



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Commissione per le Adozioni Internazionali
Autorità Centrale per la Convenzione de L'Aja del 29.5.1993

Assemblea generale Enti autorizzati 2026

TAVOLO DI LAVORO

Special Needs

DOCUMENTO FINALE

Premessa

Con decreto n. 3/2025 del 16 luglio 2025 è stato istituito presso l'Ufficio III – Segreteria Tecnica della Commissione per le adozioni internazionali (CAI) il Tavolo di lavoro afferente alla tematica *special needs*, con la finalità di riattivare un confronto strutturato e sistemico fra la Commissione, gli Enti autorizzati (EE.AA.) e gli attori istituzionali coinvolti nel processo adottivo.

L'obiettivo primario è stato quello di analizzare, con sguardo multidisciplinare, il profilo dei minorenni che fanno ingresso nel nostro Paese e i modelli di presa in carico dei bambini con bisogni educativi speciali, al fine di favorire un percorso di inclusione familiare, scolastica e sociale solido e duraturo.

Il Tavolo è stato coordinato dalla dott.ssa Gemma Tuccillo, componente esperta della CAI, ed è composto da rappresentanti istituzionali ed esperti del settore.

In particolare, ne fanno parte: cinque rappresentanti degli Enti autorizzati, Claudia Saccò (La Maloca); Simonetta Vernillo, (Bambarco Onlus); Susanna Galuppo, (Vicepresidente Senza Frontiere Onlus); Maria Grazia Magrini, referente sede di Roma (La Primogenita); Stefania Panero (Sjamo); un componente Esperto CAI, Teresa Scafuto; un rappresentante Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Antonella Costantino, Past-President; due rappresentanti Società Italiana di Pediatria (SIP), Pietro Ferrara, Vicepresidente SIP e Piero Valentini, Docente in Pediatria Generale e Specialistica; un rappresentante Regione Emilia-Romagna, Francesca Donati, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare; un rappresentante della Direzione Famiglia e Politiche Sociali del Comune di Catania, Carmela Crispi; un rappresentante dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Scienze Politiche e sociali, Rosa Rosnati, Psicologia Sociale; un Commissario CAI, Renato Sampogna; due Esperti IDI, Marco Chistolini e Massimo Santoro; la Dirigente del Servizio Adozioni dell'Ufficio III Segreteria Tecnica della CAI, Maria Luisa Scardina; due Funzionari esperti dell'Ufficio III Segreteria Tecnica della CAI, Elena Sarnacchiario e Maria Concetta Della Ripa. I lavori del Tavolo si sono inseriti in un percorso preparatorio all'Assemblea Generale degli Enti autorizzati iscritti all'albo CAI, che si terrà a fine marzo 2026 per volontà della Ministra per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità, On. Eugenia Maria Roccella, e del Vice Presidente della CAI dott. Vincenzo Starita.

Il Tavolo si è ufficialmente insediato il 22 luglio 2025 e ha proseguito i propri lavori con cadenza regolare nei mesi di settembre, ottobre e novembre 2025, alternando modalità in presenza e a distanza. Sin dalla seduta inaugurale, il Tavolo ha operato secondo un'impostazione strategica e non meramente ricognitiva.

Le finalità sono state:

- analizzare le caratteristiche e i bisogni dei minorenni con *special needs* inseriti nei percorsi di adozione internazionale;
- raccogliere criticità operative e buone pratiche rilevate dagli attori del sistema;
- rafforzare il dialogo tra CAI, EE.AA. e istituzioni territoriali in un'ottica di sistema integrato;
- definire priorità condivise in vista dell'Assemblea Generale degli Enti autorizzati.

Il lavoro si è fondato su contributi scritti dei partecipanti, momenti di confronto collegiale e una progressiva focalizzazione su ambiti tematici ritenuti strategici e largamente condivisi, come esposti, di seguito, nel presente documento.

Il Tavolo di lavoro ha definito un insieme di indirizzi operativi, di seguito sinteticamente argomentati, volti a qualificare la formazione degli aspiranti genitori adottivi e a rendere più omogeneo ed efficace il sostegno nel periodo post-adottivo:

1. Rafforzamento della formazione degli aspiranti genitori

Al fine di garantire una preparazione più consapevole e adeguata, si propone di ampliare e strutturare il percorso formativo attraverso:

- moduli specifici dedicati ai bisogni speciali, con particolare attenzione a quelli meno evidenti o emergenti dopo l'ingresso del minore nella famiglia;
- percorsi di approfondimento specialistico rivolti alle aspiranti famiglie nel periodo compreso tra il mandato all'Ente e l'abbinamento, condotti da neuropsichiatri infantili, psicoterapeuti, pedagogisti, giudici onorari e rappresentanti delle associazioni familiari.

