

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Crescere in Comunità Alloggio nei primi anni di vita: esperienza quotidiana e attaccamento quando non c'è la mamma

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/6967> since 2022-12-05T16:41:25Z

Publisher:

Il Mulino-bologna

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Crescere in *Comunità Alloggio* nei primi anni di vita: sviluppo e attaccamento quando non c'è la mamma.

Autori:

Paola Molina & Silvia Bonino

Adress:

Dipartimento di Psicologia
Laboratorio di Psicologia dello sviluppo
Università di Torino
3, via Lagrange - 10123 TORINO
Phone: ++39 011 549503
Fax: ++39 011 549653
E-mail: paola.molina@unito.it

Riassunto

Cosa succede a un bambino che vive una separazione nei primi mesi di vita, e che viene allevato in questo periodo da più figure professionali, che si alternano nel suo accudimento?

E' questa la situazione in cui si trovano i bambini delle "Comunità alloggio" della Provincia di Torino che sono l'oggetto della nostra ricerca.

Per rispondere a questo interrogativo, abbiamo confrontato lo sviluppo di un gruppo di 38 bambini di età compresa fra i 4 e i 15 mesi, ospiti nel primo anno di vita delle Comunità, con quello di un analogo gruppo di bambini della città e della prima cintura di Torino, appaiati per età.

La rilevazione ha riguardato:

- le differenze nell'esperienza quotidiana (utilizzando una scheda bilancio-tempo appositamente predisposta) e nella interazione con il *caregiver* (ELO-Scales: Wijnroks, 1994; Brighi e Genta, *in press*, per l'osservazione dell'interazione adulto-bambino).
- le differenze nello sviluppo complessivo, valutate con il test di Bayley, nella sua nuova versione, BSID-II (Bayley, 1993) e con la scala ECSP (Guidetti e Tourrette, 1993, Molina, Ongari e Schadee, 1998).
- le caratteristiche temperamentali, con la versione italiana (Axia, 1993) dei questionari sul temperamento di Carey (EITQ, RITQ e TTS).
- la qualità della risposta alla figura familiare e alla persona estranea, tramite una griglia osservativa appositamente predisposta.

Per l'analisi dei dati abbiamo effettuato dei confronti utilizzando dei test non parametrici per campioni appaiati (test di Wilcoxon e di Mc Nemar) nella loro forma esatta. Le elaborazioni statistiche sono state condotte con il pacchetto SPSS-7 (SPSS, 1986, 1996).

I risultati mostrano che i bebè che vivono in C.A. manifestano una maggiore difficoltà in relazione ai bimbi che crescono in famiglia: hanno punteggi globali significativamente minori (scala Bayley), un profilo temperamentale meno adeguato (BRS della scala Bayley) e armonioso (Axia), manifestano una minore fiducia nel sostegno del *caregiver* e una minore differenziazione tra gli adulti che si relazionano ad essi (osservazione).

L'esperienza quotidiana di questi bambini è però molto differente da quella che fanno i bimbi in famiglia: non soltanto per quanto riguarda l'adeguatezza delle modalità interattive con l'adulto (ELO-Scales), ma soprattutto perché di loro si occupa un numero molto alto di *caregiver*, che si avvicinano in modo del tutto imprevedibile e non controllabile da parte del bambino.

Parole chiave: prima infanzia. valutazione. rischio. attaccamento. separazione. Comunità alloggio.

Abstract

Growing-up in *Comunità alloggio*: attachment and development “without mother”

Our study, carried out in Torino, aims at infants separated at birth from their inadequate family and raised by professional caregivers in small residential structures (*Comunità Alloggio*).

Thirty-eight risk infants (from 4 to 15 months) are compared with 38 infants randomly selected from the population of Torino, matched by age.

Differences are found in the environment of infants: in stability of caregivers (caregivers of risk infants are more numerous and less stable), and in caregiver's attitude in interaction: mothers are more active and emotionally involved with the infants than professional caregivers (rating by the ELO-Scales: Wijnroks, 1994, Brighi and Genta, *in press*).

The two groups of infants are slightly but significantly different for the overall development (Motor and Mental Development evaluated by the BSID-II: Bayley, 1993; scores of the Italian version of ECSP: Guidetti and Tourrette, 1993, Molina, Ongari and Schadee, 1998), and they differ in some qualitative aspects of development: particularly, the risk infants have non optimal profiles of Bayley's BRS, and are more compliant and less active with regard to temperamental aspects (evaluated by the Italian version of Carey's questionnaires: Axia, 1993).

Moreover, an observational evaluation of behaviour of infants with familiar persons and strangers indicate that the risk infants are less able in differentiating caregivers and less confident in their availability.

1. Introduzione

La ricerca più recente sullo sviluppo dei bambini ha messo in rilievo l'importanza delle prime esperienze, in particolare la crescita stupefacente che si realizza nel corso del primo anno di vita, e il ruolo della persona (o delle persone) che accudiscono i piccolissimi per il loro sviluppo sia emotivo sia cognitivo (in particolare ci riferiamo alla prospettiva interazionista sullo sviluppo e alla teoria dell'attaccamento: Bowlby, 1969; Shaffer, 1977, 1996).

In questa prospettiva, il contesto implicito di sviluppo in cui è pensato il bambino è quello familiare, e il partner interattivo e relazionale è implicitamente la madre.

Numerose sono perciò le ricerche sui diversi modelli di attaccamento che i bambini costruiscono sull'esperienza di relazione con figure genitoriali più o meno sensibili (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Crittenden, 1997), così come quelle volte ad esplorare la continuità di questi modelli (George, Kaplan & Main, 1985) e l'effetto su aspetti diversi dello sviluppo e delle relazioni sociali (Belsky & Nezworski, 1988; Sperling & Berman, 1994; Tavecchio & van Ijzendoorn, 1987).

Relativamente poca attenzione è stata però prestata anche recentemente allo sviluppo dei bebè che vivono i primi mesi o anni di vita in situazioni di accudimento che potremmo dire non canoniche: allevati cioè da una o più figure che non siano i genitori (biologici o meno) ¹.

In una ormai non recentissima ma molto stimolante ricerca che si occupa degli effetti delle separazioni precoci (prima cioè della costruzione di un legame di attaccamento specifico), Nathalie Loutre-Du Pasquier scrive:

La plupart des chercheurs se sont interrogés sur les effets de la rupture d'un lien: il y aurait actuellement à s'interroger aussi sur les conditions de la formation d'un lien, sur la pathologie de la création de ce lien au cours des premières semaines et des premiers mois (1981, p.33).

In questa prospettiva si colloca anche la nostra ricerca², che ha per oggetto la valutazione dello sviluppo dei bambini ospiti nel primo anno di vita nelle tre *Comunità Alloggio* pubbliche di Torino che ospitano neonati e bebè: siamo cioè interessati alle modalità di crescita specifiche dei bambini che vivono in una situazione di accudimento atipica, quale è quella della Comunità.

2. Il contesto: le Comunità Alloggio a Torino

Le Comunità Alloggio sono delle piccole strutture residenziali, che accolgono i bambini allontanati dalla famiglia con un decreto del Tribunale dei Minori, per periodi che variano attualmente dai 4 ai 18 mesi circa, fino cioè alla decisione definitiva del Tribunale: il rientro in famiglia (se le condizioni lo consentono) oppure la dichiarazione dello stato di adottabilità.

Esse sono nate circa 15 anni fa, al momento della chiusura dell'Istituto Provinciale Assistenza all'Infanzia (IPAI), voluta in un'ottica di deistituzionalizzazione dall'Amministrazione Provinciale. Sono attualmente tre, tutte collocate nella città di Torino (ma possono accogliere minori provenienti anche da altri Comuni): sono nate come strutture di pronto intervento e prevedevano un periodo breve di permanenza dei bambini (1-2 mesi), periodo sufficiente, secondo i casi, a risolvere una crisi familiare momentanea o a consentire un distacco "morbido" dal nucleo familiare di origine (Città di Torino, 1994; Mallardi, 1997).

¹) L'unica importante eccezione è costituita dalla ricerca sugli effetti del nido (*day-care*), che ha prodotto una vastissima e non sempre univoca letteratura, soprattutto in ambiente anglosassone: per una rassegna recente, vedi Schaffer, 1996.

²) La ricerca è stata condotta nell'ambito di una convenzione triennale (1995-1997) tra il Laboratorio di psicologia dello sviluppo del Dipartimento di psicologia dell'Università di Torino e la Provincia di Torino. Solo una parte dei dati è presentata e discussa qui: per l'insieme della ricerca si veda: Bonino, Molina, Soderini, Battezzato, Bauchiero, Bistagnino & Celesia, *in press*. Ringraziamo il personale delle Comunità e i bambini, e tutti i componenti dell'équipe di ricerca: Maria Letizia Soderini, Laura Battezzato, Lara Bauchiero, Daniela Bistagnino, Sabrina Celesia.

Ogni struttura è ospitata in un appartamento urbano e accoglie 6-8 bambini, accuditi da 9-11 educatori professionali (che lavorano su tre turni giornalieri: il mattino, il pomeriggio e la notte). Inoltre sono presenti in ogni Comunità due collaboratori, che provvedono ai pasti e alla pulizia dei locali. Le visite dei genitori sono regolamentate dal Tribunale dei Minori, e avvengono nei locali delle Comunità.

Nell'appartamento si cerca di mantenere un clima familiare, di offrire ai bambini occasioni educative e di gioco, di far partecipare i più grandicelli alla vita del quartiere (sono in teoria accolti bambini da 0 a 6 anni, ma le permanenze più numerose sono quelle dei piccolissimi, al di sotto dei 18 mesi).

L'obiettivo primario della ricerca, svolta in convenzione con la Provincia, è quello di una valutazione dello sviluppo dei bambini che passano il primo anno di vita (o parte del primo anno) in Comunità.

Questa valutazione è stata da più parti sollecitata, perché profondi mutamenti avvenuti negli ultimi anni hanno messo in crisi alcuni dei presupposti su cui le Comunità si basavano, di fronte al concreto diverso utilizzo che nella realtà quotidiana viene fatto di queste strutture (Città di Torino, 1996a,b). In sintesi, i problemi concordemente sottolineati da amministratori, responsabili dei servizi e operatori possono essere così delineati.

Per cause diverse (tempi del Tribunale, tipo di problematiche che determinano l'allontanamento, complessità delle problematiche familiari, ecc.), i bambini rimangono in Comunità per un tempo sempre più lungo e a partire da un'età sempre più precoce: in particolare, l'aumento evidente di bambini figli di madri tossicodipendenti comporta l'ingresso in Comunità di bambini piccolissimi (in genere tra i 2 e i 4 mesi di età), con situazioni di partenza già problematiche (Sindrome di Astinenza Neonatale, prematurità, lunghi ricoveri in Ospedale, ecc.) e previsioni di permanenza per periodi lunghi.

Questo solleva interrogativi rispetto alla funzione di prevenzione della Comunità, che non è più solo quella originaria del pronto intervento di fronte ai problemi che la permanenza in famiglia comporterebbe per la sopravvivenza stessa del bambino, o per la sua salute fisica o psichica: occorre quindi riflettere sul “se” e sul “come” questa funzione di prevenzione possa essere svolta nei tempi lunghi, che ormai si verificano nella quasi totalità delle permanenze dei bambini.

Questa riflessione è tanto più necessaria in quanto, per esigenze esterne, relative alla professionalità degli educatori, alla modificazione del contesto contrattuale e normativo, alla presenza di un *turnover* elevato, il numero di adulti presenti in Comunità è venuto negli anni aumentando, e il loro avvicendamento nel corso della giornata e della settimana è sempre meno regolare e prevedibile.

3. Quello che ci siamo proposti

Oggetto della nostra ricerca è quindi lo sviluppo dei bambini che vivono nel corso del primo anno in questo particolare contesto di cura, in relazione a quello che avviene nei bambini che vivono invece un'esperienza di accudimento normale, in famiglia.

Due sono i quesiti che hanno guidato la nostra ricerca:

- ❑ In che cosa differisce il contesto di vita dei bambini ospitati in Comunità da quello familiare, ed eventualmente in che cosa è pregiudizievole per lo sviluppo complessivo o per aspetti specifici dello sviluppo?
- ❑ I bambini che vivono in Comunità si sviluppano in modo adeguato rispetto alla norma, o comunque rispetto ai bambini che vivono in una situazione familiare canonica?

La risposta a questi interrogativi non è certo semplice, né la ricerca ha sempre permesso di ottenere risultati soddisfacenti per tutte le domande. Vorremmo quindi esplicitare alcune delle scelte che hanno guidato il nostro lavoro.

3.1 Perché una ricerca esplorativa

Innanzitutto, occorre riconoscere la complessità della situazione e delle variabili intervenienti, che comporta la necessità di un approccio non riduttivo: infatti le variabili che entrano in gioco (relative

al singolo bambino, alla famiglia, alla Comunità, agli educatori) sono troppo numerose e le loro interazioni troppo complesse, oltre che spesso non manipolabili per ovvi motivi di tipo oggettivo e/o etico, perché si possa prospettare un approccio sperimentale classico (che implica un controllo di tutte le variabili e la possibilità di manipolarle direttamente). Inoltre i nostri soggetti sono (fortunatamente) un numero limitato, e strettamente determinato dalla permanenza e dalla tipologia dei bambini concretamente presenti in Comunità nel periodo da noi preso in considerazione.

Per questi motivi, sia teorici che empirici, ci siamo posti in un'ottica osservativa e descrittiva, nell'intento di analizzare, per quanto possibile, l'insieme degli elementi che concorrono alla determinazione della qualità dello sviluppo, e di evitare interpretazioni semplicistiche dei dati da noi raccolti.

Inoltre, l'importanza che a livello teorico è attribuibile al contesto di sviluppo del bambino, nella prospettiva interazionista che è alla base del nostro lavoro, ha comportato l'esigenza di una conoscenza e di una descrizione esplicita del contesto in cui la crescita dei bambini si colloca: contesto inteso in senso relazionale immediato (qual è cioè l'esperienza quotidiana dei bambini, come possiamo caratterizzare il micro-sistema in cui si sviluppano), ma anche in senso più ampio, come insieme di risorse e di vincoli che determinano la qualità dell'esperienza quotidiana in quei contesti particolari che sono le Comunità pubbliche della provincia di Torino.

3.2 Perché una pluralità di strumenti

Ancora, essendo il nostro obiettivo quello della valutazione di una pluralità di aspetti dello sviluppo (cognitivo, emotivo, sociale, temperamentale, dell'identità...) che, tanto più il bambino è piccolo, tanto più sono tra loro strettamente interconnessi, è necessario evitare una descrizione riduttiva, e utilizzare perciò una pluralità di indicatori, in modo da descrivere adeguatamente ciascun aspetto dello sviluppo stesso.

Abbiamo quindi utilizzato una pluralità di strumenti di valutazione, con particolare attenzione agli indicatori di sviluppo emotivo e al legame di attaccamento, oltre che ai tradizionali strumenti di

valutazione dello sviluppo cognitivo; e abbiamo inoltre esplicitamente considerato la descrizione dell'ambiente di vita dei bambini e della qualità della relazione con l'adulto, in una prospettiva ecologica (Bronfenbrenner, 1979, Hinde, 1987);

Ci preme inoltre fare un'ultima considerazione, relativa ad una scelta esplicita che ha caratterizzato il nostro modo di intervento nel contesto di ricerca.

