

## **L'ADOZIONE A PIACENZA DAL 2000 AL 2004**

*Con la collaborazione di Valentina Boscolo e Lisa Fagnoni<sup>3</sup>*

### **Premessa**

Le nuove realtà adottive, con le peculiari caratteristiche emergenti dalla letteratura quali l'innalzamento dell'età dei bambini, l'incidenza di importanti problematiche sanitarie, le difficoltà scolastiche riscontrabili, i vissuti ambivalenti degli operatori stessi nei confronti dell'adozione, hanno reso necessario esplorare il contesto dell'adozione nel nostro territorio.

### **1. Obiettivi della ricerca**

#### Obiettivi generali

- corrispondere al meglio ai bisogni sempre più definiti di informazione-formazione delle coppie che desiderano adottare. Aumentando la diffusione di conoscenze rispetto all'adozione, è aumentata la richiesta di conoscerne i vari aspetti in maniera approfondita;
- dare alle coppie l'immagine il più possibile realistica, quale contributo utile da utilizzare per operare la scelta adottiva, senza né ignorare né enfatizzare gli aspetti problematici dell'adozione;
- individuare i periodi più critici del post-adozione per definire in maniera più adeguata il progetto di accompagnamento alle famiglie.

#### Obiettivi specifici

- avere un quadro realistico e non superficiale della realtà dell'adozione, nel Comune di Piacenza, al di là di quelli che possono essere gli elementi che scaturiscono dall'esperienza personale degli operatori, per limitare le impressioni individuali;
- verificare l'incidenza delle problematiche neuropsichiatriche dei minori adottati nel distretto di Piacenza;
- delineare le problematiche che si sono evidenziate maggiormente nei percorsi di adozione e gli atteggiamenti che le famiglie hanno tenuto nell'affrontarle, per capire che tipo di bilancio emerge dalla loro esperienza.

---

<sup>1</sup> Psicologa, psicoterapeuta, coordinamento affido-adozione AUSL Piacenza

<sup>2</sup> Psicologa tirocinante AUSL Piacenza

<sup>3</sup> Psicologhe tirocinanti AUSL Piacenza

## 2. Metodologia

La ricerca è descrittiva nelle sue finalità e nel tipo di risultati ottenuti. Il suo scopo non è di confermare o disconfermare ipotesi ma fornire un quadro descrittivo sull'adozione a Piacenza da cui trarre spunto per la formulazione di ipotesi; la sua natura è dunque essenzialmente esplorativa. Il campione non è probabilistico, l'elaborazione dei dati è di tipo qualitativo e si limita all'analisi delle frequenze. I risultati sono descrittivi della realtà piacentina e non sono generalizzabili.

La ricerca, iniziata nel 2005, si è svolta in tre fasi. Durante la **prima fase** si sono procurati, su tutti gli adottati del Distretto Urbano di Piacenza, i dati relativi all'età al momento dell'adozione, alla provenienza, al grado di scolarizzazione, alle eventuali patologie riscontrate, ottenuti mediante lo studio delle cartelle e i colloqui telefonici con gli operatori referenti dei casi nei vari Servizi: le assistenti sociali del Comune di Piacenza, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili dell'AUSL di Piacenza.

Sono state prese in considerazione le procedure di adozione concluse con un abbinamento tra il 2000 e il 2004 nel distretto urbano di Piacenza. L'anno 2000 è ritenuto discriminante in quanto ha segnato la piena attuazione della nuova legge nazionale in materia di adozioni (legge 476/98). Sono state escluse dalla ricerca le coppie che stavano ultimando il periodo di affidamento pre-adoztivo, ipotizzandole troppo impegnate nel primo periodo del post-adozione. Per questo motivo si è limitata l'indagine alle adozioni avvenute entro il 2004.

Nella **seconda fase** si è concentrata l'attenzione sull'esperienza delle famiglie ed in particolare sulle madri, che sono state sottoposte ad un'intervista telefonica della durata in media di trenta minuti. Non sono state approfondite le differenze di genere e di ruolo che padre e madre rivestono nell'esperienza della genitorialità adottiva, di fatto è accaduto che abbiano risposto alle interviste le madri.

Dopo essere state contattate telefonicamente, spesso previo precedente appuntamento, le stesse venivano informate sugli scopi della ricerca, sottolineando che le informazioni ricavate sarebbero state utili ad altre coppie sia nella fase di formazione/informazione che in quella dell'accompagnamento post-adoztivo. Tutte le madri hanno accettato di collaborare e si sono sottoposte all'intervista.

Nella **terza fase** si è proceduto all'analisi di quanto emerso dalle interviste.

## 3. Strumenti

Strumenti utilizzati per realizzare la ricerca:

- a) SISA minori (Sistema Informatico Socio Assistenziale)
- b) Cartelle psicosociali

- c) Contatti telefonici e colloqui con gli operatori
- d) Intervista telefonica semistrutturata alle madri

Le famiglie che hanno adottato negli anni 2003 e 2004 sono state reperite grazie al S.I.S.A. Il reperimento dei nominativi che si riferiscono alle adozioni avvenute tra il 2000 e il 2002 è stato invece più complesso, poiché anteriormente a questo periodo i dati non erano completamente informatizzati; sono state, quindi, utilizzate le cartelle cliniche e le informazioni reperite grazie alla collaborazione soprattutto delle assistenti sociali dei distretti urbani di Piacenza, più volte contattate.