2. Linee guida per il post-adozione

Il Tavolo individua la necessità di definire orientamenti operativi condivisi, in particolare per il sostegno alle famiglie con bambini con bisogni speciali, comprendenti:

- accompagnamento strutturato dei genitori nella gestione della relazione e dei bisogni del minore;
- incontri periodici, con cadenza almeno mensile, da parte dei servizi territoriali e degli Enti autorizzati, per i primi due anni dall'ingresso del bambino;
- presa in carico multidisciplinare da parte di équipe specializzate in ambito sanitario, psicologico ed educativo;
- attivazione di gruppi di mutuo aiuto, promossi congiuntamente da ASL ed Enti autorizzati.

3. Mappatura dei servizi sanitari

Si ritiene prioritario predisporre una mappatura nazionale organica e aggiornata dei centri ospedalieri e ambulatoriali pediatrici in grado di offrire competenze specialistiche sui bisogni dei minori adottati, con l'obiettivo di facilitare l'orientamento delle famiglie e garantire un accesso tempestivo a servizi qualificati.

In vista dell'Assemblea Generale degli Enti autorizzati, il Report conclusivo fornisce:

- una sintesi delle attività svolte;
- un'analisi delle principali criticità, in particolare nella definizione condivisa di *special needs* e nella gestione della presa in carico dei minori;
- proposte operative accompagnate da riflessioni strategiche a supporto della programmazione nazionale;
- l'indicazione delle questioni ancora aperte, che richiedono ulteriori approfondimenti e un accurato confronto interistituzionale.

Introduzione

La crescente complessità dei profili dei minori coinvolti nell'adozione internazionale rende oggi imprescindibile una riflessione aggiornata e condivisa sul tema degli *special needs* (SN). Nonostante il termine sia ampiamente utilizzato nei documenti internazionali e nella pratica adottiva, la definizione di SN rimane poco chiara, spesso ambigua e non univocamente riconosciuta nella letteratura scientifica. Di conseguenza è forte il rischio di generare fraintendimenti sia nella fase di valutazione delle famiglie, sia nella lettura dei bisogni reali dei bambini, con possibili ricadute negative sulla qualità dell'abbinamento, sulla riuscita e sul complessivo benessere familiare.

Tutti i bambini adottabili hanno vissuto esperienze di discontinuità affettiva, traumatica e culturale; tuttavia, tali eventi non devono essere automaticamente considerati come *bisogni speciali*, seppur meritevoli di estrema attenzione e cautela. È necessario distinguere in modo rigoroso tra difficoltà legate alla storia adottiva (traumi, cambiamenti, esperienze di istituzionalizzazione) e condizioni che configurano veri e propri SN: disabilità fisiche o cognitive, disturbi del neurosviluppo, problematiche emotivo-comportamentali, esposizione prenatale a sostanze, rischi genetici noti, condizioni sanitarie croniche, appartenenza a fratrie o età più avanzata.

Le evidenze internazionali mostrano che la maggior parte degli SN compaiono dopo il collocamento in famiglia come comorbidità, ma anche alcuni disturbi compaiono nel tempo. In particolare, l'incidenza di ADHD, difficoltà di apprendimento, problemi emotivo-comportamentali problemi di salute mentale e FASD risulta più elevata tra i minori adottati rispetto alla popolazione generale. Ciò rende fondamentale una preparazione accurata degli aspiranti genitori, una valutazione multidisciplinare del minore e un sistema di presa in carico coordinato tra servizi territoriali, enti autorizzati e pediatria nelle sue diverse branche specialistiche.

La presenza di SN ha un impatto significativo sulle dinamiche familiari, sullo stress dei genitori e, nei casi più complessi, sulla tenuta dell'adozione. Per questo emergono con forza due esigenze:

1. **definire e classificare in modo condiviso i diversi tipi di *special needs***, includendo quelli sanitari, psicologici, educativi e sociali;
2. **strutturare linee operative nazionali e regionali** che possano guidare la valutazione, la preparazione e l'accompagnamento delle famiglie, valorizzando le esperienze già consolidate sul territorio (come i protocolli di Piemonte, Emilia-Romagna e della SIP attraverso il GLNBM).

Il presente documento propone, quindi, un modello operativo, fondato sulle principali evidenze scientifiche e sulle buone pratiche nazionali e internazionali. L'obiettivo è garantire una maggiore trasparenza informativa, una migliore preparazione degli aspiranti genitori e un supporto uniforme ai minori, lungo tutto il percorso adottivo che sia omogeneo sul territorio nazionale.

LINEE DI ORIENTAMENTO OPERATIVE

Special needs, adolescenza e adozione internazionale

1. FINALITÀ

Garantire interventi uniformi, tempestivi e multidisciplinari a favore di minori adottati internazionalmente – con particolare attenzione all'adolescenza e ai bisogni speciali (SN) – e delle loro famiglie.

2. LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVE, PER FASE, DEL PERCORSO ADOTTIVO

Garantire interventi uniformi, tempestivi e multidisciplinari a favore di minori adottati internazionalmente con particolare attenzione all'adolescenza e ai bisogni speciali (SN) – e delle loro famiglie. **Soggetti coinvolti nella formazione: Regioni, Comuni, Servizi Sociali, Ausl, Consultori, Tribunale per i Minorenni, Enti autorizzati.**

2.1 Fase della disponibilità – Informazione e formazione

(Formazione pre-decreto e formazione pre-mandato)

Obiettivi

- **Assicurare che gli aspiranti genitori adottivi possano confrontarsi con la realtà del mondo dell'adozione: rappresentazioni, motivazioni e sostenibilità del progetto adozione;**
- Assicurare che le aspiranti famiglie abbiano conoscenze accurate sulle possibili problematiche legate all'età del minore, a eventuali bisogni speciali e ai possibili scenari a lungo termine;
- Ridurre pregiudizi e aspettative non sostenibili.

Azioni operative

1. **Formazione obbligatoria pre-idoneità**, con contenuti minimi nazionali:
 - sviluppo del bambino, attaccamento, trauma e privazione;
 - definizione di SN (Disordini dello sviluppo, disabilità fisiche o mentali, età superiore a 7 anni, fratrie).
2. **Coinvolgimento degli Enti autorizzati e rete territoriale;**
3. **Consegna all'aspirante famiglia adottiva di materiale informativo standardizzato (vademecum SN);**
4. **Laddove possibile, distinzione formatori/valutatori** per garantire oggettività;
5. **Sensibilizzazione mirata** all'accoglienza di minori SN.

2.2 Fase di valutazione – Idoneità

Obiettivi

- Valutare realmente competenze, consapevolezza dei propri limiti e capacità di *coping* genitoriale;
- Collegare aspettative della coppia con profili di bambini disponibili.

Azioni operative

1. **Équipe integrata obbligatoria** (servizio sociale + psicologo ASP/Ausl);
2. **Standardizzazione della relazione per TM** secondo criteri condivisi;

3. **Esplorazione approfondita:**

- risorse di *coping* e gestione delle emozioni;
- storie personali di trauma/perdita;
- gestione dello stress;
- alleanza di coppia e condivisione del progetto adottivo, rete familiare e sociale;
- disponibilità verso SN, minori grandi e fratri.

4. **Rilascio dell'idoneità con chiara indicazione di limiti di accoglienza.**

2.3 Fase dell'abbinamento – Incarico all'Ente autorizzato

Obiettivi

- Preparare concretamente i genitori al profilo del minore proposto;
- Garantire trasparenza e condivisione informativa.

Azioni operative

1. **Formazione mirata** sul profilo del minore proposto (malattia, disturbo, storia pregressa) e sulla gestione quotidiana dei minori con SN;
2. Colloqui specifici sulla gestione quotidiana dei SN;
3. **Verifica della sostenibilità familiare** (per coppie o single) rispetto alle implicazioni sanitarie, scolastiche e relazionali;
4. **Condivisione, con l'EA, del progetto di accompagnamento pre e post-arrivo.**

2.4 Fase post-adozione – Sostegno immediato e continuativo

Obiettivi

- Favorire un inserimento del minore graduale e protetto e garantire l'accompagnamento;
- Definire chiaramente i criteri secondo cui procedere all'inserimento nella comunità scolastica, possibilmente trasferendo al mondo dei docenti le indicazioni condivise;
- Prevenire escalation di difficoltà, crisi identitarie e fallimenti adottivi.

Azioni operative

A. Sanità

1. **Screening sanitari completi all'arrivo**, ripetuti secondo protocolli regionali (day hospital presso ambulatori specializzati nelle adozioni con un'équipe multidisciplinare che integri le competenze mediche (neuropsichiatra, pediatra), psicologiche (psicologo dell'età evolutiva, psicologo familiare), pedagoga e assistente sociale);
2. **Pediatra referente regionale per le adozioni**;
3. **Percorso sanitario unico** per SN complessi (HIV, FASD, cardiopatie, endocrinologici).

B. Scuola

1. **Periodo di adattamento di almeno 12-24 mesi** prima di diagnosi formali;
2. **Attivazione BES** anche senza certificazione clinica;
3. **Formazione docenti** sui bisogni specifici dei minori adottati;

4. **Tutor scolastico** in caso di SN.

(come già previsto dalle “Linee di indirizzo per favorire il diritto allo studio delle alunne e degli alunni che sono stati adottati – 2023”).

C. Sostegno psicologico

1. **Accesso garantito a psicoterapia pubblica/finanziata**, anche senza diagnosi;
2. **Interventi focalizzati su trauma, attaccamento e autoregolazione emotiva**;
3. **Spazi di ascolto dedicati agli adolescenti** (centri diurni, consultori, progetti tipo DesTEENazione);
4. Interventi preventivi in gruppo per adolescenti adottati.

