovviamente, l'insieme di tali elementi può generare *stress*, dubbi sulla propria capacità di fare bene soprattutto nel caso in cui scarseggia il supporto delle istituzioni; quindi, l'affido non dipende soltanto dall'impegno e dalla dedizione delle famiglie affidatarie, ma è strettamente connessa al sistema che le sostiene, dai professionisti che li accompagnano e dalla continuità del progetto nel tempo. In questo contesto, gli interventi psicologici incentrati sull'attaccamento rivestono un'importanza cruciale. Programmi come *CONNECT*, *il Video-feedback*, il VIPP nelle sue varie forme, l'*ABC* di Dozier e il progetto di Zeanah dimostrano concretamente come sia possibile lavorare in maniera

consapevole sulla sensibilità genitoriale, sulla capacità riflessiva e sulla regolazione emotiva promuovendo relazioni stabili.

La ricerca nel settore suggerisce che tali interventi possono effettivamente contribuire a ridurre i comportamenti disfunzionali ed elevare lo *standard* qualitativo della relazione frenando così il rischio che l'affido si interrompa.

Tuttavia, non possiamo perdere di vista una prospettiva critica e ancorata alla realtà. Nessun programma, per quanto ben strutturato, può eliminare la complessità delle storie individuali o promettere risultati positivi.

I vincoli dovuti alle risorse effettivamente disponibili, alla preparazione di chi opera sul campo, alla durata effettiva degli interventi e alle differenze tra i vari contesti culturali impongono di prestare massimo impegno alla necessità di adattare gli approcci e di valutare la loro utilità sul campo; quindi, risulta essenziale mantenere un equilibrio tra l'uso di metodi consolidati della ricerca e la sensibilità clinica nel valutare ogni situazione così da evitare di applicare le soluzioni in modo meccanico senza considerare il contesto specifico.

Un aspetto che emerge con forza da tutto il lavoro svolto riguarda quanto sia determinante la qualità delle relazioni nel successo dell'affido familiare.

Al di là di quello che afferma la legge e delle varie tecniche di intervento quello che incide su come cresce il minore è la qualità dei legami significativi che il bambino vive giorno dopo giorno. L'affido può trasformarsi in un'opportunità di "guarigione relazionale" nel momento in cui il bambino sente di essere davvero visto, di essere riconosciuto e accolto nella sua totalità compreso il suo legame con la famiglia da cui proviene; ecco perché è importante mantenere e coltivare la relazione tra chi accoglie il bambino e la sua famiglia naturale anche quando si

presentano eventuali difficoltà, elemento non marginale, bensì parte centrale di protezione nei confronti del minore.

L'affido familiare rappresenta il riflesso delle difficoltà della società odierna inglobando le dimensioni sociali, economiche, culturali ed eventuali impedimenti che possono indebolire la capacità genitoriale; chiamando in causa tutti noi come collettività a prenderci responsabilità nei confronti dell'infanzia perché investire risorse nel supportare le famiglie che accolgono bambini in affido significa costruire una società in cui la cura reciproca, la solidarietà e la prevenzione dei disagi siano valori centrali.

Vorrei proporre un'ulteriore prospettiva di riflessione: la necessità di promuovere una cultura dell'affido che non sia centrata unicamente sul profilo dell'emergenza, ma piuttosto orientata alla prevenzione e alla continuità degli interventi.

L'esperienza dell'affido familiare dimostra quanto sia fondamentale intervenire precocemente nelle situazioni di vulnerabilità sostenendo le competenze genitoriali prima che il disagio diventi irreversibile. In questa prospettiva, il lavoro psicologico non dovrebbe limitarsi alla fase successiva all'allontanamento, ma dovrebbe estendersi in un'ottica sistemica come la realizzazione di percorsi di accompagnamento per la famiglia d'origine, spazi di supervisione per gli operatori e reti di sostegno tra famiglie affidatarie elementi che se integrati creano un ambiente più efficace per il cambiamento perché soltanto un sistema capace di integrare prevenzione, tutela e supporto continuativo può ridurre il rischio di cronicizzazione delle difficoltà e garantire maggiore stabilità ai percorsi dei minori.