Abbiamo cercato cioè di coinvolgere direttamente gli educatori per quanto riguarda l'utilizzo di alcuni strumenti di valutazione, non solo per motivazioni empiriche (ci sembrava corretto ed utile per favorire la collaborazione), ma anche teoriche: infatti riteniamo che occorra riconoscere l'importanza della valutazione dell'adulto che si occupa quotidianamente del bambino, anche rispetto all'osservazione - oggettiva ma limitata nel tempo - del ricercatore.

3.3 Perché il confronto con la famiglia

In quest'ottica, di ricerca descrittiva ed esplorativa, confronteremo però i dati di due gruppi di soggetti, i bambini osservati in Comunità e un gruppo appaiato per età di bambini osservati in famiglia.

Non si tratta certamente di un campione di controllo: infatti non è stato possibile trovare un gruppo di soggetti che presentasse esattamente le stesse caratteristiche (condizioni di gravidanza e parto, livello socioculturale delle famiglie, presenza di fattori di rischio legati alla tossicodipendenza o alla patologia psichiatrica dei genitori, ecc.) dei bambini allevati in Comunità³.

³) Non che questo sia in astratto impossibile, ma occorrerebbe allora andare ad osservare i bambini che, con le stesse condizioni di rischio alla nascita, non vengono riconosciuti dai genitori e quindi entrano in una famiglia adottiva dopo una permanenza molto breve sia in Ospedale che in Comunità. Un tentativo di contattare il Tribunale dei Minori per inserire questi bambini nel progetto di ricerca si è però arenato molto rapidamente. Anche l'osservazione dei bambini ospiti dell'Albergo materno della Provincia di Torino insieme alle loro madri, prevista nel progetto iniziale di ricerca, si è rivelata di difficile attuazione ed è stata quindi abbandonata, per motivi sia pratici (i tempi di osservazione si sarebbero ulteriormente dilatati) che metodologici (su questo tipo di campione avrebbero in realtà agito una serie di altre variabili, ancora più difficilmente controllabili).

La nostra scelta si è quindi orientata verso l'utilizzazione di un campione casuale⁴ di bambini di Torino, allevati in famiglia: è un confronto che penalizza sicuramente i bambini della Comunità, ma che in prospettiva può presentare e ha presentato elementi di interesse.

Prima di tutto, non sempre gli strumenti da noi utilizzati erano standardizzati per la popolazione italiana o, avendo utilizzato anche strumenti molto recenti o in corso di standardizzazione, il livello di affidabilità di questa norma non era ancora completamente soddisfacente; inoltre, abbiamo affiancato a strumenti più strutturati di valutazione anche momenti di osservazione più qualitativa e clinica, che sarebbero stati difficilmente interpretabili senza il confronto con i dati dei bambini che vivono un'esperienza di accudimento normale.

Ancora, il gruppo dei bambini in famiglia rappresenta un po' la situazione ideale cui si confronta la Comunità rispetto all'adeguatezza della sua funzione come fattore di protezione; non solo, riteniamo questo confronto produttivo anche perché il nostro interesse non era solo quello di evidenziare un ritardo, più o meno presente, nello sviluppo dei bambini che vivono in Comunità, ma anche di capire in che cosa qualitativamente si differenzia questo sviluppo, per avere indicazioni di tipo pedagogico su cosa è di ostacolo (o su cosa può eventualmente essere di stimolo) alla crescita di questi bambini.

L'impianto descrittivo e non sperimentale, così come la caratterizzazione del gruppo scelto per il confronto, comporta però la necessità di una particolare cautela nell'interpretare i risultati da noi ottenuti, sia inquadrandoli in una coerente lettura teorica, sia per quanto riguarda la valutazione dell'entità e della determinazione di eventuali differenze riscontrate.

Occorre infine ricordare che la nostra valutazione riguarda il gruppo dei bambini in Comunità, non l'adeguatezza del singolo bambino rispetto alle norme di sviluppo: infatti una differenza

⁴) In realtà il gruppo di bambini osservati in famiglia mostra un livello socio-economico (livello di scolarizzazione e professione dei genitori) superiore alla media della popolazione di Torino: si veda più oltre, alla pag. *** [commento alle caratteristiche del campione].

complessiva fra i gruppi può manifestarsi anche in assenza di una patologia della prestazione dei singoli bambini (o comunque in presenza di casi ridotti di prestazioni non nella norma). Non é quindi una valutazione clinica del rischio del singolo bambino, ma una valutazione della situazione in cui i bambini crescono, nel suo complesso.

4. Come abbiamo proceduto

4.1 I soggetti

Il nostro campione é composto da 38 coppie di bambini, uno dei quali osservato in Comunità, l'altro in famiglia. Le coppie sono appaiate secondo l'età (in mesi) e, ove possibile, il sesso.

I bambini hanno da 4 a 15 mesi, con un'età media di circa 9 mesi. Metà dei bambini sono maschi, e metà sono femmine.

La distribuzione per età e per sesso nei due gruppi é riportata in Tabella 1.

[Tabella 1]

Le dimensioni del campione sono state evidentemente determinate dalla presenza e dall'avvicendamento dei bambini in Comunità.

In Comunità, abbiamo scelto di osservare tutti i bambini, che non presentassero particolari problemi a livello neurologico, presenti da almeno 4 mesi nel periodo compreso tra l'inizio della raccolta dati (marzo 1995) e il suo termine (luglio 1997): le due uniche eccezioni sono dovute all'impossibilità di effettuare le osservazioni in tempo, a causa di un'uscita più rapida del previsto⁵.

Dodici dei bambini osservati in Comunità sono prematuri, con un'età gestazionale, quando essa é nota, che va dalle 31 alle 37 settimane. In caso di prematurità abbiamo usato i criteri di correzione

⁵) Quando per ogni bambino erano disponibili più osservazioni (poiché rientravano nel gruppo da noi seguito anche longitudinalmente: Cf. Bonino e al., *in press*), i criteri di scelta sono stati: la completezza dei dati (erano cioè disponibili per quell'età tutti gli strumenti di valutazione), la convenienza dell'appaiamento (per età e sesso, con i bambini osservati in famiglia) e, a parità di altre condizioni, il maggior tempo di permanenza (nel senso che si cercava di utilizzare l'ultima osservazione disponibile).

previsti dal test di Bayley (Bayley, 1993), in modo che la prematurità di per sé non incidesse negativamente sulla valutazione dei bambini.

Per la maggior parte dei bambini (25), l'ingresso in Comunità è motivato dalla tossicodipendenza della madre: tutti questi bimbi hanno subito una disintossicazione essendo nati in S.A.N., e quindi un periodo di ospedalizzazione più o meno lungo. I bambini maltrattati o trascurati sono 7, mentre per 5 il motivo di ingresso in Comunità è determinato da gravi problemi psicologici e psichiatrici delle madri, e per 1 da problemi di alcoolismo. Nella Tabella 2 sono riportati i motivi che hanno determinato l'ingresso in Comunità.

[Tabella 2]

I bambini in famiglia sono stati osservati nel periodo settembre 1996/ottobre 1997. Le modalità di reperimento dei bambini sono riportate in Appendice 1.

Una sola dei bambini osservati in famiglia è nata leggermente prematura (37 settimane), e anche in questo caso abbiamo proceduto alla correzione dell'età secondo i criteri della scala Bayley (Bayley, 1993).

Si tratta inoltre di bambini nati sani e che non hanno avuto particolari problemi di salute nemmeno in seguito. Due dei soggetti, presentando una lussazione dell'articolazione dell'anca, hanno portato per alcuni mesi il divaricatore, e uno di loro lo indossava ancora al momento dell'osservazione.

In tutte le famiglie sono presenti entrambi i genitori.

Le caratteristiche demografiche dei nuclei familiari di provenienza dei bambini da noi osservati sono paragonabili a quelle presenti nella popolazione del centro-nord Italia, almeno secondo i dati riportati da Musatti (1992): presenza o meno di fratelli, differenze di età fra i fratelli, età delle madri, ecc. sono infatti abbastanza simili.

Anche la percentuale di madri occupate, tenendo conto del titolo di studio, può essere considerata simile a quella riscontrabile nel centro-nord Italia: il numero di madri che lavora è piuttosto elevato, pur se occorre tener conto del fatto che, essendo i bambini da noi osservati quasi tutti al di sotto dell'anno, non tutte le madri hanno già ripreso il lavoro dopo l'interruzione della maternità.

Lo stereotipo di un bambino accudito nei primi anni in maniera praticamente esclusiva dalla madre, come si può vedere in Tabella 3, é comunque molto lontano dalla realtà della maggior parte dei bambini da noi osservati.

[Tabella 3]

Un aspetto che invece risulta nel nostro campione diverso dall'andamento presente nel resto della popolazione torinese (in questo caso il nostro confronto può essere fatto con i dati forniti dall'Anagrafe della Città di Torino) é il livello socio-economico: professione e titolo di studio di madri e padri risultano infatti superiori alla media.

Questo sbilanciamento verso la fascia alta del nostro campione é probabilmente dovuto al tipo di richiesta che la collaborazione alla ricerca poneva ai genitori: infatti, occupando le osservazioni almeno due mezzegornate e svolgendosi a casa dei bambini, era più facile che rispondessero positivamente famiglie con maggiore disponibilità economica e di tempo, nonché con un livello culturale più elevato.

Sarà quindi necessario tenere sempre presente questo aspetto nel momento dell'analisi dei risultati di questa parte della ricerca.

4.2 Gli strumenti

Gli strumenti da noi utilizzati per la rilevazione dei dati sono:

- ❑ un questionario di bilancio-tempo (*time-budget*: per un utilizzo italiano nella ricerca in età evolutiva vedi per es. Livolsi, de Lillo e Schizzerotto, 1980; Bondioli, 1990; Musatti, 1992), compilato durante una settimana dai *caregiver* dei bambini (gli educatori in Comunità, i genitori, in genere la madre, in famiglia), rivolto a ottenere un'immagine dell'esperienza quotidiana dei bambini, soprattutto per quanto riguarda il numero di adulti che si occupa di loro, e la regolarità della loro alternanza nell'accudimento;
- ❑ una *rating-scale* che valuta la qualità dell'interazione *caregiver*-bebè (Elo-Scales: Wijnroks, 1994; Brighi e Genta, *in press*): la valutazione é effettuata dalle osservatrici della ricerca, sulla ripresa videoregistrata di 6 minuti di interazione (3 minuti di interazione faccia-a-faccia, 3 minuti utilizzando un giocattolo);
- ❑ due baby-test, la scala di Bayley (BSID-II: Bayley, 1993), che valuta lo sviluppo cognitivo e motorio, insieme ad alcuni aspetti della partecipazione del bambino alla prova, e l'ECSP (Guidetti e Tourrette, 1993, Molina, Ongari e Schadee, 1998), che valuta in modo più specifico

lo sviluppo comunicativo e sociale: le somministrazioni sono effettuate dalle osservatrici dell'équipe di ricerca;

- la versione italiana dei questionari di Carey per la valutazione del temperamento, rispettivamente EITQ per i beb di 1-4 mesi, RITQ per i beb di 4-8 mesi e TTS per i bambini di 1-2 anni (Axia, 1993): anche questo strumento  stato compilato dai *caregiver* dei bambini;
- una griglia, appositamente predisposta, di osservazione delle risposte dei bambini alle persone familiari ed estranee: compilata dalle osservatrici della ricerca al termine delle sedute osservative e basata su quanto avvenuto durante il periodo trascorso in Comunit o in famiglia per le osservazioni.

4.3 Le modalit di osservazione

Le osservazioni erano svolte in due giorni diversi, distanziati al massimo di una settimana: le date e gli orari erano ovviamente stabiliti in base agli impegni e alle disponibilit dei *caregiver* (genitori ed educatori), ma soprattutto chiedendo loro di scegliere il momento della giornata in cui il bambino fosse maggiormente attivo e riposato.

Ogni incontro aveva la durata media di circa un'ora e mezza, durante la quale veniva somministrato al bambino uno dei due baby-test; alla prova al termine della quale il bambino risultava meno stanco, veniva abbinata la videoregistrazione per le *Elo-Scales* (Scale per la valutazione della qualit dell'interazione madre-bambino).

Inoltre, durante il primo appuntamento, venivano consegnati ai *caregiver* il questionario sul temperamento del bambino e le griglie di analisi delle giornate (*Time-Budget*), entrambe da compilare nell'intervallo fra le due osservazioni. Tali strumenti venivano ritirati al secondo incontro, o pi tardi, se le osservazioni erano pi ravvicinate (come spesso  successo in Comunit).

Una descrizione pi dettagliata degli strumenti e delle procedure di osservazione  reperibile in Bonino e al., *in press*.

4.4 L'analisi dei dati

Nelle analisi statistiche abbiamo utilizzato i test non-parametrici per campioni appaiati (Trincherò, 1997) nella loro versione esatta: Wilcoxon Exact Test e McNemar Exact Test (Pacchetto statistico SPSS 7.5: SPSS, 1996).

L'utilizzo di questo tipo di strumenti ci ha permesso di lavorare con sufficiente sicurezza anche in presenza di un campione relativamente ristretto e, per molti strumenti, di scale di misura di livello categoriale/ordinale.

Abbiamo inoltre considerato un indicatore dell'entità della differenza fra le medie dei gruppi, misurata come percentuale della variabilità totale, cioè come percentuale della Deviazione Standard, l'indice $2 \eta^2$ ⁶: consideriamo questo indicatore significativo quando $\epsilon > .44$, cioè quando la differenza fra le medie dei due gruppi equivale almeno al 50% circa della DS.

Un livello di significatività relativamente generoso (*liberal*), quello di .10 o anche .20, ϵ considerato accettabile in psicologia clinica (Willmes, 1985), e a questo livello (.10) ci siamo attenuti, ritenendo significativa la differenza soprattutto se leggibile nel senso di una sistematicità degli effetti e in presenza di concordanza fra diversi indicatori utilizzati⁷.

⁶) Ricolfi, comunicazione personale. Per una esposizione più dettagliata vedi Bonino e al. (*in press*).

⁷) Il livello di significatività di un test statistico ϵ la scelta, fatta a priori, di un certo rischio di errore del I Tipo (α) che il ricercatore si assume di compiere (Ercolani, Areni, 1983, Trincherò, 1997), cioè il rischio di respingere l'ipotesi nulla che ϵ invece vera: nel nostro caso, di considerare a rischio i bambini che vivono in Comunità, quando invece non presentano differenze rispetto a quelli allevati in famiglia. Tanto più però ϵ basso il rischio di incorrere in un errore del I Tipo, tanto più cresce quello di commetterne uno del II Tipo (β), di rigettare cioè l'ipotesi alternativa quando ϵ vera: nel nostro caso, di non considerare a rischio dei bambini che invece lo sono. Mentre da un punto di vista di ricerca sperimentale si tende a minimizzare l'errore del I Tipo, nella nostra prospettiva, che ϵ clinica e di prevenzione, ϵ indubbiamente più pericoloso un errore del II Tipo: infatti ci preoccupa maggiormente trascurare possibili fonti di rischio e/o di patologia (errore del II Tipo), di quanto non ci preoccupi considerare potenzialmente a rischio bambini che invece non lo sono (errore del I Tipo).