I dati relativi alla seconda fase della ricerca sono stati poi raccolti tramite un'intervista semistrutturata somministrata telefonicamente alle madri adottive da parte dell'allora tirocinante psicologa Anna Guida. Alla terza fase hanno collaborato, oltre a lei, le tirocinanti Valentina Boscolo e Lisa Fagnoni.

L'intervista è stata elaborata in parte in base alle tematiche di interesse, in parte facendo riferimento al "Questionario sull'Adozione Nazionale e Internazionale" costruito dal gruppo di lavoro "Ambito intermedio 4-ASL di Brescia" con la supervisione della Prof. ssa Graziella Fava Viziello.

Si è optato per l'intervista telefonica per economia di tempi e di somministrazione. In seguito questa modalità si è rivelata efficace in quanto tutte le persone contattate hanno dimostrato notevole disponibilità sia nel prestare il loro tempo sia nell'affrontare argomenti particolarmente carichi emotivamente. La mediazione del telefono è risultata opportuna, in quanto le madri potevano parlare in un ambiente domestico e relativamente "protetto"; un'intervista faccia a faccia in un setting simile a quello dell'istruttoria forse avrebbe potuto rievocare i vissuti della valutazione e rendere più complessa l'esplicitazione di contenuti carichi a livello emotivo. L'intervista semistrutturata ha permesso, tramite una notevole flessibilità di conduzione, l'instaurarsi di un rapporto interpersonale che ha facilitato la comunicazione.

L'intervista prevedeva una prima parte in cui venivano raccolte informazioni sui genitori adottivi (dati socio-anagrafici e professionali), sulla composizione della famiglia (eventuali figli biologici o altri adottati prima del 2000) ed informazioni generali sul figlio adottivo (età attuale e al momento dell'adozione, provenienza e collocazione precedente all'adozione).

Attraverso la seconda parte dell'intervista si sono voluti sondare alcuni aspetti relativi a specifiche aree tematiche che assumono un significato particolarmente rilevante nell'adozione, in quanto permettono la valutazione di possibili fattori di rischio e rappresentano indicatori dell'adattamento e del benessere del bambino.

Il benessere del bambino è considerato come insieme di fattori connessi alla salute individuale, agli aspetti comportamentali, relazionali assieme ai fattori specifici del benessere adottivo.

Le aree indagate riguardano:

#### Aspetti individuali

- Stato di salute del figlio adottivo (attuale e al momento dell'adozione)
- Episodi regressivi
- Paure particolari all'arrivo in famiglia e persistenti nell'attualità
- Inserimento, capacità di socializzazione e riuscita scolastica
- Presenza di psicopatologie neuropsichiatriche

#### Aspetti relazionali familiari e sociali

- Qualità del rapporto con i fratelli
- Criticità nella relazione genitori/ figlio
- Riferimenti dei genitori nelle difficoltà

#### Aspetti peculiari dell'adozione

- Comunicazione intorno all'adozione
- Rappresentazione dell'esperienza adottiva da parte dei genitori.

#### **4. Il campione**

Il campione è costituito da **23 famiglie e 30 bambini**. Il numero maggiore dei bambini è dovuto alla presenza, in alcuni casi, di più figli adottivi all'interno della stessa famiglia.

L'età delle madri al momento dell'adozione variava dai 30 ai 44 anni, lo status socio-economico è medio alto: 9 madri sono insegnanti, 9 impiegate, una commerciante e una casalinga. In 3 casi tale dato non è stato indicato.

Per quanto riguarda l'età dei padri al momento dell'adozione andava dai 35 ai 46 anni. Anche in questo caso lo status socio-economico può essere definito medio - alto: 9 padri sono impiegati, 7 liberi professionisti o imprenditori, 2 dirigenti o quadri, 1 insegnante e 1 artigiano.

Come per le madri, in 3 casi tale dato non è stato indicato.

I dati che riguardano sia la media dell'età che la condizione professionale dei genitori sono coerenti con quelli nazionali del 2003-2004 raccolti dalla Commissione per le Adozioni Internazionali.

Dei 30 bambini (17 maschi e 13 femmine) oggetto della ricerca, 23 (76,6%) sono stati adottati con procedura internazionale e 7 (23,3%) con procedura nazionale. Il dato rispecchia l'andamento riconosciuto a livello nazionale.

L'età al momento dell'adozione andava da 15 giorni a 13 anni. Le diverse fasce di età sono in questo modo rappresentate: tra i 5 e i 9 anni con undici casi, tra 1 e 4 anni con dieci casi, inferiore a un anno con sei casi e superiore ai 10 anni con tre casi. Le fasce di età maggiormente rappresentate sono quelle tra 5 e 9 anni e tra 1 e 4 anni. Questo dato mostra l'aumento dell'età dei bambini al

momento dell'adozione rispetto alle medie nazionali che vedono maggiormente rappresentata la fascia 1-4 anni.

Il gruppo dei figli adottati con procedura [nazionale](#) è composto da 5 maschi e 2 femmine. L'età attuale varia da un minimo di 3 ad un massimo di 10 anni, con una media di 7 anni ; l'età al momento dell'adozione variava da un minimo di 20 giorni ad un massimo di 7 anni, con una media di 17,6 mesi. Prima dell'adozione 3 bambini erano collocati in una casa famiglia, 2 in un istituto, 2 in ospedale.