Infine, l'affido familiare ci sollecita a una riflessione etica profonda sul significato di cura, appartenenza e responsabilità condivisa. Accogliere un bambino temporaneamente è sinonimo di abitare in una relazione segnata dall'incertezza, accettare che il legame si costruisca sapendo che

potrebbe trasformarsi o concludersi. In questa tensione tra attaccamento e separazione si gioca una delle dimensioni più complesse e al tempo stesso più generative dell'affido perché offrire al minore un'esperienza di relazione autentica pur nella consapevolezza della sua possibile transitorietà rappresenta un tratto di fiducia nella capacità dei legami umani di lasciare tracce durature; infatti, proprio tramite tali linee di cura coerente, ascolto e riconoscimento che l'affido può diventare non solo una misura di protezione, ma un'esperienza capace di incidere in modo significativo e positivo sulla traiettoria di vita di chi la attraversa.

Infine, l'affido familiare può essere pensato come un ponte che connette il passato con il futuro, la ferita con le possibilità che emergono, la perdita con una nuova forma di appartenenza. La psicologia attraverso i suoi strumenti teorici e clinici ha il compito fondamentale di sostenere questo attraversamento accompagnando non solo i bambini, ma anche le famiglie affidatarie e quelle biologiche in un *iter* che non segue una linea retta e che pone molte sfide, ma che può tuttavia aprire spazi autentici dove la crescita diventa possibile.

Riconoscere la complessità dell'affido senza lasciarsi scoraggiare dal pessimismo, valorizzarne le potenzialità senza cadervi dentro, sostenere le famiglie senza gravare loro di aspettative che non possono sostenere; ecco la vera sfida che abbiamo di fronte perché soltanto mediante un approccio che integri rigore scientifico e sensibilità umana sarà possibile promuovere esperienze di affido che trasformino realmente la vulnerabilità in resilienza e che restituiscano ai minori coinvolti la possibilità concreta di costruire relazioni sane e una narrazione di sé meno appesantita dalla discontinuità e dal dolore.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant–mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969–1025. <https://doi.org/10.2307/1127008>

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

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza. (2019). Il sistema della tutela minorile. Raccomandazioni. Roma.

Barone, L., & Lionetti, F. (2011). Attachment and emotional understanding: A study on late-adopted pre-schoolers and their parents. *Child: Care, Health and Development*, 38(6), 690–699.

Barone, L., Barone, V., Dellagiulia, A., & Lionetti, F. (2018). Testing an attachment-based parenting intervention (VIPP-FC/A) in adoptive families with post-institutionalized children. *Frontiers in Psychology*, 9, 156.

Barone, L., Ozturk, Y., & Lionetti, F. (2019). The key role of positive parenting and children's temperament in post-institutionalized children's socio-emotional adjustment after adoption placement. *Social Development*, 28(3).

Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., & Gordon, M. K. (2015). Intervening to enhance cortisol regulation among children at risk for neglect. *Development and Psychopathology*, 27(3), 829–841.

Bernard, K., Hostinar, C. E., & Dozier, M. (2015). Intervention effects on diurnal cortisol rhythms among children in foster care. *Development and Psychopathology*, 27(3), 703–716.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and anger. Basic Books.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.). Basic Books.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books.

Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. C. (2016). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes. *Child Abuse & Neglect*, 60, 182–190.

Canali, C., & Vecchiato, T. (2013). L'affidamento familiare: Modelli, esperienze e prospettive. Fondazione Emanuela Zancan.

Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107–1128.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4).

Cassibba, R., & Elia, L. (2008). L'affidamento familiare. Dalla valutazione all'intervento. Carocci.

Conferenza Unificata. (2012). Linee di indirizzo per l'affidamento familiare. Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Cyr, C., et al. (2010). Attachment security and disorganization. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87–108.

