

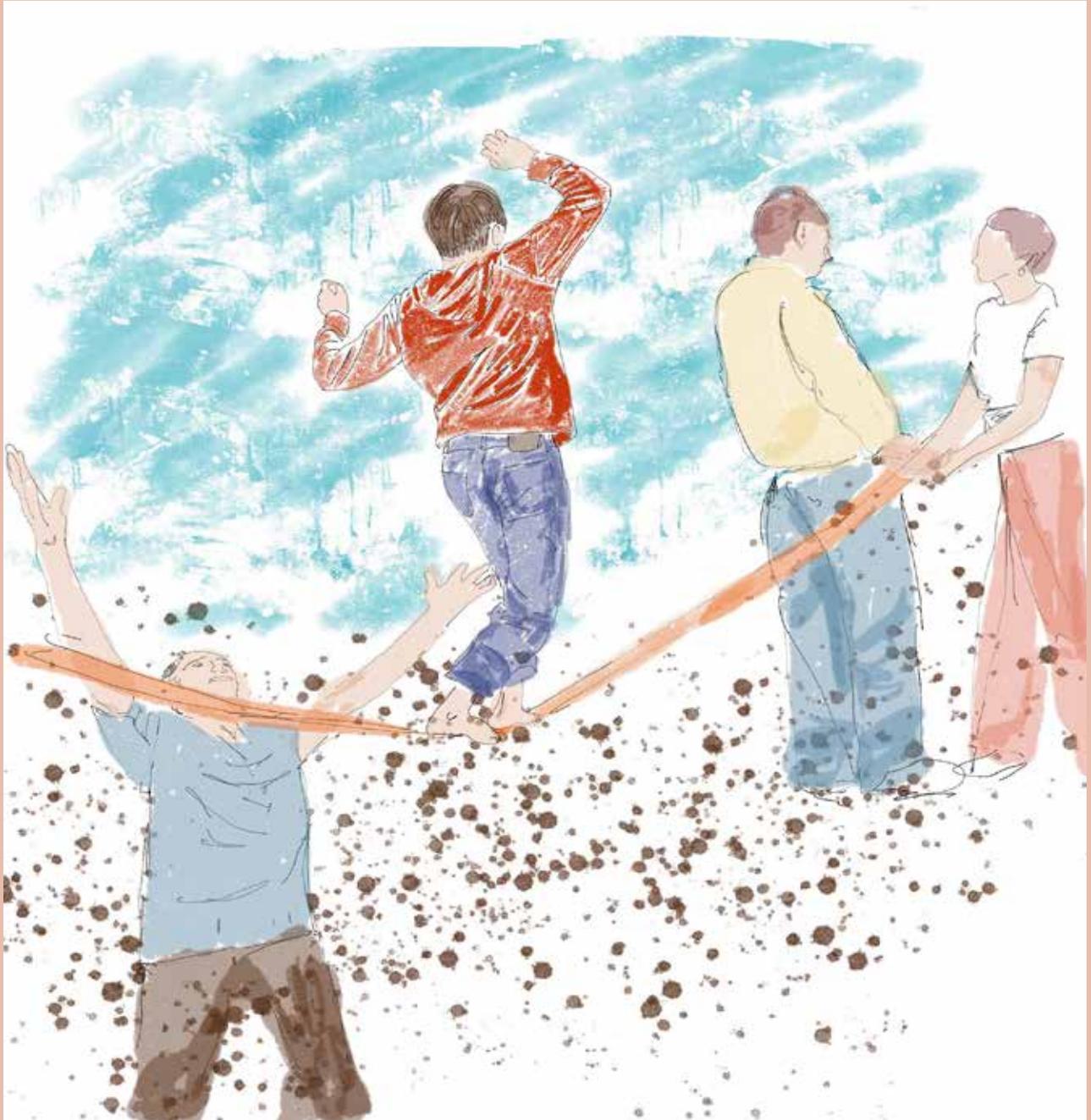
SOSTENERE L'ADOZIONE

Accompagnare la sofferenza – Prendersi cura del benessere

Operatori a confronto

19 maggio 2022

Atti del seminario



Il seminario nasce dal percorso fatto in questi anni dal Tavolo Territoriale Adozione a cui partecipano enti, associazioni, cooperative che, nell'area metropolitana diocesana milanese, si occupano di adozione.

Una mattinata di formazione e approfondimento per operatori che ha voluto indagare la tensione esistente tra patologia e dolore nel contesto adottivo, cercando di identificare le caratteristiche direttamente associabili all'una e all'altra. Ci si è soffermati in particolare sull'accompagnamento delle famiglie adottive e sull'importanza del lavoro di rete tra operatori, che diventa indispensabile quando la sofferenza mette a dura prova la tenuta della famiglia.

Sono stati proposti anche 3 workshop con l'intento di avviare un confronto tra operatori del settore, assistenti sociali, psicologi, medici, operatori di associazioni o enti che si occupano di questi temi.

SOSTENERE L'ADOZIONE

Accompagnare la sofferenza – Prendersi cura del benessere
Operatori a confronto
19 maggio 2022

INDICE

1. I bisogni di salute e l'accoglienza sanitaria dei bambini provenienti da adozione internazionale: cosa si fa e cosa si dovrebbe fare Dott.ssa Rosangela Arancio - Dirigente Medico presso la pediatria dell'ospedale San Paolo di Milano	2
2. L'adozione, un'avventura educativa tra fantasmi e realtà Dott.ssa Luisa Leoni Bassani - Neuropsichiatra Infantile Coordinatrice educativa della Cooperativa Sociale "Il Pellicano"	8
3. Riconoscere le crisi adottive per prendersi cura efficacemente delle famiglie Dott.ssa Sara Lombardi - Psicologa, Psicoterapeuta del Servizio Specialistico di sostegno all'adozione del CTA	15
4. Workshop: Accoglienza sanitaria.....	22
5. Workshop: Accoglienza educativa.....	24
6. Workshop: Crisi adottive.....	25
7. Slides: "I bisogni di salute e l'accoglienza sanitaria dei bambini provenienti da adozione internazionale: cosa si fa e cosa si dovrebbe fare"	27
8. Slides: "Riconoscere le crisi adottive per prendersi cura efficacemente delle famiglie"	63

I bisogni di salute e l'accoglienza sanitaria dei bambini provenienti da adozione internazionale: cosa si fa e cosa si dovrebbe fare"

Dott.ssa Rosangela Arancio - Dirigente Medico presso la pediatria dell'ospedale San Paolo di Milano

Sono più di 10 anni che al San Paolo ci occupiamo di adozioni, soprattutto internazionali. E nell'arco di questi 10 anni le cose sono cambiate tanto sia tra gli operatori, sia tra i bambini e le famiglie.

Questo è il motivo del titolo che ho voluto dare perché ci stiamo accorgendo che magari bisogna fare delle modifiche a quello che abbiamo fatto finora.

I numeri dell'adozione sono quelli che forse voi conoscete meglio di me. Sono numeri in calo dal 2011 al 2019, poi ovviamente con un crollo ancora maggiore, 2020 2021, legato alla situazione pandemica. Ma questo calo non è solo dovuto alla pandemia. C'è stata anche una modificazione nelle politiche dei paesi di origine, perché sono aumentate le adozioni nazionali nei paesi stessi. Le procedure sono diventate sempre più lunghe, nonostante tutta l'informatizzazione, e i costi di un'adozione sono effettivamente molto elevati in un momento in cui le problematiche economiche sono notevoli. Nel mondo è successa la stessa cosa, c'è stato un calo di adozioni praticamente generalizzato già in epoca pre-pandemica, quindi dal 2004 al 2018.

L'Italia è sempre stata uno dei paesi che adotta di più, è seconda solo agli Stati Uniti e quindi, nonostante questo calo, il numero di adozioni in Italia è comunque sempre superiore a quello di altri Paesi europei.

Nel 2020 sono cambiate anche le dinamiche dei Paesi che per cui è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso in Italia dei minori. L'adozione internazionale ha una grande valenza civile, questo è ovvio, perché permette di arricchire l'aspetto multiculturale, multirazziale della nostra società moderna. Inoltre, gli enti che si occupano di adozione internazionale hanno anche un obbligo che la legge italiana impone, che è quello di occuparsi concretamente anche di progetti di aiuto nei confronti dell'infanzia dei Paesi esteri in cui si va ad adottare, quindi anche questo ha una valenza importante.

La clinica pediatrica dell'ospedale San Paolo, quindi, collabora e prende parte con l'ambulatorio di adozioni internazionali al gruppo di lavoro nazionale del bambino migrante, che è un gruppo che fa parte della società italiana di pediatria a cui afferiscono i tutti i centri che si occupano di adozioni internazionali e il gruppo, poi, si occupa anche di immigrazione in genere e di bambini provenienti da altri Paesi. Ma l'adozione è uno dei punti di forza del gruppo stesso. La domanda che ci si pone è, quando abbiamo di fronte un bambino che proviene da altre nazioni, se e quando bisogna eseguire gli accertamenti ma soprattutto qual è il momento giusto e quali sono gli accertamenti da eseguire.

E' difficile definire quale sia il momento giusto: quando ci telefonano i genitori che sono appena arrivati in Italia, solitamente consigliamo di prendersi del tempo e di aspettare un attimo, di non correre immediatamente in ospedale. Ciò per due motivi principali: uno, perché il bambino è già frastornato da 1000 cose da 1000 novità e portarlo in ospedale potrebbe creare qualche choc, due perché le difficoltà linguistiche rendono ulteriormente difficile la spiegazione dei vari esami e a cui dovrà essere sottoposto. La possibilità di spiegare e coinvolgere il bambino nelle varie fasi degli accertamenti è un elemento fondamentale per non creare traumi soprattutto quando si tratta di accertamenti più invasivi.

Spesso le schede che vengono rilasciate dagli istituti danno notizie frammentarie, ma è molto più importante la convivenza nella famiglia adottiva per accorgersi di segni e sintomi che magari non sono neanche stati segnalati in precedenza. Ovviamente, ad eccezione di urgenze di cui i familiari si accorgono fin da subito.

Quali sono gli accertamenti?

Il gruppo di lavoro, aveva di fatto stilato un primo protocollo nel 2003, modificato nel 2007.

L'ultimo protocollo che utilizziamo oggi risale a quanto definito in una riunione del novembre del 2013; viene però via via aggiornato in base ai cambiamenti ed evoluzioni che l'adozione porta con sé.

La prima visita al centro.

Ovviamente l'anamnesi è la cosa più importante, ed è facilitata dall'essere stati nella famiglia per un po' di tempo, perché le notizie che ci vengono fornite dagli istituti spesso sono molto scarse. Non abbiamo notizie sulla famiglia d'origine, forse in qualche caso viene segnalato l'abuso di alcol o di sostanze durante la gravidanza. È importante sapere dove ha vissuto il bambino prima di arrivare alla famiglia adottiva: per la strada, in un istituto, con una famiglia affidataria, con la famiglia d'origine; quali sono le abitudini alimentari del Paese. Anche nel caso in cui il bambino fosse stato in un istituto ci sono molte differenze in relazione al Paese.

Viene valutata in primis la documentazione che è stata fornita alla famiglia, che spesso però è molto scarsa e in lingua originale a volte non veicolare e indecifrabile. Si verifica anche la presenza di ricoveri, attraverso le schede ospedaliere che danno informazioni sanitarie maggiormente attendibili, si valuta anche il certificato vaccinale che, al contrario, risulta poco attendibile.

Viene a questo punto effettuata la visita al bambino: il protocollo dice di farla con il bambino completamente spogliato per poter valutare tutto. Non sempre questo è fattibile, nel senso che i bambini sono spaventati, hanno subito maltrattamenti, hanno subito abusi, per cui cerchiamo di fare tutto con la maggiore delicatezza possibile e quindi se ci riusciamo lo vediamo spogliato e vediamo tutto, sennò lo faremo anche in un secondo momento. Ci è capitato di visitare i bambini anche per terra, in braccio alla mamma, sotto il lettino. Non è a questo punto importante il setting ma capire se hanno qualche patologia, disfunzione, fragilità....

L'altra cosa importante è riuscire ad avere dei parametri auxologici quindi: peso, altezza, circonferenza cranica, che devono essere però poi parametrati sui percentili del Paese di provenienza; non sempre però esistono percentili specifici per ogni Paese e, in quel caso, ci si riferisce quantomeno alle curve del UQO che sono quelle standardizzate internazionali.

La seconda visita al centro

Maggiormente dolorosa per il bambino, perché a questo punto facciamo gli esami del sangue che verificano lo stato immunitario, lo stato nutrizionale, la parte infettivologica. Facciamo le titolazioni anticorpali delle principali vaccinazioni. Per avere un'idea della copertura vaccinale, la ricerca dei parassiti nelle feci, lo screening per eventuali emoglobinopatie che sono frequenti soprattutto nel bacino del Mediterraneo (perché non abbiamo un'anamnesi per capire se c'è una familiarità o meno). Facciamo l'elettrocardiogramma a tutti, e l'ecografia dell'addome perché sono esami poco invasivi ma che ci possono dare informazioni importanti.

Ricerchiamo l'eventuale contatto con la tubercolosi con la Mantoux o col Quantiferon. A tutti i bambini, soprattutto sopra i tre anni, facciamo una visita oculistica, e se necessario le varie visite

specialistiche a seconda dell'anamnesi che siamo riusciti a raccogliere con i genitori e della visita che abbiamo fatto al bimbo.

Che patologie abbiamo trovato? Le più importanti sono sia le carenze di vitamine sia quelle nutrizionali. Abbiamo selezionato gli ultimi bambini visitati (56, arrivati dal 2020 all'inizio del 2022) e in questo caso più della metà dei bambini aveva una carenza di vitamina D, e un 20%, aveva una carenza di ferro. A questi è stata data una supplementazione.

Abbiamo riscontrato difetti di crescita, statura, ponderale: sono tanti i motivi per cui un bambino cresce poco. La malnutrizione è il primo, spesso non sappiamo esattamente che cosa mangiavano questi bambini, lo possiamo supporre, magari mangiavano meglio se erano stati in istituto, mangiavano peggio se erano stati nella famiglia originaria per tanto tempo. La deprivazione affettiva: sappiamo ormai bene che la secrezione di GH è legata tanto a questo viene inibita dalla deprivazione affettiva, per cui ci sono bambini che poi hanno uno scatto di crescita importante nei mesi successivi all'arrivo nella famiglia adottiva e l'affetto è uno dei motivi, oltre ovviamente a una nutrizione migliore. La genetica: non sappiamo niente di questo, non sappiamo qual è il target genetico di questi bambini. In qualche caso c'è un errore nella datazione della nascita, spesso abbiamo dati di nascita presunte, chiaro che se il bambino è arrivato in istituto a pochi mesi questo scarto è poco, ma se sono bambini che hanno vissuto per strada, sono arrivati in istituto senza un certificato di nascita, è maggiormente plausibile che ci siano errori nella datazione dell'anno di nascita.

Parassitosi intestinali: sono molto comuni e sono legate sia alle condizioni igienico sanitarie in cui hanno vissuto i bambini, ma anche semplicemente all'aver vissuto in comunità in condizioni a volte promiscue. La giardia è il parassita più comune.

Deficit di emoglobina ed emoglobinopatie soprattutto talassemia ed anemia a cellule falciformi: questa è più frequente nei paesi dove la malaria è endemica: tra i bambini visitati il 9% avevano un'emoglobinopatia e il 9%, aveva un deficit di emoglobina. In questi casi è necessario agire con un'alimentazione adeguata a volte supportata dalla somministrazione di farmaci. Alcuni bambini sono stati inviati presso centri specialistici che si occupano di anemie congenite.

Patologie della tiroide: in passato abbiamo incontrato numerosi bambini provenienti soprattutto dalla Russia e dall'Est Europa affetti da questo tipo di patologie. In questi ultimi anni solo il 16% ha dei valori di TSH ai limiti superiori, che, monitorato nel tempo, non hanno necessitato di terapia.

Tubercolosi: per valutare la presenza in passato utilizzavamo l'intermediazione della Mantoux che ha un costo decisamente inferiore ed è di facile esecuzione. Il problema è nato quando nel 2020, in seguito alla pandemia, le famiglie avevano molti timori nel venire in ospedale e la Mantoux necessita di più accessi in ospedale per le varie verifiche, quindi abbiamo incominciato ad utilizzare preferenzialmente il Quantiferon, che è un esame del sangue che si effettua una sola volta. In più la Mantoux a volte identifica falsi positivi e non è indicata per bambini di età inferiore ai 5 anni. I bambini con Quantiferon positivo hanno fatto rx torace, che però ha dato sempre esito negativo; i bambini hanno però proseguito comunque un follow up in ambulatorio di infettivologia.

Per quanto riguarda lo stato vaccinale, nella maggior parte dei casi è incompleto, o non noto, e il certificato vaccinale esibito spesso è poco attendibile. In passato ai bambini venivano effettuate le vaccinazioni mancanti nei centri vaccinali in Italia sulla base dei certificati vaccinali originali e non sulla base dei risultati della titolazione anticorpale. Oggi, fortunatamente, prima di effettuare nuove vaccinazioni si attendono gli esiti degli esami

Nel 2015 al Congresso nazionale della società italiana di pediatria preventiva e sociale, è stato presentato un quadro di quello delle maggiori patologie/carenze dei bambini in base allo Stato di provenienza. L'elemento che accomuna tutti gli Stati è la situazione vaccinale che è sempre molto dubbia. Elemento ricorrente nei bambini provenienti dalla Cina è la labiopalatoschisi trattati nella Smile House che è centro specializzato dell'ospedale San Paolo. Negli ultimi tre anni abbiamo incontrato pochissimi bambini affetti da questa malformazione. Ciò può essere associato anche ai cambiamenti politici dei paesi di provenienza.

Special needs

Sono bambini che in primis hanno un'età elevata (superiore ai 7 anni) e le fratrie, e che per questo hanno bisogni particolari. Inoltre sono bambini che hanno patologie gravi spesso non del tutto curabili o patologie che presuppongono comunque un recupero nel corso del tempo. I minori che fanno parte di queste liste speciali sono minori che hanno gravi traumi, problemi comportamentali. Sono minori con incapacità fisico, mentali, di grado vario.