Il gruppo di bambini adottati con protocollo [internazionale](#) è composto da 12 maschi e 11 femmine. L'età attuale dei bambini varia da un minimo di 2 anni ad un massimo di 19 anni, con una media di: 8 anni; l'età al momento dell'adozione andava da un minimo di 15 giorni (paese d'origine: Nigeria) ad un massimo di 13 anni (paese d'origine: Cile), con una media di 5 anni . Tutti i bambini prima dell'adozione erano collocati in istituto. Gli stati dei bambini di provenienza internazionale sono eterogenei: 14 bambini provengono dall'est Europa, (Ucraina 6, Lituania 4, Russia 2, Romania 2), 6 dall'America del Sud (Brasile 2, Cile 2, Bolivia 1, Perù 1 ), 2 dall' Africa (Nigeria 1, Etiopia 1) e 1 dall'Asia (Vietnam 1). Rispetto agli Stati di provenienza vengono rispecchiati i dati sia regionali che nazionali in cui vi è una prevalenza dei paesi est-europei.

[Se il percorso internazionale offre più probabilità di adottare, è importante sottolineare che l'età media di questi bambini è decisamente più elevata, e nella maggior parte dei casi provengono da un istituto.](#)

## **5. Codifica**

Le interviste sono state trascritte e codificate dall'intervistatore. Le risposte sono state suddivise in base alle aree tematiche indagate, quantificate in termini di frequenza e percentuale.

Per poter operare un confronto le interviste sono state suddivise tra adozioni nazionali ed internazionali.

## **6. Analisi dei dati**

### **6.1 Salute**

E' stato indagato lo stato di salute dei bambini, con particolare attenzione all'evoluzione delle patologie già presenti al momento dell'adozione.

Si è rilevato che 11 bambini su 30 (36,6%) hanno presentato o presentano tutt'ora problemi di salute. Così differenziati: [nelle adozioni nazionali](#), 2 casi su 7 (28,5%). Si tratta in un caso di bronchite e problemi ai denti, nell'altro di broncospasmo, entrambi non ancora risolti al momento dell'intervista.

Per le [adozioni internazionali](#) il quadro è più articolato; 9 bambini (39%) hanno presentato patologie di varia entità:

- due casi di patologie cardiache: nel primo sono stati necessari due interventi al cuore e nel secondo il problema persiste (paese d'origine: Ucraina e Vietnam);
- due casi di denutrizione, risolti in breve tempo dopo l'arrivo in Italia (paesi d'origine: Bolivia e Romania);
- un caso di disturbi dell'alimentazione parzialmente risolti (paese d'origine : Romania);
- un caso di epilessia diagnosticata nel paese d'origine. A seguito di accertamenti eseguiti in Italia la diagnosi è stata smentita: si trattava di una sintomatologia convulsiva dovuta al pianto (paese d'origine Romania);
- un caso di tubercolosi guarita in Italia (paese d'origine: Russia);
- un caso di setto nasale deviato in seguito ad una caduta non adeguatamente curata nel paese d'origine (Lituania), sottoposto a intervento chirurgico in Italia;
- un caso di malaria curato dopo l'adozione, prima del rientro in Italia (paese d'origine: Nigeria);
- un caso di asma risolto in Italia dopo l'adozione (paese d'origine: Cile);
- un caso di ernia inguinale risolto grazie ad intervento chirurgico effettuato in Italia (paese d'origine: Romania);

Rispetto alle condizioni di salute emerge una differenza macroscopica relativa al tipo di patologie presentate nel caso dei bambini provenienti dall'Italia e di quelli provenienti dall'estero.

Nel caso dei bambini adottati attraverso adozione internazionale, provenienti per la maggior parte dall'Est Europa, infatti, le patologie tendono ad essere più gravi o comunque caratterizzate da cronicità (problemi cardiaci). La criticità delle condizioni di salute può essere connessa sia alle condizioni prenatali (frequente abuso di alcool in gravidanza, patologie infettive materne) sia alle condizioni di vita in istituto (ambienti insufficientemente riscaldati, insufficiente alimentazione, cure carenti per i bisogni di accudimento).

Le condizioni di salute all'arrivo, che vedono la presenza di malattie importanti, ad alto rischio di contagio e le difformità delle diagnosi fatte nel paese d'origine delineano un quadro complesso per i bambini provenienti dall'adozione internazionale. Diviene quantomeno necessario effettuare una valutazione diagnostica (è stato redatto recentemente il protocollo diagnostico regionale le cui procedure prevedono accertamenti di primo livello in base al Paese di provenienza). Se necessario, concordemente al pediatra territoriale, è possibile ricorrere alla consulenza dei centri specialistici deputati; il più accessibile per vicinanza geografica è quello della Pediatria dell'Università di Parma (referente Prof . Viridis).

## 6.2 Episodi regressivi

Il dato risulta rilevante in quanto 16 bambini su 30 (53,3%) presentano o hanno presentato episodi regressivi.

Nell'adozione nazionale In 3 casi i genitori riferiscono che il figlio si comporta come un bambino più piccolo rispetto alla sua età, senza però riferire episodi specifici; in un caso questi comportamenti sono collegati all'arrivo del fratello minore. In un caso viene descritta la richiesta protratta del ciuccio o del biberon (9 anni); attualmente questi comportamenti sono rientrati ma il bambino tende a richiedere particolare affetto e, a volte, a imitare gli atteggiamenti dei neonati. In un altro caso, infine, viene riportata la richiesta di essere imboccato.

