



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 Sarnacchiaro 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, Consulitori, 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 deprivazione;
 - 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 fratrie.
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), pedagogo 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-fraternali;
- 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 Sjamo 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.

ALLEGATI

• Allegato 01 – Contributo Maria Grazia Magrini Rappresentante Enti autorizzati.....	22
• Allegato 02 – Contributo Renato Sampogna Commissario CAI - MLPS.....	25
• Allegato 03 – Contributo Carmela Crispi Comune di Catania.....	27
• Allegato 04 – Contributo Susanna Galuppo Rappresentante Enti autorizzati.....	30
• Allegato 05 – Contributo Simonetta Vernillo Rappresentante Enti autorizzati.....	34
• Allegato 06 – Contributo Francesca Donati Regione Emilia-Romagna.....	36
• Allegato 07 – Contributo di sintesi intermedia del Tavolo di lavoro.....	37
• Allegato 08 – Contributo Caso <i>special need</i> Coordinamento OLA.....	41
• Allegato 09 – Contributo Carmela Crispi Comune di Catania.....	47
• Allegato 10 – Contributo Maria Grazia Magrini Rappresentante Enti autorizzati.....	53
• Allegato 11 – Contributo Consiglio direttivo SIP	57
• Allegato 12 – Contributo Francesca Donati Regione Emilia-Romagna	61
• Allegato 13 – Contributo Simonetta Vernillo Rappresentante Enti autorizzati.....	63
• Allegato 14 – Contributo Carmela Crispi Comune di Catania	67
• Allegato 15 – Contributo Maria Grazia Magrini Rappresentante Enti autorizzati.....	71
• Allegato 16 – Contributo Simonetta Vernillo Rappresentante Enti autorizzati.....	75
• Allegato 17 – Contributo Susanna Galuppo Rappresentante Enti autorizzati.....	78
• Allegato 18 – Contributo Prof. Piero Valentini Società Italiana di Pediatria	81
• Allegato 19 – Contributo Prof.ssa Rosa Rosnati UCSC Millano.....	83
• Allegato 20 – Contributo special needs in adolescenza a cura di Renato Sampogna Commissario CAI MLPS.....	89

CONTRIBUTO AL TAVOLO 3 - SPECIAL NEEDS

Inviato da Maria Grazia Magrini – rappresentante Ente Autorizzato La Primogenita I.A.

Il Permanent Bureau dell'Aja individua e definisce “bambini con bisogni speciali” i minori che presentano le seguenti caratteristiche:

- disturbi del comportamento o traumi;
- disabilità fisica e mentale;
- bambini di età superiore ai 7 anni;
- bambini che fanno parte di gruppi di fratelli.

Se si considera che circa il 70 % dei bambini che entrano in Italia con l'adozione internazionale presenta una o più delle suddette caratteristiche, si può capire quanto sia importante un intervento a tutto campo che sia di supporto e di ausilio alle famiglie, che troppo spesso si trovano da sole a dover fronteggiare tutta una serie di problemi nuovi che si presentano loro con l'arrivo dei figli adottivi, soprattutto se con bisogni speciali.

Bisogna soffermarsi sul fatto che la quasi totalità dei minori adottati presenta problemi a livello psicologico e buona parte a livello psichico, sia nella fase iniziale di adattamento che nelle fasi successive di crescita, con particolare rinnovata intensità nel periodo adolescenziale.

E dunque, iniziare il percorso con una formazione adeguata della coppia adottante è il primo passo da compiere verso una genitorialità in cui la consapevolezza della realtà delle cose, ossia del molto probabile abbinamento con un bambino avente bisogni speciali, conduca ad accantonare diverse aspettative.

Il primo aspetto da considerare è quello dell'abbandono.