D. Accompagnamento familiare

1. **Incontri con la famiglia e visite domiciliari periodiche** da parte dell’EA e dei servizi sociosanitari territoriali (da programmare ed effettuare congiuntamente), con accesso aperto per le famiglie anche negli anni successivi al periodo di post-adozione obbligatorio, per eventuali momenti di confronto e supporto, in particolare in caso di crisi e/o necessità concomitanti con le specifiche fasi del ciclo vitale/educativo affrontate dal minore e dalla propria famiglia;
2. **Gruppi di mutuo aiuto** per tutte le famiglie adottive;
3. **Percorsi di Enrichment Familiare (PEF)**;
4. **Mediazione scuola-famiglia-servizi**;
5. **Interventi domiciliari educativi** quando emergono criticità relazionali o comportamentali.

LINEE DI INDIRIZZO SPECIFICHE PER MINORI CON SPECIAL NEEDS

3.1 Special needs fisici e sanitari

Azioni operative

- Creazione di un’équipe multidisciplinare che possa realizzare una presa in carico globale;
- Attivare subito la **rete sanitaria specialistica** (infettivologia, cardiologia, ecc.);
- Consegnare alla famiglia **piano terapeutico personalizzato**;
- In caso di HIV: informazione chiara e non allarmistica, contatti protetti integrali, monitoraggi periodici.

3.2 Disturbi del neurosviluppo (DSA, ADHD, FASD, ritardi cognitivi)

Azioni operative

- **Valutazione neuropsichiatrica entro 3-6 mesi dall’arrivo**;
- **Neuropsicologia dello sviluppo** per la definizione del profilo funzionale;
- **Progetto scolastico personalizzato** (BES, PDP, eventuale PEI);
- **Training genitoriale specifico** (ADHD, FASD);
- **Interventi logopedici e psicoeducativi** dove indicato.

3.3 Disturbi dell'attaccamento e trauma precoce

Azioni operative

- Terapie basate sull'attaccamento (DDP, Theraplay, EMDR, Videofeedback);
- Supporto intensivo nelle prime fasi (monitoraggio quindicinale);
- Rete educativa per regolazione emotiva e comportamentale.

3.4 Adozione in adolescenza

Rischi specifici

- Maggiore rigidità identitaria;
- Conflitti familiari;
- Rifiuto scolastico;
- Riattivazione delle ferite dell'abbandono.

Azioni operative

- **Mentoring** adolescenziale e spazi aggregativi (modello DesTEENazione);
- **Educativa domiciliare** intensiva nei primi 6-12 mesi;
- **Piani di autonomia progressiva** (abilità sociali, orientamento professionale);
- Accesso diretto a psicoterapia individuale.

4. STANDARD DI SISTEMA

4.1 Coordinamento istituzionale

Accordi stabili tra CAI, Tribunali, servizi locali, ASP e EA;

Tavoli tecnici regionali permanenti;

Database condiviso (*privacy compliant*) per monitoraggio post-adozione;

Consapevolezza delle coppie delle istituzioni a cui rivolgersi in relazione alle specifiche difficoltà incontrate o, comunque, iter predisposto da seguire.

4.2 Finanziamenti

Fondi dedicati agli EA per formazione e post-adozione;

Voucher familiari per psicoterapia e interventi specialistici;

Risorse per progetti territoriali (es. DesTEENazione).

4.3 Monitoraggio e valutazione

- Indicatori minimi: esiti scolastici, accesso ai servizi, stabilità familiare, qualità delle relazioni, soddisfazione/difficoltà espresse dalle famiglie;
- Report annuali regionali e nazionali.

5. SINTESI OPERATIVA FINALE

Le linee guida devono garantire:

- **supporto continuo e multidisciplinare;**
- **formazione seria e precoce dei genitori;**

- valutazioni accurate e standardizzate;
- presa in carico sanitaria e psicologica tempestiva;
- sostegno scolastico adeguato;
- collaborazione strutturata tra tutti gli attori istituzionali.

PROTOCOLLI DI INTERVENTO PER SPECIFICI SPECIAL NEEDS

6. SPECIAL NEEDS DI TIPO SANITARIO / FISICO

6.1 HIV – Protocollo di intervento

Obiettivi

- Garantire continuità terapeutica;
- Prevenire immunodepressione e complicanze;
- Supportare la famiglia nel corretto management quotidiano.

Azioni immediate (0-3 mesi)

1. **Preso in carico dal Centro Pediatrico HIV** entro 7 giorni dall'arrivo;
2. **Esecuzione dei test di base:** CD4, carica virale, emocromo, funzionalità epatica/renale;
3. **Verifica regime antiretrovirale** e aderenza terapeutica;
4. **Counselling alla famiglia:**
 - gestione terapia;
 - spiegazione rischi reali/nulle nelle attività quotidiane;
 - comunicazione protetta verso scuole/contesti.
5. **Vaccinazioni** secondo protocollo aggiornato.

Azioni 3-12 mesi

- *Follow-up* ogni 3 mesi (carica virale/CD4);
- Supporto psicologico in caso di vissuti di stigma;
- Coordinamento con scuola per eventuali assenze/gestione farmaci.

Presidi necessari

- Centro specialistico HIV;
- Pediatra referente regionale;
- Psicologo esperto in malattie croniche.