Similmente, anche nell'adozione internazionale in più della metà dei casi, sono stati riscontrati dalle famiglie episodi regressivi. In 3 casi viene indicato come il bambino presenti un comportamento generale più infantile della sua età, senza specificarne la natura; in un caso è stata la famiglia a stimolarli. Nei rimanenti 8 casi invece viene specificato il tipo di episodio regressivo manifestato:

- in due casi il bambino chiede costantemente di farsi coccolare e abbracciare;
- in due casi cerca la compagnia dei bambini più piccoli;
- in un caso aveva inizialmente perso il controllo sfinterico, che aveva acquisito precedentemente in istituto;
- in un caso richiedeva il ciuccio, sebbene prima dell'adozione non lo conoscesse;
- in un caso all'arrivo cercava il contatto con i genitori;
- in un caso i primi mesi dormiva solo se la madre era vicina.

Gli episodi regressivi sono molto frequenti, la loro interpretazione plurima.

Possono rappresentare l'assolvimento di una tappa evolutiva necessaria per un adeguato adattamento del bambino alla nuova situazione e significare l'aprirsi del bambino alla nuova relazione riparatrice dei maltrattamenti subiti; in tal caso sono necessari per ricostituire un legame di attaccamento di tipo sicuro. In un caso rilevato dall'indagine, i comportamenti regressivi sono stati sollecitati dalla madre su consiglio di uno specialista per consentire al bambino di rivivere positivamente alcune tappe di sviluppo compromesse dai vissuti traumatici legati alla storia precedente l'adozione.

Possono anche essere letti come sintomi conseguenti al maltrattamento subito dal bambino: una caratteristica che hanno i bambini maltrattati, presentanti un legame di tipo ambivalente, è quella di richiedere insistentemente l'attenzione del genitore, anche in maniera ossessiva, come strategia inconsapevole per ottenere in maniera continuativa l'attenzione mai garantita del genitore.

E' importante che siano contestualizzati dai genitori rispetto alla storia precedente, altrimenti potrebbero costituire elementi di svalorizzazione del bambino, se inquadrati esclusivamente in relazione all'età cronologica del bambino e non all'età emotiva.

E' comunque importante monitorare attentamente alcuni di questi comportamenti, come ad esempio l'enuresi, l'utilizzo di un linguaggio infantile e il succhiarsi il pollice, in quanto, se persistono, possono essere segnali di una condizione più pervasiva della sindrome da disadattamento.

### **6.3 Paure**

Dalle interviste si è rilevato che 19 bambini su 30 (63,3%) hanno presentato o presentano paure frequenti.

Nell'adozione nazionale in 4 casi su 7 (57,1 %) la madre riferisce la manifestazione di paure da parte del bambino. In due casi vengono riportate: la paura dell'abbandono e il timore del bambino di essere restituito. In un caso è riferita la presenza della paura del fuoco; si tratta di una paura temporanea, la madre non ricorda l'età in cui si è presentata. In un altro caso, infine, la madre racconta che quando il bambino era piccolo si spaventava al suono del carillon; attualmente non vengono riferite paure particolari anche se il bambino viene descritto come prudente ed emotivamente molto sensibile: "si dispiace se un altro bambino piange; ed è un po' insicuro".

Nell'adozione internazionale 15 bambini su 23 (65%) manifestano paure particolari. In sei casi hanno paura di stare o di addormentarsi da soli, perché temono gli incubi. In altri tre casi i bambini mostrano il timore di essere abbandonati o di ritornare nella situazione traumatica precedente all'adozione. In due casi viene rilevata una paura indiscriminata di qualunque cosa, in particolar modo nei primi tempi dell'adozione.

Nei rimanenti 4 casi sono state riscontrate paure singole, tutte differenti tra loro:

- in un caso paure degli sconosciuti
- in un caso paura dei luoghi affollati
- in un caso paura delle auto e degli autotreni
- in un caso paura del suono del citofono, poiché ricordava il suono del campanello dell'ospedale.

In totale, nel 42,1% dei casi si tratta di paure evolutive (fuoco, buio, addormentarsi da soli, sconosciuti); il 57,9% dei bambini invece presenta paure "atipiche", come ad esempio paure legate all'abbandono, ai rumori forti, ai luoghi affollati o a oggetti particolari quali auto, autotreni e il suono del carillon o del citofono.

Accanto alle paure legate alle fasi evolutive della crescita e all'affrontare la separazione e l'individuazione dalle figure affettive di riferimento, che possono avere tutti i bambini, sembrano quindi esserne presenti altre che rimandano alla storia precedente dei bambini adottati: connesse probabilmente a traumi non elaborati, ai maltrattamenti subiti e alle plurime separazioni sofferte,

che ritornano nel quotidiano dei bambini attraverso gli incubi o richiamati dalle sensazioni sonore o visive. L'evento traumatico determina infatti una situazione psichica di dissociazione che non permette l'elaborazione: situazioni, sensazioni, oggetti possono pertanto riaprire l'emozionalità del trauma con tutto il dolore ad esso connesso.

#### **6.4 Scuola**

Dei 7 bambini dell' [adozione nazionale](#) 2 frequentano la materna e 5 i primi anni delle elementari. Per quanto riguarda l'inserimento, in un solo caso è avvenuto alla scuola materna immediatamente dopo l'arrivo del bambino. L'esperienza scolastica è stata definita dalla madre come "traumatica", e ha avuto ripercussioni sul comportamento generale del bambino ("ha annullato tutto ciò che avevamo fatto"), a causa di gravi problemi nel comportamento dell'insegnante. La mamma riferisce che anche alle elementari il bambino ha incontrato difficoltà con le insegnanti al punto da decidere per un cambio di scuola. Negli altri 6 casi l'inserimento a scuola è avvenuto da 2 a 12 mesi dopo l'arrivo in famiglia del bambino.