Anche in questo caso, le informazioni che sono raccolte nelle schede preadottive che vengono fornite ai genitori sono molto difficili da interpretare perché le relazioni sullo stato di salute sono redatte da personale che spesso non è personale medico ma di assistenza, quindi con terminologia non adatta; a volte non tutte le informazioni vengono realmente comunicate alla famiglia; a volte si tratta di "liste della spesa" di nomi non contestualizzati e individualizzati quindi difficili da interpretare.

Nel periodo dal 2020-inizio 2022 su 56 bambini valutati al nostro centro, il 70% erano special needs, la maggior parte di questi, per fortuna, non aveva gravi malformazioni, ma avevano soprattutto un'età maggiore a 7 anni.

Quali nuove azioni è necessario intraprendere in relazione ai cambiamenti dei bambini adottati?

Ci siamo accorti, per esempio, che noi vediamo bambini in un momento idilliaco per le famiglie, per il bambino, sono tutti felici tutti contenti. I problemi cominciano a venir fuori dopo. Quindi una cosa che noi non riusciamo a fare per il momento, ma che vorremmo fare è un follow up, rivedere questi bambini a distanza di sei mesi, a distanza di un anno, per capire che cosa è successo.

E diventa fondamentale fare questo follow up insieme, magari ai neuropsichiatri e agli endocrinologi per i motivi che tratteremo più avanti.

Ci piacerebbe costituire un team multidisciplinare anche perché i disturbi dello spettro della sindrome fetto alcolica stanno diventando importanti, non sono più limitati solo all'Est Europa ma a tutto il mondo. Ci piacerebbe occuparci di adozioni nazionali perché bambini che provengono da adozioni internazionali hanno tutto questo bel percorso sanitario e invece bambini che provengono da adozioni nazionali ci sfuggono. Non sappiamo che cos'hanno. Ci piacerebbe creare una rete di specialisti competenti sulle problematiche dell'adozione, non solo all'interno dell'ospedale ma anche soprattutto fuori sul territorio, in modo da sapere a chi rivolgerci se abbiamo un problema. Ultimamente abbiamo rilevato tante pubertà precoci, molto più che in passato; pubertà precoce consiste nella comparsa del telarca e l'aumento del volume testicolare nel maschio ma soprattutto l'impatto psicologico che i cambiamenti fisici comportano in un individuo non ancora "pronto" dal punto di vista cognitivo: impatto importante dal punto di vista psicologico, non solo sul bambino ma anche sulla famiglia. Tutto ciò è legato a quello scatto di crescita a cui abbiamo fatto riferimento in precedenza, relativo alla diversa nutrizione, e al nuovo equilibrio della dimensione emotiva che

provocano uno scatto nella crescita che in alcuni soggetti può produrre uno sbilanciamento ormonale che si manifesta nella pubertà precoce.

Storicamente la pubertà precoce si manifesta maggiormente in bambine dall'India, dal Sud America; altro fattore che può determinare la pubertà precoce è l'età avanzata al momento dell'adozione.

Rispetto alle ultime situazioni incontrate le bambine con pubertà precoce, provenivano dal Sud est asiatico, dall'India, dalla Thailandia, dall'Africa e dalla Colombia, e sono arrivate tutte in Italia dai 6 anni in su; 5 sono attualmente sottoposte a terapia di blocco ed alcune sono in fase diagnostica per poi valutare eventuale terapia ormonale.

Un altro problema legato alla pubertà precoce è l'attribuzione dell'età per cui non è facile riparametrare la pubertà.

A tale proposito mi ricordo una bambina a cui era stata fatta una terapia di blocco, una bambina proveniente dall'Africa, che aveva uno sviluppo tale che sicuramente non era corrispondente alla sua età anagrafica: la documentazione riportava l'età di 4 anni all'ingresso in Italia in realtà faceva disegni e discorsi da bambina di 6, 7 anni, quindi sicuramente in quel caso non si trattava di pubertà precoce, ma di una pubertà vera, ma l'assegnazione dell'età era errata.

L'attribuzione dell'età è una cosa molto complicata: non basta fare un RX del polso per l'età ossea, ma è necessario un team multidisciplinare che valuti tante competenze e il coinvolgimento anche di un mediatore culturale, perché sono diverse le competenze a seconda del paese d'origine.

Problematiche neuropsichiatriche

A differenza di un po' di tempo fa, stanno arrivando bambini che hanno già una diagnosi neuropsichiatrica, che assumono già dei farmaci già proposti nel Paese d'origine. In particolare negli ultimi anni ne abbiamo avuti 8: di questi 8 bambini, quattro erano già in trattamento. In questi casi diamo sempre l'indicazione di non fare una valutazione neuropsichiatrica all'arrivo in Italia perché ovviamente il bambino non ha le stesse performance che potrebbe avere a distanza di qualche mese di vita in un contesto diverso che può sicuramente modificare una serie di implicazioni psicologiche, inoltre banalmente appena arrivano potrebbe non essere in grado di comprendere le richieste fatte, quindi non è valutabile in modo veritiero e corretto. Alcuni bambini, con evidenti comportamenti disfunzionali sono stati inviati subito alla neuropsichiatria per la valutazione e molti trattamenti sono stati modificati o cambiati in relazione ad una nuova diagnosi.

Mutilazioni genitali.

È un grande argomento perché ovviamente sono una pratica ancora in atto in molti paesi, dobbiamo sapere che esiste e dovremmo saperle riconoscere. Queste sono (vedi slide da pag. 27) una modalità per riconoscere le lesioni. Noi siamo fortunati perché all'interno dell'ospedale San Paolo c'è il Centro Salute Ascolto della Donna Migrante, del loro bambino. E ci sono ginecologi che di questi argomenti ne sanno tanto. Abbiamo in carico una bambina che viene dall'Africa, che la ginecologa valuterà ma che sembra proprio aver subito queste mutilazioni. Questi sono i Paesi (vedi slide da pag. 27) e i tipi di mutilazioni che vengono fatte.

Abbiamo partecipato a un tavolo di lavoro proprio su questo, per cercare di estendere la conoscenza dell'esistenza di queste problematiche anche ai pediatri di base e a chi incrocia delle bambine sul territorio

Nei paesi africani la prevalenza di questa pratica è ancora molto alta. Si tratta di un fenomeno culturale: non si può semplicemente affrontare a gamba tesa, con queste famiglie, con queste mamme soprattutto sarebbe necessario fare un percorso anche con un mediatore culturale.

La sindrome feto alcolica

È un altro problema importante: una volta era limitata ai bambini che venivano dal dall'Est Europa dalla Russia, adesso è presente anche in tanti bambini che vengono dall'America del Sud, e spesso l'abuso di alcol e sostanze varie in gravidanza è già segnalato nelle schede di presentazione del bambino.

L'alcol è una sostanza teratogena, è noto a tutti che esiste una correlazione tra consumo di alcol ed effetti sul bambino, quindi anche poco alcool può provocare gravi effetti.

Dismorfismi facciali, ritardo della crescita e anomalie e soprattutto ritardo dello sviluppo neurologico che porta a una serie di disfunzioni che vanno dal ritardo psicomotorio grave a poi a disfunzioni comportamentali e cognitive anche in età più avanzata.

Queste sono le caratteristiche generali che variano sia con l'età del bambino che con le caratteristiche etniche e per questo non è semplice saper queste, ovviamente variano tanto, non è così facile riconoscerle perché variano con l'etnia, variano con l'età del bambino. Bisogna avere un occhio un pochino allenato.

Negli ultimi due anni, su 56 bambini nel 20% dei casi c'era un accertato sospetto abuso di sostanze o alcool, peraltro già dichiarato nelle schede dell'Istituto; provenivano certo dall'Europa dell'est, ma non bisogna dimenticare che anche l'Italia stessa è al quinto posto al mondo per prevalenza di casi di disturbi dello spettro da abuso di alcol in gravidanza e questo dato riporta l'attenzione sugli screening nelle adozioni nazionali.

L'esperienza internazionale ci insegna che ci vuole un team dedicato per riconoscere questa serie di disturbi. Vorremmo creare anche all'interno del nostro ambulatorio un team multidisciplinare con pediatra, genetista, neuropsichiatra infantile, ma anche psicologo. Soprattutto per non fare solo diagnosi ma anche indicazioni terapeutiche, trattamenti specifici, percorsi psicologici, coinvolgendo anche le agenzie territoriali, con le quali non sempre è facile collaborare.

Passando ora ad un tema molto attuale vorrei portare l'attenzione sull'adozione dall'Ucraina: ci sono 23 famiglie che avevano già avviato una procedura di adozione e i bambini sono rimasti bloccati in Ucraina. Questo è un dato importante perché le condizioni attuali del paese possono mettere in ulteriore pregiudizio i bambini che arriveranno in Italia.

Un ultimo dato riferibile all'Ucraina riguarda le madri surrogate (in questo paese è una pratica garantita dalla legge). Ci sono quindi bambini nati in questo modo che però ora non possono raggiungere i genitori; sono bambini che in relazione a questa situazione di stallo legata alla guerra, avranno sicuramente ulteriori ferite per il fatto di essere in questa particolare condizione: sono accolti in hotel trasformati in nursery. Possiamo dire con grande rammarico che sono "bambini di nessuno".

"L'adozione, un'avventura educativa tra fantasmi e realtà"

Dott.ssa Luisa Leoni Bassani - Neuropsichiatra Infantile Coordinatrice educativa della cooperativa sociale "Il Pellicano"

Siamo davanti ad un dato oggettivo: il fortissimo calo del numero dei bambini adottati e delle coppie che fanno richiesta di adozione; dall'indagine della CAI del primo semestre del 2021 soltanto 244 coppie hanno fatto richiesta con una caduta che dal periodo 2012 al 2021 è del 79%.

Questo dato mi ha molto interpellata; si addebita questo fatto al calo demografico e/o al costo economico dell'avventura adottiva, ma questa lettura non mi pare sufficiente.

Ho cercato quindi di capire quali possano essere le paure, i fantasmi che frenano, limitano o impediscono la scelta adottiva. Penso a una sorta di correnti più o meno consapevoli che stanno dentro il vissuto delle persone e delle coppie nel momento in cui valutano e poi magari non decidono di accedere all'adozione, in particolare a quella internazionale.

Una delle cause che può frenare è la paura del fallimento dell'adozione, una seconda il timore che i ragazzi adottati presentino, da adulti, disturbi mentali.

Cosa si intende per fallimento adottivo: dal punto di vista giuridico l'adozione fallita è l'interruzione in modo definitivo di un rapporto difficile, problematico tra genitori e figlio adottivo, che nelle forme estreme arriva alla fuoriuscita del bambino adottato dalla famiglia adottante.

C'è un'indagine, del 2005, di Palacios che individua tre linee di fattori sui quali si impernia un fallimento:

- le caratteristiche del bambino adottato
- le caratteristiche della famiglia adottiva
- l'intervento del contesto (condizioni ambientali e modalità di aiuto offerte dal contesto).

La letteratura sottolinea che c'è un rapporto stretto tra l'età del bambino al momento della adozione e la possibilità di chiusura del rapporto adottivo, nel senso che tanto maggiore è l'età del bambino al momento della adozione tanto più alta è la probabilità del fallimento del rapporto adottivo.

C'è un'indagine svolta nel 2020/21 negli Stati Uniti da Duncan e altri colleghi che studia invece il rapporto tra comportamenti e vissuti problematici in famiglia dei ragazzi adottati e i disturbi mentali emersi in loro da adulti. Le indagini sono interessanti e i dati che ci offrono sono utili perché i servizi e tutti quelli che si prendono cura della famiglia adottante e dell'adottato possano conoscere e avere in mente la molteplicità di fattori all'origine delle difficoltà che insorgono nel momento e nel percorso dell'adozione ed eventualmente anche in esiti lontani, come la futura salute mentale del soggetto adottato, per rispondere nel miglior modo possibile a quanto realmente sta a cuore a tutti, cioè che i bambini adottati e le loro famiglie vivano una storia positiva nel tempo.

Rispetto al fallimento dell'adozione si riscontra un rischio di fallimento alto per bambini entrati nella famiglia adottiva in età compresa tra i 6 e i 10 anni (61,4%.); se si vanno invece ad osservare i disturbi nel comportamento e le malattie mentali emerse nel proseguo della vita (sofferenza interna al soggetto, come forme depressive gravi, o sofferenza che si esprime con forme esplosive esterne al soggetto, come atti antisociali e aggressività), i dati riscontrano la presenza di una percentuale più alta di problemi, da adulti, in persone che sono state adottate entro i 5 anni di età; in questa fascia si riscontra una percentuale maggiore di difficoltà nell'inserimento sociale e complessivamente nella salute mentale da adulti.

Non dobbiamo però interpretare questo fattore in modo semplicistico come unico determinante del fallimento, come se ci fosse un rapporto automatico, quasi di causa-effetto, tra l'età del bambino e il fallimento adottivo.

Entrambe le ricerche citate sottolineano che nell'analisi dei fallimenti non si può prendere in esame un solo fattore per avere risposte significative. Rispetto alla questione del fallimento, sono vari i fattori da considerare oltre a quelli legati alle caratteristiche del bambino, ad esempio le difficoltà legate al contesto sociale, alla situazione personale dei genitori adottivi e alle situazioni che vive la famiglia che adotta.

Per quanto riguarda i fattori di fallimento connessi alle caratteristiche del bambino adottato (riscontrati nel 29,5% dei casi di fallimento) è determinante, oltre all'età del minore, la difficoltà di attaccamento.

Anche i disturbi del comportamento del bambino sono uno dei fattori che può portare alla rottura, al fallimento dell'adozione.

Dentro questa paura del fallimento mi sembra scorrere un fantasma profondo rispetto all'adozione, che chiamerei il "fantasma genetico": non conosco questo bambino, faccio fatica a riconoscerlo come "mio" perché è stato generato biologicamente da un altro, non proviene da me; è uno dei fantasmi chiave che sottostanno alla fatica di accettare un altro, una persona che io non controllo e non domino; naturalmente non è un dato oggettivo, di realtà; la provenienza da un ceppo genetico noto non è realisticamente un fattore di maggiore conoscenza e controllo dell'esito, ma evidentemente è vissuto così. Nel momento in cui genero biologicamente non ho nessuna possibilità di sapere e tanto meno predeterminare quale figlio metterò al mondo; nonostante questo, il fatto che il bambino mi arrivi da una coppia genitoriale di cui non so nulla mi mette sulla difensiva, un atteggiamento quasi sempre razionalmente negato ma che può intralciare, almeno all'inizio, l'accettazione.

Vorrei sottolineare un'altra cosa che mi pare molto importante: anche quando l'adozione si chiude, magari in modo brutto, perché doloroso lo è sempre sia per gli adottanti che per l'adottato, il tempo che il ragazzo e la famiglia hanno vissuto insieme non ha mai solo una valenza negativa, dato che si è chiusa col fallimento. Non intendo dire che il fallimento non comporti dei traumi, sia per gli adottanti che per il ragazzo; evidentemente sono ferite che lasciano cicatrici, ovviamente più pesanti nel ragazzo che vive un ulteriore abbandono; ma non accade solo la rottura, accadono nel frattempo molte cose, per esempio la crescita fisica, la possibilità di reinvestire nella vita, l'incontro con contesti come la

scuola o la squadra di calcio che il bambino che arriva nella famiglia adottiva riceve; tutto questo non viene perduto, è accaduto e porta comunque genitori e figli ad una maturazione umana, ad una diversa consapevolezza di sé.

L'indagine citata riscontra che nel 54,5% dei casi il fallimento accade nel periodo dell'adolescenza del figlio adottivo, questo ci dice che frequentemente tra il momento dell'arrivo del bambino in famiglia e il momento della rottura passa diverso tempo; se ad esempio un bambino arriva a 7 anni e ne esce a 14, sono 7 gli anni di vita che passano prima che inizi la fatica legata al cambiamento e al conseguente comportamento che il preadolescente/adolescente mette in atto; tutto quello che il ragazzo ha vissuto e ricevuto prima di andarsene permane e lascia un segno, non solo la rottura.

Secondo l'indagine di Duncan, la maggior parte di ragazzi e di giovani che vivono nella loro vita da adulti problemi e difficoltà fino alla insorgenza di una malattia mentale, non vede nell'adozione il punto chiave generativo del disturbo stesso; anzi tante volte l'esperienza adottiva è un fattore che ha tamponato i problemi. Si riscontra invece che lo stato di salute mentale degli adottanti, soprattutto la presenza di un disturbo depressivo serio, è un fattore significativo nella possibilità di insorgenza di disturbi mentali nei figli in età adulta. Quando la salute mentale è già compromessa in uno dei due genitori che hanno adottato, si rileva un'incidenza significativa della comparsa di problemi anche nel figlio, una volta divenuto adulto. Ma secondo questa indagine il disturbo depressivo del genitore incide allo stesso modo sui ragazzi adottati e su quelli non adottati. In particolare lo stato depressivo della madre incide sulla presenza di disturbi depressivi nel figlio allo stesso modo sui figli adottati e su quelli non adottati.

Ritorniamo ai tre ordini di fattori di rischio riguardo al fallimento dell'esperienza adottiva: fattori inerenti al bambino, fattori legati alla famiglia adottiva e fattori dovuti alla assenza o inadeguatezza dell'intervento professionale.

L'aiuto non ricevuto è un fattore chiave nel rischio di fallimento dell'adozione.

Riporto a questo proposito i dati raccolti in una indagine svolta dal Tribunale di Milano: nel 54% dei casi di fallimento la famiglia è stata riscontrata non competente a rispondere, ma il 47% delle famiglie non ha chiesto aiuto, dunque chi avrebbe più bisogno di aiuto fa più fatica a chiederlo.

È molto interessante questo fattore per noi perché apre un tema di lavoro importante: come raggiungere queste famiglie che arrivano a chiedere aiuto sempre e solo quando sono allo stremo, cioè quando ormai il rapporto col figlio si è compromesso? Rimane aperta la domanda.