Indicatori

- Aderenze >95%;
- Carica virale non rilevabile entro 6 mesi o persistente negatività virologica nel primo anno di adozione;
- Nessun episodio di discriminazione scolastica/familiare.

6.2 Cardiopatie o malformazioni – Protocollo

Obiettivi

- Stabilizzare il quadro clinico;
- Programmare eventuali correzioni chirurgiche;
- Garantire attività quotidiana compatibile con la patologia.

Azioni immediate

- Presa in carico da cardiologia pediatrica: diagnostica strumentale e di laboratorio in relazione alla problematica di base, a precedenti indagini documentate ed alle indicazioni del centro referente;
- Stesura **Piano terapeutico personalizzato**.

Azioni 3-12 mesi

- Valutazione chirurgica o riabilitativa;
- Attività motorie adattate (accordo scuola-famiglia-servizi);
- Supporto psicologico per ansia anticipatoria.

Presidi

- Cardiologo pediatrico.
- Fisiatra/riabilitazione motoria.

Indicatori

- Stabilità clinica.
- Partecipazione ad attività motorie scolastiche.

6.3 Endocrinologici (es. ipotiroidismo, pubertà precoce)

Azioni immediate

- Valutazione endocrinologica completa (profilo ormonale, auxologia);
- Adeguamento terapia sostitutiva o specifica.

Azioni 3-12 mesi

- *Follow-up* bimestrale;
- Supporto psicologico se ci sono implicazioni estetiche o ritardi/anticipi puberali.

Indicatori

- Stabilità auxologica;
- Adesione terapeutica.

7. SPECIAL NEEDS DI TIPO NEUROSVILUPPO

7.1 FASD (Spettro fetale alcolico) – Protocollo

Obiettivi

- Identificare il profilo funzionale;
- Ridurre comportamenti disfunzionali attraverso interventi strutturati;
- Supportare famiglia e scuola.

Azioni immediate

1. **Valutazione NPI + neuropsicologia** entro 1-3 mesi;
2. **Profilo funzionale dettagliato**: attenzione, funzioni esecutive, memoria, linguistica, motoria;

3. **Training genitoriale specifico FASD** (model SAFE, Interventions Based on Executive Functions).

4. **Piano scolastico personalizzato (BES/PDP)** con:

- istruzioni brevi;
- routines stabili;
- riduzione stimoli;
- valutazioni semplificate.

Azioni 3-12 mesi

- Logopedia o psicomotricità se indicato;
- Percorsi psicoeducativi individualizzati;
- Terapia cognitivo-comportamentale adattata.

Presidi

- Neuropsichiatra infantile;
- Neuropsicologo;
- Educatore con competenze FASD;
- Insegnanti formati.

Indicatori

- Riduzione dei comportamenti oppositivo-disregolati;
- Miglioramento delle funzioni esecutive.
- Adattamento scolastico misurabile.

7.2 ADHD – Protocollo

Obiettivi

- Aumentare attenzione sostenuta;
- Ridurre impulsività/iperattività;
- Sostenere il funzionamento familiare e scolastico.

Azioni immediate

- Diagnosi NPI;
- *Parent training* (es. PMT, Barkley);
- Strategie scolastiche: tempi brevi, *break* frequenti, *seating* frontale, verifiche ridotte;
- Attivazione **educativa domiciliare** nei casi gravi.

Azioni 3-12 mesi

- Terapia cognitivo-comportamentale (CBT);
- Valutare l'introduzione di farmaci secondo le linee guida;
- Gruppi di abilità sociali.

Presidi

- NPI, psicoterapeuta CBT, educatore.

Indicatori

- Diminuzione misurabile dei sintomi (scale Conners/SDQ);
- Miglioramento del rendimento scolastico.

7.3 DSA (dislessia, disgrafia, discalculia) – Protocollo

Azioni immediate

- Valutazione logopedica e neuropsicologica;
- Attivazione PDP scolastico con strumenti compensativi;
- Supporto familiare per metodo di studio.

Medio termine

- Riabilitazione logopedica;
- Tutor dell'apprendimento formato.

Indicatori

- Progressi nelle prove standardizzate.
- Riduzione stress scolastico.

7.4 Ritardo cognitivo – Protocollo

Azioni immediate

- Definizione QI e profilo adattivo (Vineland);
- Piano educativo personalizzato (PEI);
- Avvio precoce di logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale.

Medio termine

- Integrazione con centri diurni/attività socializzanti;
- Introduzione graduale a percorsi prelaborativi dai 14-15 anni.

Indicatori

- Incremento dell'autonomia personale;
- Partecipazione ad attività sociali.

8. SPECIAL NEEDS PSICOLOGICI / TRAUMA / ATTACCAMENTO

8.1 Disturbi dell'attaccamento – Protocollo

Azioni immediate

- Valutazione specialistica dell'attaccamento (es. strumenti: CAPA, WAI, OS);
- Avvio terapia basata sull'attaccamento (DDP, Theraplay);
- Educativa domiciliare 1–2 volte/settimana per supporto routines e regolazione emotiva.