Per quanto riguarda la classe in rapporto all'età scolare, in un solo caso su sette il bambino è stato inserito un anno indietro rispetto all'età, con sostegno per ritardo psicomotorio; negli altri sei casi l'inserimento è avvenuto nella classe corrispondente all'età.

In 4 casi il rendimento viene descritto dalle mamme come buono, in un caso ottimo, mentre in un caso si parla di rendimento "nella media ma non il massimo". È interessante notare che in quest'ultimo caso la madre nell'intervista fa cenno al rapporto non buono con le insegnanti, le quali "trattano il tema della nascita senza riguardo per la bambina".

I 23 bambini provenienti da [adozioni internazionali](#) sono così ripartiti nel ciclo scolastico: 7 frequentano la scuola materna, 10 le elementari, 4 le medie inferiori ed 1 le scuole superiori. In un caso il bambino è troppo piccolo per andare a scuola.

In tre casi il bambino è stato inserito il giorno dopo; la maggioranza dei bambini (14) sono stati inseriti a scuola entro due-tre mesi dall'arrivo; in tre casi dopo sei-nove mesi. Rispetto all'inserimento emerge una differenza tra l'adozione nazionale e quella internazionale: nel primo caso il range di tempo entro il quale il bambino viene inserito a scuola dopo l'arrivo in famiglia è di 2-3 mesi mentre, nel secondo caso di 2-12 mesi dall'arrivo del bambino in Italia. Questo aspetto è significativo: l'ansia di "normalizzazione da parte delle famiglie, l'atteggiamento evitante dei bambini spesso determinano un inserimento scolastico troppo precoce, a scapito dell'approfondimento del legame con la famiglia.

Per quanto riguarda il rapporto età scolare-inserimento, per 20 bambini lo stesso è avvenuto nella classe corrispondente all'età, per 2 ,invece, un anno indietro.

Le madri mettono il rendimento scolastico in relazione al buono o cattivo adattamento all'ambiente scolastico e alle relazioni con compagni ed insegnanti. Per 14 bambini le madri danno un giudizio positivo riguardo al rendimento e all'integrazione nell'ambiente scolastico; in 1 caso viene riportato un rendimento buono ma problemi di condotta; in 1 caso il rendimento viene definito nella media; in 1 caso la mamma riporta difficoltà scolastiche ma un buon inserimento; 5 bambini, infine, presentano difficoltà sia scolastiche che relazionali.

8 bambini su 22 (36,3%) presentano difficoltà scolastiche. E' da considerare che nell'evoluzione adottiva le difficoltà scolastiche possono rappresentare un fattore di rischio perché aumentano la disistima nel bambino e possono innescare dinamiche conflittuali all'interno della famiglia.

### **6.5 Presenza di psicopatologie neuropsichiatriche**

Per quanto riguarda le [adozioni nazionali](#) 1 bambino su 7 (14%) è in carico alla Neuropsichiatria Infantile per un Disturbo misto delle capacità scolastiche (F81.3, ICD-10).

Nelle [adozioni internazionali](#) i bambini seguiti sono 4 su 23 (17%).

Le patologie sono significative delle condizioni di maltrattamento preesistenti all'adozione:

- 1 caso di Ritardo mentale lieve (F70, ICD-10) (paese d'origine: Brasile);
- 1 caso di Disturbo del linguaggio (F81.0, ICD-10) (paese d'origine: Russia);
- 1 caso di Disturbo di iperattività (F90, ICD-10) (paese d'origine: Brasile);
- 1 caso di Alterazione globale del funzionamento (F84, ICD-10) (paese d'origine : Romania);

Emerge quindi che 5 bambini su 30 (16,6%) sono in carico al servizio di Neuropsichiatria Infantile, mentre dei 18.768 minori residenti nel Distretto Urbano nell'anno 2004 solo 1.170 (6,2%) sono seguiti da questo servizio. Si evince quindi come la percentuale di psicopatologie neuropsichiatriche sia notevolmente maggiore nei bambini adottati.

### **6.6 Rapporto tra fratelli**

Soltanto in uno dei 7 casi relativi [all'adozione nazionale](#) (14 %) è presente un fratello, anch'esso adottato con adozione internazionale. L'arrivo del fratellino, che non capiva l'italiano e che "rompeva le scatole", viene descritto come il momento più difficile di tutto il percorso adottivo. I genitori riferiscono che il bambino in quel periodo aveva mostrato comportamenti regressivi e molta gelosia nei confronti del fratello.

Per quanto riguarda [l'adozione internazionale](#) in 12 casi su 23 (52,2%) sono presenti fratelli. Di questi, 9 sono adottati. Le relazioni sono descritte attualmente come buone, nonostante la gelosia iniziale; in un solo caso questa persiste tuttora. In 3 casi, invece, i fratelli sono figli naturali della coppia; i rapporti sono buoni. In un caso, infine, il fratello è un bambino in affidamento. Il rapporto viene definito di "accettazione fraterna".

Da i nostri casi si rileva come l'inserimento di un fratello, se adeguatamente preparato, non si riveli particolarmente problematico nei primi anni dell'adozione.

### **6.7 Rapporto genitori-figli**

Alle madri è stato chiesto di ricordare il momento più difficile nella relazione con il bambino.

Nella maggior parte dei casi, 23 su 30 (76%), le madri riferiscono la presenza di momenti difficili nel rapporto con il figlio adottivo.