5. Quello che abbiamo trovato

5.1 L'esperienza quotidiana

Molti sono gli aspetti dell'ambiente rilevanti per lo sviluppo in questa fascia di età. Noi abbiamo confrontato l'esperienza del bambino allevato in Comunità con quella di bambini allevati in famiglia, focalizzandoci su due aspetti che riteniamo cruciali:

1. il numero di persone che entrano in contatto col bambino, e più specificamente lo accudiscono, e la regolarità e prevedibilità della presenza di queste persone
2. la qualità dell'interazione *caregiver*/bambino

La continuità e la stabilità del *caregiver*, oltre alla sua risposta sensibile, sono infatti i fattori che permettono la costruzione di un attaccamento sicuro.

In particolare ricordiamo che Hinde (1987) differenzia le *interazioni*, che sono l'incontro puntuale di due partner, dalle *relazioni*, che sono invece le aspettative reciproche sull'andamento dell'interazione che ogni partner costruisce dall'esperienza ripetuta e riconoscibile di interazione con quell'altro specifico partner: è a questo concetto che facciamo riferimento quando parliamo di relazione nel testo.

I dati relativi al primo aspetto li abbiamo raccolti tramite un questionario di bilancio-tempo (*time-budget*), compilato dai *caregiver* dei bambini⁸: per una settimana, si chiedeva loro di indicare, ogni mezzora, nel periodo di veglia dei bambini, chi fosse l'adulto che accudiva il bambino, quali altri adulti e bambini fossero presenti, in quale attività il bambino fosse impegnato.

In questo modo abbiamo potuto ottenere un quadro abbastanza preciso dello svolgersi della giornata dei bambini, durante un periodo sufficientemente lungo (una intera settimana).

⁸) Cinque questionari in Comunità risultano mancanti, e quindi il numero di soggetti è leggermente minore per questo dato; inoltre non sempre l'appaiamento per età corrisponde, in quanto il questionario di bilancio-tempo non era compilato in tutte le osservazioni fatte in Comunità.

L'insieme di questi dati indica una importante differenza nell'esperienza quotidiana dei due gruppi di bambini, soprattutto per quanto riguarda la stabilità e il numero di *caregiver*.

Gli adulti che si alternano nella cura di un bambino in Comunità sono molto più numerosi nella giornata e soprattutto nella settimana degli adulti che si occupano di un bambino in famiglia (la differenza è significativa: $P=.000$ e $2\eta^2=1.58$, $P=.000$ e $2\eta^2=1.82$ rispettivamente), anche quando le madri lavorano e il bambino frequenta il nido o è accudito dalla nonna o dalla baby-sitter (Cf. la Tabella 4 e le Figure 1 e 2). Il dato più indicativo ci sembra quello relativo al numero complessivo di persone che si occupano del bambino nella settimana: in famiglia oscilla fra 1 e 9, mentre in Comunità va da 8 a 15.

[Tabella 4] [Figura 1] [Figura 2]

Inoltre, il tempo che ciascun adulto trascorre continuamente con il bambino è molto più breve in Comunità (Cf. la Tabella 5 e la Figura 3: la differenza è significativa: $P=.000$ e $2\eta^2 = 1.63$): per esempio, il tempo trascorso continuamente con una stessa persona va in Comunità da due ore e mezza a sei, mentre in famiglia il *range* è quattro ore e mezza/quattordici ore.

[Tabella 5] [Figura 3]

Il secondo elemento preso in considerazione nella valutazione dell'esperienza quotidiana è la qualità dell'interazione adulto-bambino, tramite le ELO-Scales (Wijnroks, 1994, Brighi e Genta, *in press*).

Questa scala permette di valutare aspetti differenti dell'interazione: il livello di stimolazione didattica (vocalizzazione dell'adulto, espressioni emotive positive e livello di partecipazione dell'adulto alla interazione in corso), la qualità di questa stimolazione (qualità del contatto fisico con il bambino, non-direttività e non-interferenza della stimolazione), la risposta sensibile (responsività dell'adulto e sincronizzazione all'interno della coppia) e infine il ritmo dell'interazione stessa.

[Tabella 6] [Figura 4] [Tabella 7] [Figura 5]

Per questo aspetto (Cf. le Figure 4 e 5 e le Tabelle 6 e 7) abbiamo trovato qualche differenza significativa, ma in misura decisamente minore e soltanto nella situazione dell'interazione faccia-a-faccia (mentre con i giocattoli i punteggi di educatori e genitori sono sostanzialmente simili): le madri parlano di più ai bambini ($P=.020$ e $2\text{ eta}=.48$), e mostrano un maggior numero di espressioni emotive positive ($P=.064$ e $2\text{ eta}=.52$); inoltre il ritmo della loro interazione è più veloce rispetto a quello degli educatori ($P=.124$ e $2\text{ eta}=.44$); tuttavia gli aspetti più sottili dell'interazione, come la capacità di rispettare l'iniziativa e il ritmo del bambino, o di rispondere in modo sensibile alla sua comunicazione anche se non verbale, non mostrano differenze significative nei due gruppi⁹.

5.2 Lo sviluppo globale

Lo sviluppo complessivo dei bambini è stato valutato con la scala Bayley nella sua versione più aggiornata (BSID-II, Bayley 1993).

[Tabella 8]

La differenza fra i due gruppi è significativa, e di una certa entità, sia per la scala mentale (vedi la Tabella 8 e la Figura 6: $P=.020$ e $2\text{ eta}=.58$) che per quella motoria (Figura 7: $P=.019$ e $2\text{ eta}=.54$), sempre in favore dei bimbi che vivono in famiglia.

[Figura 6] [Figura 7]

Questa differenza riguarda i gruppi in quanto tali, indipendentemente dal fatto che i singoli bambini presentino o meno un punteggio "nella norma": non implica perciò una valutazione sullo sviluppo del singolo bambino (che del resto sarebbe difficile fare, essendo il campione di standardizzazione di questo test quello statunitense).

Il dato relativo alla differenza fra i gruppi in Comunità e in famiglia va però letto tenendo conto delle diverse condizioni di partenza di questi bambini.

⁹) In questo caso, le osservazioni sono state effettuate per tutti i soggetti, e i dati mancanti derivano da impossibilità di effettuare la codifica per alcune voci in alcuni soggetti.

Un controllo (anche se grossolano) della relativa importanza dei fattori di rischio antecedenti lo possiamo effettuare attraverso il confronto con le medie normative del test di Bayley per il sottogruppo dei bambini con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti in gravidanza.

Infatti, se consideriamo i valori normativi USA (si veda la Tabella 9), troviamo che i bambini in famiglia hanno un punteggio sostanzialmente simile a quello del campione normativo per quanto riguarda la Scala Motoria, mentre sono leggermente superiori per quanto riguarda la Scala Mentale (ricordiamo che il livello socio-culturale delle famiglie da noi osservate è superiore alla media).

[Tabella 9]

Invece, i bambini in Comunità hanno un punteggio significativamente inferiore a quello del campione normativo USA nella Scala Motoria, mentre è sostanzialmente equivalente quello della Scala mentale.

Se però consideriamo i valori normativi USA relativi allo studio sui bambini che hanno subito le conseguenze dell'assunzione di stupefacenti in gravidanza da parte della madre, vediamo che i dati italiani si collocano diversamente (Tabella 10):

[Tabella 10]

Anche se il confronto va fatto con cautela (i nostri bambini hanno età diverse e anche il tipo di sostanze assunte è diverso rispetto al gruppo clinico USA), può però dare una indicazione in senso positivo: la differenza di prestazione fra i due gruppi di bambini ha molto probabilmente origini precedenti all'ingresso in Comunità, e deriva dalla situazione di rischio di partenza.

In sintesi, troviamo che i bimbi in Comunità hanno un ritardo di sviluppo se confrontati ai bimbi italiani che crescono in famiglia.

Questo ritardo però è presente solo per lo sviluppo motorio se si confrontano con i bimbi del campione USA (sia il campione normativo che quello clinico di bambini esposti a sostanze stupefacenti in gravidanza)¹⁰.

Per approfondire ulteriormente la valutazione del livello di sviluppo, abbiamo inoltre utilizzato la scala ECSP (Guidetti e Tournette, 1993; Molina, Ongari e Schadee, 1998), che ci dà un profilo dello sviluppo sociale e comunicativo.

Sono valutate (su quattro livelli di sviluppo) tre funzioni comunicative: l'Interazione Sociale (IS), che considera le condotte finalizzate al mantenimento dell'interazione e dell'attenzione reciproca all'interno della coppia osservatore/bambino nel quadro di scambi ludici; l'Attenzione Congiunta (AC), che si produce nel corso di interazioni finalizzate alla condivisione nella coppia dell'attenzione diretta verso un oggetto del mondo esterno; la Regolazione del Comportamento (RC), che caratterizza gli scambi in cui lo scopo è la modificazione della condotta propria o altrui secondo il desiderio del partner. Per ciascuna di queste funzioni il bambino può giocare ruoli differenti: può Iniziare, Mantenere o Rispondere all'interazione.

Abbiamo utilizzato come modalità di valutazione di questa scala i *livelli ottimali*, in quanto forse meno sensibili nella differenziazione dei bambini ma più stabili¹¹.

[Tabella 11] [Figura 8]

In questo caso non ci sono differenze sul punteggio globale (Cf. Tabella 11 e Figura 8), ma le differenze emergono se si considera il profilo delle risposte alle varie scale, o addirittura i singoli item: infatti i bambini che vivono in Comunità hanno punteggi più alti nell'Iniziativa della Regolazione del Comportamento (Serie IRC), mentre quelli che vivono in famiglia nell'Iniziativa nell'Attenzione Congiunta (Serie IAC); inoltre, nei singoli item, quelli che comportano pianto sono

¹⁰) Nel nostro gruppo di soggetti, non ci sono differenze significative fra i bambini nati in Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN) e gli altri, entrati in Comunità per motivazioni differenti.

¹¹) Nel corso del lavoro di validazione italiana della Scala, sono emerse alcune instabilità nell'andamento dei punteggi, che hanno portato a una loro revisione, che non è però ancora disponibile. L'andamento da noi ottenuto usando i punteggi è comunque globalmente simile.

maggiormente presenti in Comunità, mentre i bimbi che vivono in famiglia sono più capaci di utilizzare forme convenzionali di comunicazione.

5.3 Il temperamento

Il nostro interesse iniziale per la rilevazione degli aspetti temperamentali dei bambini era legato alle differenze individuali: ci eravamo infatti chieste se bambini diversi per caratteristiche individuali potessero vivere in modo differente l'esperienza della Comunità, e i vincoli che questa comporta, avendo quindi esiti diversi di sviluppo (Cf. per es. Loutre-Du Pasquier, 1981).

Abbiamo però riscontrato differenze significative anche a livello di gruppo, e questo usando due strumenti differenti, uno compilato dalle osservatrici della ricerca (la BRS della scala di Bayley), l'altro dagli educatori (i questionari di Carey sul temperamento, nella versione italiana: Axia, 1993).

Nella *Behavior Rating Scale* della scala di Bayley abbiamo trovato differenze significative fra i due gruppi su tutte le voci, e sempre i bambini che vivono in famiglia hanno una valutazione più alta: $P=.000$ per il punteggio Totale (Vedi la Tabella 12 e la figura 9) e per la scala di Regolazione emotiva, $P=.004$ per la scala della Qualità motoria e $P=.006$ per la scala che valuta la Partecipazione e l'interesse per la prova.

[Tabella 12] [Figura 9]

Queste differenze sono importanti non solo per quello che esse ci indicano sulle modalità di relazione all'ambiente dei bambini in Comunità, ma anche perché hanno un certo valore prognostico: infatti è soprattutto una valutazione negativa alla BRS (soprattutto alla scala di Partecipazione/Interesse) a funzionare come predittore di futuri problemi cognitivi e delle difficoltà scolastiche (Bayley, 1993).

I questionari di Carey mostrano anche differenze significative, ma non su tutte le categorie (Cf. Tabella 13 e le Figure 10 e 11).

[Tabella 13] [Figura 10]

Infatti abbiamo valori sostanzialmente analoghi per l'**Adattabilità**, la **Soglia**, la **Ritmicità** e la **Perseveranza** (che forse sono aspetti che hanno una connotazione di tipo più biologico, meno modificabile dall'ambiente).

Invece sono significativamente diversi a tutte le età l'**Umore** (più positivo nei bambini in famiglia) e l'**Approccio** alle persone e alle situazioni nuove (che è anch'esso più positivo nei bambini in famiglia).

Inoltre sono presenti soprattutto nei bambini più piccoli differenze per quanto riguarda il livello di **Attività** (sempre più basso nei bambini della Comunità) e per la **Distraibilità** (i bambini in Comunità hanno un punteggio sempre più alto su questa dimensione, cioè sono bambini più difficili rispetto a questo aspetto).

Infine, anche per quanto riguarda l'**Intensità** delle reazioni, troviamo differenze significative, ma con una differenziazione secondo le età: i più piccoli sono più intensi in famiglia, con punteggi in Comunità veramente molto bassi; i più grandi invece (dopo i 12 mesi) hanno reazioni più intense se vivono in Comunità (Cf. Figura 11).

[Figura 11]

5.4 La relazione con gli adulti e l'attaccamento

Per la valutazione della qualità dell'attaccamento, disponiamo di strumenti consolidati, come la *Strange Situation* (Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1978) o il *Q-Sort* di Waters e Deane (1985), ma che non abbiamo ritenuto utilizzabili nella nostra ricerca, per motivi sia pratici (sono strumenti utilizzabili con bambini di un anno/un anno e mezzo di età, e quindi non adatti a tutti i soggetti da noi osservati) che teorici. Infatti la situazione vissuta dai bimbi in Comunità non è semplicemente

paragonabile a quella di una famiglia normale, in cui il bambino comunque instaura un legame di attaccamento con i genitori, ed eventualmente ci si può chiedere quale sia la qualità di questo legame. Per i bambini della Comunità invece si tratta di valutare l'esistenza di una forma di attaccamento, o eventualmente un ritardo nella costruzione dell'attaccamento, prima ancora della qualità di questo attaccamento.

Abbiamo quindi scelto di mettere a punto una griglia osservativa delle condotte indirizzate alle persone familiari ed estranee, per ricavarne delle indicazioni sul processo di differenziazione fra gli adulti e di costruzione di un attaccamento specifico, processo che si attua appunto nel corso del primo anno di vita.

Anche i dati risultanti da questa griglia mostrano un andamento differenziato nei due gruppi di bambini.

[Tabella 14*] [Tabella 15*]

Infatti (Cf. Figura 12), anche se quasi tutti i bambini sono cognitivamente in grado di differenziare la persona familiare (l'educatore in Comunità, la madre in famiglia) da quella estranea (l'osservatrice della ricerca: questa é una competenza prevedibile appunto per quasi tutti i bambini, data l'età del nostro gruppo di soggetti), diverse sono le risposte al familiare e all'estraneo nei due gruppi: i bambini in Comunità mostrano più frequentemente di quelli in famiglia il sorriso sociale indifferenziato ($P=.022$) ed espressioni di affezione rivolte indiscriminatamente ad adulti familiari ed estranei ($P=.001$); al contrario, più bambini in famiglia riservano le manifestazioni di affezione ai *caregiver* familiari ($P=.070$).