Daniel, B., Taylor, J., & Scott, J. (2011). *Recognizing and helping the neglected child: Evidence-based practice for assessment and intervention*. Jessica Kingsley Publishers.

Dozier, M., & Bernard, K. (2017). Attachment and Biobehavioral Catch-up. *Current Opinion in Psychology*, 15, 111–117.

Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, J. P. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up. In L. J. Berlin et al. (Eds.), *Enhancing early attachments* (pp. 178–194). Guilford Press.

Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., ... Levine, S. (2006). Developing evidence-based interventions for foster children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 767–785.

Dozier, M., Peloso, E., Lewis, E., Laurenceau, J.-P., & Levine, S. (2008). Effects of a foster care intervention on children's cortisol regulation. *Development and Psychopathology*, 20(3), 845–859.

Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care. *Child Development*, 72(5), 1467–1477.

Dubowitz, H., Feigelman, S., & Zuravin, S. (2002). A profile of children in foster care and their health and developmental status. *Pediatrics*, 90(3).

Ferrara, P., Corsello, G., Sbordone, A., Nigri, L., Pettoello-Mantovani, M., & Ehrich, J. (2013). The physical and mental health of children in foster care. *Iranian Journal of Public Health*, 42(4), 368–373.

Fisher, P. A., Stoolmiller, M., Mannering, A. M., Takahashi, A., & Chamberlain, P. (2011). Foster placement disruptions associated with problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 481–487.

Font, S. A., Sattler, K. M. P., & Gershoff, E. T. (2018). When home is still unsafe: From family reunification to foster care reentry. *Child Maltreatment*, 23(1), 60–70.

Fox, N. A., Almas, A. N., Degnan, K. A., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2011). The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: Findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 919–928.

Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904–916.

Goemans, A., van Geel, M., van Beem, M., & Vedder, P. (2016). Developmental outcomes of foster children. *Child Maltreatment*, 21(3), 198–217.

Goemans, A., van Geel, M., & Vedder, P. (2015). Longitudinal research on foster children: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 42, 121–134.

Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development*, 88(1), 70–76.

Harden, B. J. (2004). Safety and stability for foster children. *The Future of Children*, 14(1), 30–47.

Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 679–695.

Humphreys, K. L., Miron, D., McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2018). Foster care promotes adaptive functioning in early adolescence among children who experienced severe, early deprivation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 811–821.

Istituto degli Innocenti. (2020). *Bambini e ragazzi in affidamento familiare*. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Juffer, F., Struis, E., Werner, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2017). Effective preventive interventions to support parents of young children: Illustrations from the Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD). *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45(3), 202–214.

Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development*, 35(5), 613–623.

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 266–274.

Kunl, M. T., Gabler, S., & Spangler, G. (2019). Attachment, dependency, and attachment-related behaviors in foster children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 395–412.

Landi, C. (2019). An interview with juvenile court's case files: A quantitative research on Italian foster care. *Relational Social Work*, 3(1), 27–48.

Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of child maltreatment: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Legge 4 maggio 1983, n. 184. Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.

Legge 28 marzo 2001, n. 149. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.

Leve, L. D., Kerr, D. C. R., & Harold, G. T. (2013). Young adult outcomes associated with teen pregnancy among high-risk girls in a randomized controlled trial of Multidimensional Treatment Foster Care. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(5), 421–434.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood.

Maclean, M. J., Sims, S., O'Donnell, M., & Gilbert, R. (2020). Out-of-home care and mental health: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104373.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized attachment. In M. T. Greenberg et al. (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 121–160). University of Chicago Press.

Mancinelli, E., Dellagiulia, A., & Cacioppo, M. (2021). Foster parents' psychological adjustment and foster children's outcomes: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 127, 106081.

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 277–312.

McWey, L. M., Acock, A., & Porter, B. (2022). The impact of continued contact with biological parents. *Child Abuse & Neglect*, 130, 105382.