Nelle [adozioni nazionali](#): a tale domanda 7 madri su 7 (100%) hanno riportato problematiche di vario tipo:

- in un caso: difficoltà nell'accompagnare nella elaborazione della separazione da chi aveva precedentemente accudito il bambino
- in un caso: gestione del rifiuto iniziale di un genitore ("si è subito legato al padre e all'inizio mi rifiutava")
- in un caso: gravi problemi di adattamento e comportamentali attribuiti alla storia dolorosa del bimbo
- in un caso: difficoltà nell'accettazione delle regole
- in un caso: difficoltà nell'affrontare a scuola il tema della nascita
- in due casi: varie difficoltà a seconda delle fasi dello sviluppo

Quattro madri attribuiscono maggiori difficoltà al primo periodo di adozione (primo anno); le altre tre invece hanno identificato il momento attuale come quello più problematico. Questo può essere spiegato dal fatto che nei primi quattro casi i bambini al momento dell'adozione avevano un'età di 2 mesi, 4 anni e 4 anni e 6 mesi. Negli altri tre casi invece i bambini erano molto piccoli al momento dell'adozione (20 e 38 giorni) e attualmente hanno 6 e 7 anni.

Nelle [adozioni internazionali](#) 16 madri su 23 (69,5%) hanno risposto a tale domanda in maniera positiva. Le problematiche riportate sono:

- in 10 casi: difficoltà a capire e accettare le regole, oppositività (43%)
- in 3 casi: rifiuto iniziale dei genitori adottivi (13%)
- in un caso: rifiuto iniziale dei genitori adottivi e successiva possessività verso la madre (4%)
- in un caso: dispiacere per non essere nato dalla madre adottiva (4%)
- in un caso: difficoltà nell'inserimento a scuola (4%)

Mentre nell'adozione nazionale ricorre la difficoltà di accettare il nuovo contesto e il ritornare con la memoria alla condizione precedente, sia per il bambino che per le madri, nell'adozione internazionale la difficoltà maggiore è rappresentata dalla difficoltà ad accettare/gestire le regole.

Le ipotesi sono differenti: al bambino abbandonato è mancata la possibilità di costruire la propria individualità vivendo una relazione affettiva che gli permettesse di interiorizzare sia la funzione materna, relativa all'accudimento, al contenimento e alla rielaborazione della propria aggressività, sia quella paterna connessa all'assunzione di regole sociali. E' attraverso le capacità delle figure di attaccamento: di ricevere e di rispondere creativamente alla confusione sperimentata e proiettata dal bambino, di comprenderne i vissuti emotivi, che il bambino interiorizza le regole.

La condizione di vita dell'istituto è caratterizzata dalla devianza alle regole dell'istituto stesso, in un susseguirsi di trasgressioni e punizioni. L'adulto è considerato o assente o presente negli aspetti persecutori punitivi e raramente è figura protettiva di riferimento. Nei casi di bisogno il ricorrere all'aiuto dell'assistente può arrecare ulteriore punizione per averlo infastidito.

Particolarmente significativo è il fatto che le criticità riferite dalle madri siano fortemente in relazione all'età che aveva il bambino al momento dell'adozione: i bambini molto piccoli presentano più difficoltà a distanza di qualche anno dall'adozione; al contrario, i bambini più grandi presentano problemi soprattutto nei primi mesi dell'adozione. Le difficoltà possono essere legate sia alla separazione dalla situazione precedente l'adozione, in particolare per i bambini che vivevano in case-famiglia, sia all'iniziale oppositività manifestata nei confronti delle nuove regole.

### **6.8 Riferimenti nelle difficoltà**

Per quanto riguarda le [adozioni nazionali](#), in 2 casi (28%) le famiglie si sono rivolte agli psicologi e alle assistenti sociali conosciute durante l'anno di affidamento pre-adoztivo. In altri 2 casi (28%) hanno mantenuto i contatti con i servizi della città di provenienza del bambino, che in un caso li ha inviati da uno psicologo privato. Quattro famiglie frequentano associazioni del privato sociale che si occupano di adozioni ("Dalla parte dei bambini", "La lega del bene"), dove hanno conosciuto altre coppie con cui potersi confrontare dato che queste avevano già vissuto l'esperienza adottiva. In un caso la famiglia non si è rivolta a nessuno. In un caso (14%) il dato non è stato indicato.

Anche nelle [adozioni internazionali](#) i punti di riferimento sono molteplici. Le famiglie dei 4 bambini (17%) in carico alla Neuropsichiatria Infantile si sono rivolte agli psicologi di tale servizio. In 5 casi (21,7%) i punti di riferimento sono stati gli psicologi e gli assistenti sociali dell'anno di affidamento preadoztivo; in due casi le coppie sono state testimoni al corso di formazione-informazione per l'adozione. In 3 casi (13%) le famiglie si sono rivolte ad uno psicologo privato. In altri 3 casi (13%) a gruppi del privato sociale. In un caso (4%) ad altre famiglie adottive. In 3 casi (13%) non si sono rivolti a nessuno. Quattro madri (17%) non hanno fornito il dato.

Dai dati emerge un buon legame con gli operatori che hanno seguito la coppia durante l'anno di affidamento pre-adoztivo che rimangono, infatti, i punti di riferimento principali per le famiglie. Molto importante è risultato anche il rapporto con altre coppie che hanno intrapreso il percorso adottivo, conosciute sia durante il corso di formazione-informazione sia all'interno di associazioni del privato sociale. Viene confermata, in questo modo, la valenza positiva per quanto riguarda la socializzazione e la condivisione delle esperienze che si realizza durante i corsi di formazione-informazione e nel rapporto con i servizi.

### **6.9 Comunicazione intorno all'adozione**

In 22 casi su 30 (73%) all'interno della famiglia c'è comunicazione sull'esperienza adottiva.