Sui fattori inerenti al bambino mi sembra importante affrontare uno dei temi che mette più in crisi la famiglia, il fattore scuola, tema che emerge prevalentemente con l'inserimento del figlio adottivo alla scuola primaria. Tra i comportamenti difficili del bambino adottato uno dei più forti è quello relativo alla fatica nell'inserimento scolastico. Il primo ostacolo è l'età del minore, che, nell'adozione internazionale in particolare, non è sempre sicura. Sappiamo che i bambini adottati con adozione internazionale arrivano abbastanza grandi e quindi hanno già avuto un inizio di scolarizzazione nel paese di provenienza; ci si chiede quindi quale sia la classe in cui è meglio inserirlo: quella di competenza in base all'età cronologica? In base all'età presunta? in base allo sviluppo fisico raggiunto?

Spesso si tratta di bambini grandi, quindi inseriamo in prima elementare un bambino che ha ipoteticamente 7 anni, ma fisicamente ne dimostra 9?

Questi bambini arrivano con un bagaglio di istruzione assolutamente distante rispetto a quelli dei coetanei italiani e il loro livello di scolarizzazione è sempre diversissimo da quello che è il normale percorso dei bimbi nati e vissuti in Italia, che ormai vanno, come minimo dai 2 anni di età, al nido. È quindi tutt'altra formazione rispetto all'inserimento, alla conoscenza della struttura scolastica, all'abitudine al lavoro, all'allenamento dell'attenzione.

Poi c'è il tema della diversità fisica e quello del linguaggio, inteso sia come problema connesso all'apprendimento di una nuova lingua, ma soprattutto il linguaggio come insieme di significati, rappresentazione mentale di una esperienza del mondo che è molto diversa, una visione interna molto distante da quella che hanno i bambini vissuti in famiglie da sempre innestate nel contesto sociale del nostro Paese. È un fattore molto concreto, che comprende come e cosa si mangia, come ci si veste, come si saluta, come si guarda in faccia, chi è e come si comporta un adulto o un bambino o un maschio o una femmina e più a fondo cosa è bene e cosa è male e quindi confusione su cosa mi è chiesto e come mi devo comportare.

Quindi le difficoltà sono: dove inserirli? come inserirli? In quale struttura pronta ad accogliere e accompagnare tutte queste tematiche?

I coetanei/ compagni di scuola sono immediatamente pronti ad accogliere questi bambini che arrivano ma spesso, come accade nella famiglia adottiva stessa, dopo un primo periodo di innamoramento, emergono le fatiche.

Sottolineo qui la presenza di un secondo fantasma, il fantasma del "diverso = rischio" che, anche se negato come principio, risorge come reazione emotiva appena sorgono questioni all'interno del gruppo classe o anche quando nascono conflitti nella relazione individuale tra ragazzini della classe; immediatamente l'attacco stigmatizza la diversità.

Nella scuola si riscontra abbastanza spesso un percorso di maturazione fatto da parte degli insegnanti che si sono preparati e attraverso la frequenza di appositi corsi e sanno come accompagnare i bambini con la dovuta attenzione anche nella didattica (per esempio non chiedere più agli alunni di portare le foto da neonati o gli oggetti usati nella prima infanzia per iniziare le lezioni di storia). Purtroppo non si riscontra un altrettanto valido cammino di maturazione sul tema adozione nelle famiglie non adottanti; il tema del diverso "pericoloso" è presente in modo pesante in alcune famiglie e il lockdown non ha aiutato, anzi ha determinato un peggioramento della paura che ha contagiato anche i bambini.

Ma anche prima del lockdown, la problematica degli immigrati con la questione degli sbarchi clandestini e l'amplificazione mediatica del tema, aveva inciso su questa forma di paura; per esempio a Venezia c'è stato un crollo deciso delle richieste di adozione internazionale (come se essere sul mare rendesse il pericolo più vicino?).

È una questione che va ben oltre la consapevolezza del soggetto che lo vive; si respira sotto traccia un'aria di allerta verso il diverso, potenzialmente pericoloso, anzi sicuramente aggressivo, che al primo sasso lanciato, che per sbaglio tocca il tuo figliuolo, immediatamente insorge; mentre il ritardo

nell'apprendimento, che è invece uno dei temi chiave delle difficoltà della famiglia adottiva col figlio adottato, non fa scandalo; che il bambino diverso non si comporti come si deve comportare, questo genera uno scandalo molto forte; si teme per il proprio figlio, il timore è che il bambino diverso, potenzialmente pericoloso e aggressivo contagi, come la mela marcia, gli altri.

L'indagine citata attesta che la difficoltà della famiglia adottante ad accettare la fatica scolastica del proprio figlio è un fattore serio di alterazione dei rapporti in famiglia e potenzialmente di un futuro fallimento. È emerso che statisticamente la percentuale più alta di famiglie che fa questa fatica è quella delle famiglie adottanti con un livello culturale medio e medio alto. Più alto è il livello di istruzione dei due genitori più alta è la fatica ad accettare questo gap.

Le attese, pretese, che l'adozione risolva tutti i problemi, e ne può risolvere tanti, emergono spesso nel percorso, ma la prima verifica della propria capacità genitoriale, la conferma/disconferma dell'essere un buon genitore e dell'aver "salvato" il proprio bambino si gioca nel primo ambito sociale in cui il figlio sperimenta sé stesso, appunto la scuola. Quanto valgo io e quanto vale lui, lo cerco e lo vedo da come si adatta e quanto impara. Le attese diventano massime nella famiglia degli insegnanti.

Questo è uno dei fattori di rischio per la famiglia adottante insieme a quello legato all'età dei genitori.

L'età delle coppie adottanti sta progressivamente crescendo; abbiamo una media dai 44 anni dell'uomo quando fa la richiesta ai 47 di quando riceve il bambino in adozione; 42 la mamma quando fa la richiesta, 45 quando riceve il bambino adottato; l'aumento dell'età introduce anche una maggiore rigidità circa le caratteristiche della richiesta.

Anche la misura dell'impegno lavorativo della coppia genitoriale è uno dei forti fattori di rischio rispetto alla possibilità del fallimento adottivo.

Quelli che sono fattori sicuramente positivi in una famiglia, avere un buon reddito, un livello culturale medio alto, competenza nell'ambito dello studio, maggiore possibilità di insegnare ai bambini accolti per portarli alla pari con gli altri, diventano anche fattori di rischio. Tutto si gioca nell'orizzonte che la famiglia stessa ha. Quando la famiglia ha una visione aperta rispetto alla diversità, una posizione di ascolto, di immedesimazione nel vissuto del figlio tutti questi fattori risultano fattori di vantaggio per il minore.

Dalla conoscenza dei fattori di rischio non dobbiamo trarre conclusioni automatiche ma solo imparare uno sguardo attento e consapevole.

Riprendiamo un fattore di rischio già segnalato: nel 54,5% dei casi il fallimento accade nel periodo della adolescenza.

L'adolescenza del figlio è praticamente sempre un momento di difficoltà più o meno grave nella famiglia che vive l'esperienza di adozione ed è quello in cui emerge con più forza il tema: "sono io un genitore? Il vero genitore di questo figlio?" "sei tu veramente mio padre, mia madre?"

Emerge in queste domande uno dei "fantasmi" presenti in diverse coppie al momento di avvicinamento all'adozione, il fantasma del furto "adottare =di rubare il figlio di un altro"; a volte questa corrente sottostante si presenta come un dubbio complessivo sulla bontà del progetto adottivo

per un ragazzo straniero: “Non starebbe meglio questo ragazzo a casa sua?” Sembra dimenticato il fatto che sempre c'è un abbandono alle spalle di un bambino adottato, che se è adottabile è stato già riconosciuto come “abbandonato”; si dimentica che il trauma non è l'essere adottato ma l'essere abbandonato e che è l'abbandono la ferita che permane, che permane anche quando la famiglia che accoglie fa da tampone e addirittura risana tante altre ferite che accompagnano quella dell'abbandono. Si dimentica anche, davanti a tanta fatica dopo tanta dedizione, che l'adolescenza è un momento in cui tutto il positivo e il negativo ricevuto o vissuto riaffiora nel ragazzo, anche nei figli non adottati e che la famiglia attraversa quasi sempre un momento di crisi in cui il tema ricorrente è: “Non riconosco più mio figlio”.

Dobbiamo purtroppo constatare, come terapeuti, durante la pandemia e dopo la pandemia e indipendentemente dall'adozione, un aggravarsi pesante delle problematiche familiari con i figli adolescenti: rifiuto da parte dei figli del legame con i propri genitori, fenomeni di aggressione verbale e fisica dei figli adolescenti verso i genitori, pretesa dei figli di espellere genitori dalla loro stessa casa. Sembra che la convivenza obbligata tra genitori e figli abbia rivelato se non una inesistenza sicuramente una forte fragilità nelle relazioni, quasi che non si fosse costituito nel profondo un legame che regga alla tempesta ormonale affettiva ed esistenziale dei ragazzi.

Non si è generato un legame capace di reggere da parte di entrambi, genitore e figlio, la grande novità che è l'adolescenza, che mette in discussione tutto il dato e il ricevuto e che pretende, da parte del ragazzo, sanamente, di riappropriarsi di sé stesso e della realtà non necessariamente accettando e men che meno conformandosi a tutto il bagaglio educativo ricevuto. I ragazzi adottati che possono individuare la causa della loro diversità o del loro bisogno di distacco o della loro fatica a lasciare questo cordone ombelicale nella loro origine “altra”, non biologica, permangono all'interno della famiglia, ma in modo fortemente conflittuale, quasi che ricomparisse quel percorso già attraversato all'inizio: 1) arrivo, siete la salvezza. 2) ti metto alla prova per vedere se veramente mi vuoi. È come se ricominciasse, a volte, molto frequentemente, nell'adolescenza, questa messa alla prova: “la tua accoglienza è davvero gratuita o tu mi prendi solo se io sono conforme alla richiesta che hai su di me?”, dal punto di vista scolastico, dal punto di vista religioso, dal punto di vista delle regole sociali nelle quali devono stare. E nel ragazzo adottato, come anche nella famiglia adottante, questi comportamenti sono fortemente spiazzanti; in particolare il genitore non se li aspetterebbe dal figlio che hai in casa e riaffiora il pensiero della propria inadeguatezza; un altro fantasma, quello dell'inadeguatezza; non sono capace di generare un figlio nel mio corpo, biologicamente, non sono capace di essere un genitore, non sono adeguato al compito, il figlio avrebbe avuto bisogno di un altro genitore.

Rispetto all'ultimo, ma non meno importante, fattore di rischio legato all'aiuto ricevuto dal contesto, in particolare l'aiuto offerto dai servizi o dalle associazioni, racconto una esperienza.

In un piccolo comune del bolognese abbiamo fatto per diversi anni un lavoro di sostegno post adottivo alle famiglie durante il loro secondo anno di adozione. È stato un lavoro molto interessante. Le famiglie liberamente aderivano al gruppo e portavano i figli se lo desideravano, figli adottivi e naturali; si raccoglievano i temi da trattare dalle famiglie stesse poi si dialogava e insieme si tentava di rispondere alle domande attraverso l'ascolto delle esperienze di ciascuno e attraverso il parere dell'esperto; era

presente anche la psicologa del territorio, che aveva svolto le indagini con le famiglie che avevano adottato e che quindi le conosceva bene ed una educatrice che lavorava con i bambini in piccoli gruppi. I genitori hanno trovato grandissimo conforto nello scoprire che i loro problemi erano “normali” cioè simili a quelli di tanti altri ma soprattutto nel condividere le difficoltà e così non sentirsi isolati nella fatica.

Ho maturato una convinzione da questa e tante altre esperienze con gruppi di famiglie adottive: prima di tutto occorre intercettare il problema nel momento in cui emerge ed è evidente che il problema emerge nel tempo e non necessariamente e solo nel primo anno post adozione; poi risulta evidente che non è sufficiente offrire la risposta tecnica- specifica e competente riguardo al problema; anche se la richiesta della famiglia si esprime attraverso una domanda limitata : “porto il mio bambino dal neuropsichiatra infantile o il mio ragazzino adolescente dal neuropsichiatra o dallo psicologo perché lo rimetta a posto, lo riporti su binari di funzionamento giusti” o “come coppia cerco un terapeuta per affrontare i problemi che vivo”, l’aiuto di cui la famiglia ha bisogno è ben più grande ; le risposte adeguate e competenti sono sicuramente necessarie e occorre quindi individuare adeguatamente il problema tenendo conto della specificità della problematica adottiva ma non basta: occorre una rete, una rete che non è semplice costruire e che ad oggi è costruita di fatto quasi solo dal volontariato.

Non perché l'istituzione non lo possa fare, quel lavoro a cui ho accennato poco sopra era organizzato e condotto dal personale dell'unità sanitaria locale del Comune ed era un progetto tutto istituzionale. Ma bisogna essere consapevoli del fatto che la rete di cui la famiglia ha bisogno nel vivere questa complessa avventura dell’adozione è una rete sociale di solidarietà e di condivisione, perché il motivo principale che porta la famiglia a non reggere alla sconfitta è la solitudine.

Non è solo il non aver l'esperto che ti aiuti o che ti dia il consiglio, è la rete sociale nella quale vivi che è sostanziale, perché è solo questa che ti permette di sperare nella continuità di inserimento di tuo figlio e anche quindi di affrontare momenti di difficoltà nella certezza di un bene.

"Riconoscere le crisi adottive per prendersi cura efficacemente delle famiglie"

Dott.ssa Sara Lombardi - Psicologa, Psicoterapeuta del Servizio Specialistico di sostegno all'adozione del CTA

Oggi rappresento tutta l'equipe del CTA, centro di terapia dell'adolescenza, in particolare del servizio specialistico di sostegno alle famiglie adottive e di presa in carico delle crisi adottive.

Questo nostro servizio nasce nel 2006 sebbene già da tempo il CTA si occupasse di adozione. Dal 2006 la nostra mission, è in primis, quella di offrire sostegno psicologico psicoterapeutico alle famiglie adottive, ma anche quella di diffondere e promuovere una buona cultura sull'adozione, quindi essere qui oggi va proprio in questa direzione: c'è la necessità di diffondere il più possibile una visione buona e corretta dell'adozione e di buone prassi.

L'adozione è prima di tutto un incontro tra due bisogni, un incontro che poi diventa un incastro tra due bisogni, da una parte ci sono dei figli che hanno bisogno, diritto, desiderio di avere dei genitori che si occupino di loro ma che non hanno dei genitori sufficientemente buoni per farlo e dall'altra c'è una coppia che desidera un figlio o desidera dei figli e non li ha. In questo incontro, che appunto diventa un incastro, nell'incontro tra questi due bisogni nasce l'adozione. La domanda da cui partire è che cos'è l'adozione? L'adozione è un incontro che però ha come finalità anche un'esperienza di riparazione, l'adozione è prima di tutto un'esperienza riparativa per i figli soprattutto, ma un po' anche per i genitori che non hanno avuto la possibilità di generare biologicamente e questa cosa probabilmente li ha fatti soffrire e li ha fatti stare male.

Chi mi ha preceduto ci teneva a sottolineare che, al di là appunto di tutte le fatiche, oggi vogliamo sottolineare che l'adozione è una cosa bella, è una cosa positiva. Anche io concordo pienamente con questa sottolineatura tenendola come sfondo del mio intervento. Essere adottato può essere un fattore di rischio o un fattore protettivo a seconda della prospettiva che noi assumiamo a seconda dello sguardo che noi diamo.

Essere adottati è un fattore di rischio. Questo ce lo dimostrano le ricerche che hanno messo a paragone un campione di bambini adottati e un campione di bambini non adottati, che si presume vivano in famiglie sufficientemente buone, come avrebbe detto Winnicott.

Essere adottati è un fattore di rischio, nel senso che i bambini adottati presentano difficoltà a tanti livelli, la dottoressa Bassani ci ha raccontato tante difficoltà che incontrano i figli adottivi nella loro crescita, nella loro adolescenza anche nell'età adulta.

Per noi che ci occupiamo di adozione è abbastanza intuitivo dire che c'è difficoltà di adattamento e che c'è difficoltà di attaccamento per questi figli. È intuitivo, nel senso che i figli adottivi effettivamente sono chiamati a superare tantissime vicende spiacevoli, drammatiche, prima di tutto l'abbandono. Tutti i figli che vanno in adozione hanno vissuto l'abbandono e la perdita. E l'abbandono può essere un abbandono per scelta, magari un abbandono anche molto precoce, in altri casi è un allontanamento da parte del tribunale, dell'autorità giudiziaria, ma è chiaro che richiama sempre a

un abbandono, a un abbandono fisico, a un abbandono materiale, un abbandono psicologico, emotivo, relazionale, quindi già questo di per sé stesso ci aiuterebbe a spiegare perché poi la loro vita è più difficile e più faticosa. Perché essere abbandonati alla nascita, per di più da chi ci ha generato, comunque crea una grossa frattura, una grossa ferita nell'autostima, nel senso del sé, nella propria identità. Poi, i bambini che non vengono adottati alla nascita vivono anche situazioni di traumi, trascuratezze gravi, maltrattamenti, abusi sessuali, tutte vicende che ovviamente segnano profondamente; prima anche la dottoressa Arancio diceva che ci sono degli aspetti che poi sono poco sanabili, accade per il corpo, a volte anche un po' per il cuore, per la mente.

Si può curare tutto, forse, ma non tutto può essere guarito completamente proprio perché ci sono delle ferite molto profonde. Tutti i figli adottivi vivono la perdita, la vivono a tanti livelli: perdono la loro famiglia biologica e il diritto di crescere nella loro famiglia biologica. Perdono magari anche persone care che non hanno responsabilità nella loro trascuratezza, nel loro maltrattamento. Pensate ai fratelli, agli insegnanti, ai vicini di casa che magari hanno accolto, consolato, protetto in momenti difficili.

I bambini in adozione internazionale perdono la loro cultura perdono odori, sapori. C'era un bambino che ho seguito tanti anni fa che disegnava sempre tutte queste dune di sabbia, di cammelli e diceva "questa è la mia Africa", questo è il posto da dove vengo. I figli adottivi, soprattutto i figli adottivi che hanno un'etnia diversa da quella caucasica, che sia un'adozione nazionale o internazionale, perdono persino la loro privacy, perché tutti sanno che sono bambini feriti, senza che loro dicano niente, non hanno scelta, se dire o raccontare cosa gli è successo nella vita, perché tutti lo sanno che sono stati abbandonati o maltrattati, o comunque che la loro vita è stata difficile.