[Figura 12]

Tutti i bambini inoltre (Cf. Figura 13) si calmano se presi in braccio da un adulto familiare, ma il *caregiver* é una "base sicura" in famiglia più spesso che in Comunità: i bambini in famiglia infatti si rivolgono più spesso in modo esclusivo alla figura familiare per farsi consolare ($P=.000$), sono più

capaci di *social referencing*¹² (P=.057), e *si rannicchiano* contro il corpo della persona familiare in presenza di un estraneo in modo significativamente maggiore (P=.000) rispetto ai bambini in Comunità; questi ultimi invece si rivolgono anche agli estranei per farsi consolare, in modo piuttosto indifferenziato (P=.012).

[Figura 13]

Questa indifferenziazione fra i partner non significa però che i bambini della Comunità siano più tranquilli e a loro agio, stiano bene “con tutti”: infatti alcuni di loro (Cf. Figura 14), in misura maggiore di quanto non succeda per i bambini osservati in famiglia, sono disturbati e mostrano malessere per il semplice ingresso dell’adulto nella stanza (P=. 063), oppure se questi solo si avvicina e parla loro (P=.000). Il numero di bambini che mostra disagio al contatto fisico con l’estraneo é invece più o meno simile in famiglia e in Comunità.

[Figura 14]

Troviamo quindi nei bambini che vivono in Comunità una minore differenziazione dei partner sociali, una minore capacità di riconoscere individualmente la persona che fornisce le cure materne, una certa insicurezza nei confronti del *caregiver* e una minore capacità di fare a lui riferimento per orientarsi nel mondo: manca cioè loro una “base sicura” o, detto in altro modo, manifestano minori segnali di attaccamento specifico.

6. Discussione

Vorremmo qui tentare una lettura complessiva, di tipo clinico, di quanto emerge dalle nostre osservazioni. Siamo a un livello ipotetico, e la nostra guida è soprattutto un criterio di congruenza teorica.

¹²) Con questo termine ci si riferisce alla capacità del bambino di utilizzare le espressioni emotive di un adulto significativo per orientare la propria risposta a persone o eventi sconosciuti.

Riportiamo un esempio tratto da Harris, 1989:

... un padre e il suo bambino incontrano un estraneo. Il padre lo guarda e lo saluta cordialmente con un sorriso e un tono di voce allegro. Grazie all’indizio offerto da questo atteggiamento emotivo, il bambino può essere più propenso a

Ci sembra però importante tentare di capire cosa possono significare nell'insieme le osservazioni che abbiamo fatto sia per lo sviluppo dei bambini e che per l'intervento educativo¹³.

I bambini da noi osservati in Comunità mostrano come gruppo un ritardo di sviluppo globale: pur non essendo di grandissima entità, è però evidenziabile dagli strumenti di osservazione da noi utilizzati.

Questo ritardo potrebbe essere legato al rischio iniziale, come il confronto con i dati del campione USA esposto a sostanze stupefacenti in gravidanza sembra indicare.

Il problema è a questo punto riuscire a comprendere se l'intervento educativo operato dalla Comunità può funzionare da fattore di protezione rispetto alla situazione di partenza: e non abbiamo chiare indicazioni in questo senso.

I dati della Scala SCSP, più articolati al loro interno, ci possono aiutare ad approfondire l'analisi degli aspetti qualitativi dello sviluppo dei bimbi che crescono in Comunità: esso sembra complessivamente adeguato (i livelli di sviluppo globali sono simili), ma assai differenziato nei contenuti.

Infatti le differenze fra i gruppi (ricordiamo che non sono evidentissime, anche se riteniamo importante tenerne conto, come indicatori di direzioni di sviluppo potenzialmente divergenti) riguardano soprattutto le aree in cui i bambini "iniziano" la comunicazione, e quindi lo stile del loro rapporto con l'adulto.

In questo senso, potremmo leggere le differenze in due modi, uno più "cognitivo" e uno più "relazionale".

Da un punto di vista cognitivo, le ricerche sullo sviluppo delle capacità di usare il partner per fare richieste e invece per condividere con lui "commenti" sul mondo mostrano che si tratta di

interagire con l'estraneo. Le conferme circa questa funzione di segnalazione indiziaria svolta dalle espressioni emotive dell'adulto a favore del bambino sono attualmente valide (Harris, 1989, trad.it. 1991, p. 24).

¹³) Il controllo a livello di analisi dei dati del modello interpretativo da noi proposto si presenta alquanto problematico, in relazione all'eterogeneità del campione, allo scarso numero di soggetti e alla molteplicità delle variabili in gioco. Per

competenze che hanno due diversi livelli di complessità (Cf. Camaioni, 1993): in questo senso, una competenza nella condivisione dell'attenzione sarebbe più evoluta di quella relativa alla regolazione del comportamento altrui (in quest'area, soprattutto per i primi livelli, contano tra l'altro molto gli item di pianto, che è più presente in Comunità ma non è certo un indicatore positivo rispetto all'insieme della personalità del bambino).

Da un punto di vista relazionale, le differenti modalità di iniziativa dei bambini suggeriscono una diversa fiducia nei confronti dell'adulto e una diversa abitudine ad avere una figura adulta disponibile nell'esperienza quotidiana di scoperta del mondo¹⁴.

In questo senso, le differenze sono poco spiegabili da un'eziologia puramente legata al rischio iniziale, che potrebbe invece spiegare un ritardo globale, come è quello al test di Bayley: molto più ragionevolmente possono cioè essere ricondotte all'esperienza quotidiana dei bambini.

Nella stessa direzione (un'influenza della specificità dell'accudimento offerto in Comunità) vanno le osservazioni sullo sviluppo delle condotte di attaccamento, che mostrano come i bambini che crescono in Comunità siano al contempo meno sicuri e meno capaci di differenziare gli adulti che si occupano di loro, di sviluppare cioè attaccamenti specifici, rispetto ai coetanei che crescono normalmente in famiglia¹⁵.

Congruente con questi aspetti è anche il profilo temperamentale che presentano i bambini in Comunità, che complessivamente mostrano un certo malessere: sono meno capaci di partecipare alla situazione del test, hanno maggiori difficoltà nell'approccio alle situazioni e alle persone nuove,

questo preferiamo limitarci a considerazioni di tipo teorico, anche se una lettura più puntuale dell'insieme delle osservazioni è attualmente in corso.

¹⁴) Il deficit di attenzione condivisa è specifico dei bambini autistici: in questo caso però (ricordiamo che si tratta di una leggera differenza fra i due gruppi, non di punteggi marcatamente inadeguati) ci sembra più corretta un'ipotesi interpretativa che faccia riferimento all'esperienza concreta che i bambini fanno con gli adulti, non a problemi legati a una specifica patologia dei bambini (della quale del resto non avremmo altri indicatori).

¹⁵) Ricordiamo ancora che il nostro non è un campione "medio", ma sicuramente in situazioni di vantaggio. Vantaggio, come già detto, da un punto di vista culturale e di risorse, ma probabilmente anche rispetto al benessere psichico: infatti la nostra esperienza ci ha spesso mostrato come una disponibilità maggiore alla presenza di un osservatore estraneo si abbia là dove non ci sono particolari vissuti di crisi o di problemi nel rapporto col proprio bambino.

sono di umore meno positivo e sono meno attivi. Sono poi, secondo le età, più passivi o più intolleranti nelle proprie manifestazioni emotive. Sembrano insomma avere un approccio al mondo meno armonioso e felice, e manifestare un certo grado di depressione¹⁶.

Come possiamo leggere questi dati in relazione a quelli che valutano l'esperienza quotidiana dei bambini?

I dati del bilancio-tempo sono abbastanza auto-evidenti: non è certo necessario far riferimento alla teoria dell'attaccamento per vedere che un bebè di qualche mese accudito da 15 persone diverse in una settimana, ciascuna per periodi di tempo che non superano mai le due ore, non è certo nelle condizioni ottimali per arrivare non solo a costruire *relazioni* con le persone (Hinde, 1987), ma probabilmente nemmeno per costruirsi un minimo di orientamento nel mondo e nel tempo. E questo anche in presenza di competenze sufficienti, da parte degli educatori, nell'*interazione* con i bambini (ELO-Scales).

Ma proprio per quanto conosciamo dello sviluppo psicologico, riteniamo che trascorrere i primi mesi di vita in un contesto così poco strutturante dal punto di vista relazionale non possa essere privo di conseguenze per lo sviluppo successivo, non solo emotivo, sociale, affettivo, ma anche cognitivo e comunicativo.

Riferimenti bibliografici

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum
- Axia, G. (1993), *La misurazione del temperamento nella prima infanzia*, Padova, CLEUP
- Bayley, N. (1993), *Bayley Scales of Infant Development. Second Edition (BSID-II). Manual*, San Antonio, The Psychological Corporation

¹⁶) Se gli strumenti di valutazione del temperamento da noi utilizzati, in particolare modo i questionari di Carey, dovessero confermarsi affidabili anche nel valutare individualmente il benessere dei bambini, potrebbero diventare uno strumento operativo di grande utilità per gli educatori: infatti la loro compilazione e lettura é relativamente agevole, e potrebbe permettere di monitorare sistematicamente la permanenza dei bambini in Comunità e di individuare abbastanza precisamente eventuali situazioni di sofferenza.

- Belsky, J. & Nezworski, T. (1988), *Clinical Implications of attachment*, Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum
- Bondioli, A. (Ed.) (1990), *Il bambino e gli altri: ricerche educative sulla prima età*, Bergamo, Juvenilia
- Bonino, S., Molina, P., Soderini, M.L., Battezzato, L., Bauchiero, L., Bistagnino, D. & Celesia, S. (in press), *I bambini da 0 a 14 mesi ospiti delle Comunità per minori della provincia di Torino*, Report di ricerca non pubblicato, Torino, Università degli studi
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss. I: Attachment*, London, Hogarth Press (trad.it. *L'attaccamento alla madre*, Torino, Boringhieri, 1972)
- Bowlby, J. (1973), *Attachment and Loss. II: Separation: Anxiety and Anger*, London, Hogarth Press (trad.it. *La separazione dalla madre*, Torino, Boringhieri, 1975)
- Brighi, A. & Genta, M.L. (in press), *Le ELO-Scales per la valutazione dell'interazione genitore/bambino*,
- Bronfenbrenner, U. (1979), *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press (trad.it. *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986)
- Camaioni, L. (1993), Lo sviluppo della teoria della mente e dei suoi precursori, *Età Evolutiva*, 45, 61-72
- Città di Torino - Assessorato ai Servizi Sociali (1994), *Una piccola storia per diventare grandi. Riflessioni di un gruppo di operatori*, Torino, documento a circolazione interna
- Città di Torino - Assessorato ai servizi sociali (1996a), *I neonati allontanati dal loro contesto familiare*, giornata di studio, Torino, 11 dicembre
- Città di Torino (1996b), *Gli affidamenti familiari a Torino, realtà e prospettive*, Seminario di studio, Torino, 25 maggio
- Crittenden, P.M. (1997), *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Milano, Masson
- Ercolani, A.P. & Areni, A. (1983), *Statistica per la ricerca in psicologia*, Bologna, Il Mulino
- George, K., Kaplan, N., & Main, M. (1985), *Adult Attachment Interview*, Unpublished Manuscript, Berkley, University of California
- Guidetti, M. & Tourrette, C. (1993), *Évaluation de la Communication Sociale Précoce - Manuel ECSP*, Issy-Les-Moulineaux (F), Editions Scientifiques et Psychologiques-EAP
- Harris, P. (1989), *Children and Emotion. The Development of Psychological Understanding*, Oxford, Basic Blackwell (trad.it. *Il bambino e le emozioni*, Milano, Raffaello Cortina, 1991)
- Hinde, R.A. (1987), *Individuals, Relationships and Culture. Links between Ethology and Social Sciences*, s.l., Cambridge University Press
- Livolsi, M., De Lillo, A. & Schizzerotto, A. (1980), *Bambini non si nasce. Una ricerca sulla condizione infantile*, Milano, Angeli
- Loutre-Du Pasquier, N. (1981), *Le devenir d'enfants abandonnés. Le tissage et le lien*, Paris, PUF
- Mallardi, A. (Ed.) (1997), *Le comunità alloggio per minori della Provincia di Torino. Dieci anni di esperienza*, Torino, Provincia di Torino - Copinform Editrice
- Molina, P., Ongari, B. & Schadee, H.M.A. (1998), Un contributo alla valutazione dello sviluppo: la Scala della Comunicazione Sociale Precoce (SCSP), *Età Evolutiva*, 61, 64-82
- Musatti, T. (1992), *La giornata del mio bambino*, Bologna, Il Mulino
- Schaffer, R.H. (Ed.) (1977), *Studies in Mother-Infant Interaction*, London, Academic Press (trad.it. *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*, Milano, Angeli, 1984)
- Schaffer, R.H. (1996), *Social Development*, s.l. (trad.it. *Lo sviluppo sociale*, Milano, Raffaello Cortina, 1998)
- Sperling, M.B. & Berman, W.H. (Eds.) (1994), *Attachment in Adults. Clinical and Developmental Perspectives*, New York-London, The Guilford Press
- SPSS (1996), *SPSS Exact Test for Windows*, Chicago, SPSS Inc.
- Tavecchio, L.W.C. & van Ijzendoorn, M.H. (1987), *Attachment in Social Networks. Contributions to Bowlby-Ainsworth Attachment Theory*, Amsterdam, North-Holland

- Trincherò, R. (1997), *I test statistici non parametrici. Strumenti di analisi del comportamento sociale*, W.P. 10, Dipartimento di scienze sociali - Università degli Studi, Torino
- Waters, E. & Deane, (1985), Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood, in: I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of attachment theory and research, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209), 41-65
- Wijnroks, L. (1994), *Dimensions of mother-infant interaction and the development of competence in preterm infants*, Gröningen (Holl.), Stichting Kinderstudies
- Willmes, K. (1985), An Approach to Analyzing a Single Subject's Scores Obtained in a Standardized Test with Application to the Aachen Aphasia Test (AAT), *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 7 (4), 331-352

Tabella 1 : Distribuzione delle coppie per età e sesso

Mesi	MM	FF	MF	FM	Totale
4	1				1
5					
6	5	2			7
7	1	1	1		3
8	4	5	3		12
9	1				1
10		3		2	5
11	1			2	3
12	1	1	2		4
13					
14		1			1
15		1			1
Totale	14	14	6	4	38

Tabella 2 : Motivi di ingresso in Comunità

Motivo	N.	%
Dipendenza da alcool	1	2.6
Difficoltà economiche	1	2.6
Bambini maltrattati	2	5.3
Bambini trascurati	4	10.5
Problemi psicologici	5	13.2
Tossicodipendenza	25	65.8
TOTALE	38	100.0

Tabella 3 : Scelte di accudimento (bimbi in famiglia)

	N. Soggetti campione	% Soggetti campione	% Popolazione Piemonte *
Mamma (non lavora)	8	21.1	
Mamma (non ha ancora ripreso)	9	23.7	
Mamma (lavora in casa)	1	2.6	
Asilo nido	5	13.2	14.6
Familiari	5	13.2	
Baby-sitter	4	13.5	
Misto (più figure si alternano)	6	15.8	
TOTALE	38	100.0	

(*) Fonte : ISTAT, in Musatti, 1992 (bambini da 0 a 3 anni)

Tabella 4 : Numero di *caregiver* diversi (da bilancio-tempo)