Medio termine

- EMDR per trauma precoce;
- Gruppi genitori-bambini (modalità esperienziale);
- Formazione intensiva alla famiglia sul *caregiving* terapeutico.

Indicatori

- Riduzione dei comportamenti di controllo/iperindipendenza;
- Incremento della ricerca di prossimità e comfort.

8.2 Trauma complesso / PTSD – Protocollo

Azioni immediate

- Valutazione trauma-*focused*;
- Riduzione stimoli disorganizzanti (routine prevedibili);
- Avvio EMDR o TF-CBT.

Medio termine

- Terapia individuale + *parent training*;
- Collaborazione scuola per prevenire trigger.

Indicatori

- Riduzione flashback, ipervigilanza, evitamenti.

8.3 Disturbi comportamentali (aggressività, oppositività)

Azioni immediate

- Assessment funzionale del comportamento (ABC);
- Educativa domiciliare con tecniche di gestione comportamentale;
- *Parent training* specifico (modello Kazdin / Triple P).

Medio termine

- Terapeutica integrata (CBT + educazione emotiva);
- Sport strutturato con obiettivi comportamentali.

Indicatori

- Riduzione accessi in crisi;
- Miglioramento della convivenza familiare.

9. SPECIAL NEEDS LEGATI ALL'ETÀ – ADOLESCENTI

9.1 Adozione in adolescenza – Protocollo

Azioni immediate

- Presa in carico NPI e psicologica entro 30 giorni;

- Educativa domiciliare intensiva (2-3 volte/settimana);
- Inserimento in centri giovanili/aggregativi (es. modello DesTEENazione);
- Valutazione scolastica con piano di (re)inserimento graduale (parlerei comunque di inserimento).

Medio termine

- Psicoterapia individuale orientata all'identità e alle origini;
- *Mentoring* (pari formati o giovani adulti adottati);
- Tirocini di inclusione e orientamento professionale dai 15 anni.

Indicatori

- Frequenza scolastica stabile;
- Relazioni familiari meno conflittuali;
- Aumento dell'iniziativa personale.

10. SPECIAL NEEDS RELAZIONALI – ADOZIONE DI FRATRIE

10.1 Fratrie – Protocollo

Obiettivi

- Proteggere equilibri intra-fraterni;
- Prevenire ruoli disfunzionali ("figlio genitore");
- Favorire legami sani con i genitori adottivi.

Azioni immediate

- Osservazione della dinamica fraterna nelle prime 4 settimane;
- Separazione funzionale dei tempi uno-a-uno con i genitori;
- Educativa domiciliare per sostenere routine e regolazione.

Medio termine

- Terapia familiare sistemica;
- Interventi individuali mirati per chi assume ruoli adultizzati;
- Mediazione scuola-famiglia in caso di fratria in classe insieme.

Indicatori

- Miglior distribuzione dei ruoli.
- Diminuzione dei conflitti.

11. PROPOSTE OPERATIVE

11.1. Integrazione nelle linee di orientamento per la Formazione Pre- e Post-Idoneità

11.2 Introduzione di moduli formativi specifici relativi ai bisogni speciali

Si propone l'inserimento, all'interno dei percorsi formativi rivolti agli aspiranti all'adozione, di moduli strutturati dedicati ai bisogni speciali, con particolare riguardo a quelli di natura meno manifesta o a emersione differita (disturbi dell'attaccamento, disturbi del neurosviluppo a comparsa tardiva, esiti del trauma precoce).

Tali moduli dovranno:

- comprendere contenuti teorico-applicativi, strumenti operativi e protocolli di riconoscimento precoce;
- essere supportati da materiali formativi multimediali e aggiornati periodicamente;
- utilizzare metodologie didattiche attive, basate su casi clinici, osservazioni guidate e simulazioni;
- essere integrati stabilmente all'interno del percorso obbligatorio di preparazione alla genitorialità adottiva.

11.3. Attivazione di percorsi di approfondimento specialistico nel periodo tra il decreto di idoneità e l'abbinamento

Si prevede l'organizzazione di corsi di formazione avanzata, fruibili dagli aspiranti genitori nel periodo intercorrente tra il decreto di idoneità e il conferimento del mandato all'Ente o l'abbinamento, con il coinvolgimento di:

- Pediatri con esperienza formativa di coppie adottive
- neuropsichiatri infantili;
- psicoterapeuti e psicologi dell'età evolutiva;
- pedagogisti ed esperti di adozione e trauma;
- giudici onorari e operatori della giustizia minorile;
- rappresentanti qualificati delle associazioni familiari.

Tali percorsi dovranno perseguire gli obiettivi di:

- fornire strumenti di lettura dei profili dei minori in stato di adottabilità, anche in presenza di specificità complesse;
- preparare le coppie alla gestione delle principali criticità del periodo post-ingresso;
- sostenere la coppia nella gestione dell'attesa, del carico emotivo e delle dinamiche relazionali pre-adozione.