Per quanto riguarda [l'adozione nazionale](#), in tutti e 7 i casi (100 %) la comunicazione dell'adozione è avvenuta senza traumi. In 5 casi sono stati i genitori a parlarne al bambino, subito dopo il suo arrivo, assumendosene l'iniziativa. In 1 caso il bambino conosceva tutti i passaggi della sua storia e, dopo alcune difficoltà iniziali, ora riesce a parlarne con serenità. In 1 caso il bambino era stato adeguatamente preparato all'adozione dalle suore dell'istituto.

[Nell'adozione internazionale](#), in 15 casi (65%) c'è comunicazione sull'adozione in famiglia. Nello specifico, in 10 casi i genitori adottivi hanno raccontato al bambino la sua storia e adesso ne parlano, rispondendo alle domande del bambino; in due casi il bambino ha manifestato il desiderio di tornare, da grande, nel suo paese di origine per conoscerlo. In 3 casi il bambino ha ricordi nitidi della famiglia d'origine e della situazione precedente l'adozione, ne parla e fa domande. In 2 casi il bambino era stato preparato, gli era stata narrata la sua storia nel paese d'origine. In 8 casi su 23 (35 %) invece emergono difficoltà a parlarne, sia da parte dei genitori sia da parte del bambino.

In totale nel 73% dei casi vi è una comunicazione aperta sull'argomento, sia da parte del bambino sia da parte dei genitori; le coppie hanno seguito le indicazioni dei servizi di raccontare al bambino la sua storia, anche nel caso non sia lui spontaneamente a chiedere spiegazioni, pur rispettandone i tempi, non forzandone i meccanismi difensivi di negazione.

La mancanza di dialogo riguardo all'adozione potrebbe rappresentare un fattore predittivo di rischio.

### **6.10 Rappresentazione dell'esperienza adottiva**

In 26 casi su 30 (86,6%) le madri esprimono un giudizio complessivo positivo in relazione all'esperienza di adozione.

Tutte le madri (100%) che hanno effettuato [l'adozione nazionale](#) hanno una considerazione positiva dell'adozione. Esse, infatti, descrivono quest'esperienza come felice, alcune anche oltre le aspettative, esprimono che la rifarebbero, nonostante le difficoltà incontrate.

Per quanto riguarda l'adozione internazionale, la visione è positiva in 19 casi su 23 (82%). In quattro casi (17,3%) è stata data una valutazione in cui emergevano degli aspetti di difficoltà, legati all'età già avanzata dei bambini (adolescenza) o ai vissuti post-traumatici. Le madri non si sono sentite adeguatamente preparate ad affrontarli.

La valutazione negativa di alcune madri potrebbe rappresentare un fattore di rischio per l'evoluzione dell'adozione. L'indicazione che ne deriva come suggerimento delle mamme è stata quella di approfondire, nei corsi di preparazione, tali tematiche.

### **Principali differenze tra l'Adozione Nazionale e l'Adozione Internazionale**

I risultati più significativi di questa indagine sono stati colti prendendo in considerazione l'intero campione di soggetti. Abbiamo potuto notare, però, come in alcune aree specifiche esistano delle differenze abbastanza rilevanti tra i bambini adottati all'estero e quelli adottati dall'Italia.

Una prima grande differenza riguarda l'età media al momento dell'adozione, decisamente maggiore nel caso dei bambini provenienti dall'adozione internazionale: l'età media dei bambini adottati in Italia è di 17, 6 mesi mentre quella dei bambini adottati dall'estero è di 5 anni.

La seconda area in cui si rilevano delle differenze riguarda la salute dei bambini al momento dell'adozione: nelle adozioni nazionali 2 bambini su 7 presentavano delle patologie organiche, mentre per quanto riguarda le adozioni internazionali presentavano patologia organica 9 bambini su 23. La differenza macroscopica riguarda il tipo di patologie presentate. Nel caso dei bambini adottati attraverso adozione internazionale le patologie sono più gravi o caratterizzate da cronicità (Disturbi dell'alimentazione, Epilessia, Denutrizione, Tubercolosi, Setto nasale deviato, Malaria, Problemi cardiaci, Asma, Ernia inguinale). Da questi dati emerge come le condizioni di salute dei bambini adottati con protocollo internazionale siano maggiormente compromesse, sia per la maggiore incidenza sia per la gravità dei disturbi.

Una terza differenza riguarda l'inserimento scolastico. Il range di tempo entro il quale il bambino viene inserito a scuola dopo l'arrivo in Italia è di 2-12 mesi per quanto riguarda l'adozione nazionale mentre di 2-3 mesi per quanto riguarda l'adozione internazionale.

L'ultima grande differenza che abbiamo rilevato riguarda la rappresentazione dell'esperienza adottiva. È stato chiesto, infatti, alle coppie di valutare complessivamente l'intero percorso adottivo alla luce delle condizioni attuali della famiglia. Mentre per quanto riguarda le famiglie che hanno adottato attraverso la Nazionale l'esperienza viene giudicata positiva in tutti e sette i casi, per quanto riguarda le famiglie che hanno adottato dall'esterno, due hanno giudicato negativa l'esperienza.

La peculiarità condivisa da entrambe le esperienze è che si tratta dell'adozione di fratelli, grandi, provenienti da paesi dell'Est. Un solo bambino presentava problemi di salute all'arrivo in Italia. In tutti e quattro i casi il problema maggiore è rappresentato dall'accettazione delle regole.