I figli adottivi perdono un creatore di senso della loro esistenza, come dice Brodinsky di solito sono i genitori quelli che dal primo istante sanno raccontare ai figli tutto quello che è successo nella loro vita, tutto quello che è accaduto. Oltre al racconto, alla memoria, ai figli adottivi mancano anche gli oggetti, le cose, anche materiali; ricordo una bambina di sei anni che era stata adottata da poco, che avevo incontrato al CTA, che mi aveva detto "Ma io non ho niente. Io non ho il vestitino di quando sono arrivata a casa, non ho il braccialettino che danno in ospedale, non ho una foto, non so com'ero da piccola. Tu ce li hai dei bambini... come sono i tuoi bambini? Perché io non lo so com'ero da piccola? Non mi sono mai vista".

Effettivamente se ci pensiamo questo è sufficiente a dirci perché l'adozione è un fattore di rischio: c'è una sfida grandissima rispetto alla costruzione del sé e dell'identità, rispetto all'integrazione, al riuscire a dare continuità, a raccontarsi una storia unica, una storia che inizia e arriva fino a dove si è, una storia completa.

A nessuno di noi piace arrivare al cinema tardi o leggere un libro dal terzo o dal quarto capitolo, immaginatevi dover avere una storia personale che manca di parti così importanti. In ultimo ci sono altre difficoltà, anche più sociali: spesso, i bambini adottivi ancora oggi, nonostante tutti gli sforzi di diffusione di una buona cultura dell'adozione, non vengono pienamente legittimati dal punto di vista sociale al loro dolore. "Ma dai, che bello sei stato adottato? Che fortuna che hai avuto ad incontrare questa famiglia! A me lo raccontano ancora i genitori, così come: "loro sono quelli bravi "Che bella

cosa che avete fatto, bravi” e queste sono tutte frasi magari dette in buona fede ma che difficilmente riescono a legittimare nel profondo.

A volte i bambini adottati alla nascita, possono vivere ancora di più questa delegittimazione del loro dolore, perché molti - e talvolta loro stessi - pensano che ormai sono passati tanti anni, che dovrebbe essere tutto alle spalle.

Per i bambini adottati alla nascita sembra tutto più semplice: “alla fine è un po’ come se l'aveste fatto voi” ma non è così: spesso le difficoltà emergono e si fa fatica a legittimarsi il fatto che magari si sta ancora male dopo 2, 3, 4, 5, 10, 15, 20, cinquant'anni. E invece no, noi sappiamo che è tutto ciò è possibile.

È chiaro però che tutto questo è un'altra faccia della medaglia, le ricerche ci dimostrano che l'adozione è anche un grandissimo fattore protettivo. Avevo seguito una bambina che mi diceva: “Ma è l'abbandono che fa schifo. L'adozione è bellissima”. È vero, ha ragione, è così. L'adozione è un grandissimo fattore di protezione. Le ricerche ci dicono che se noi confrontiamo i bambini che vengono adottati con un campione di coetanei che rimangono negli istituti o che rimangono in contesti altamente disfunzionali, minori che per mille motivi, insomma, non riescono a essere collocati diversamente, ecco che invece si vede che questi bambini stanno molto meglio, hanno una ripresa maggiore in primis dal punto di vista fisico, rifioriscono, rinascono, sviluppano tutte le loro potenzialità fisiche, ma anche, psicologiche, relazionali, cognitive.

Quindi, effettivamente, guardandola da questa prospettiva, l'adozione è assolutamente un fattore di protezione: l'adozione assolve a questo compito riparativo, quindi deve in qualche modo essere terapeutica.

Francesco Vadilonga, che è il direttore del nostro centro usa spesso questa frase che noi usiamo spesso in terapia con le famiglie: noi sottolineiamo che la prima e la più grande e la migliore terapia è l'adozione. Per un figlio che è stato abbandonato, che è stato trascurato, che è stato maltrattato, che è stato abusato, che è stato rifiutato, magari anche più volte, che ha sperimentato tanti collocamenti, affidi falliti, adozioni fallite, ricollocamenti, per i figli che hanno vissuto questa esperienza, la migliore delle terapie è “essere tenuti” per sempre, avere una famiglia che ama e che non abbandona più.

È chiaro però che l'amore non basta e noi lo sappiamo. La visione un po’ romantica, dell'adozione per cui basta amare questi bambini, è una visione che noi sappiamo non essere realistica. Però certamente laddove si riesce a resistere anche a tutte le sfide che l'adozione può comportare e si riesce a tenersi per sempre, a stare insieme per sempre, quella è davvero la migliore terapia. Proprio perché nella cura di un trauma relazionale, perché ovviamente essere abbandonati, essere maltrattati dalle proprie figure di riferimento è un trauma relazionale, non c'è niente di meglio, di una nuova relazione riparativa. E i figli adottivi in fin dei conti, effettivamente hanno questa chance, cioè di cambiare le proprie figure di attaccamento, averne di nuove, avere una un'altra opportunità. Proprio perché, appunto, se è vero che l'esperienza riparativa può avvenire in qualunque relazione (le narrazioni delle singole persone raccontano, a volte magari anche di un incontro fugace, il mio insegnante, un supplente, che ho visto tre volte, mi ha detto delle cose che mi hanno cambiato la vita”

...succede, a volte può essere anche sufficiente), nella maggior parte delle volte ciò che è vincente è una relazione continuativa che svolge la funzione riparativa che diventa più efficace e significativa quanto più è vissuta in una nuova relazione di attaccamento.

Il percorso adottivo però è complesso e le sfide aggiuntive richieste alle famiglie sono tante, anche nelle situazioni più fisiologiche. Oggi noi mettiamo l'accento sulle crisi adottive, noi abbiamo sicuramente tantissime situazioni di adozione che proseguono positivamente che non sfociano mai in crisi, però ciò non vuol dire che non ci siano dei momenti difficili, non vuol dire che ci sia non ci siano delle sfide aggiuntive perché quelle ci sono sempre, perché quelle sono un po' intrinseche all'esperienza dell'adozione stessa. Crescere un figlio adottato non è come crescere un figlio biologico.

Ai genitori adottivi, alle famiglie adottive, ai figli adottivi sono richieste delle capacità specifiche. Il ciclo di vita delle famiglie adottive che è fatto come per tutte le famiglie di compiti di sviluppo da affrontare e superare, ha un numero di compiti di sviluppo più elevato rispetto alle famiglie biologiche, perché oltre ad avere tutte le sfide della genitorialità biologica, si aggiungono altre sfide. Quindi la prima sfida è proprio quella di accogliere un figlio danneggiato, un figlio ferito e a volte di pagare le conseguenze del danno che ha fatto qualcun altro.

Chi fa il mio lavoro (sono una psicoterapeuta), quando arriva in consultazione una famiglia che non ha adottato figli e arrivano dei figli che stanno male quanto a volte stanno male i figli adottivi che incontriamo, si fa subito questa domanda "Ma che cosa è mai successo in questa famiglia? Perché questo bambino sta così male? Come mai ha questa forma di depressione, questo disturbo alimentare, questi comportamenti così aggressivi, distruttivi, devianti, perché usa sostanze, alcol, droghe, ma che cosa è successo in questa famiglia?"

Questa è una domanda parzialmente errata in una famiglia adottiva. Certo, poi bisognerà capire anche cosa sta succedendo anche in questa famiglia. Ma nel caso di una famiglia adottiva noi abbiamo una coppia che in qualche modo paga il conto di qualcun altro. Quindi la primissima complessità è appunto questa, accogliere un figlio che altri hanno danneggiato, che altri hanno ferito, che hanno maltrattato, che hanno abusato, che hanno trascurato, che hanno abbandonato e poi diventare anche bersaglio di questi traumi.

C'è un modello interessante che è quello di Stovall e Dozier, che è un po' datato, ma è assolutamente sempre utile che si chiama modello transazionale e che ci ricorda che, soprattutto, nelle situazioni adottive, non è solo l'ambiente che influenza il bambino, ma anche il bambino influenza la famiglia, influenza il contesto a cui appartiene e, dati traumi pregressi, potrebbe essere un'influenza che crea anche relazioni difficili, complesse. I bambini che arrivano in adozione hanno stili di attaccamento, solitamente gravemente insicuri e disorganizzati e questo impatta sulla famiglia che li accoglie. Noi parliamo di traumatizzazione secondaria: il trauma traumatizza. Se queste famiglie non sono aiutate, anche precocemente, a leggere correttamente certi segnali del bambino, rischiano non solo di non riparare, ma rischiano - anche in buona fede! - di sommare danno al danno.

A questo proposito mi viene in mente questa mamma che mi raccontava "Io e mio marito abbiamo avuto una storia molto travagliata per arrivare all'adozione. Quando è arrivato nostro figlio noi non vedevamo l'ora di fare i genitori, eravamo pieni di amore da dare, io non vedevo l'ora di curare ferite,

mettere cerotti, imboccare, fare i bagnetti, vestire eccetera.” Arriva un bambino che molti definirebbero piccolo, di tre anni, e arriva un bambino che si lava da solo, si veste da solo, che non vuole essere toccato, che ogni volta che si finisce di mangiare, va nella sua stanza e sta lì e loro non si possono avvicinare. Che inizia poi andare a scuola a fare delle conoscenze, a scuola chiedono i soldi per andare in gita e lui, anziché tornare a casa e dire: “Mamma, papà, mi servono 5 € per andare in gita” chiede ai compagni degli spiccioli, racimola dei soldi, mette insieme il tutto, porta i soldi, così. Come possono sentirsi questi genitori? Si sentono inutili, portano un senso di inutilità grandissima “siamo inutili... che ci siamo, non ci siamo è lo stesso, che facciamo o non facciamo è lo stesso, anzi è meglio non fare”.

In questa situazione c'è bisogno di qualcuno che li aiuti e che dica loro: “Guardate che non è vero, ha bisogno di voi, non mollate. Non gli dite “vabbè, allora fai tu, quando hai bisogno mi chiedi” Il rischio è che questi genitori, se non accompagnati, si demotivino, disinvestano e confermino al bambino le rappresentazioni mentali con cui è arrivato “Gli adulti non ti possono essere d'aiuto. Fai tutto da solo, bada a te stesso”

Questa è una delle situazioni più semplici, però è esemplificativa: bisogna stare attenti e aiutare i genitori a non cadere in queste trappole che i bambini, non volontariamente, tendono loro.

È evidente che la crisi adottiva non ha a che fare con la gravità della sofferenza, del sintomo del comportamento del figlio adottivo (che è una cosa che sicuramente mette a dura prova). Ma la crisi adottiva è crisi, appunto, quando un intero sistema va in crisi.

A me è stato chiesto tante volte quanto grave deve essere il disturbo, per poter affermare che si tratta di crisi. Ma noi specialisti non dobbiamo vedere il figlio e basta, dobbiamo vedere tutto il sistema, dobbiamo vedere il figlio, dobbiamo vedere i genitori, dobbiamo vedere gli insegnanti, dobbiamo vedere il personale sanitario, la famiglia allargata, tutti quanti.

E l'adozione va in crisi quando il sistema va in crisi, quindi quando sicuramente i ragazzi o bambini stanno male e magari hanno dei comportamenti interiorizzati o esternalizzati, difficili o gravi, quando ci sono dei sintomi magari molto gravi, ma l'adozione va in crisi quando anche i genitori vanno in tilt, quando anche loro non riescono a reggere, quando si riattivano in loro delle ferite così grandi che interferiscono con la loro buona genitorialità. L'adozione va in crisi anche quando ci sono degli specialisti che magari non sono così esperti di adozione, che magari improvvisano degli interventi generalisti e fanno perdere tempo. L'adozione va in crisi quando magari anche la scuola non sa bene cosa fare, inizia a consigliare ai genitori di limitare il tempo di frequenza scolastica, di aumentare il tempo da trascorrere a casa, addirittura di cambiare scuola. Questa è l'adozione che va in crisi, un effetto domino, non a caso ho scelto questa immagine. Quando tutte le parti del sistema vacillano e quindi a questo punto i fattori di rischio superano di gran lunga anche i fattori protettivi che possono esserci.

Noi consideriamo, come ben ci hanno insegnato Palacios e i suoi collaboratori, che parliamo di crisi e di fallimenti adottivi quando ci sono fattori di rischio gravi e numerosi su tanti livelli (bambino, genitori, sistema di cura).

Mi soffermerei, nella presentazione, sui fattori di rischio a carico del sistema di cura evidenziati da Palacios e i suoi collaboratori e poi su che cosa si potrebbe fare per gestirli.

Mancanza di una corretta formazione all'adozione e questo anche rispetto ai tempi. Si fa tanta formazione prima, ma sarebbe importante farla anche dopo, anche rifare la formazione, anche ripetere alcuni concetti teorici. Ecco noi siamo, come CTA, molto convinti del fatto che serva anche insegnare dei concetti teorici: che cos'è un trauma? Che effetti ha il trauma? Cos'è l'attaccamento? Come funzionano i bambini con gli attaccamenti insicuri e disorganizzati? Se tu hai un figlio adottivo devi diventare un esperto di trauma, di attaccamento, di abbandono perché è necessario.

L'altro aspetto è la mancanza di una corretta informazione sul bambino adottivo. Ancora oggi non solo in Paesi dove è difficile poi reperire le informazioni ma anche nella stessa Italia, a volte viene fatta la scelta di escludere delle notizie, di togliere delle informazioni, non trasferire storie complete. Invece noi dobbiamo allenare i genitori a pretendere storie complete e aiutare gli operatori a comprendere quanto sia importante avere il maggior numero di informazioni sulla storia del bambino.

Sovrapposizione tra idoneità all'adozione, valutazione della salute mentale degli aspiranti genitori adottivi. È fondamentale che nella fase pre-adoztiva, nei percorsi per l'idoneità si vadano a valutare quelli che sono gli aspetti legati alla genitorialità, alle competenze genitoriali. Certo, è importante che una persona non abbia una psicopatologia grave, ma non avere una psicopatologia non coincide col poter essere un buon genitore adottivo.

Forzature nel progetto adottivo del genitore e discrepanze tra il bambino desiderato atteso il bambino reale. Un esempio: due genitori che sono partiti per l'Etiopia pensando di adottare due bambini, fratelli di 2/3 anni, sul taxi in Etiopia, hanno saputo che i bambini forse non avevano proprio due o tre anni, ma forse ne avevano 4/5, poi tornati a casa, hanno capito che i bambini di anni ne avevano 7/8 e che non erano nemmeno fratelli tra loro. Queste persone arrivano in Etiopia con dei vestiti e con dei giochi che non sono adeguati alla loro età reale; le iscrizioni fatte a scuola, la stanza preparata con tanta cura non va bene. Immaginate come partono due genitori che già forse si sono sentiti incapaci.

Supporto post adozione, scarso o assente o limitato nel tempo.

Come facciamo a curare l'adozione? Come possiamo prenderci cura dell'adozione che, appunto non è prenderci cura dei figli o dei genitori, ma è prenderci cura dell'adozione intera? Innanzitutto offrendo un sostegno post adozione continuativo ed accessibile durante tutte le fasi del ciclo di vita, non solo per il primo anno, non solo per i primi anni, non solo per l'adolescenza: per tutta la vita. Ho una paziente adulta che a quasi trent'anni e mi dice: "Tutti pensano che i giochi siano fatti dopo l'adolescenza. Non è così perché ci sono molte altre tappe della vita che rimettono in gioco tanto".

Costruire progetti di aiuto integrati e reti multi professionali sinergiche, che è un po' il senso di essere qui oggi e quindi costruire altre situazioni come queste.

Proporre interventi terapeutici specialistici, quindi non generalisti ma rivolti a tutto il nucleo familiare e centrati sulle tematiche adottive. Vediamo un sacco di tempo perso con lunghe terapie individuali dove i genitori venivano ogni tanto coinvolti, così per raccontare qualcosa: devono essere fatte delle terapie che coinvolgano tutta la famiglia. Bisogna curare la relazione, quindi bisogna coinvolgere i

genitori che diventano in parte anche dei terapeuti, perché li si aiuta a capire e perché tutto il sistema ha bisogno di essere aiutato.

(Slides da pag. 63)

WORKSHOP

ACCOGLIENZA SANITARIA

Il gruppo era composto da medici, infermieri, assistenti sociali e psicologi. I temi di interesse, comuni alle varie professioni, si sono focalizzati su: scheda sanitaria del bambino in fase di pre-abbinamento e necessità di avere maggiori informazioni e chiarezza sulla storia sanitaria e su patologie pregresse o in atto.

Da una parte gli operatori che propongono l'abbinamento hanno necessità di avere il maggior numero di informazioni per iniziare a fare un filtro rispetto alle famiglie disponibili.

Sono emersi alcuni argomenti comuni trasversalmente che riguardano la fase di pre-abbinamento, la scheda sanitaria che arriva del bambino e la necessità da parte sia dei genitori che degli operatori di avere maggiori informazioni e chiarezza.

Gli operatori hanno necessità precise: chi deve poi proporre l'abbinamento, deve essere già un filtro che però ha le idee chiare, quindi è fondamentale che abbia un punto di riferimento sanitario per poter recuperare informazioni un po' più esatte.

Dall'altra parte la dottoressa Arancio, che fa parte di centri sanitari che si occupano di questo e anche gli altri colleghi e colleghe medici che si confrontano con queste problematiche e queste richieste molto importanti anche di famiglie che chiedono appuntamenti telefonici in fase di incontro di abbinamento col bambino, riferiscono di non riuscire a trasmettere, non solo a trasmettere, ma ad avere certezze, perché le schede presentano diverse difficoltà, dal punto di vista di terminologie, di linguaggio della traduzione e comunque di impossibilità da parte dell'operatore sanitario di fare una pre-diagnosi, perché comunque non vede il bambino, non ha possibilità di vederlo prima e quindi emerge la necessità da parte degli operatori sanitari e degli enti che formano le famiglie di far presente molto chiaramente che non si possono avere certezze, né prendere responsabilità su quello che arriva.