		Comu.	Fam.	Camp.tot.	P (*)	2 Eta (**)
Numero massimo nella giornata	Media	6	3	5	.000	1.58
	DS	1	1	2		
	Range	4-9	1-6	1-9		
Numero minimo nella giornata	Media	4	2	3	.000	1.41
	DS	1	1	1		
	Range	1-6	1-3	1-6		
Numero medio nella giornata	Media	5	3	4	.000	1.59
	DS	1	1	1		
	Range	3-7	1-4	1-7		
Totale caregiver diversi nella settimana	Media	12	4	8	.000	1.82
	DS	2	2	4		
	Range	8-15	1-9	1-15		
Soggetti		33	38	66		

(*) Wilcoxon Exact Test, Monte Carlo Method (test a due code) (N. coppie=33)

(**) Calcolato con un'analisi della varianza sul campione complessivo (N=66)

Figura 1 : Numero medio di *caregiver* diversi nella giornata

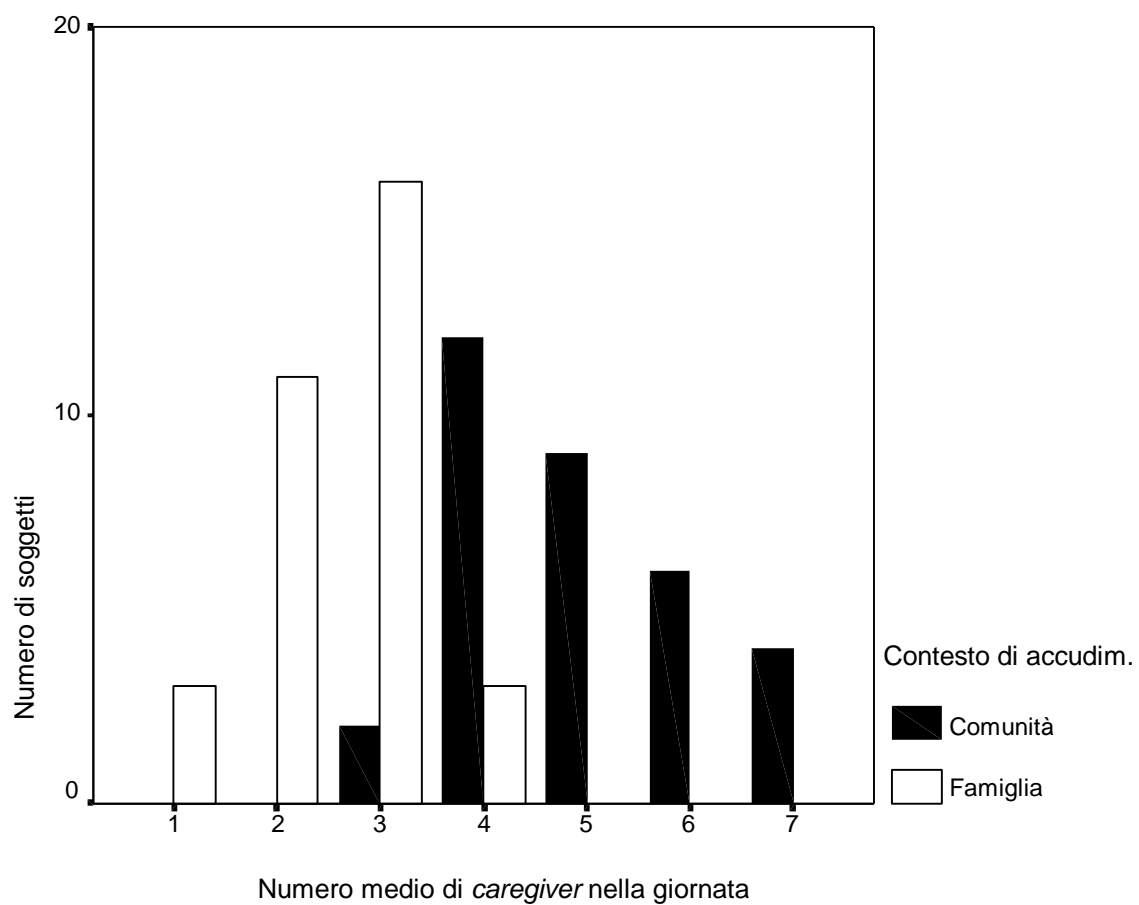


Figura 2 : Numero di *caregiver* diversi nella settimana

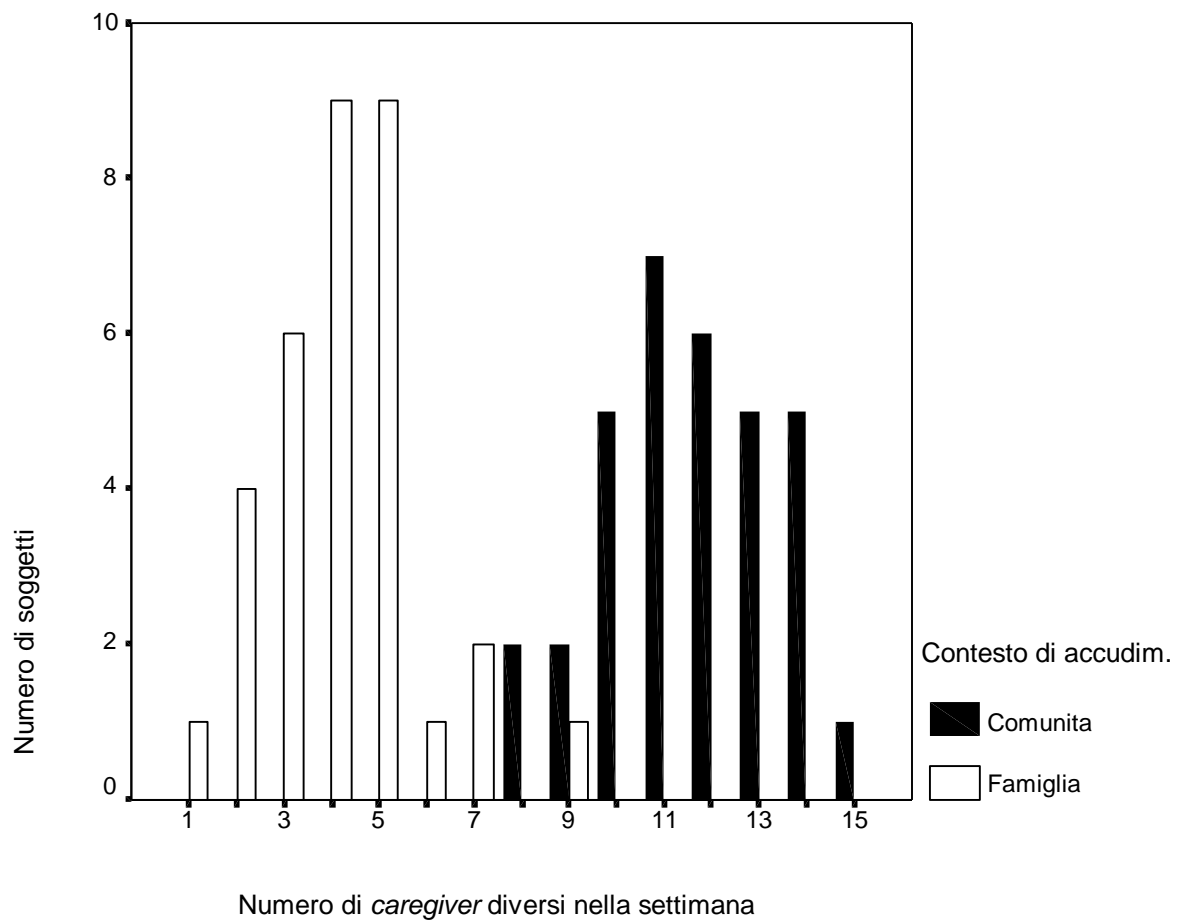


Tabella 5 : Tempo trascorso con ciascun *caregiver* nella settimana (da bilancio-tempo)

		Comunità	Famiglia	Campione totale	P (*)	2 Eta (**)
Tempo massimo nella giornata	Media	5h 15'	11h 00'	8h 00'	.000	1.70
	DS	1h 30'	1h 45'	3h 15'		
	Range	2h 30' – 9h.30'	5h 30' – 14h 00'	2h 30' – 13h 30'		
Tempo minimo nella giornata	Media	0h 30'	0h 45'	0h 30'	.264	.28
	DS	0h 00'	1h 00'	1h 15'		
	Range	0h 30' – 1h 00'	0h 30' – 11h 00'	0h 30' – 11h 00'		
Tempo continuativo nella giornata	Media	4h 00'	9h 45'	6h 45'	.000	1.63
	DS	0h 45'	2h 30'	3h 15'		
	Range	2h 30' – 6h 00'	4h 30' – 14h 00'	2h 30' – 13h 00'		
Soggetti		33	38	66		

(*) Wilcoxon Exact Test, Monte Carlo Method (test a due code) (N. coppie=33)

(**) Calcolato con un'analisi della varianza sul campione complessivo (N=66)

Figura 3 : Tempo massimo trascorso continuativamente con uno stesso *caregiver* nella giornata

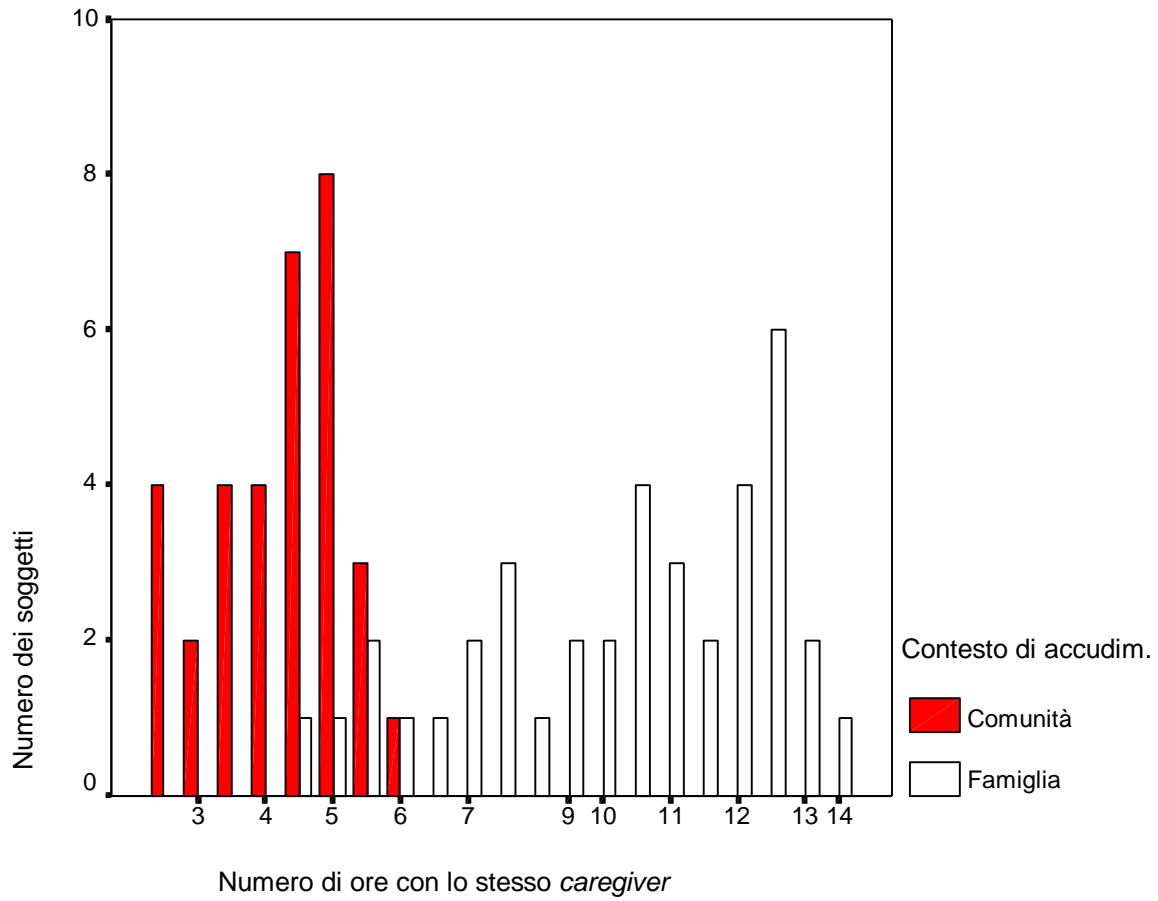


Tabella 6 : ELO-Scales caregiver (face-to-face) (N.coppie=37)

	Comunità		Famiglia		Campione totale		P (*)	2Eta (**)
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Espressioni emotive positive	4.27	.96	4.68	.67	4.47	.85	.020	.48
Vocalizzazione	3.57	.65	3.97	.87	3.77	.79	.064	.52
Ritmo	2.65	.82	3.05	1.00	2.85	.93	.124	.44
Partecipazione	3.86	.71	4.00	.82	3.93	.76	.416	.18
Responsività	3.92	.98	4.03	.80	3.97	.89	.739	.12
Qualità manipolazione	3.49	1.37	3.46	1.17	3.47	1.26	.796	.02
Non direttività	2.89	1.13	2.84	1.14	2.86	1.13	.693	.05
Sincronizzazione	3.87	1.21	3.73	1.15	3.80	1.17	.639	.12
Non interferenza	3.35	1.49	3.11	1.49	3.23	1.49	.619	.16

(*) Wilcoxon Exact Test, Monte Carlo Method (test a due code) (N. coppie=37)

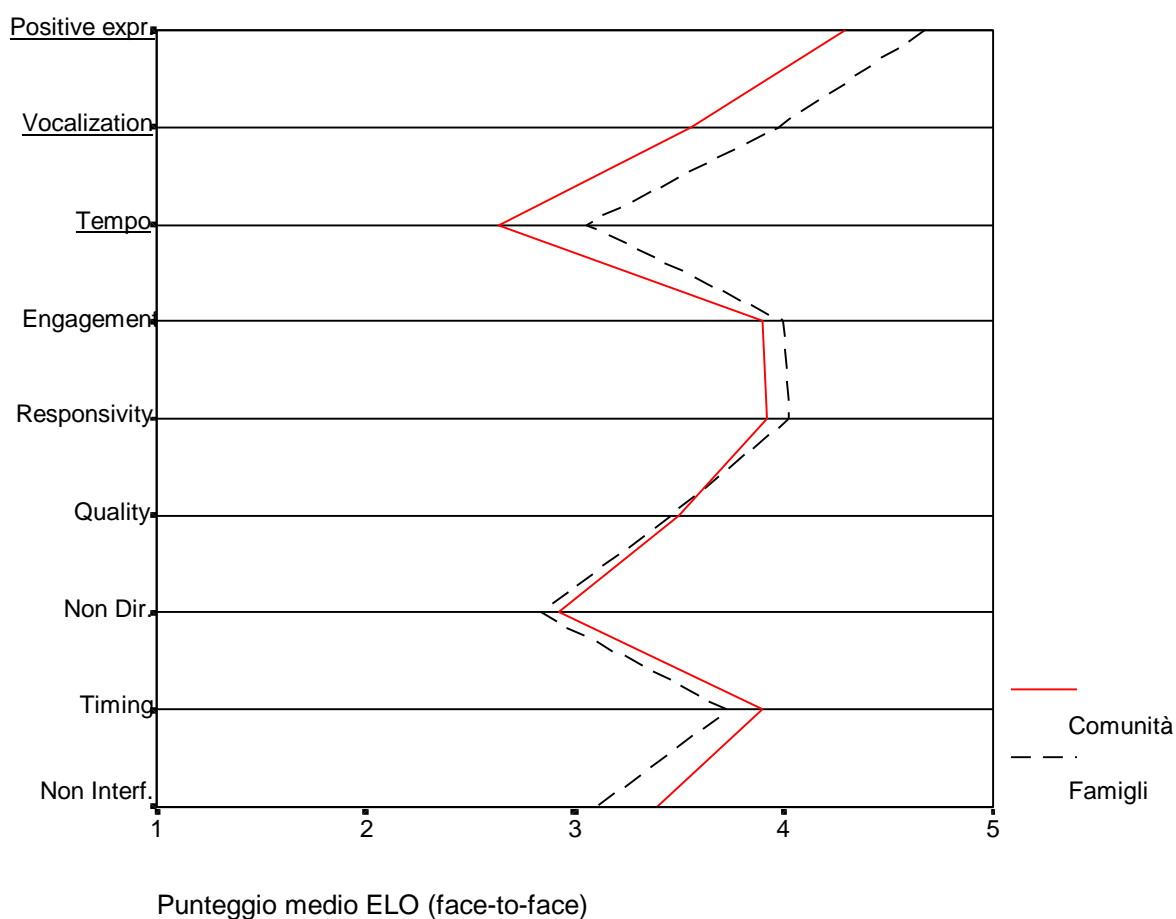
(**) Analisi di varianza sul campione complessivo (N.=74)