12. PREDISPOSIZIONE DI LINEE OPERATIVE PER IL POST-ADOZIONE

12.1. Definizione di un modello di accompagnamento strutturato per le famiglie con minori con *special needs*

Si propone l'adozione di un protocollo operativo uniforme sul territorio nazionale che preveda:

- la realizzazione di incontri di monitoraggio con cadenza almeno mensile, garantiti sia dai servizi sociosanitari assistenziali territoriali sia dagli Enti autorizzati, per un periodo non inferiore ai primi due anni dall'ingresso del minore, con accesso aperto per le famiglie anche negli anni successivi al periodo di post-adozione obbligatorio, per eventuali momenti di confronto e supporto, in particolare in caso di crisi e/o necessità concomitanti con le specifiche fasi del ciclo vitale/educativo affrontate dal minore e dalla propria famiglia;
- l'impiego di strumenti di valutazione condivisi (schede di osservazione, scale di funzionamento e benessere familiare, protocolli di verifica dell'andamento adottivo);
- l'elaborazione di un piano di sostegno personalizzato, redatto congiuntamente da servizi ed Enti, e aggiornato in funzione dell'evoluzione del nucleo familiare.

12.2. Presa in carico da parte di équipe multidisciplinari

È prevista la costituzione o il rafforzamento di équipe multidisciplinari territoriali, composte da professionisti con competenze specifiche nell'ambito dell'adozione, del trauma e del neurosviluppo.

Le équipe dovranno garantire:

- una presa in carico tempestiva dei nuclei adottivi;
- la continuità assistenziale tra ambito sociale e sanitario;
- il coordinamento interistituzionale tra servizi, Enti autorizzati, scuole, consultori e strutture ospedaliere;
- la regolare convocazione di riunioni di confronto clinico-operativo per la valutazione dei casi complessi.

12.3. Costituzione e gestione di gruppi di mutuo aiuto

Si propone l'attivazione, in collaborazione con ASL, servizi sociali ed enti autorizzati, di gruppi di *enrichment* genitoriale rivolti ai genitori adottivi, condotti da figure professionali formate e con il coinvolgimento, ove opportuno, di associazioni familiari qualificate. Gli incontri avranno l'obiettivo di:

- prevenire l'isolamento delle famiglie;
- promuovere lo scambio di buone pratiche e strategie educative;
- promuovere le risorse genitoriali e le capacità di *coping*;
- offrire uno spazio di confronto regolato sulla gestione delle difficoltà emotive, relazionali e scolastiche;
- favorire la costruzione di reti formali e informali di supporto.

13. MAPPATURA DEI CENTRI OSPEDALIERI E AMBULATORIALI DI RIFERIMENTO

Si propone la realizzazione di una mappatura sistematica, organica e aggiornata dei centri ospedalieri e dei servizi ambulatoriali specializzati cui le famiglie adottive possano rivolgersi su base volontaria. La mappatura dovrà includere:

- strutture di pediatria multispecialistiche e neuropsichiatria infantile;
- servizi territoriali per la riabilitazione (logopedia, psicomotricità, TNPEE);
- centri con competenze specifiche in materia di adozione, trauma e attaccamento;
- informazioni relative a tempi di accesso, tipologie di percorsi disponibili, presenza di competenze specifiche sull'adozione, eventuali servizi a libero accesso;
- una catalogazione per regione e area metropolitana, consultabile in formato digitale e aggiornata con cadenza almeno annuale.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics. (2015). *Health care of children in foster care and kinship care*. *Pediatrics*, 136(4), e1131-e1140. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2656>
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.
- Barth, R. P., Crea, T. M., John, K., Thoburn, J., & Quinton, D. (2005). Beyond attachment theory and therapy: Towards sensitive and evidence-based interventions with foster and adoptive families. *Child & Family Social Work*, 10(4), 257–268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2005.00393.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Brodzinsky, D. M., Smith, D. W., & Brodzinsky, A. B. (2011). *Children's adjustment to adoption: Developmental and clinical issues*. Sage Publications.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs)*.
- Delaney, R., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2014). Attachment and psychopathology in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(3), 447–463. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.02.003>
- Dozier, M., Bernard, K., & Roben, C. K. P. (2017). Attachment and biobehavioral catch-up. *Current Opinion in Psychology*, 15, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.012>
- European Parliament. (2019). *Children in alternative care: Adoption and foster care in Europe*.
- Iafrate, R., Rosnati, R., Ranieri, S., & Bertoni, A. (2025). *I percorsi di enrichment familiare*. Vita e Pensiero.
- International Adoption Medical Evaluation Project. (2019). *Comprehensive health evaluation of internationally adopted children*.
- Istituto Superiore di Sanità. (2017). *Disturbi dello spettro feto-alcolico (FASD): Linee di indirizzo per diagnosi e presa in carico*.
- Italia. (1983). *Legge 4 maggio 1983, n. 184. Diritto del minore ad una famiglia*.
- Italia. (1998). *Legge 31 dicembre 1998, n. 476. Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale (Aja, 29 maggio 1993)*.