Meinhofer, A., et al. (2024). Foster care and health. *JAMA Network Open*, 7(5).

Messman, J., van IJzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (3rd ed.). Guilford Press.

Molgora, S., Fusar Poli, C., Marzotto, C., & Tamanza, G. (2017). Putting words to the experience: An Italian group intervention for children of separated parents. *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(2), 134–144.

Moretti, M. M. (2018). An attachment-based program for parents of teens: Parent and youth outcomes and trajectories of change. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(10S), S322.

Moretti, M. M., & Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1347–1357.

- Moretti, M. M., Obsuth, I., Craig, S. G., & Bartolo, T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: Mechanisms of change. *Attachment & Human Development*, 17(2), 119–135.
- Moretti, M. M., & Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 551–555.
- Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). *Romania's Abandoned Children: Deprivation, Brain Development, and the Struggle for Recovery*. Harvard University Press.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavioral problems. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 609–623.
- Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 462–472.
- Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care. *Development and Psychopathology*, 17(1), 47–65.
- Poitras, K., Tarabulsy, G. M., & Varela Pulido, N. (2022). Contact with biological parents following placement in foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 466–479.

Price, J. M., Chamberlain, P., Landsverk, J., & Reid, J. (2009). KEEP foster-parent training intervention: Model description and effectiveness. *Child & Family Social Work*, 14(3), 233–242.

Ricchiardi, P., & Coggi, C. (2021). L'affidamento familiare: Le strategie educative elaborate dagli affidatari. *ECPS Journal*, 24, 145–167.

Rosenblum, K. L., Muzik, M., Jester, J. M., Huth-Bocks, A., Erickson, N., Ludtke, M., Weatherston, D., Brophy-Herb, H., Tableman, B., Alfafara, E., Waddell, R., & the Michigan Collaborative for Infant Mental Health Research. (2020). Community-delivered infant–parent psychotherapy improves maternal sensitive caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 41(2), 178–190.

Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X., & Localio, R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being. *Pediatrics*, 119(2), 336–344.

Saunders, H., Kraus, A., Barone, L., & Biringen, Z. (2015). Emotional availability: Theory, research, and intervention. *Frontiers in Psychology*, 6, 1069.

Schoemaker, N. K., Jagersma, G., Stoltenborgh, M., Maras, A., Vermeer, H. J., Juffer, F., & Alink, L. R. A. (2018). The effectiveness of Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting for Foster Care (VIPP-FC): Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 6, 38.

Sheridan, M. A., Fox, N. A., Zeanah, C. H., McLaughlin, K. A., & Nelson, C. A. (2012). Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(32), 12927–12932.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., et al. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246.

Slack, K. S., Berger, L. M., & Noyes, J. L. (2017). Introduction to the special issue on the economic causes and consequences of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 72, 1–4.

Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children: I. The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972–982.

Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2010). Placement in foster care enhances attachment security in abandoned toddlers. *Child Development*, 81(1), 212–223.

Solomon, B., Niec, L. N., & Schoonover, C. E. (2017). The impact of foster parent training on parenting stress. *Child Abuse & Neglect*, 63, 202–210.

Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Development and Psychopathology*, 16(2), 253–271.

Turney, K., & Wildeman, C. (2016). Mental and physical health of children in foster care. *Pediatrics*, 138(5), e20161118.

United Nations General Assembly. (2010). Guidelines for the Alternative Care of Children (A/RES/64/142).

Widom, C. S., Czaja, S. J., & DuMont, K. A. (2015). Intergenerational transmission of child abuse and neglect. *American Journal of Public Health*, 105(7), 132–138.

Windsor, J., Benigno, J. P., Wing, C. A., Carroll, P. J., Koga, S. F. M., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2011). Effect of foster care on young children's language learning: A randomized controlled trial. *Child Development*, 82(4), 1040–1046.

Woodhouse, S. S. (2018). Attachment-based interventions for families with young children. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1296–1299.

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

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F. M., Carlson, E. A., & the Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015–1028.