Esistono delle check list che sono presentate dai paesi stranieri e che spesso sono imm modificabili, quindi anche sarebbe opportuno riuscire ad arrivare ad un linguaggio condiviso da parte del Paese straniero e degli enti italiani. Per chi si occupa dell'area sanitaria è praticamente impossibile o comunque molto difficile, perché appunto sono delle check list fisse e non sempre chiare.

Quindi, è importante incontrare i genitori prima nella formazione e rendere tutto più chiaro possibile. Quanto al post adottivo sarebbe utile prendere anche ad esempio modelli virtuosi, come quelli del Piemonte, che supporta queste tematiche e fa uno screening dei bambini che arrivano e ogni due mesi si ripete questo incontro. E tutti i ragazzi e i bambini adottati arrivano nei centri, dove non pagano ticket e quindi possono essere seguiti.

Questo è un modello virtuoso che potrebbe essere ripetuto in altre regioni, però per fare questo occorre portare avanti dei discorsi un po' importanti. D'altra parte ci sono i medici pediatri di base che già potrebbero contribuire, ma, come faceva notare sia la dottoressa Arancio che il dottore presente nel gruppo, se i pediatri possono dare utili consigli all'arrivo per un'indagine, innanzitutto è importante la tempistica, non avere fretta di fare esami, accertamenti, perché il bambino ha già subito tanti traumi, quindi ospedalizzazioni ed esami clinici intensivi lo ritraumatizzerebbero.

Quindi prendere tempo per fare questi accertamenti e il pediatra di base potrebbe essere istruito nel non procedere con indagini aggressive ed intense: d'altra parte se viene distribuito capillarmente questo screening, le informazioni non possono ritornare (ed essere raccolte) e non si può avere il polso della situazione, diversamente da quanto succede in un centro predisposto a questo, come accade in Piemonte o al S. Paolo.

Dovrebbe esserci un percorso istituzionalizzato che possa raccogliere e appunto assistere nel post le famiglie, i bambini e le loro famiglie.

In conclusione da una parte, nel pre-informazione difficile da dare e certezze difficili da dare, dall'altra parte il post che dovrebbe essere istituzionalizzato e passare tutto attraverso una rete, oltretutto si parla di rete, importantissima, cosa che manca in assoluto in questo momento.

WORKSHOP

ACCOGLIENZA EDUCATIVA

Giorgio Cavalli: relazione del gruppo sulle implicazioni educative nell'accoglienza familiare.

Il gruppo era costituito da genitori adottivi e affidatari, assistenti sociali del pubblico e del privato sociale, di enti per l'adozione e di consultori. Mi perdonerete se non riuscirò a dettagliare tutto ciò che è emerso, dato che la ricchezza di un lavoro di gruppo è difficilmente riproducibile. Mi limiterò ad indicare semplicemente le tematiche toccando appena gli sviluppi che sono emersi, confidando che poi la dott.ssa Bassani possa meglio integrare nella sua conclusione. Siamo partiti da un paio di domande: in primo luogo, di fronte alla valutazione o comunque alla preparazione e alla formazione delle famiglie che danno disponibilità ad adottare, che cosa innanzitutto va guardato, a cosa bisogna guardare come obiettivo e come risorse? Cioè se basti una famiglia "competente" o se occorra guardare, nell'esperienza di questa famiglia, alle risorse anche esistenziali di relazioni grazie alle quali, in una dinamica che non è già data ma che promette bene, sia possibile accompagnare verso un percorso di crescita.

L'altro aspetto, che è collegato, è una riflessione sui progetti formativi delle istituzioni in relazione ai progetti formativi dell'associazionismo familiare: c'è infatti uno spazio per entrambi che può essere collaborativo e non sovrapponibile. Avviato questo tema, sono emerse altre domande e riflessioni: innanzitutto il fatto che appunto la formazione è necessaria perché l'adozione in qualche modo è un passo in più rispetto alla genitorialità biologica e questo chiede delle famiglie disposte a essere aperte all'imprevisto, alle frustrazioni, a guardare anche al proprio limite, e quindi disposte anche a chiedere aiuto, per cui la disponibilità ad adottare implica l'apertura di un percorso anche di un cambiamento. Per esempio, la domanda che può essere posta ad una coppia all'inizio del percorso è come s'immagina il bambino, perché di fronte a questo tipo di domanda la coppia può anche andare molto più a fondo rispetto al proprio vissuto e alle possibilità che si aprono. In questo senso, è stato sottolineato il passaggio dal "bambino abbandonato", dal "bambino adottabile", al concetto di "figlio": avere interiorizzato il concetto di "figlio" vuol dire infatti aver fatto tutto un percorso di maturazione.

Un altro punto riguarda l'accompagnamento nel post-adozione: la domanda è se sia sufficiente dare una serie di informazioni, o se appunto non sia necessario che qualcuno dica: "Noi ci siamo, siamo presenti, avete avviato un percorso e ora sapete a chi rivolgervi". Di nuovo, la domanda "perché desiderate un figlio" è apparsa la domanda centrale rispetto all'intero percorso. L'ultima domanda è emersa da un'assistente sociale: come si fa, da parte di un operatore sociale, ad aiutare in un modo "discreto", cioè in un modo per cui il timore del giudizio non blocchi un percorso fecondo di relazione con la famiglia? Molte di queste domande restano aperte ad ulteriori approfondimenti. Grazie.

WORKSHOP

CRISI ADOTTIVE

Il gruppo era composto da una trentina di persone con una maggioranza di assistenti sociali, qualche psicologo, educatori, un avvocato e genitori adottivi. È stato un confronto molto interessante perché le voci erano diverse e portavano punti di vista differenti. Sono stati toccati molti dei temi riportati anche dagli altri gruppi.

Con i relatori della mattinata sono stati affrontati perlopiù i fattori di rischio, che possono innescare situazioni di crisi nell'adozione. Nel workshop abbiamo deciso di individuare quelli che sono i **fattori protettivi di un'adozione**: quelli a carico del bambino, quelli a carico della famiglia adottiva (famiglia allargata compresa) e quelli a carico del contesto di cura, quindi operatori che lavorano con la famiglia adottiva.

Fattori protettivi a carico del bambino

Abbiamo cominciato a riflettere sui fattori protettivi a carico del bambino. Siamo tutti consapevoli che ci sono bambini con cui è più facile lavorare, che è più facile accompagnare nel loro percorso di vita, nel loro stare bene. Ma ci sono anche bambini molto provati e con i quali i percorsi risultano molto complessi e faticosi. Per questo dobbiamo molto lavorare su di noi perché noi siamo chiamati ad accompagnare ogni bambino: quello che ci rende le cose più facili, ma anche quello che ci rende le cose un po' più difficili.

Fattori protettivi a carico della famiglia e dei contesti di cura

Molti fattori protettivi della famiglia e dei contesti di cura sono stati già espressi nelle restituzioni degli altri due gruppi in particolare il costruire da parte della famiglia e degli operatori un rapporto di fiducia reciproco. È sicuramente un fattore protettivo la **formazione continua** su tutti gli aspetti che sono legati all'adozione.

Lavorare sul tema della storia, della possibilità di conoscere la storia del bambino che viene adottato, la capacità di accoglierla, di saperla narrare, di saper tornare e parlare di adozione nei vari momenti della vita della famiglia, cogliendo gli input e gli stimoli che arrivano da quello che succede intorno a noi, da quello che succede in casa, da quello che succede durante il lavoro di equipe.

La **capacità di accompagnare il bambino nella rielaborazione di ciò che gli è successo** è un passaggio fondamentale.

Avere competenze specifiche, sia come genitori che come operatori, con differenze legate al ruolo ma con la capacità reciproca di riconoscersi competenti in un ambito, e di aver bisogno anche dello

sguardo e delle osservazioni portate dall'altro per poter conoscere e lavorare al meglio su una situazione specifica.

Avere chiaro che l'adozione è sempre in certo qual modo aperta, soprattutto oggi. Riconoscere l'importanza che ha per chi è stato adottato di ricostruire la propria storia, ritrovare persone o costruire dei legami che riguardano il loro passato, le loro origini. Quindi è un fattore di protezione importante essere preparati a questo e considerarla una delle eventualità possibili all'interno della loro storia di famiglia.

Bisogno di normalizzare l'adozione e di non patologizzarla. Mettere al centro l'adozione nel momento in cui c'è una difficoltà senza patologizzare l'adozione.

Fare rete. Avere una capacità di ascolto reciproco, di dialogo, di collaborazione vera e propria. C'è bisogno di operatori che escano dal loro ufficio e frequentino i luoghi e i contesti dei ragazzi che stanno accompagnando; a volte sono le famiglie adottive che si fanno carico di favorire e promuovere il confronto e la collaborazione tra tutti gli operatori e le persone che sono coinvolte nella loro storia adottiva. Questo è sicuramente un fattore di protezione che dovremmo riconoscere e sviluppare sempre di più negli operatori: la capacità di andare e costruire un lavoro insieme, incontrandosi e lavorando insieme, condividendo gli obiettivi e integrando competenze.

È stato apprezzato molto il richiamo alla **creatività** richiesta agli operatori; spesso ci si trova ad affrontare delle sfide che il sistema stesso pone e dalle quali non è così facile riuscire ad uscire perché si incontrano vincoli e muri che a volte sembrano insuperabili. Per questo è necessario avere la capacità di intraprendere percorsi innovativi e creativi per spianare anche le strade più contorte.

L'importanza di riconoscere i fattori di protezione

Oltre a riconoscerli, il nostro compito è quello di promuovere il loro sviluppo a fronte di fattori di rischio che sono dati. I fattori protettivi possono essere indagati e utilizzati anche nelle fasi preliminari della costruzione di un rapporto adottivo, nel momento in cui si fa la formazione alle coppie adottive. Bisogna valorizzare quei particolari fattori protettivi di quella specifica famiglia, su quei fattori è possibile costruire un buon percorso adottivo. Nell'accompagnare una famiglia nel suo percorso verso suo figlio, gli operatori possono favorire lo sviluppo di capacità specifiche che saranno la base per prevenire eventuali difficoltà e carenze.

**I BISOGNI DI SALUTE E L'ACCOGLIENZA SANITARIA DEI BAMBINI
PROVENIENTI DA
ADOZIONE INTERNAZIONALE: COSA SI FA E COSA SI DOVREBBE FARE**

Dott.ssa Rosangela Arancio - Dirigente Medico presso la pediatria
dell'ospedale San Paolo di Milano

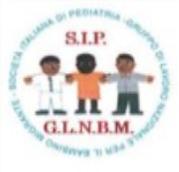
SLIDES

I BISOGNI DI SALUTE E L'ACCOGLIENZA SANITARIA DEI BAMBINI PROVENIENTI DA ADOZIONE INTERNAZIONALE: COSA SI FA E COSA SI DOVREBBE FARE

Rosangela Arancio

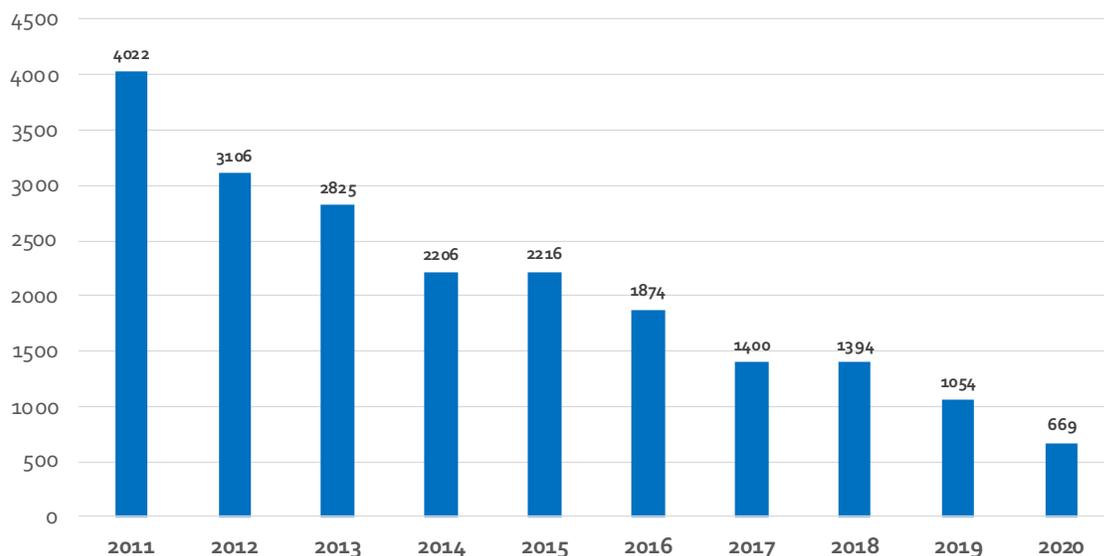
Clinica Pediatrica – Ospedale San Paolo, Milano

Milano 19 maggio 2022



Adozione internazionale: i numeri

Numero di bambini adottati



2020-2021

Nel 2020 e nel 2021 si è registrato un importante calo del numero di adozioni internazionali, dovuto a

- Lockdown
- Politiche dei Paesi d'origine: incremento delle adozioni nazionali
- Tempi lunghi delle procedure (in media 47 mesi nel 2020 e 52 mesi nel 2021)
- Costi elevati



Nel mondo:

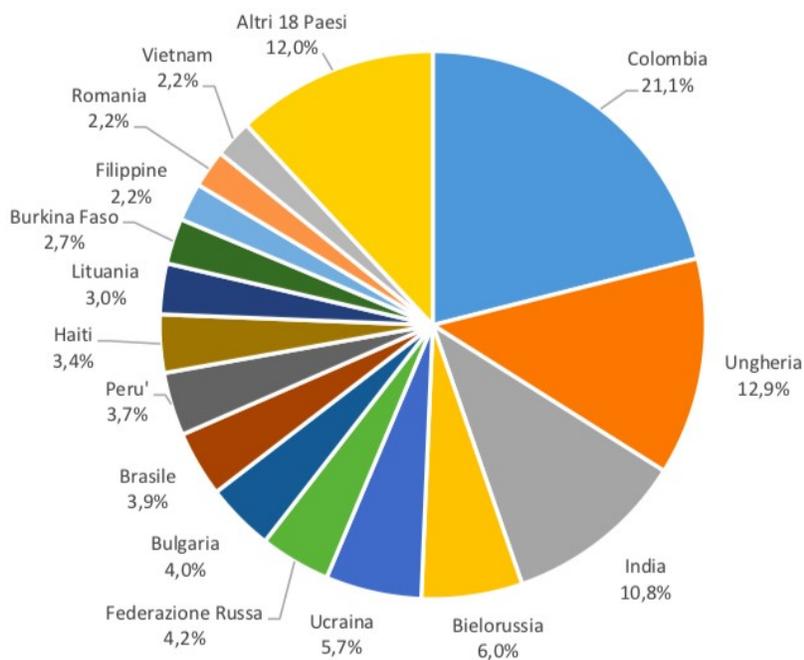
Uno sguardo al contesto internazionale, dice che complessivamente fra il 2004 e il 2018 nei ventiquattro principali Paesi di accoglienza si è passati da 45.483 a 8.299 adozioni: l'81,7% in meno.



Tabella 2 – Adozione internazionale nei dieci principali Paesi di accoglienza, anni 2009-2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Stati Uniti	12.744	12.149	9.320	8.668	7.094	6.441	5.648	5.372	4.714	4.059
Italia	3.964	4.130	4.022	3.106	2.825	2.206	2.216	1.872	1.439	1.394
Canada	1.695	1.660	1.513	1.162	1.243	905	895	790	621	658
Francia	3.017	3.508	2.003	1.569	1.343	1.069	815	956	685	615
Spagna	3.006	2.891	2.573	1.669	1.191	824	799	567	539	445
Svezia	912	728	630	542	450	408	400	259	240	190
Olanda	682	705	528	488	401	354	304	214	210	156
Germania	606	513	623	452	286	226	201	199	96	91
Svizzera	349	388	367	314	280	226	197	101	69	79
Danimarca	496	419	338	219	176	124	97	84	79	64
Totale 10 Paesi	27.471	27.091	21.917	18.189	15.289	12.783	11.572	10.414	8.692	7.751

Figura 12 – Minori per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso in Italia secondo il Paese di provenienza (valori percentuali), anno 2020



L'adozione internazionale ha una grande valenza civile, ed è uno strumento per arricchire l'aspetto multiculturale e multirazziale della nostra moderna società. Essa inoltre costituisce anche un tipo di scelta solidaristica nei confronti dell'infanzia abbandonata nei paesi più poveri. Ma non è l'unico: la legge italiana prevede infatti che gli enti autorizzati a svolgere le pratiche di adozione internazionale si occupino concretamente anche di altri progetti di aiuto e sostegno all'infanzia nei paesi esteri in cui operano.



La Clinica Pediatrica dell' Ospedale San Paolo prende parte al Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria
(GLNBM – SIP)



QUANDO ESEGUIRE GLI
ACCERTAMENTI?

QUALI ESEGUIRE?



QUANDO ESEGUIRE GLI ACCERTAMENTI?

Tra i 15 giorni e i 2 mesi dall' arrivo in Italia:

Non immediatamente

- Per ottenere minima compatibilità linguistica → **spiegare** il percorso di screening al bambino
- Per accorgersi di segni e sintomi che non erano stati segnalati

Eccetto urgenze!!!



QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

NUOVE INDICAZIONI DEL
GLNBM-SIP PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA AL MINORE MIGRANTE

(Roma, 30 Novembre 2013)



QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

PRIMA VISITA AL CENTRO

Anamnesi: SCARSISSIME NOTIZIE DISPONIBILI

1. Salute della famiglia d'origine:

- infezioni materne/tossicodipendenza
- abuso d'alcool in gravidanza
(Est Europa) → **FAS**

2. Dove e come hanno vissuto (Istituto, famiglia affidataria, strada, scolarizzazione...)

3. Abitudini alimentari

QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

Analisi dell'eventuale documentazione in possesso della famiglia

(scarsa, talvolta in lingua originale)

- Ricoveri
- Certificato vaccinale (attendibile???)

QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

PRIMA VISITA AL CENTRO

Esame obiettivo (bambino completamente spogliato):

- Parametri vitali
- Esame neurologico
- Parla Italiano? (udito)
- Cute, annessi, cicatrici
- Palato (CINA)
- Obiettività d'organo
- Anomalie muscolo-scheletriche
- Genitali (eventuali mutilazioni o abusi; stadio puberale)



QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

PRIMA VISITA AL CENTRO

Esame obiettivo:

valutazione della crescita staturale-ponderale

- peso
- altezza
- BMI
- circonferenza cranica

percentili in base al Paese di provenienza

WHO Child Growth Standards (www.who.int/childgrowth/standards/en)

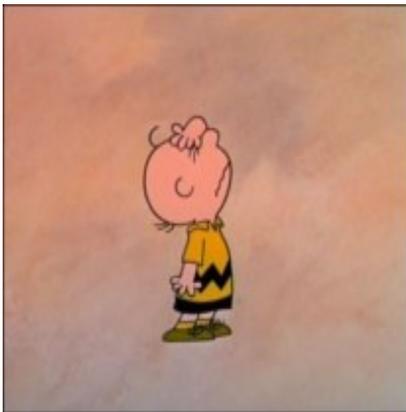


QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

SECONDA VISITA AL CENTRO (DayHospital)

Esami ematochimici:

- Emocromo
- Stato immunitario (IgE), indici di flogosi
- Glicemia
- Funzionalità epatica e renale
- Indici nutrizionali (ferro, vitamina D)
- Metabolismo calcio -fosforo
- Infettivologici (HIV -Ab, HAV, HBsAg, HCVAb, VDRL)
- TSH-r
- Titoli anticorpali per screening stato vaccinale
- Esame urine completo
- Ricerca parassiti fecali su 3 campioni in formalina
- Elettroforesi dell'emoglobina, dosaggio G6PDH



QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

SECONDA VISITA AL CENTRO (DayHospital)

Esami strumentali

- ECG
- Ecografia addome

Se anamnesi e/o clinica dubbie per cardiopatia:

→ Ecocardiografia

Ricerca TBC

→ Intradermoreazione di Mantoux/Quantiferon

QUALI ACCERTAMENTI ESEGUIRE?

Visite specialistiche:

A tutti

- Oculistica

Se necessario

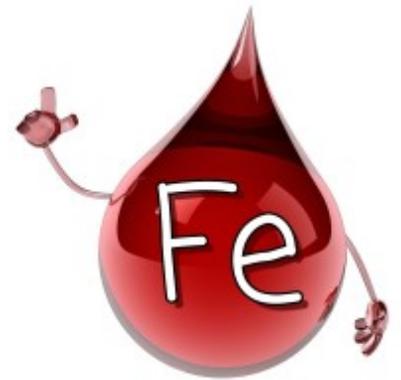
- Neuropsichiatria infantile
- Dermatologica
- Otorinolaringoiatrica + eventuale esame audiometrico
- Maxillo-facciale
- Andrologica
- Odontoiatrica >1 aa

QUALI PATOLOGIE ?



QUALI PATOLOGIE?

Carenze vitaminiche/nutrizionali



- Deficit di vitamina D
- Carenza marziale

Su 56 bambini visitati presso il nostro Centro nel 2020, 2021 e inizio 2022

- 32 (57%) avevano una carenza di vitamina D (<30 mg/dl)
- 11 (20%) avevano una carenza marziale

➔ **SUPPLEMENTAZIONE**

QUALI PATOLOGIE?

Deficit di crescita staturale/ponderale

E' fondamentale alla prima visita valutare la crescita staturale-ponderale dei bambini utilizzando le **curve di crescita WHO**



POSSIBILI CONCAUSE DA CONSIDERARE

- Malnutrizione
- Deprivazione affettiva
- Genetica (sconosciuta)
- Errore nella datazione della nascita



QUALI PATOLOGIE?

Parassitosi intestinali:

Giardia intestinalis (lamblia)

Hymenolepis nana

Entamoeba histolytica

tre o più campioni di feci in formalina raccolti **a giorni alterni**

NB: esame di difficile lettura che può dare molti falsi negativi



Su 56 bambini visitati presso il nostro Centro nel 2020, 2021 e inizio 2022

- 11 (20%) avevano una parassitosi intestinale



ANTIPARASSITARIO

QUALI PATOLOGIE?

Deficit di G6PDH

Emoglobinopatie

- Talassemie
- Anemia falciforme



Soprattutto in bambini provenienti da Paesi dove la malaria è endemica.

Su 56 bambini visitati presso il nostro Centro nel 2020, 2021 e inizio 2022

- 5 (9%) avevano una emoglobinopatia
- 5 (9%) avevano livelli di G6PDH ai limiti inferiori



**INVIO PRESSO
CENTRO SPECIALISTICO**

QUALI PATOLOGIE?

Alterazione dell'asse tiroideo

- Ipotiroidismo
- Iperitiroidismo



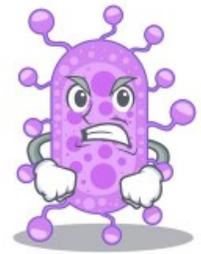
Su 56 bambini visitati presso il nostro Centro nel 2020, 2021 e inizio 2022

- 9 bambini (16%) presentavano un *ipotiroidismo subclinico*



CONTROLLO NEL TEMPO

QUALI PATOLOGIE?



TUBERCOLOSI

Negli ultimi anni, a causa della pandemia, l'utilizzo del Quantiferon come test di screening è aumentato

Su 56 bambini visitati presso il nostro Centro nel 2020, 2021 e inizio 2022

- 3 bambini hanno presentato Quantiferon positivo

➡ **RxTORACE**

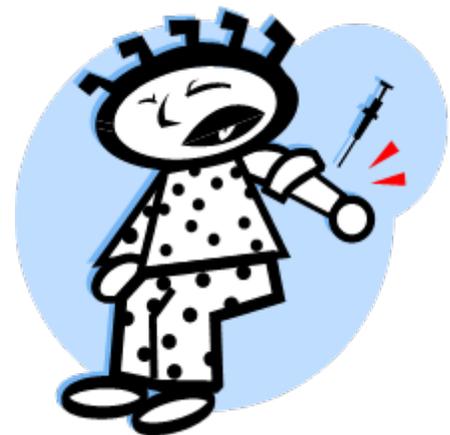
	Mantoux	Quantiferon
Costo	Minore	Maggiore
Cross-reattività con vaccinazione	Sì	No
Necessità di tornare in Ospedale	Sì	No
Validato < 5 aa	Sì	No

VACCINAZIONI

Stato vaccinale



INCOMPLETO O NON NOTO



Fattori che influenzano intensità/durata dell'immunità

Fattori endogeni

Età
HLA
Patologie concomitanti
Immunodeficienza

Fattori esogeni

Dipendenti dal vaccino

Tipo di vaccino
Via di somministrazione
Conservazione
Dose di antigene
Associazioni vacciniche
Mutazioni del microrganismo

Indipendenti dal vaccino

Tipo di alimentazione
Ig di origine materna
Adiuvanti



Stato di salute dei bambini adottati provenienti dal Sud Est Asiatico

- Gli adottati provenienti dal Sud Est dell'Asia sono più frequentemente bambini piccoli; spesso portatori di stati carenziali (anemiasideropenica, deficit di vitamina D) con necessità di trattamento.
- Di particolare rilievo il riscontro di malattie infettive con necessità terapeutiche (TBC latente, cisticercosi, parassitosi intestinali) o di sieropositività per Virus dell'Epatite B,
- I bambini adottati dai Paesi del Sud Est Asiatico infine presentano scarsa copertura vaccinale



Atti XXVII Congresso Nazionale SIPPS // ABSTRACT 2015

Stato di salute dei bambini adottati provenienti dalla Cina

- I bambini adottati dalla Cina sono in maggioranza soggetti più giovani rispetto a quelli provenienti da altri Paesi, ma sono frequentemente portatori di bisogni speciali per patologie malformative o carenziali, che richiedono un'accurata valutazione sanitaria al loro arrivo in Italia.
- Infine va attentamente valutata la protezione vaccinale mediante determinazioni anticorpali



Atti Congresso SIMM. Agrigento, 2014

Stato di salute dei bambini adottati provenienti dall'Africa

- Elevata incidenza di malattie infettive (Tubercolosi, malaria o altre parassitosi) e di emoglobinopatie
- Condizioni di carenze nutrizionali (anemia sideropenica o deficit di Vitamina D)
- La copertura vaccinale nei bambini adottati in Africa risulta spesso incompleta nonostante la documentazione attestante la somministrazione delle dosi di vaccino



Atti XXVII Congresso Nazionale SIPPS // ABSTRACT 2015

Stato di salute dei bambini adottati in America Latina

- I bambini presentano frequentemente malattie parassitarie in atto e stati carenziali che necessitano di terapia.
- Elevata percentuale di bambini con copertura vaccinale incompleta



Atti XXVII Congresso Nazionale SIPPS // ABSTRACT 2015

Stato di salute dei bambini adottati provenienti dalla Russia

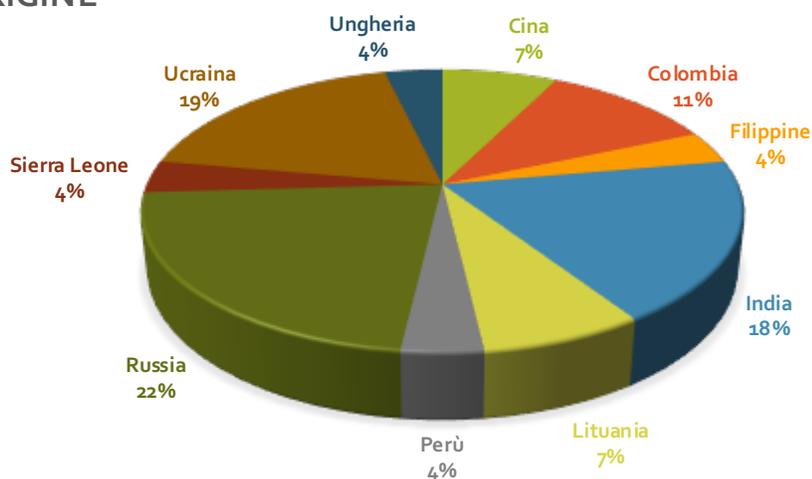
- Bambini spesso affetti da parassitosi intestinali, patologie endocrinologiche e disturbi cognitivo-comportamentali, che li rendono portatori di bisogni speciali.
- Incompleta copertura vaccinale



Atti XXVII Congresso Nazionale SIPPS // ABSTRACT 2015

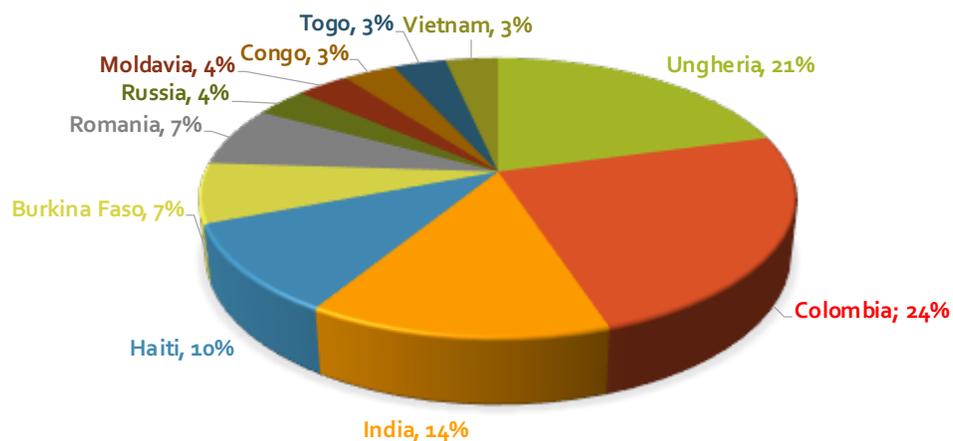
Adozioni 2019

PAESI D'ORIGINE



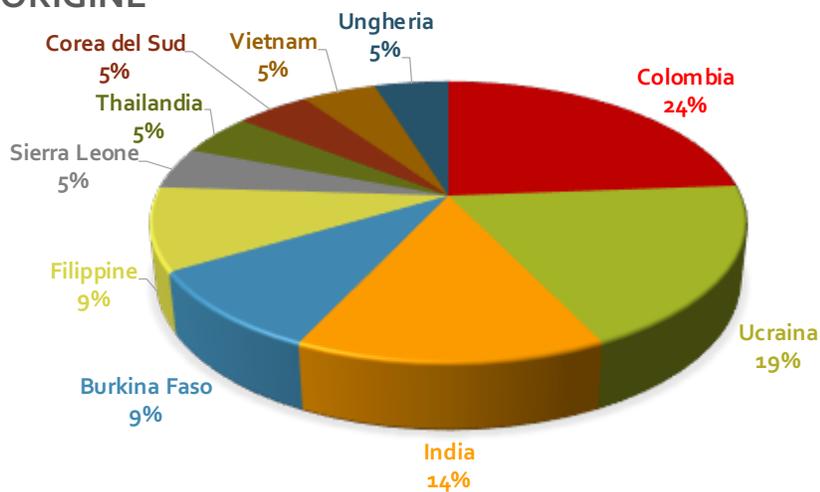
Adozioni 2020

PAESI D'ORIGINE

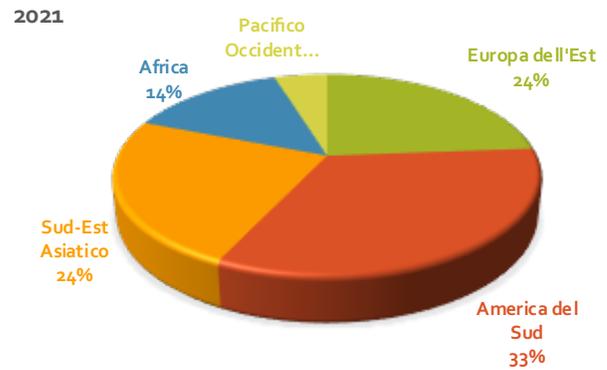
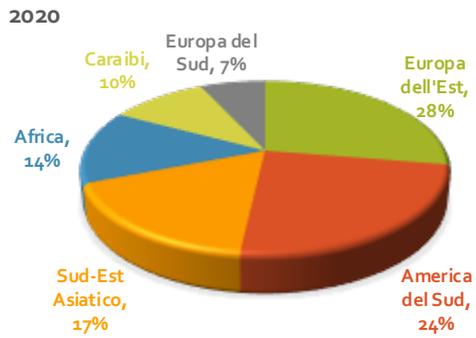
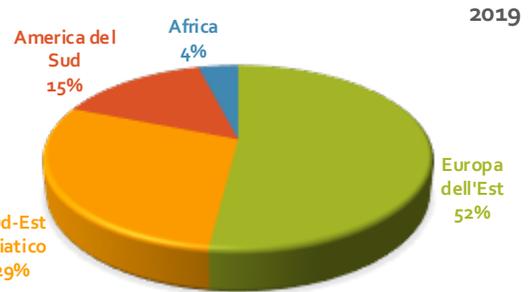