Ogni bambino adottato dovrà fare i conti con questo aspetto della sua vita. Ne dovrà affrontare il pensiero, i ricordi, le sofferenze che ne sono scaturite e che sono diventate ferite da curare. I bambini adottati hanno bisogno di sapere e di sentire, e che venga spesso loro ripetuto, che i nuovi genitori per loro ci saranno sempre e che insieme si potranno affrontare tutte le difficoltà che si presenteranno; rassicurarli sulla genitorialità nei loro confronti è fondamentale, anche quando dai figli verrà negata (alla provocazione “voi non siete mio padre e mia madre” non si deve tentennare e rispondere sicuri “ma tu per noi sei e sarai sempre nostro/a figlio/a).

Molti sono i disturbi a livello neuropsichiatrico o psicologico diagnosticati ai bambini adottati.

I più frequenti sono l'iperattività e disturbo attentivo (ADHD), i disturbi del comportamento e della condotta, il disturbo oppositivo-provocatorio, l'ansia, la depressione, i disturbi dell'apprendimento, le difficoltà emozionali.

Ho sentito alcuni psicoterapeuti dire che spesso vi è carenza nella diagnosi del "disturbo post-traumatico da stress" che perciò molto spesso non viene da subito affrontato e trattato in modo adeguato.

Tutti questi disturbi, se precocemente e adeguatamente diagnosticati e curati, tendono a migliorare molto o addirittura a sparire col tempo. La psicoterapia è fondamentale in questi casi, sia a livello individuale che a livello di gruppo familiare. Si devono sensibilizzare al massimo i genitori su questo punto e convincerli della necessità di consultare da subito degli specialisti per affrontare il giusto percorso.

Bisogna informare anche sul fatto che spesso nel periodo adolescenziale problemi e comportamenti che sembravano superati tendono a riproporsi, con ricadute in tutti gli ambiti: negli apprendimenti scolastici; nell'organizzazione della vita quotidiana; nelle relazioni familiari; nelle relazioni amicali.

Essenziale è che i futuri genitori adottivi siano consapevoli del fatto che con un'adeguata informazione e formazione personale, ed agendo in sinergia con specialisti, sanità e scuola, la stragrande maggioranza di loro sarà in grado di affrontare situazioni di questo tipo.

Per quanto riguarda i problemi fisici e sanitari dei bambini in ingresso in Italia, spesso si tratta di disturbi della vista, come lo strabismo, problemi di non grave entità al cuore, ai reni o ad altri organi, labbro leporino. Nel 90% dei casi si tratta di problemi completamente risolvibili con intervento chirurgico.

Sono pochi invece i casi di disturbi e malattie più gravi. La coppia adottante che dovesse sentirsi pronta ad accogliere un bambino con gravi disabilità, deve avere davanti un quadro estremamente chiaro sulla irreversibilità della patologia. Ferma restando la possibilità di miglioramenti con cure mediche adeguate.

Per quanto riguarda le criticità che gli Enti Autorizzati si trovano ad affrontare nel loro lavoro di individuazione del minore da proporre in abbinamento alla coppia, esse consistono soprattutto nelle seguenti:

- difficoltà a trovare coppie disponibili ad adottare bambini intorno ai 10 anni o più;
- scarsa o quasi nulla consapevolezza che il 70% dei minori in ingresso è "special needs";
- per chi lavora con l'India già da un po' vi è una difficoltà sempre crescente ad ottenere informazioni corrette sullo stato di salute dei bambini poiché, mentre sulla scheda ufficiale sono riportati difetti meno gravi, dopo aver dato la disponibilità vengono aggiunti difetti o patologie molto più gravi.

Al fine di ovviare a questo scorretto comportamento, sarebbe opportuno un intervento della CAI.

Per ciò che riguarda l'organizzazione della formazione, essa andrebbe organizzata capillarmente cominciando dal funzionamento dei Protocolli Regionali (anche qui sarebbe utile un intervento della CAI per sensibilizzare e spingere a livello regionale) e continuando con l'organizzazione di incontri di formazione per le coppie adottanti.

Attualmente sembrerebbero essere solo due le Regioni attive in questo senso: il Piemonte e l'Emilia Romagna.