## **Conclusioni**

Alcuni aspetti emersi dalla ricerca possono convalidare determinate prassi che caratterizzano l'accompagnamento nelle fasi dei percorsi adottivi, dalla informazione-formazione, all'accompagnamento.

Innanzitutto, viene segnalata dall'indagine la frequenza elevata delle **patologie organiche** dei bambini soprattutto provenienti dall'estero e istituzionalizzati. Tali condizioni, che a volte si protraggono nel tempo, comportano un grande impegno per la famiglia, in modo particolare nel primo periodo post adozione. Questo aspetto va considerato dagli operatori sia nella preparazione delle coppie, al fine di favorire la massima consapevolezza nei genitori adottivi, ma anche nella fase dell'indagine, per la valutazione della disponibilità. Allo stesso modo tale dato va considerato nel periodo di sostegno post adozione, in quanto elemento emotivamente stressante e pertanto possibile fattore di rischio.

E' stata rilevata **un'alta incidenza di disturbi neuropsichiatrici** tra i bambini adottati. Si ipotizza che la complessità della situazione psicopatologica sia determinata dalla reciproca influenza delle componenti sanitaria, psicologica e relazionale.

Da parte delle famiglie emerge una **richiesta di sostegno** rivolta principalmente agli operatori dei servizi, non limitata al periodo di ingresso del bambino in famiglia ma prolungata e specifica nei momenti critici dello sviluppo con particolare attenzione alla preadolescenza e all'adolescenza.

I genitori che hanno adottato bambini che si trovavano in queste fasi dello sviluppo hanno espresso un bisogno di formazione e di sostegno specifici, per poter affrontare le problematiche connesse con l'età e amplificate dalla condizione adottiva.

Per quanto riguarda **l'inserimento scolastico**, emerge dall'indagine come, nella maggior parte dei casi, le famiglie abbiano in parte seguito le indicazioni degli operatori, favorendo l'inserimento in famiglia e solo successivamente nell'ambiente scolastico, con risultati soddisfacenti nella maggior parte dei casi. L'ingresso posticipato a scuola viene consigliato per favorire l'integrazione nel nucleo familiare e l'instaurarsi di positivi legami di attaccamento con i genitori adottivi. L'inserimento del bambino nella classe con non più di un anno di differenza viene consigliato, invece, per evitare che l'amplificarsi dei vissuti di diversità possano costituire un ostacolo allo sviluppo.

Si rileva, tuttavia, in alcuni casi la **presenza di difficoltà scolastiche**. Essendo molto rilevante per le famiglie e per la quotidianità del bambino il vissuto legato alla scuola, si ritiene fondamentale un

lavoro di integrazione che coinvolga le famiglie stesse, gli operatori dei servizi e gli insegnanti, al fine di strutturare un inserimento specifico pensato e adattato alle caratteristiche del singolo bambino, con particolare attenzione alla sua storia, anche scolastica, e ai temi relativi all'esperienza di adozione (es. tema della nascita, l'albero genealogico, etc.), affinché la proposta scolastica, fuori tempo rispetto ai tempi di elaborazione del bambino, non risulti come ulteriormente traumatica.

Per quanto riguarda i vissuti del bambino, sembra emergere la necessità di aiutare i genitori a leggere e comprendere i segnali che egli in vari modi invia loro. Esemplicative sono la presenza di frequenti **episodi regressivi e la manifestazione di paure**. Se, da un lato, queste manifestazioni possono rappresentare un segnale di apertura del bambino e indicare l'instaurarsi di nuovi legami di attaccamento sicuro, dall'altro, se presenti in misura massiccia, pervasiva e prolungata nel tempo, possono indicare un disagio profondo legato alla non elaborazione dei vissuti di separazione e il disadattamento relativo alla nuova situazione. Per questo motivo è importante un attento monitoraggio e la valutazione approfondita di questi aspetti.

**In sintesi**, i **punti di forza** emersi sono stati il legame di fiducia che le famiglie hanno con gli operatori, la conseguente disponibilità a parlare della propria esperienza.

Gli **aspetti invece da migliorare** sono l'inserimento scolastico, la comprensione da parte della famiglia dei traumi pregressi del bambino, la comunicazione sull'adozione.

## **BIBLIOGRAFIA**

Artoni Schlesinger C. (2006), *Adozione e oltre*, Borla, Roma

Crisma M. (2004), *Affrontare l'adozione*, Mc Graw - Hill, Milano

Dell'Antonio A. (1994), *Bambini di colore in affido e in adozione*, Raffaello Cortina, Milano

Fava Vizziello G. – Simonelli A. (2004), *Adozione e cambiamento*, Bollati Boringhieri, Torino

Galli J. (2001), *Fallimenti adottivi prevenzione e riparazione*, Armando Editore, Roma

Galli J. – Viero F. (2005), *I percorsi dell'adozione*, Armando Editore, Roma

D. Temali, M. Maj, F. Catalano, G. Giordano, C. Saccà (1996), *ICD-10, Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali* Masson, Milano

## **RINGRAZIAMENTI**

Cordiali ringraziamenti alle assistenti sociali, agli psicologi dell'integrazione sociosanitaria e gli operatori della neuropsichiatria infantile dell'AUSL di Piacenza per la pazienza e la preziosa collaborazione nella faticosa ricerca dei casi; alla responsabile del Sistema Informativo Territoriale

delle politiche Sociali della Provincia di Piacenza che ha cortesemente fornito i dati “normativi” utili per i confronti.

**E ancora grazie** a tutte le famiglie e le madri adottive intervistate per la fiducia, la calda collaborazione e la disponibilità a condividere le proprie esperienze ed emozioni.