Adozioni 2021

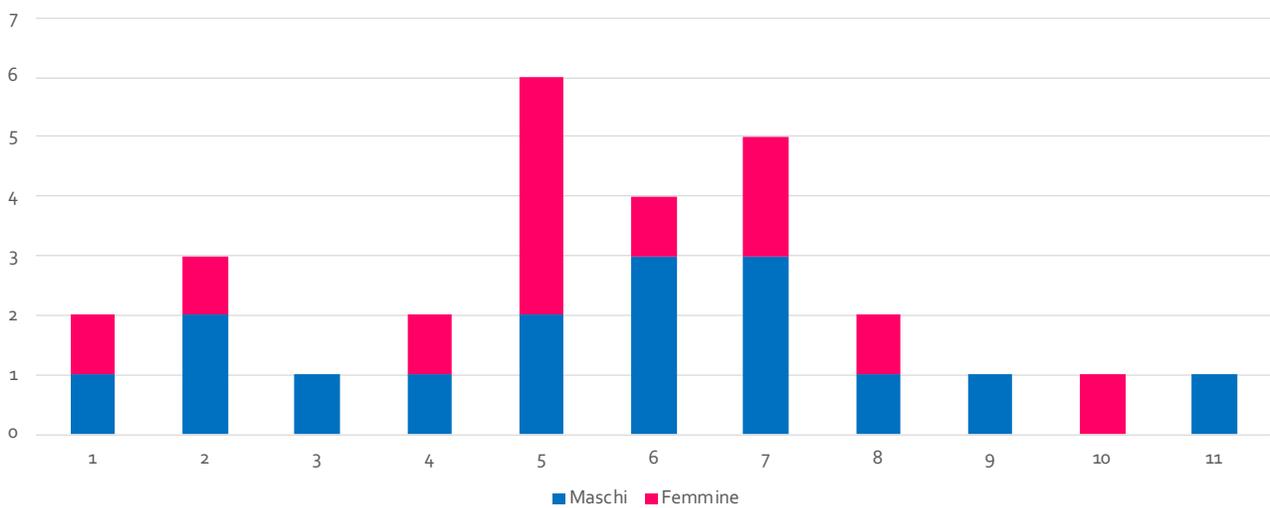
PAESE D'ORIGINE



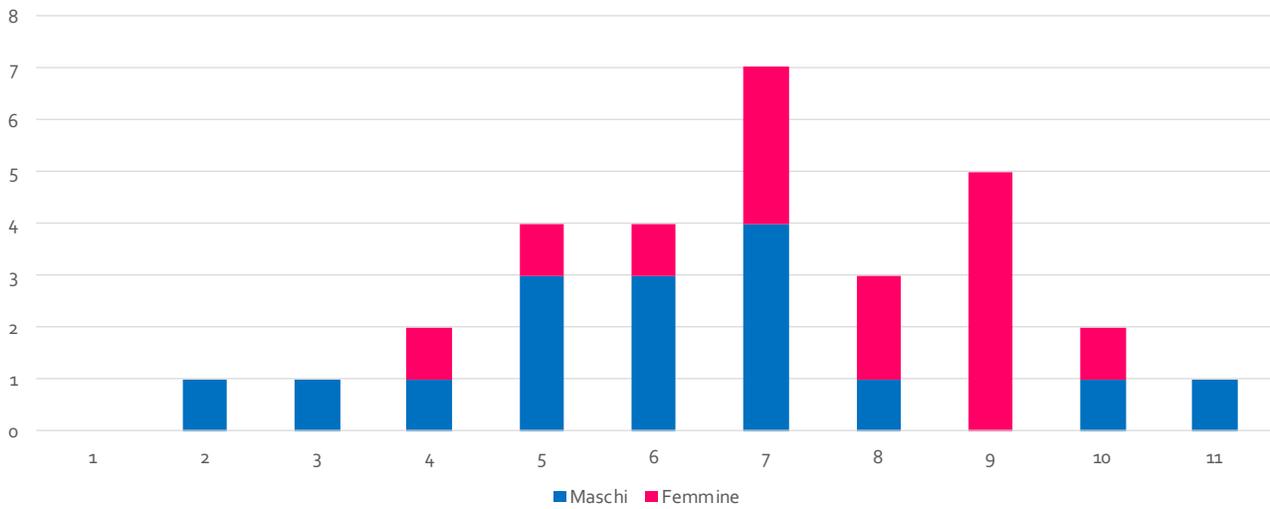
Regione WHO d'origine



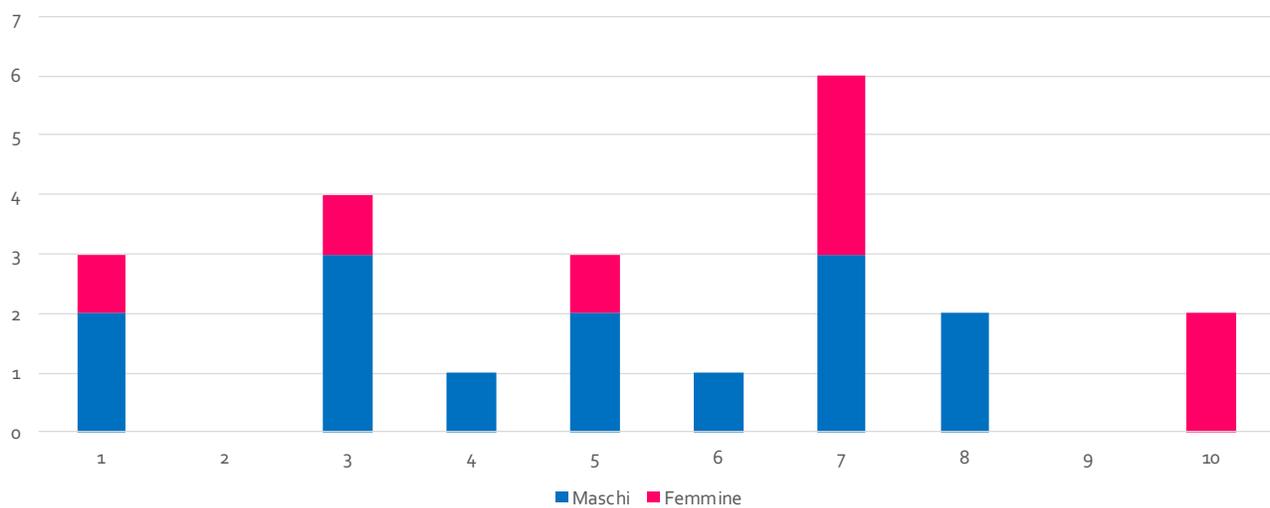
Età e genere 2019



Età e genere 2020



Età e genere 2021

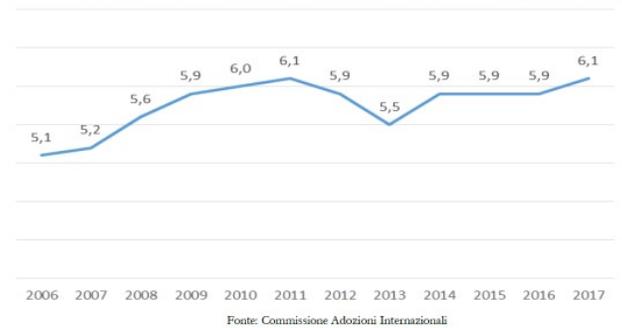


Età media

Età media dei minori all'arrivo in Italia

Anno	Dati CAI (anni)	Nostri dati (anni)
2019	6,6	5,5
2020	6,8	6,9
2021	6,7	5,4

Figura 8 - Età media all'ingresso dei minori per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso in Italia a scopo adottivo - Anni 2006-2017.



Una delle caratteristiche più rilevanti è senz'altro l'età media dei bambini. Dal 2006 è andata gradualmente ad aumentare fino al 2011 da 5,1 anni a 6,1 anni, e sta ulteriormente aumentando negli ultimi anni.

L'aumento dell'età media dei minori adottati in Italia si iscrive nel più ampio discorso relativo alla crescita dell'ingresso di bambini con bisogni speciali («special needs»). Infatti l'Italia, rispetto a molti altri Paesi, ha una maggiore disponibilità e propensione all'adozione di bambini special needs.

Molti Paesi di accoglienza si sono ritirati a seguito delle difficoltà di adottare bambini sani, o sufficientemente piccoli, o un solo bambino.

BAMBINI SPECIAL NEEDS



- **Bisogni speciali:** patologie gravi, spesso insanabili come quelle neurologiche e mentali
- **Bisogni particolari:** patologie che presumono un recupero nel corso del tempo che può condurre ad una guarigione totale o comunque permette uno sviluppo psicologico e sociale autonomo

I minori che fanno parte delle liste speciali (*special needs*) vengono classificati secondo quattro categorie:

- 1) Minori che hanno subito gravi traumi o che presentano problemi di comportamento (bambini che hanno subito gravi maltrattamenti o abusi, bambini iperattivi o con disturbi della condotta più gravi).
- 2) Minori con incapacità fisiche e mentali di vario genere.
- 3) Minori con età superiore ai sette anni.
- 4) Fratrie.

SPECIAL NEEDS

Le informazioni raccolte sono spesso non attendibili o incomplete perché:

- Le relazioni sullo stato di salute dei bambini sono spesso redatte da personale non medico ma di assistenza
- Le informazioni sullo stato di salute trasmesse dagli organi esteri ai fini dell' autorizzazione all' ingresso possono essere parte di quelle effettivamente disponibili
- Vi è una grande difformità nella stesura delle informazioni riguardanti gli aspetti di vita, le abitudini e le condizioni di salute a seconda del Paese di origine

SPECIAL NEEDS

Nel 2020 a fronte di 669 bambini e ragazzi adottati attraverso l'adozione internazionale 395, pari al 59% del totale, manifestano uno o più specialneeds. Quest'ultimi rimangono la maggioranza degli ingressi ma con un'incidenza minore rispetto a quanto registrato negli anni precedenti, il 64,2% nel 2019 e il 70% nel 2018.

Nel 2020, tra gli specialneeds una quota particolarmente alta, in forte aumento rispetto al 2019, riguarda gli adottati in età maggiore di sette anni che incidono sul totale degli specialneeds per il 47,6%

Questi numeri sono in linea con quanto è stato osservato da noi:
nel periodo 2020-inizio 2022 su 56 bambini il 70% (39) sono special needs.
Di questi il 79% (31 bambini) hanno un'età maggiore a 7 anni.



2022

COSA FARE DI DIVERSO RISPETTO AL PASSATO?

- Follow-up dei bambini adottati:
 - Visita neuropsichiatrica
 - Valutazione endocrinologica
- Team multidisciplinare per FASD
- Adozioni nazionali
- Rete di specialisti competenti sulle problematiche dell'adozione



Pubertà precoce

- La pubertà precoce è un evento simile alla pubertà fisiologica ma avviene in anticipo rispetto alla media dei coetanei, cioè prima degli 8 anni nella femmina e dei 9 nel maschio.
- Il primo segno puberale nella femmina è lo sviluppo della ghiandola mammaria (bottoncino mammario) chiamato **telarca**, nel maschio l'**aumento del volume testicolare**.
- Nella pubertà precoce l'accrescimento staturale e la maturazione scheletrica sono accelerati e portano ad una saldatura precoce delle epifisi delle ossa lunghe con conseguente bassa statura in età adulta.



- L'impatto negativo sul comportamento psicologico di bambini che, a differenza dei loro coetanei, si potrebbero sviluppare mentre frequentano la scuola materna o elementare, giustifica un trattamento frenante.

Pubertà precoce

- Molti bambini adottati arrivano in Italia con segni di malnutrizione o, quanto meno, con peso corporeo e statura ridotti rispetto al loro potenziale genetico a causa dell'abbandono fisico ed affettivo, della vita in orfanotrofi, della scarsa alimentazione e di vari altri fattori.
- Nei mesi successivi, le migliorate condizioni di vita, di alimentazione, di igiene generale e soprattutto il benessere psicologico ed affettivo determinano nella maggior parte di loro un'accelerazione della crescita con rapido incremento di peso, altezza e percentile staturale, ossia un vero recupero accrescitivo o catch-up growth.
- In alcuni soggetti, soprattutto femmine, questo fenomeno fisiologico continua con lo sviluppo puberale precoce o anticipato .

Pubertà precoce

Uno studio Danese ha evidenziato nelle bambine adottate un rischio di 10 -20 volte maggiore di sviluppare pubertà precoce rispetto alle coetanee con legami culturali alla nazione. Questo studio ha evidenziato che:

- Le bambine più a rischio di pubertà precoce sono quelle provenienti dall' **India e dal Sud-America**
- **L'età avanzata all'adozione aumenta il rischio di insorgenza prematura della pubertà**, il che suggerisce fortemente che i fattori ambientali influenzano il rischio di uno sviluppo puberale precoce nei bambini adottati (considerando anche come possibile bias una sottostima della reale età delle bambine).
- L'effetto osservato dell'età di adozione potrebbe presumibilmente essere spiegato dal fatto che se il catch up-growth si verifica prima dei 2 anni di età (cioè, nell'infanzia) è meno dannoso, perché è una risposta fisiologica a condizioni prenatali sfavorevoli, mentre il catch-up growth durante l'età scolare è un fenomeno non fisiologico che ha maggiori probabilità di innescare risposte endocrine che a sua volta potrebbero stimolare le gonadi a produrre ormoni sessuali

Pubertà precoce... la nostra esperienza

Nel periodo 2019 - inizio 2022 in 8 bambine è stata identificata una pubertà precoce (in 2 bambine sono in corso gli accertamenti)

Paesi di provenienza

- 5 da Sud-Est Asiatico: 4 India e 1 Thailandia
- 2 da Africa
- 1 da Colombia

Età media di arrivo in Italia: 6.4 aa

Terapia: 5 pazienti sottoposte a terapia di blocco

Approfondimenti diagnostici:

- Esami ormonali: 17 betaestradiolo, prolattina, TSH, 17OH progesterone
- Rx del carpo per età ossea
- GnRH test
- Ecografia della pelvi
- Eventuale RMN encefalo

Pubertà precoce... la nostra esperienza

- Fra le conseguenze psicologiche di questa precocità sessuale segnaliamo l'imbarazzo di molte bambine nei confronti delle compagne di scuola, spesso più giovani di loro anagraficamente, e il desiderio di prolungare l'infanzia da parte di altre, numerose, che in precedenza non hanno avuto affetto e calore familiare e che ora si vedono proiettate verso l'età adulta.
- In queste bambine, più che in altre con PP, abbiamo notato rifiuto della crescita del seno, sconforto per i flussi mestruali, manifesta paura di essere abbandonate o rifiutate perché non più "bambine".
- A questo c'è da aggiungere anche l'imbarazzo dei genitori che si erano preparati a ricevere una bambina e che si trovano improvvisamente un'adolescente.

Attribuzione dell'età

- Ad oggi, **non esiste alcun metodo scientifico che consenta una determinazione certa dell'età** perché le differenze di maturazione scheletrica, accrescitiva e puberale fra soggetti della stessa età anagrafica sono frequenti, ampie e fisiologiche.
- Il metodo attualmente più utilizzato, la valutazione della maturazione ossea del polso e della mano, comporta un **margine di errore di ± 2 anni**.
- **Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati prevede un colloquio sociale, una visita pediatrica auxologica e una valutazione psicologica o neuropsichiatrica, alla presenza di un mediatore culturale**

PROBLEMATICHE NEUROPSICHIATRICHE

Nel periodo 2020-inizio 2022:

8 bambini con diagnosi/sospetto di disturbo del comportamento

- 4 bambini già in trattamento all'arrivo in Italia
 - 1 in trattamento con Sertralina, sospeso all'arrivo
 - 1 in trattamento con Metilfenidato, sostituito con Risperidone
 - 1 in trattamento con Benzodiazepine
 - 1 in trattamento con Difenidramina e Clonidina
- 3 bambini prescritta terapia alla prima visita NPI
 - 1 in trattamento con Fluoxetina e Risperidone
 - 2 in trattamento con Benzodiazepine

Fondamentale alla prima visita e nel corso del follow -up indagare in merito ad **abusi/maltrattamenti subiti nel Paese di Origine**

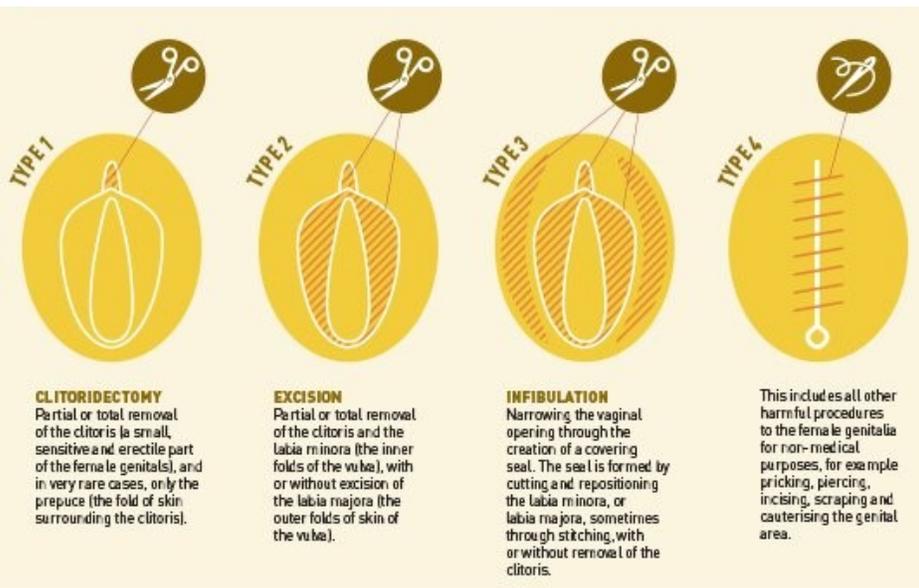
→ Su 56 bambini visitati nel periodo 2020 -inizio 2022: 12 (21%) sono stati vittime di abusi/maltrattamenti

MUTILAZIONI GENITALI

- Le mutilazioni dei genitali femminili/escissione (MGF/E) sono una pratica tradizionale di numerosi gruppi etnici africani (raramente coinvolgono altre popolazioni), capace di determinare gravi complicanze nell'immediato e a lungo termine, tra cui ritenzione urinaria, infezioni pelviche croniche e ricorrenti, infertilità, cheloidi, cisti dermoidi, neurinomi, fistole, disfunzioni sessuali e complicanze durante il travaglio.
- Le pazienti che hanno subito MGF possono soffrire di **dolori cronici, disturbi psicologici e sessuali**, in particolare è stata loro preclusa la possibilità di provare piacere durante il rapporto.
- Ogni gruppo etnico ha una sua specificità rispetto all'età a cui le bambine o ragazze vengono sottoposte a MGF e rispetto alla tipologia della manipolazione praticata.



COSA FARE? INVIO PRESSO CENTRO SPECIALISTICO



RICONOSCERE LE LESIONI

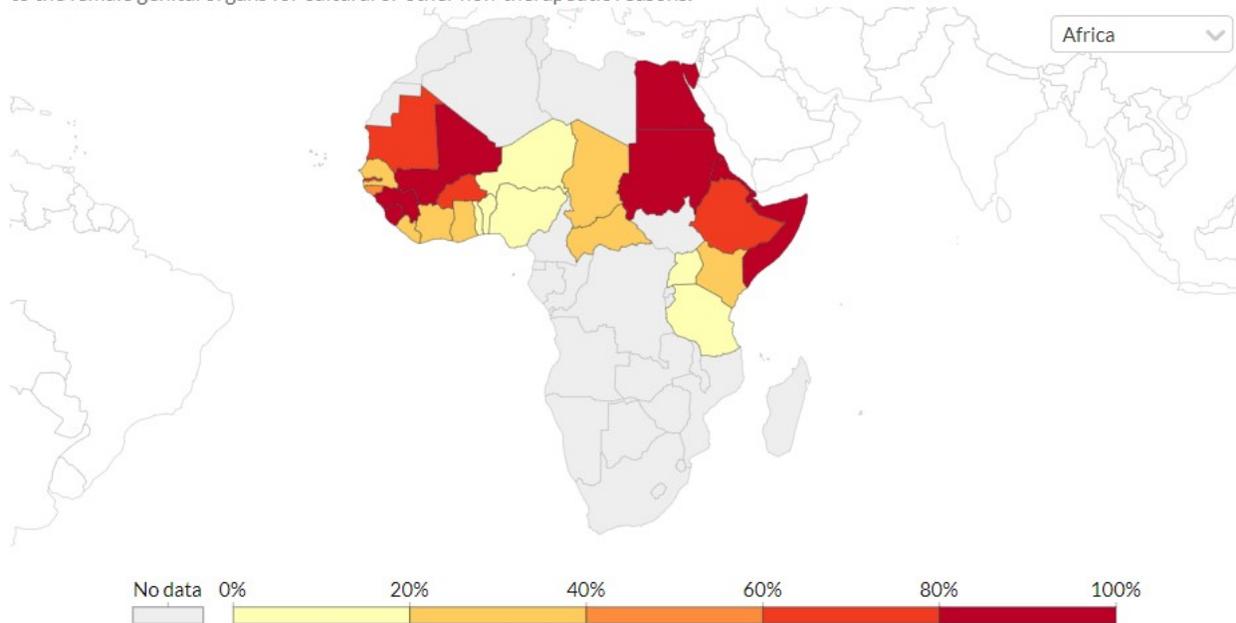
Paese	Prevalenza (% sulla pop.)	Tipo
Benin	17	escissione
Burkina Faso	77	escissione
Camerun	14	clitoridectomia e escissione
Centrafrica	36	clitoridectomia e escissione
Ciad	45	escissione e infibulazione
Costa d'Avorio	45	escissione
Congo	5	escissione
Egitto	97	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Eritrea	89	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Etiopia	80	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Gambia	75	escissione e infibulazione
Ghana	12	escissione
Gibuti	95	escissione e infibulazione
Guinea	99	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Guinea Bissau	50	clitoridectomia e escissione
Kenya	32	clitoridectomia, escissione e some infibulazione
Liberia	50	escissione
Mali	92	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Mauritania	71	clitoridectomia e escissione
Niger	5	escissione
Nigeria	19	clitoridectomia, escissione, parte infibulazione
Senegal	30	escissione
Sierra Leone	75	escissione
Somalia	94	infibulazione
Sudan	90	infibulazione e escissione
Tanzania	18	escissione, infibulazione
Togo	15	escissione
Uganda	5	clitoridectomia e escissione

COSA ASPETTARSI

Female genital mutilation prevalence, 2020

Share of women, aged 15–49, who have gone partial or total removal of the female external genitalia or other injury to the female genital organs for cultural or other non-therapeutic reasons.