Per quanto riguarda l'Emilia Romagna, sono a conoscenza del funzionamento dei suddetti corsi, avendo l'Ente Autorizzato La Primogenita, di cui faccio parte, sede in detta Regione e avendo già partecipato più volte agli stessi incontri la nostra Presidente in qualità di relatore-formatore.

Gli incontri di formazione on line, in genere nel numero di sei, vengono organizzati a gruppi di coppie adottanti, con la presenza delle figure professionali aventi conoscenze specifiche in questo settore, compresi gli Enti Autorizzati.

Due degli incontri suddetti sono incentrati sull'informazione e sulla formazione relativa all'adozione internazionale. Il rappresentante degli enti autorizzati allo scopo prescelto, relaziona alle coppie partecipanti esponendo il funzionamento dell'adozione internazionale dal punto di vista procedurale.

Passa poi ad affrontare il tema specifico delle problematiche da affrontare coi bambini provenienti da altri Paesi, descrivendo la situazione reale attuale che le coppie andranno ad incontrare, ovvero il fatto che la quasi totalità di bambini in ingresso rientra nella categoria "Special Needs"; soffermandosi poi sulla descrizione puntuale dei bisogni specifici, al fine di sviluppare negli aspiranti genitori la consapevolezza della situazione reale.

La regione Emilia Romagna riconosce un contributo agli Enti Autorizzati partecipanti per lo svolgimento dell'attività formativa.

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO SU *SPECIAL NEEDS* E INCLUSIONE SOCIALE

Come noto, i minorenni disponibili all'adozione internazionale caratterizzati da *special needs*, secondo gli strumenti internazionali che supportano l'attuazione della Convenzione de l'Aja¹ sono minorenni in situazione di disabilità fisiche o mentali, disturbi del comportamento o traumi, disabilità fisiche o mentali, ma anche minorenni di età superiore ai 7 anni oppure parte di un gruppo di fratelli o sorelle.

Per quanto riguarda gli strumenti nazionali di monitoraggio dei dati sui servizi rivolti a bambini e bambine sul SIOSS² - Banca dati servizi attivati Moduli 4, 5, 6, 7, si segnala che, nelle definizioni generali, si lega all'area della "disabilità, disturbi psichiatrici, problemi sanitari" la seguente definizione: si considerino i bambini che presentano "durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive, o sensoriali", certificate secondo la legge 104/92 3 oppure Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) (legge 170/2010), Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività (ADHD) (C.M. 2213/2012 (ADHD) MIUR), Deficit del linguaggio, Deficit delle abilità motorie Deficit delle abilità non verbali, Svantaggio socio-economico, linguistico e culturale BES (DSL – Direttiva MIUR del 27/12/12)

Tuttavia, il concetto di *special needs* non pare limitarsi solo all'area dei bisogni speciali educativi o esclusivamente sanitari, ma anche a bisogni connessi a condizioni di particolare vulnerabilità, anche temporanea, che necessitano di un intervento di supporto inclusivo mirato e appropriato finalizzato a rimuovere o contrastare le condizioni che impediscono una piena fruizione delle possibilità offerte dal contesto in cui i minorenni vivono.

In questa condizione possono ricadere, dunque, minorenni ad alto rischio di esclusione sociale in conseguenza di una condizione di particolare svantaggio, per esempio in conseguenza di *background* migratorio o scarsa conoscenza della lingua italiana, oppure perché allontanati dalla propria famiglia di origine durante la minore età, oppure ancora minorenni che vivono in famiglie in condizione di vulnerabilità ed in contesti caratterizzati da condizioni di degrado.

L'inclusione dei minorenni con *special needs* nel sistema sociale e dei servizi non assume, dunque, in questo contesto, particolare rilevanza in quanto condizione di minorenni adottati *strictu sensu*, bensì in quanto soggetti in condizione - temporanea o meno - di particolare svantaggio o criticità e deve esser inquadrato nella consapevolezza della necessità e urgenza di costruire una rete di servizi multiprofessionali a supporto dei minorenni e delle famiglie, che sia caratterizzata da uno stretto raccordo con la scuola e con le agenzie educative nel percorso di accompagnamento dei minorenni in condizione di particolare vulnerabilità.