Tabella 7 : ELO-Scales caregiver (giocattolo) (N.coppie=38)

	Comunità		Famiglia		Campione totale		P (*)	2Eta (**)
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Espressioni emotive positive	4.11	1.09	4.05	.99	4.08	1.03	.843	.05
Vocalizzazione	3.13	1.09	3.21	.99	3.17	1.04	.713	.08
Ritmo	2.74	.89	2.76	.97	2.75	.93	1.000	.03
Partecipazione	3.68	.84	3.76	.85	3.72	.84	.792	.09
Responsività (N=72)	3.75	1.17	3.83	1.03	3.79	1.11	.656	.08
Qualità manipolazione (N=72)	2.66	1.57	2.69	1.56	2.68	1.55	.843	.02
Non direttività	2.97	1.17	3.13	1.02	3.05	1.09	.556	.15
Sincronizzazione	3.68	1.12	3.58	1.27	3.63	1.19	.804	.09
Non interferenza	3.24	1.26	3.00	1.38	3.12	1.32	.496	.18

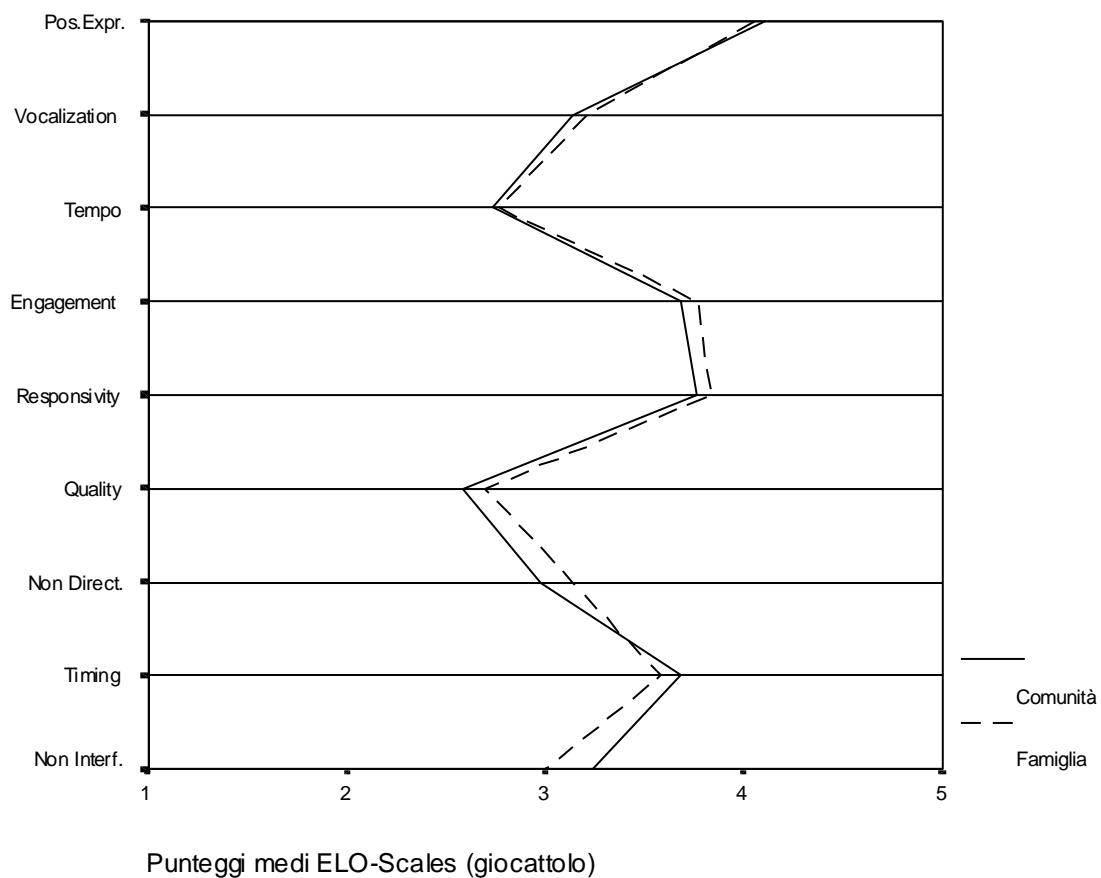
(*) Wilcoxon Exact Test, Monte Carlo Method (test a due code) (N. coppie=38)
(**) Analisi di varianza sul campione complessivo (N.=76)

Figura 4 : ELO-Scales: Punteggi medi dei caregiver (face-to-face)



Nota : Le dimensioni sottolineate mostrano differenze significative fra i due gruppi

Figura 5 : ELO-Scales: Punteggi medi dei *caregiver* (giocattolo)



Nota : non ci sono differenze significative

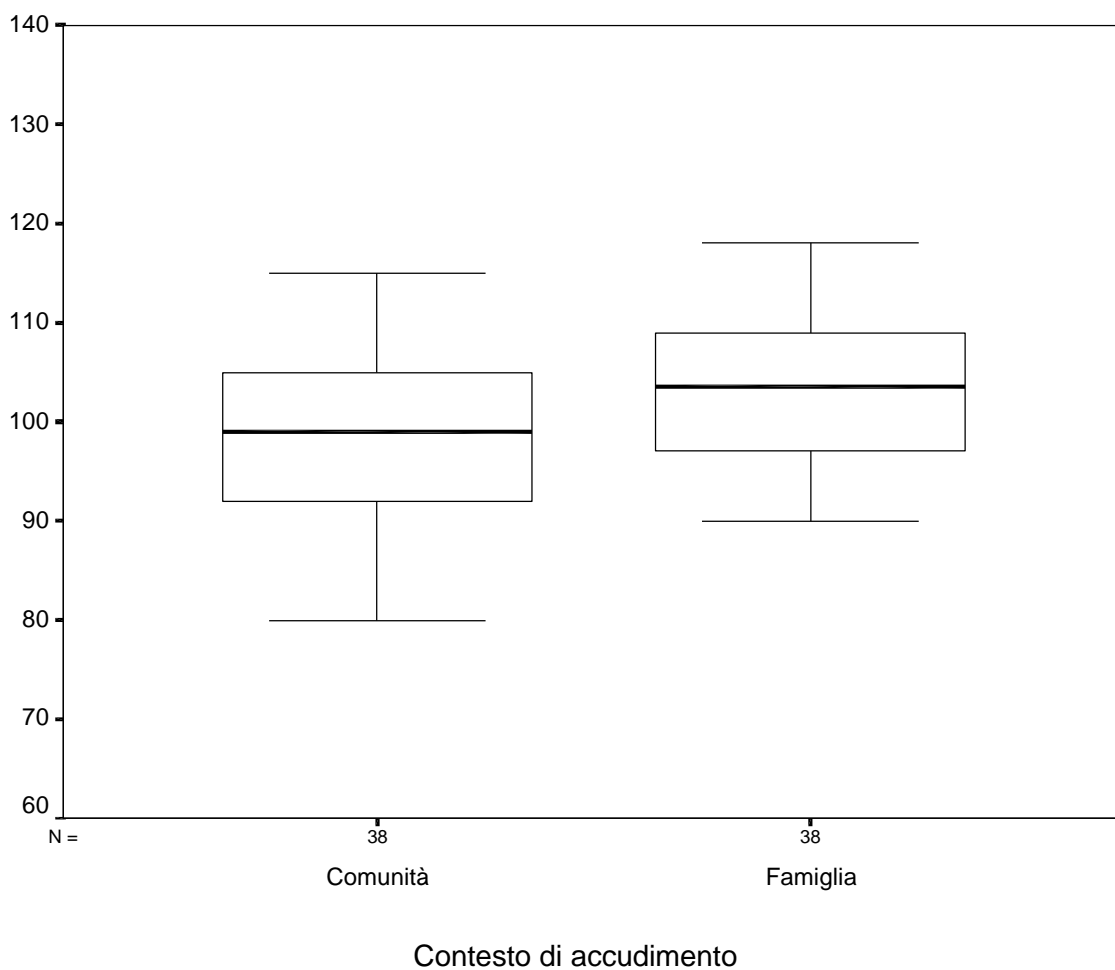
Tabella 8 : Scala di sviluppo mentale e motoria (N. coppie=38)

		Media	DS	Range	P (*)	2 Eta(**)
Scala mentale	Comunità	97.89	9.31	80-115	.020	.58
	Famiglia	102.82	7.10	90-118		
Scala motoria	Comunità	91.42	10.70	68-113	.019	.54
	Famiglia	97.29	10.61	75-115		
Scala mentale	Totale	100.36	8.59	80-118		
Scala motoria	Totale	94.36	10.99	68-115		

(*) Wilcoxon Exact Test, Monte Carlo Method (test a due code)

(**) Analisi di varianza sul campione complessivo (N=78)

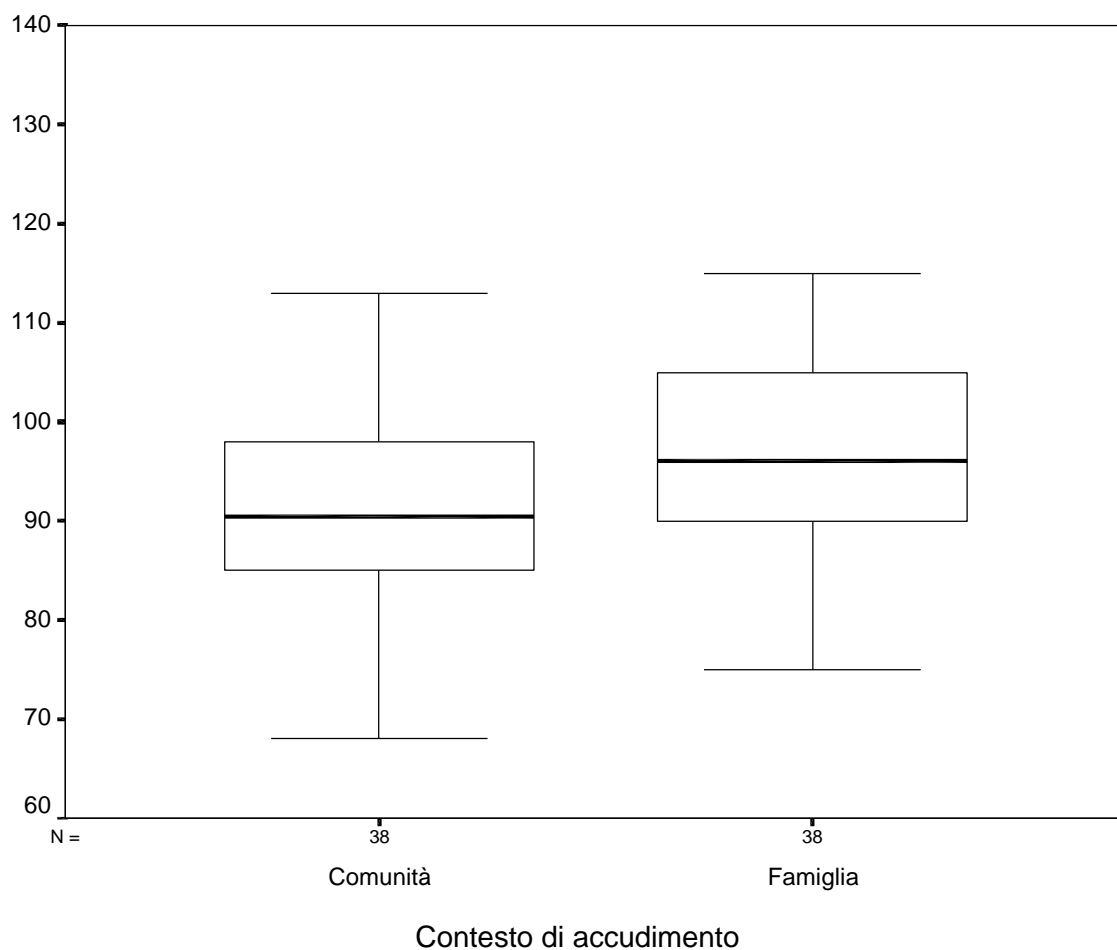
Figura 6: Distribuzione dei punteggi alla scala mentale (MDI)



Nota:

Questi grafici sono dei “grafici a scatola”: all’interno della scatola è rappresentata la metà dei soggetti, mentre i due baffi verticali indicano la dispersione del restante 50%; la linea in grassetto indica invece il punteggio mediano, quello cioè al di sopra e al di sotto del quale si colloca il 50% dei soggetti.

Figura 7 : Distribuzione dei punteggi alla scala motoria (PDI)



Nota:

Questi grafici sono dei “grafici a scatola”: all’interno della scatola é rappresentata la metà dei soggetti, mentre i due baffi verticali indicano la dispersione del restante 50%; la linea in grassetto indica invece il punteggio mediano, quello cioè al di sopra e al di sotto del quale si colloca il 50% dei soggetti.