Our World
in Data



Sindrome feto-alcoolica

- L'alcol è una sostanza teratogena (che produce anomalie o malformazioni nell'embrione) che oltrepassa la placenta e viene assorbita dal feto, provocando moltissimi danni: da anomalie che coinvolgono i tratti del viso, il cuore, le ossa, il sistema gastrointestinale e il sistema nervoso centrale, a disturbi di tipo cognitivo e comportamentale

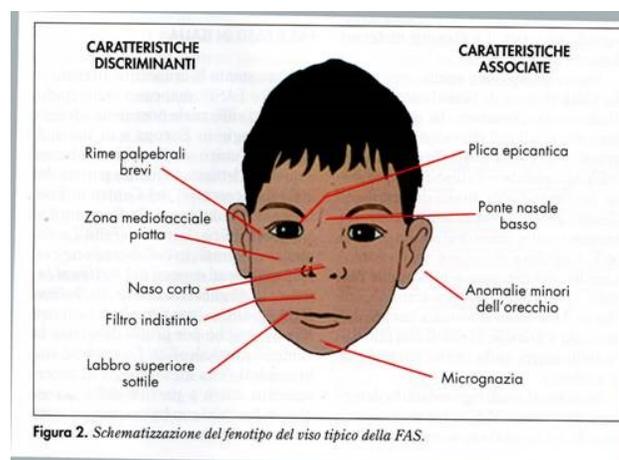


Sindrome feto-alcoolica

Principali danni morfologici e neuropsicologici dello spettro dei disordini feto alcolici:

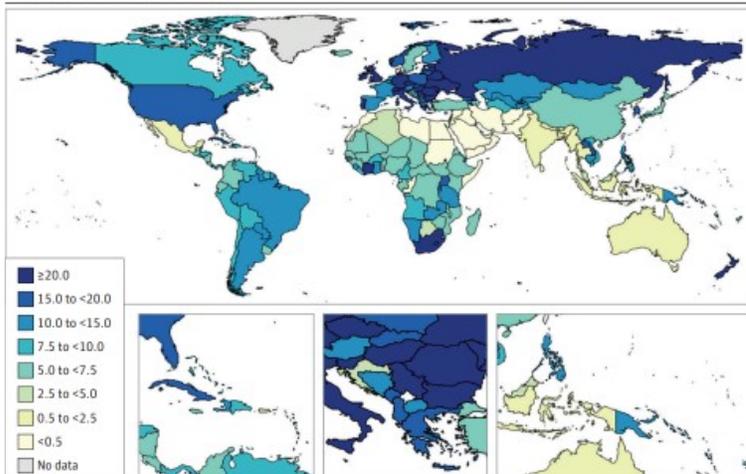
- dismorfismi faciali: ipoplasia medio – facciale, rima palpebrale corta, solco naso - labiale (o filtro) allungato e piatto, labbro superiore, pieghe epicantiche, naso con columella prominente, radice nasale piatta, micrognazia, padiglioni auricolari scarsamente modellati
- ritardo nell'accrescimento intrauterino e nelle età successive
- anomalie nello sviluppo neurologico del sistema nervoso centrale, con un pattern complesso di disfunzioni comportamentali e cognitive

Caratteristiche



Sindrome feto-alcolica....la nostra esperienza

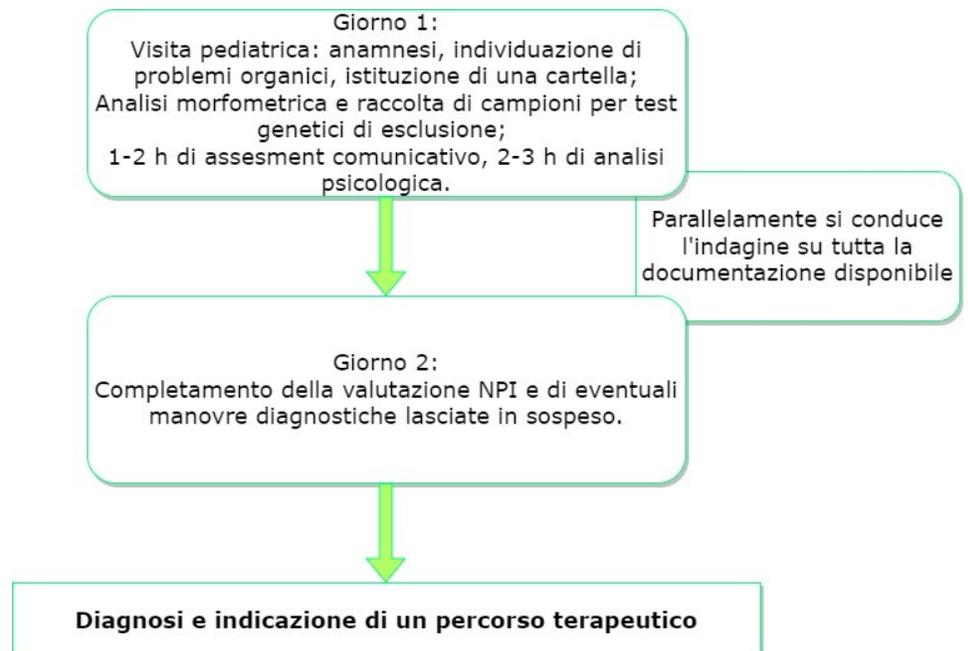
Figure 1. Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth in the General Population in 2012



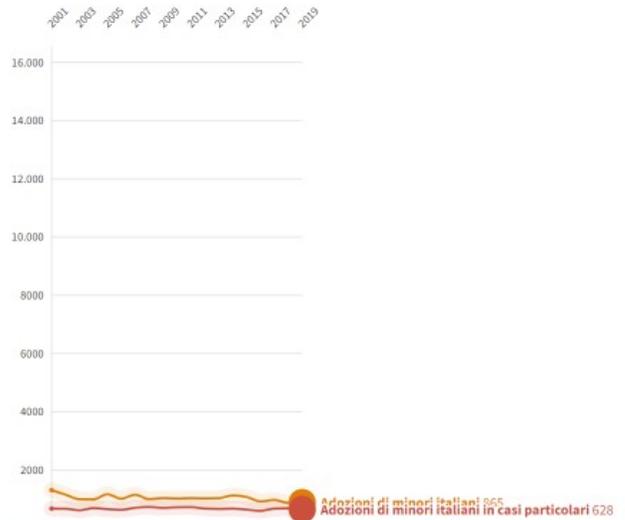
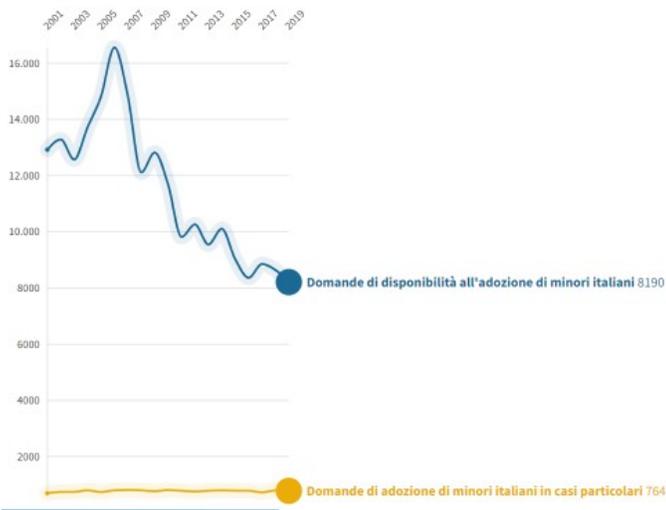
- Nel periodo 2020 -inizio 2022 su 56 bambini 11 (20%) avevano un accertato o sospetto abuso di sostanze/alcol in gravidanza
- La maggior parte di questi provengono dall'Europa dell'Est o dal Sud -America
- Da non dimenticare che l'Italia stessa è al quinto posto al mondo per prevalenza di casi di FASD!

Imparare dall'esperienza internazionale

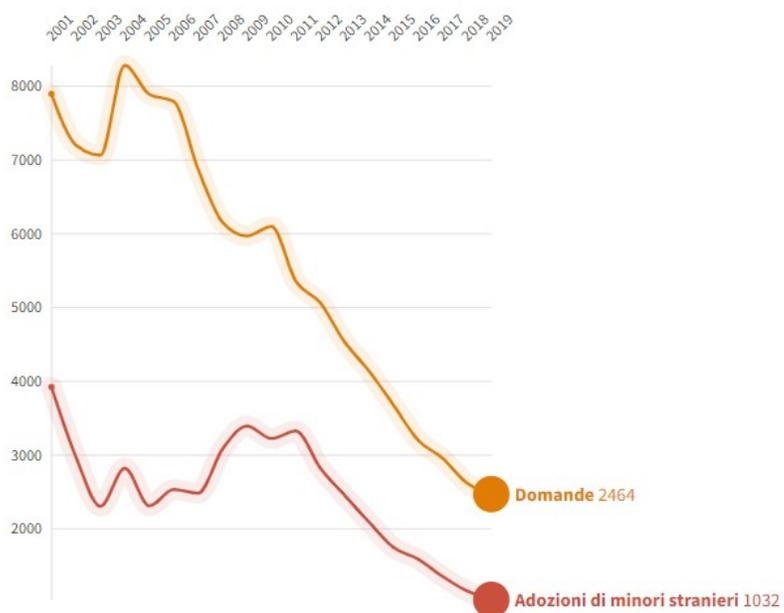
- Esistenza di centri multidisciplinari dedicati alla diagnosi e all'inquadramento terapeutico di ciascun caso di FASD
- Si propone l'istituzione di un ambulatorio che riunisca le competenze di medico pediatri, genetisti, neuropsichiatri infantili, psicologi e neuroradiologi per un work-up diagnostico intensivo che possa poi coordinare la presa in cura



Adozioni Nazionali



Adozioni internazionali a confronto



- Le adozioni "in casi particolari" (ex art.44, legge n. 184/1983 e s.m.) sono state 621:
- Il 57% di queste adozioni fa capo alle adozioni da parte di un coniuge dell'altro genitore;
- Il 40% di queste è seguita all'impossibilità di praticare l'affidamento preadottivo per il minore;
- Solo 1 caso sui 621 presi in esame ha riguardato un adottato portatore di handicap.



L'ampiezza di definizione rende conto della difficoltà di analisi delle necessità

UCRAINA



Sono **23** le famiglie che hanno già avviato una procedura di adozione, ma i bambini restano bloccati in Ucraina

UCRAINA



Sono **635 milioni di euro** di fondi europei destinati all'infanzia in Italia, per il contrasto alla povertà, all'istruzione, alla salute. Uno stanziamento importante, coordinato dal ministero per il Lavoro e le Politiche Sociali e le Pari Opportunità che ci permetterà, anche, con una parte dei fondi, di sostenere i bimbi ucraini.

UCRAINA

- Bambini già affidati con sentenza a una coppia italiana potrebbero essere intanto **autorizzati a lasciare l'Ucraina** e a raggiungere i nuovi genitori, rimandando le fasi finali dell'adozione a una fase post guerra.
- I bambini abbinati ma non ancora formalmente assegnati in adozione, invece, potrebbero venire in Italia "purché stiano **in un istituto o in un ente certificato** " per motivi di sicurezza, in attesa che l'iter dell'adozione si concluda.
- I bambini che stiamo ospitando nel nostro paese, sia i minori non accompagnati che gli orfani con i loro accompagnatori ucraini, non sono adottabili.

RUSSIA

- E i **bambini russi** ? Sono circa 250 le famiglie italiane che hanno già avviato le procedure per adottare uno o più bambini nel Paese guidato da Putin. In questo momento **nessuno parte, nessuno arriva** .
- La Commissione per le adozioni internazionali del governo italiano (Cai) conferma le difficoltà crescenti: dei 151 minori arrivati dall'inizio del 2022, solo 17 sono russi e 21 ucraini. L'iter, per molti, si è fermato.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



L'ADOZIONE, UN'AVVENTURA EDUCATIVA TRA FANTASMI E REALTÀ

Dott.ssa Luisa Leoni Bassani - Neuropsichiatra Infantile Coordinatrice educativa
della Cooperativa Sociale "Il Pellicano"

SLIDES

“SOSTENERE L'ADOZIONE
Accompagnare le sofferenze, prendersi cura
del benessere.
Operatori a confronto”

Riconoscere le crisi adottive per prendersi
cura delle famiglie

CARITAS AMBROSIANA, Milano, 19 maggio 2022

Sara Lombardi

Psicologa e Psicoterapeuta
Settore Adozione CTA
adozione@centrocta.it



L'adozione come esperienza riparativa

Le ricerche mostrano come essere adottati, nel confronto con il campione normativo, sia un **fattore di rischio** nello sviluppo di un buon attaccamento e di un buon adattamento (Marcovic et al., 1996; O'Connor et al., 1999, 2000; Cederblad et al. Svezia 1999).

Ma le ricerche mostrano anche che i bambini che vanno in adozione, rispetto ai bambini che rimangono in istituto, mostrano un recupero significativo in molte aree di sviluppo (Juffer et al., 2007): da questa prospettiva, quindi, l'adozione diventa un **fattore protettivo**



La valenza terapeutica dell'adozione

Nulla cura di un trauma relazionale o di una ferita nelle relazioni primarie nulla è meglio di una **relazione riparativa**

L'esperienza riparativa può avvenire in qualunque relazione, ma è tanto più significativa e potente quanto più è vissuta nella **relazione con una figura di attaccamento**.



*“L'adozione è la vera terapia”
(Vadilonga, 2010)*

Crisi e fallimenti adottivi

Il percorso adottivo è **complesso** e le **sfide aggiuntive** richieste alle famiglie sono molteplici, anche nelle situazioni più fisiologiche.

Crescere un figlio adottato non è come crescere un figlio biologico.

Gli adottati portano sempre con sé **ferite profonde ed esperienze sfavorevoli e/o traumatiche** che ne condizionano il benessere psicologico e lo sviluppo e che possono impattare fortemente sulla famiglia e sugli altri sistemi di appartenenza (Stovall e Dozier, 1988).

Definire il concetto di crisi adottiva



La crisi adottiva non ha a che fare con la gravità della sofferenza, del sintomo o del comportamento del figlio adottivo.

Parliamo di crisi adottiva **quando un intero sistema va in crisi (figli, genitori, operatori)**, quanto i fattori di rischio superano quelli protettivi e la relazione tra genitori e figli cessa di essere riparativa.

Perché si verificano i fallimenti adottivi? (Palacios, Sanchez-Sandoval, Lèon, 2005)

- Caratteristiche dei **bambini** che vanno in adozione
- Caratteristiche dei **genitori adottivi**
- Caratteristiche **dell'intervento professionale**

Le caratteristiche dei bambini adottati



- * **Età** elevata
- * Problemi di **comportamento**
- * Difficoltà nella costruzione del **legame** con i genitori (difficoltà di attaccamento)

Le caratteristiche dei genitori adottivi



- * Livello di **istruzione**
- * **Aspettative** elevate
- * **Assenza** di una **rete** di sostegno
- * Presenza di **altri figli**
- * **Motivazioni** a rischio
- * **Discrepanze** nella coppia
- * Stili educativi molto **rigidi** o molto **fragili**

Le caratteristiche dell'intervento professionale



- * Mancanza di una corretta **formazione** all'adozione (realismo positivo)
- * Mancanza di una corretta **informazione** sul bambino adottivo
- * Sovrapposizione tra idoneità all'adozione e valutazione della salute mentale dell'aspirante genitore
- * **"Forzature"** nel progetto adottivo del genitore (discrepanza tra bambino desiderato/atteso e bambino reale)
- * **Sostegno e supporto al post-adozione scarso e/o assente e/o limitato nel tempo**

Curare l'adozione



Come **prenderci cura dell'adozione e prevenire le crisi adottive?**

- offrire un sostegno post adozione continuativo e accessibile durante tutte le fasi del ciclo di vita della famiglia adottiva
- costruire progetti di aiuto integrati e reti multiprofessionali sinergiche
- proporre interventi terapeutici specialistici (non generalisti), rivolti a tutto il nucleo familiare (non solamente ai figli) e centrati sulle tematiche adottive.
- lavorare per rafforzare tutti i fattori protettivi presenti
- promuovere e diffondere una buona cultura dell'adozione in tutti i contesti - formali ed informali - in cui gli adottivi sono inseriti





Il centro per te.



Grazie