Italia. (2001). *Legge 28 marzo 2001, n. 149. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Diritto del minore ad una famiglia"*.

Italia. (2010). *Legge 8 ottobre 2010, n. 170. Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*.

Italia. (2025). *Sentenza n. 33/2025*.

Johnson, D. E., & Gunnar, M. R. (2011). Growth failure in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 92–126.

Ministero dell'Istruzione e del Merito. (2023). *Linee di indirizzo per favorire il diritto allo studio delle alunne e degli alunni che sono stati adottati*.

Ministero della Salute. (2019). *Linee di indirizzo per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*.

Palacios, J., Román, M., Moreno, C., & León, E. (2014). Family context for emotional recovery in internationally adopted children. *International Social Work*, 57(3), 217–229.

<https://doi.org/10.1177/0020872813504146>

Rosnati, R., & Iafrate, R. (2023). *Psicologia dell'adozione e dell'affido*. Vita e Pensiero.

Società Italiana di Pediatria - SIP. (2021). *Linee guida sulla presa in carico sanitaria dei minori adottati*.

van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Poelhuis, C. W. K. (2005). Adoption and cognitive development: A meta-analytic comparison. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 1228–1245.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01441.x>

World Health Organization. (2015). *WHO guidelines on the management of health conditions in children adopted internationally*.

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases (11th ed.)*.

APPENDICE

Componenti Tavolo di lavoro

Gemma Tuccillo: Coordinatrice del Tavolo di lavoro, magistrato esperto minorile e in materia di adozioni internazionali, già membro di Commissione CAI, già Capo Dipartimento DGMC

Maria Luisa Scardina: Coordinatore Servizio I - Ufficio III Segreteria Tecnica CAI

Maria Concetta Della Ripa: Funzionario Servizio I - Ufficio III Segreteria Tecnica CAI

Elena Sarnacchiaro: Funzionario Servizio I - Ufficio III Segreteria Tecnica CAI

Renato Sampogna: Commissario CAI

Teresa Scafuto: Componente Esperta in materia di adozioni internazionali - CAI

Marco Chistolini: esperto IDI

Massimo Santoro: psicologo, psicoterapeuta esperto IDI

Claudia Saccò: Tutor La Maloca

Simonetta Vernillo: Psicologa Psicoterapeuta Bambarco Onlus

Susanna Galuppo: Vicepresidente Senza Frontiere Onlus

Maria Grazia Magrini: Referente sede di Roma La Primogenita

Stefania Panero: Tutor Sجامو Sao Josè Amici nel Mondo – ONG ed Ente autorizzato per le adozioni internazionali – Tutor

Antonella Costantino: Past-President - Rappresentante Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

Pietro Ferrara: Vicepresidente Società Italiana di Pediatria (SIP)

Piero Valentini: Docente in Pediatria Generale e Specialistica - Rappresentante Società Italiana di Pediatria (SIP):

Francesca Donati: Direzione Generale cura della persona, salute e welfare - Rappresentante Regione Emilia-Romagna

Carmela Crispi: Rappresentante della Direzione Famiglia e Politiche Sociali del Comune di Catania

Rosa Rosnati: Psicologia Sociale - Rappresentante dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Scienze Politiche e sociali

Ha partecipato al Tavolo di lavoro il Vice Presidente della Commissione per le adozioni internazionali, dott. Vincenzo Starita.

Ha partecipato, altresì, il Coordinatore dell'Ufficio III, Segreteria Tecnica CAI, dott.ssa Adriana Raffaele.

CONTRIBUTI DEI PARTECIPANTI AL TAVOLO

Riunione del 16 settembre 2025

- Allegato 01 – Contributo La Primogenita
- Allegato 02 – Contributo Commissario Sampogna
- Allegato 03 – Contributo Comune di CATANIA
- Allegato 04 – Contributo ENTI Senza Frontiere
- Allegato 05 – Contributo Ente Bambarco
- Allegato 06 – Contributo Regione Emilia-Romagna
- Allegato 07 – Contributo di sintesi del Gruppo di Lavoro

Riunione del 15 ottobre 2025

- Allegato 08 – Contributo Caso Special Need Ente OLA
- Allegato 09 - Contributo Comune di Catania
- Allegato 10 – Contributo Ente La Primogenita
- Allegato 11 – Contributo Consiglio direttivo SIP
- Allegato 12 – Contributo Francesca Donati Regione Emilia-Romagna
- Allegato 13 – Contributo Ente Bambarco

Riunione del 17 novembre 2025

- Allegato 14 – Contributo Comune di Catania
- Allegato 15 - Contributo Ente la Primogenita
- Allegato 16 – Contributo Ente Bambarco
- Allegato 17 – Contributo Ente Senza Frontiere
- Allegato 18 – Contributo Prof. Valentini
- Allegato 19 – Contributo Prof.ssa Rosnati