Tabella 9 : Confronto con il campione di standardizzazione USA

		Media	DS	Mean Difference	t-value (*)	DF	P (*)
Scala mentale	Comunità	97.89	9.31	- 2.11	- 1.39	37	.172
	Famiglia	102.82	7.10	2.82	2.44	37	.019
Scala motoria	Comunità	91.42	10.70	- 8.58	- 4.94	37	.000
	Famiglia	97.29	10.61	- 2.71	- 1.58	37	.124
Scala mentale	Totale	100.36	8.59	0.36	.36	75	.719
Scala motoria	Totale	94.36	10.99	- 5.64	- 4.48	75	.000

(*) T-test, intervallo di confidenza 95% (test a due code) (N. coppie=38)

Tabella 10 :
Confronto con il campione clinico USA di bambini esposti a sostanze stupefacenti

		Media	DS	Mean Difference	t-value (*)	DF	P (*)
Scala mentale	Drug exposed	90.8	16.2				
	Comunità	97.9	9.3	7.1	4.699	37	.000
	Famiglia	102.8	7.1	12.0	10.431	37	.000
Scala motoria	Drug exposed	96.3	20.0				
	Comunità	91.4	10.7	- 4.9	- 2.812	37	.008
	Famiglia	97.3	10.6	1.0	.575	37	.569

(*) T-test, intervallo di confidenza 95% (test a due code) (N. coppie=38)

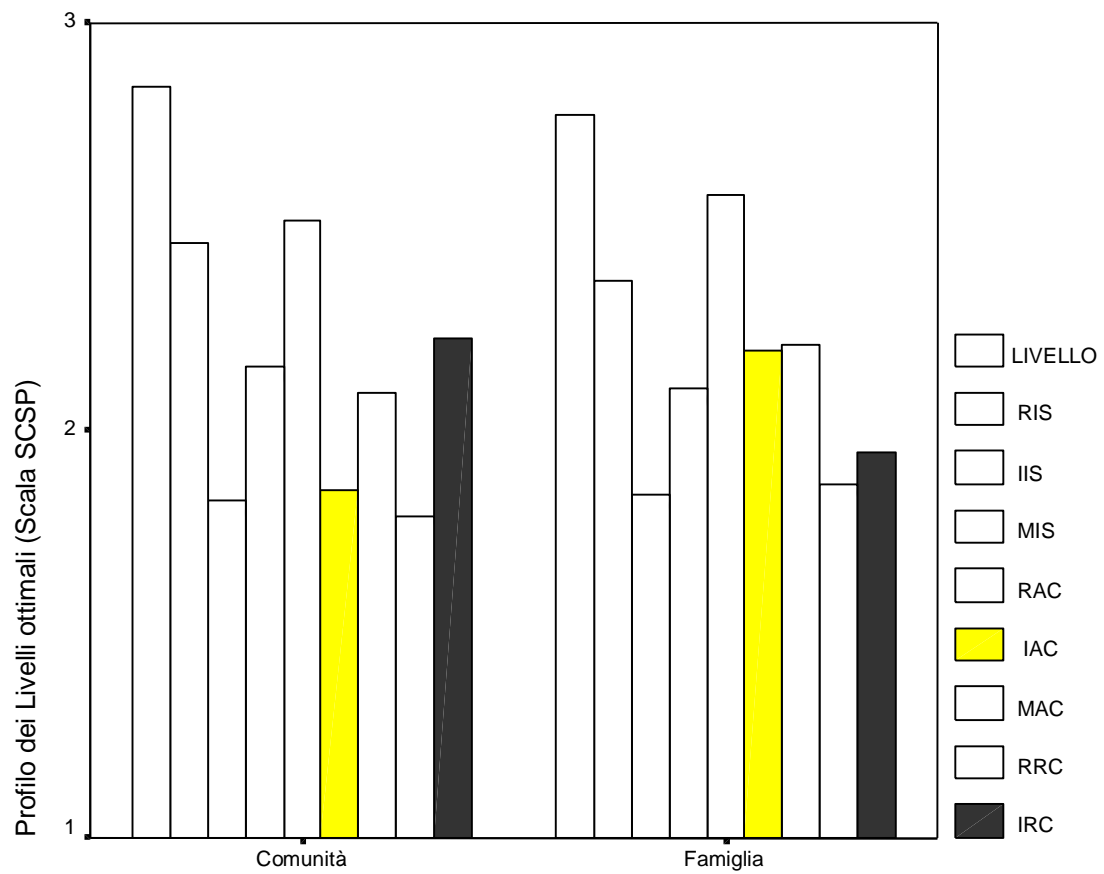
Tabella 11 : Livelli ottimali della Scala SCSP (N. coppie=38)

		Comunità	Famiglia	Campione Totale	P (*)	2 Eta(**)
Livello ottimale	Media	2.84	2.78	2.81	.525	.100
	DS	.65	.67	.66		
Scala IS	Media	2.68	2.53	2.61	.198	.222
	DS	.68	.74	.71		
Scala AC	Media	2.59	2.64	2.62	.694	.090
	DS	.60	.59	.59		
Scala RC	Media	2.28	2.26	2.27	1.000	.022
	DS	.58	.64	.61		
Serie RIS	Media	2.46	2.37	2.41	.457	.122
	DS	.65	.86	.76		
Serie IIS	Media	1.83	1.84	1.84	1.000	.014
	DS	.97	.82	.90		
Serie MIS	Media	2.16	2.11	2.13	.752	.056
	DS	.97	.92	.94		
Serie RAC	Media	2.51	2.58	2.55	.583	.100
	DS	.65	.67	.66		
Serie IAC	Media	1.86	2.20	2.03	.029	.452
	DS	.97	.43	.76		
Serie MAC	Media	2.09	2.21	2.15	.226	.228
	DS	.57	.47	.52		
Serie RRC	Media	1.79	1.87	1.83	.661	.106
	DS	.62	.88	.76		
Serie IRC	Media	2.22	1.95	2.09	.049	.408
	DS	.55	.77	.68		
Risposta	Media	2.70	2.71	2.70	1.000	.020
	DS	.61	.75	.68		
Iniziativa	Media	2.50	2.38	2.44	.182	.192
	DS	.64	.61	.62		
Mantenimento	Media	2.41	2.45	2.43	.826	.066
	DS	.70	.50	.60		

(*) Wilcoxon Exact Test, Monte Carlo Method (test a due code)

(**) Analisi di varianza sul campione complessivo (N=76)

Figura 8 : Livelli ottimali Scala SCSP



Nota: Sono evidenziate in colore le serie per cui esistono differenze significative fra i due gruppi

Tabella 12 : Classificazione alla BRS della Scala Bayley

	Comunità			Famiglia			P (*)	2Eta (**)
	NO	Q	WNL	NO	Q	WNL		
Attention/Arousal (1-6 mesi)			2 (100%))			1 (100%))	(***)	(***)
Orientation/Engagement (6-42mesi)	8 (22%)	6 (17%)	22 (61%)		4 (11%)	33 (89%)	.006	.75
Emotional Regulation (6-42 mesi)	8 (22%)	6 (17%)	22 (61%)			37 (100%))	.000	.93
Motor Quality (1-42 mesi)	8 (21%)	6 (16%)	24 (63%)		2 (5%)	36 (95%)	.004	.81
BRS Total (1-42 mesi)	8 (21%)	9 (24%)	21 (55%)			38 (100%))	.000	1.00

LEGENDA:

NO=Not Optimal (10% del campione normativo)
Q=Questionable (15% del campione normativo)
WNL=Within Normal Limits (75% del campione normativo)

(*) Mc Nemar Exact Test (test a due code). Le tre categorie sono state ricodificate in modo dicotomico, unificando le frequenze delle categorie a rischio ("Questionable" e "Not Optimal").

(**) Analisi di varianza sul campione complessivo (N.=76). Il calcolo di questo indicatore è stato fatto sui dati originali, a tre categorie.

(***) Il valore di significatività per questa categoria non é calcolabile sui nostri dati perché, essendo valutata esclusivamente per i bambini al di sotto dei 6 mesi, riguarda solo tre dei soggetti.

Figura 9 : Classificazione complessiva alla BRS

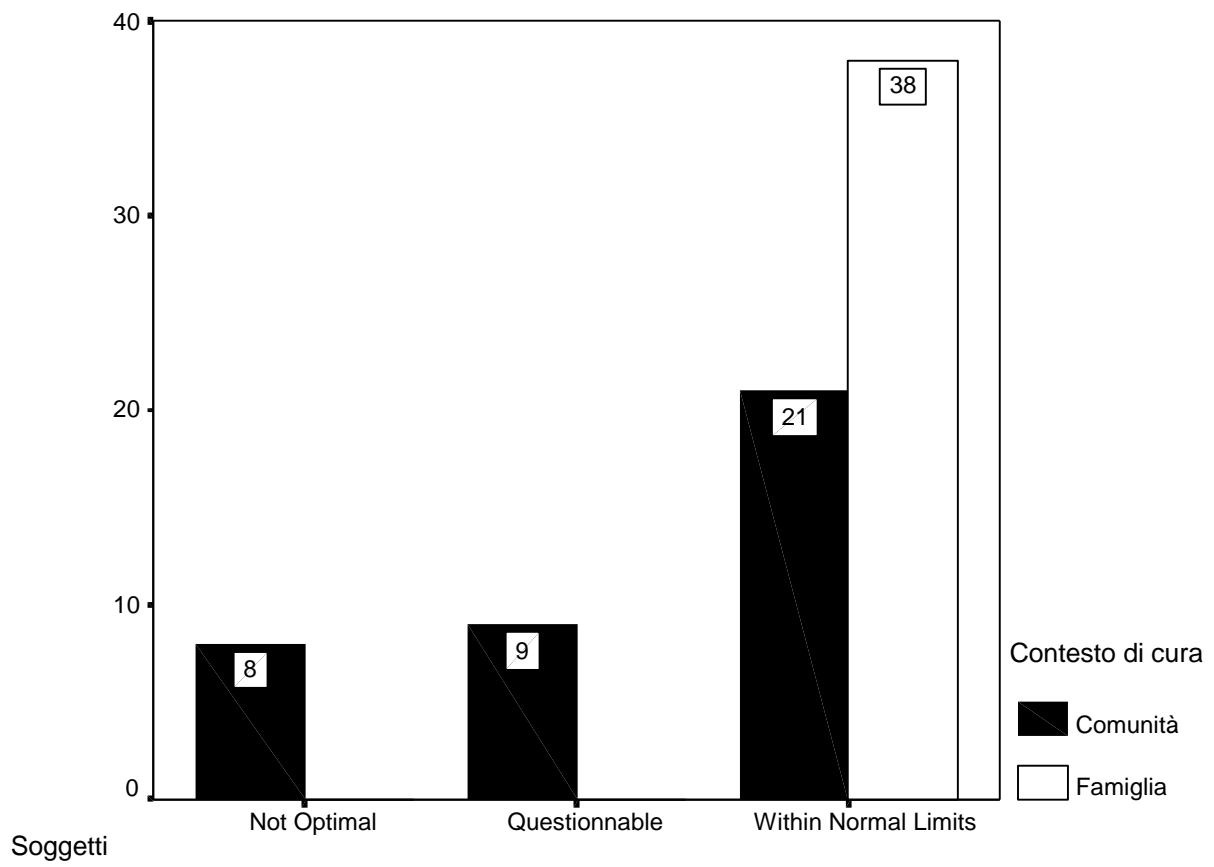


Tabella 13 : Valori medi di temperamento (punteggi standardizzati, N.coppie=34)

	Comunità		Famiglia		Campione totale		P(*)
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	
Intensità (**)							
Attività	-.48	1.10	.20	.98	-.14	1.08	.007
Adattabilità	.18	1.16	.09	1.14	-.09	1.14	.476
Soglia	.25	.80	-.02	1.03	.12	.92	.210
Ritmicità	.10	.97	.20	1.04	.15	.99	.700
Persistenza	.31	1.14	.24	.79	.28	.97	.634
Distraibilità	.48	1.17	-.24	.87	.12	1.10	.007
Umore	.76	1.20	-.13	.99	.31	1.18	.003
Approccio	.80	1.42	.12	1.36	.46	1.42	.064

(*) Wilcoxon Exact Test, Monte Carlo Method (test a due code) (N. coppie=34)

(**) Per questa dimensione non avrebbe senso il calcolo dei dati complessivi, in quanto la direzione delle differenze è diversa secondo le età: si veda la Figura 11 e la Tabella seguente

**Tabella 13a : Valori medi di intensità secondo i gruppi di età
(punteggi standardizzati, N. coppie=34)**

	Comunità		Famiglia		Campione totale	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
0-4 mesi (N=1)	-.11		-.87		-.49	.54
4-8 mesi (N=27)	-.68	1.23	-.40	.86	-.32	1.11
12-24 mesi (N=6)	.29	.80	-.84	.41	-.28	.85

Figura 10 : Valori medi temperamento (Punteggi standardizzati, N. coppie=34)

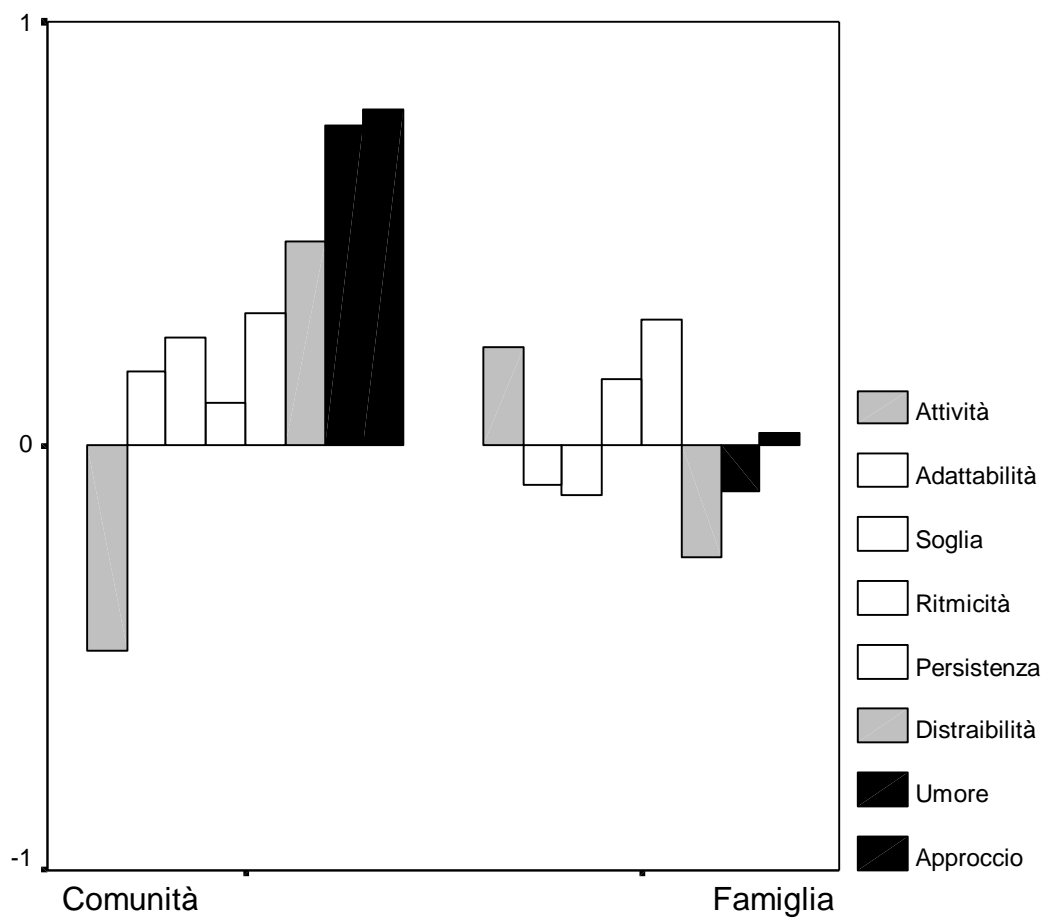
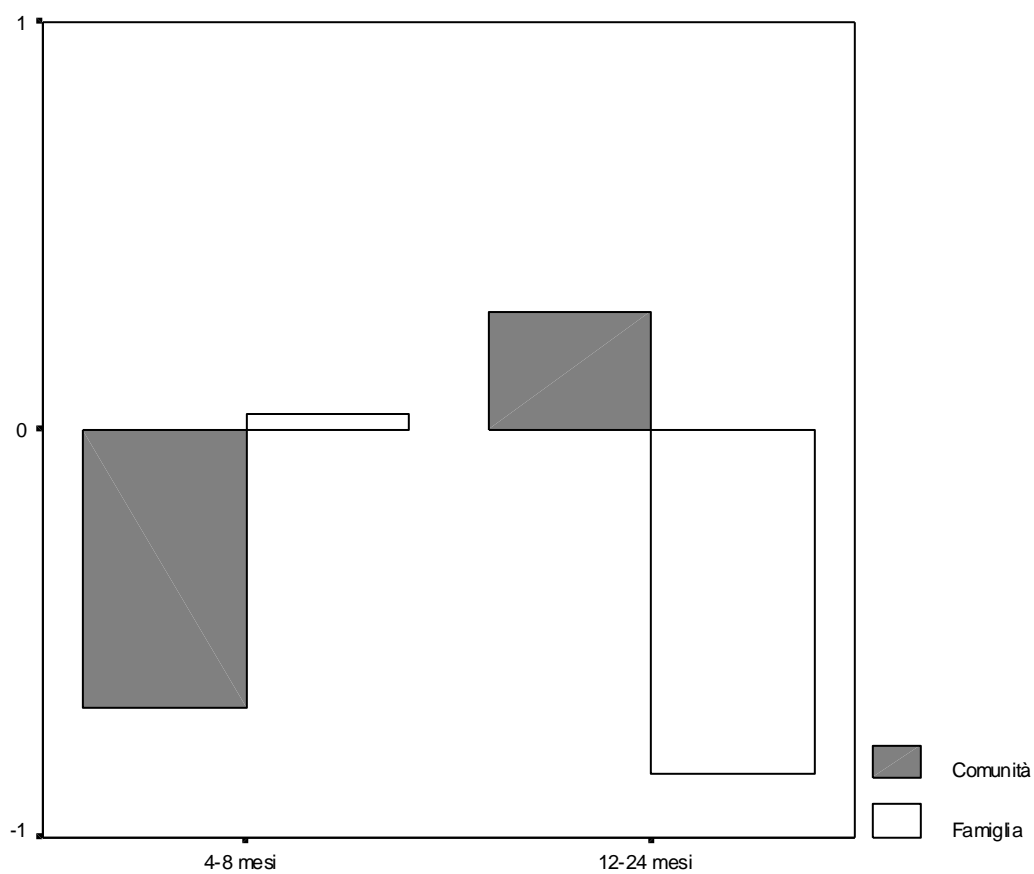