In quest'ottica, la nuova programmazione del piano sociale nazionale / piano povertà 2024-2026 e quella del PN Inclusione 21-27 sopra citate offrono ampi spazi di implementazione di politiche

¹ *The Implementation and Operation of the 1993 Hague Intercountry Adoption Convention Guide No.1 GUIDE TO GOOD PRACTICE* – HcCH.

Guide No 1 under the Hague Convention of 29 May 1993 on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption

² Il SIOSS (Sistema informativo unitario dei servizi sociali) assicura una compiuta conoscenza della tipologia, dell'organizzazione e delle caratteristiche dei servizi attivati, inclusi i servizi per l'accesso e la presa in carico, i servizi territoriali comunitari e i servizi territoriali residenziali per le fragilità, i servizi dedicati all'affidamento familiare e all'accoglienza residenziale dei minorenni. L'implementazione dei moduli 4, 5 e 6 e 7 sono supportati attraverso una Nota tecnica per la compilazione dei dati sui servizi rivolti ai minorenni



finalizzate a includere minorenni soggetti ad alto rischio di esclusione sociale in conseguenza di una condizione temporanea di svantaggio sociale, economico e di povertà educativa.

E' evidente che diventa sempre più centrale il ripensamento dei servizi nell'ottica del lavoro multidisciplinare con equipe multiprofessionali che curano la fase di accompagnamento e presa in carico. In quest'ottica, con Decreto Direttoriale n.159 del 20 giugno 2025 con il quale è stato approvato il **bando di concorso nazionale** per il reclutamento di 3.839 unità di personale per l'assunzione, con contratto di lavoro a tempo pieno e determinato per la durata di tre anni, da parte degli Ambiti territoriali sociali (ATS). Si tratta di una iniziativa promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali per contribuire concretamente al rafforzamento dei servizi sociali territoriali, formando, creando una cultura condivisa sui bisogni speciali, costruendo equipe multidisciplinari stabili e competenti, rafforzando la capacità di coordinamento tra pubblico e terzo settore, superando la logica della delega e promuovere una presa in carico integrata. L'iniziativa, finanziata con 545 milioni di euro, si inserisce nel quadro degli interventi del PN Inclusionione e lotta alla povertà 2021-2027 che mirano a rafforzare in modo strutturale la capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, in un'ottica di integrazione tra i livelli di governo e nel rispetto del principio di sussidiarietà. Il Bando arriva a valle di una ricognizione puntuale del fabbisogno di personale per specifica figura professionale, a livello territoriale, per il triennio 2025-2027. Le assegnazioni, sulla base dei criteri di riparto elaborati dal Ministero, hanno riguardato 540 Ambiti territoriali sociali e sono così ripartite tra i vari profili professionali: 979 funzionari psicologi; 954 funzionari educatori socio-pedagogici; 297 funzionari pedagogisti; 873 funzionari amministrativi e 736 funzionari contabili. Tale Bando sostiene l'attuazione del LEPS sui servizi per la valutazione multidimensionale previsto dalla programmazione nazionale del FNPS.



Comune di Catania Direzione Famiglia e Politiche Sociali

E.Q. di Responsabilità Familiari – Minori – Affidato – Adozioni – Infanzia (Asili nido)



Tavolo di lavoro *Special needs*

1. Premessa: dall'esperienza sul campo ad alcune proposte fattive

L'esperienza maturata presso il Comune di Catania all'interno dell'Ufficio Adozioni (un servizio specialistico che espleta le funzioni inerenti a tutte le fasi del percorso adottivo: preparazione/formazione, valutazione/indagine psicosociale, accompagnamento, vigilanza e sostegno nel post adozione), in una realtà di grande collaborazione con tutti gli attori coinvolti nel processo adottivo, attraverso protocolli d'intesa e prassi consolidate, mi permette oggi di riflettere su quanto e come si potrebbe ancora migliorare un servizio e, al contempo, come omologare procedure standardizzate su tutto il territorio nazionale.