Figura 11 : Punteggi *Intensità* (Punteggi standardizzati, N.=68)



Nota:

Nel grafico non sono riportati i dati relativi ai bambini da 1 a 4 mesi, data l'impossibilità di calcolare (e quindi di rappresentare graficamente) una media basata su un solo soggetto

Tabella 14 : Risposte alla persona familiare

	N. coppie ^(*)	Soggetti in cui la condotta é presente		P ^(**)	2 Eta ^(***)
		Comu.	Fam.		
Discrimina il volto familiare da quello dell'estraneo	36	31	33	.727	.18
Anticipa l'allattamento	7	7	7	1.000	.00
Può attendere allattamento se <i>caregiver</i> gli parla	5	5	4	1.000	.67
Si calma se preso in braccio	34	33	34	1.000	.24
Piange quando il <i>caregiver</i> esce dalla stanza	34	17	6	.027	.68
E' geloso se il <i>caregiver</i> si occupa di altri bambini	12	3	1	.625	.45
Richiama l'attenzione del <i>caregiver</i> se questi parla con altri adulti	36	12	6	.180	.38
Si rivolge al <i>caregiver</i> per farsi consolare	35	22	35	.000	.96
<i>Social referencing</i>	35	19	27	.057	.48
"Si rannicchia"	36	6	29	.000	1.28
Mostra una preferenza stabile	23	9	6	.453	.28
Mostra una preferenza ma la sua preferenza varia	23	14	17	.375	.28
Mostra segni di affezione nei confronti del <i>caregiver</i>	30	22	28	.070	.54

(*) Il numero delle coppie varia, perché in famiglia non è sempre stato possibile osservare tutte le situazioni previste

(**) Mc Nemar Exact Test (test a due code)

(***) Analisi di varianza sul campione complessivo

Tabella 15 : Risposte alla persona estranea

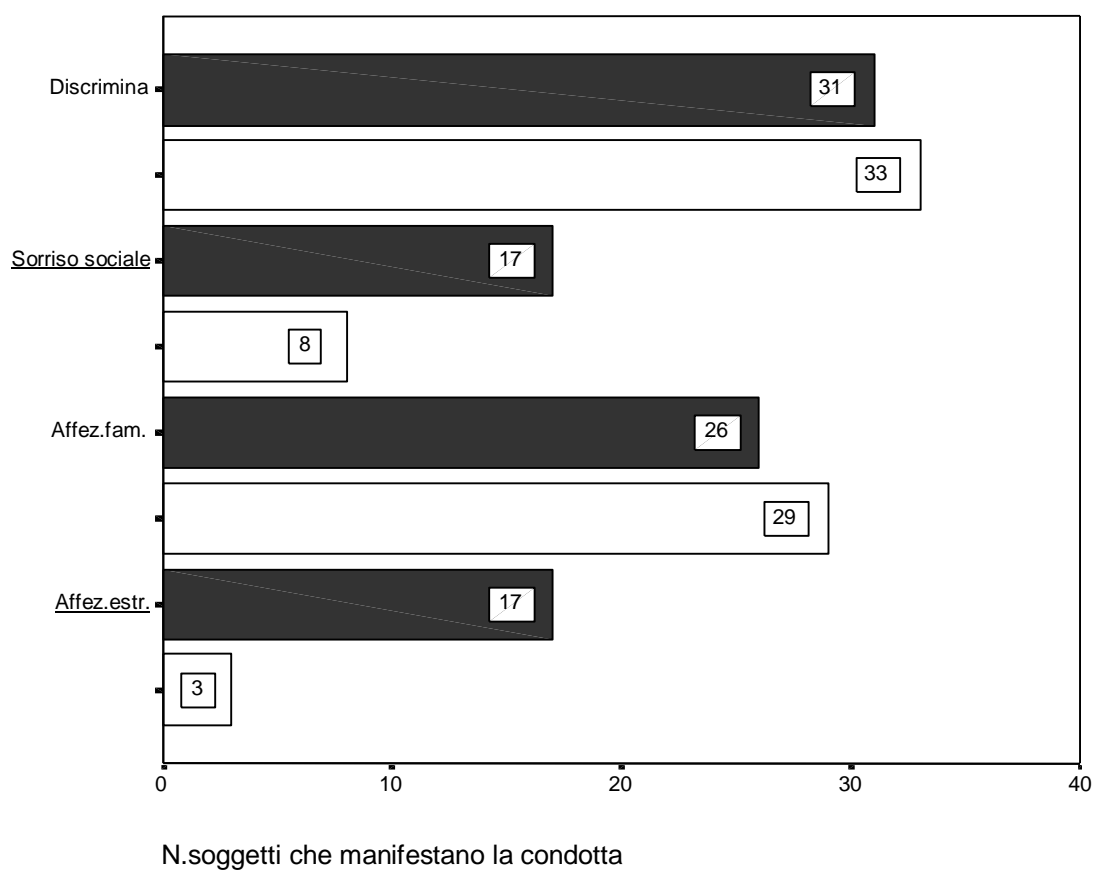
	N. coppie ^(*)	Soggetti in cui la condotta é presente		P ^(**)	2 Eta ^(***)
		Comu.	Fam.		
Sorride all'adulto che gli parla e/o gli sorride (a tutti, senza discriminazione)	36	17	8	.022	.53
Piange quando una persona (qualunque) esce dal suo campo visivo	36	1	0	1.000	.24
"Si rannicchia" in braccio a chiunque	36	0	2	.500	.34
Approccio attivo all'estraneo	36	15	10	.267	.29
Si rivolge a chiunque per farsi consolare	35	12	3	.012	.63
Si lascia prendere in braccio da chiunque	35	14	16	.774	.12
Manifesta disagio verso l'estraneo che entra nella stanza	36	5	0	.063	.55
Manifesta disagio verso l'estraneo che si avvicina/gli parla	36	14	0	.000	.98
Manifesta disagio verso l'estraneo che lo prende in braccio	36	18	17	1.000	.06
Se preso in braccio da altri, vuol tornare in braccio al <i>caregiver</i>	34	15	24	.078	.54
Mostra segni di affezione nei confronti dell'estraneo	36	17	3	.001	.87

(*) Il numero delle coppie varia, perché in famiglia non è sempre stato possibile osservare tutte le situazioni previste

(**) Mc Nemar Exact Test (test a due code)

(***) Analisi di varianza sul campione complessivo

Figura 12 : Risposta alla persona familiare e all'estraneo (N. coppie=36)



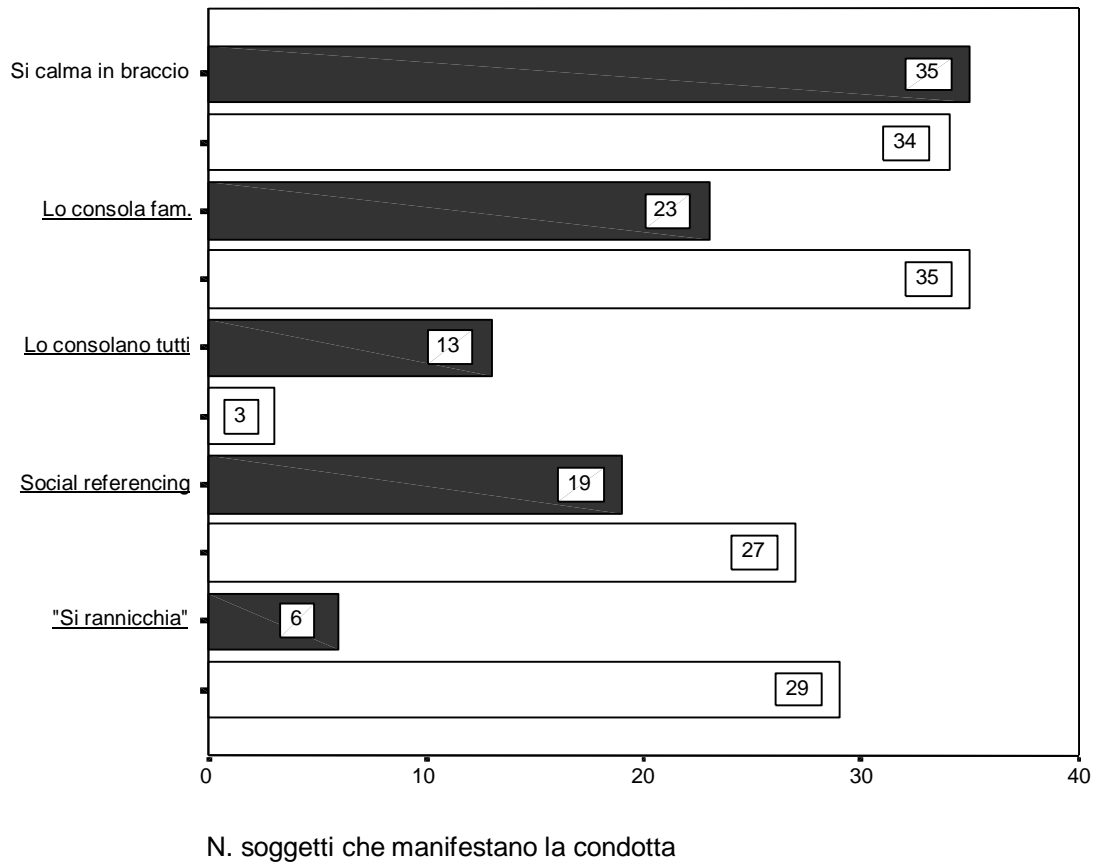
LEGENDA

Comunità

Famiglia

Nota: Gli item sottolineati mostrano una differenza significativa

Figura 13 : Familiare come “base sicura” (N. coppie=36)



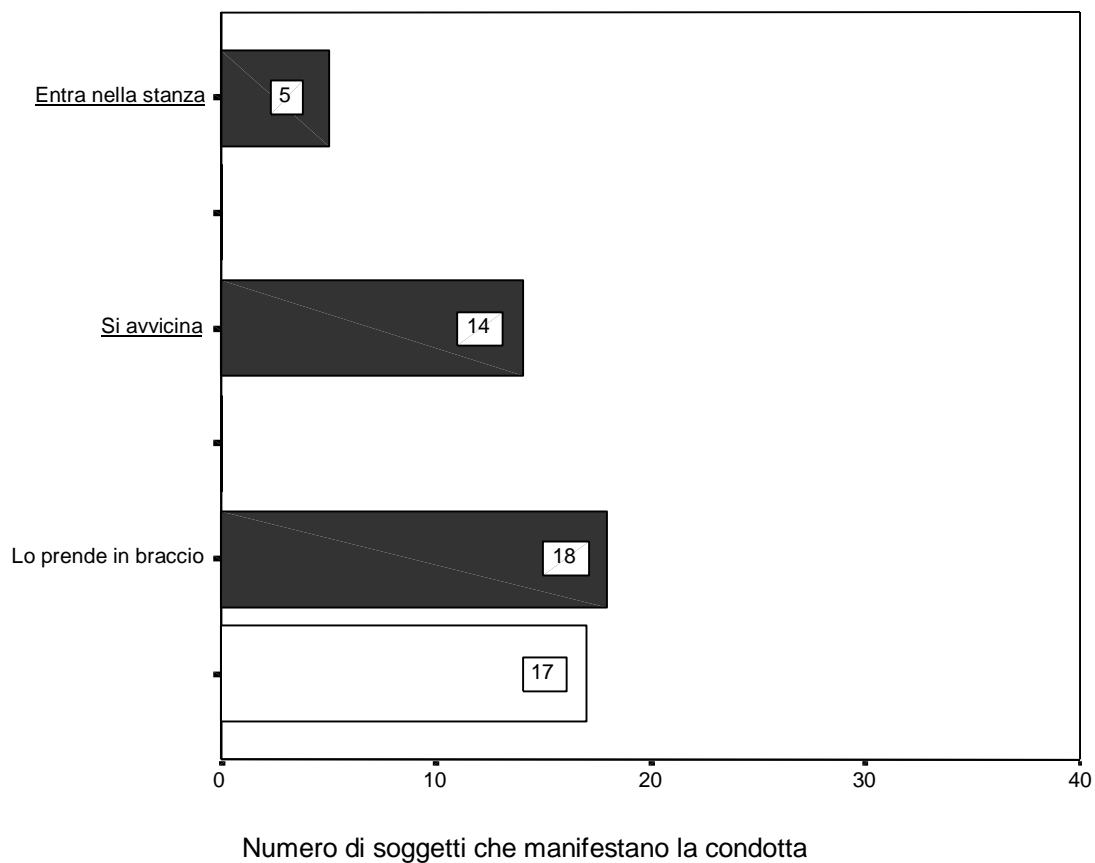
LEGENDA

Comunità

Famiglia

Nota: Gli item sottolineati mostrano una differenza significativa

Figura 14 : Disagio nei confronti dell'estraneo (N. coppie=36)



LEGENDA

Comunità

Famiglia

Nota: Gli item sottolineati mostrano una differenza significativa