Nell'ottica di predisporre opportunamente il sistema in cui si inseriscono i bambini portatori di bisogni educativi speciali (*special needs*) e prevenire e/o limitare possibili rischi fallimentari, **simili forme stabili di collaborazione – procedure integrate tra Istituzioni e Servizi** (TM, CAI, Enti Locali Asp, EE.AA.) che mostrano coesione e unità d'intenti – costituiscono una **rassicurante presentazione** per chi si appresta ad intraprendere un iter delicato e complesso quale quello dell'Adozione e rimangono un riferimento di stabile continuità per coloro che, dopo, diventano famiglia adottiva.

Annoto a seguire alcune **proposte attuative**, concepite proprio a partire dalla mia personale esperienza lavorativa.

2. Definire una linea temporale tra la fase formativa e la fase valutativa ovvero la **Formazione prima della Dichiarazione di disponibilità all'Adozione**

Una buona **preparazione dell'aspirante genitore adottivo**, non solo lo orienta verso una scelta consapevole ma lo predispone ad una maggiore apertura e autenticità nei confronti dell'intero percorso valutativo, consentendogli di superare così le naturali diffidenze e/o resistenze davanti all'ignoto e di sperimentare, quindi, un approccio fiduciario nei confronti delle istituzioni coinvolte nel percorso adottivo (giudici togati, giudici onorari, assistenti sociali, psicologi, operatori degli EE.AA., ecc.). Tutto questo comporta di conseguenza una maggiore collaborazione tra gli attori del processo per giungere così ad un Decreto d'Idoneità maggiormente corrispondente alle reali capacità/disponibilità di accoglienza del soggetto sottoposto a valutazione.

PER LA FASE FORMATIVA

Si propone di istituzionalizzare la **Preparazione/Formazione** degli aspiranti genitori adottivi, rendendola **obbligatoria** piuttosto che lasciata alla buona volontà e competenza dell'operatore di turno. Tale formazione dovrebbe passare dall'**attivazione di corsi** tenuti da un'**Equipe Integrata** di figure professionali (ad es. dell'ASP e del Comune) a seguito di incarico formale. Ad oggi, nel territorio di Catania, dietro suggerimento del TM, è prevista una prassi specifica alla quale fa riferimento l'intera provincia (sarebbe auspicabile che avvenisse la stessa cosa anche nelle altre province afferenti allo stesso tribunale). Nell'ambito di tali corsi, è opportuno:

- a) procedere sulla base di un **dettagliato Programma Tecnico** basato su **temi** psico-sociali, socio-culturali, pedagogici e giuridico-istituzionali (ad es. le differenze tra adozione nazionale e internazionale nelle procedure burocratiche e legislative, le caratteristiche del bambino adottivo e i suoi bisogni speciali, la ricerca delle origini, ecc.);
- b) prevedere la **partecipazione** degli **EE AA** per approfondire gli aspetti e le procedure per le Adozioni Internazionali;
- c) prevedere il coinvolgimento di **famiglie affidatarie e/o Associazioni di Famiglie** per sottolineare la differenza tra affido etero-familiare e affido pre-adottivo ma soprattutto per ricordare ai futuri genitori adottivi l'importanza del legame affettivo che il bambino ha creato con la famiglia affidataria o con la figura di riferimento della struttura comunitaria;
- d) prevedere incontri con **famiglie adottive** che possano testimoniare la loro esperienza;
- e) rilasciare un **Attestato di Partecipazione** al corso, formalmente riconosciuto dai Tribunali per i Minorenni, indispensabile per poter depositare successivamente la Dichiarazione di Disponibilità all'Adozione;
- f) predisporre un **Questionario di Rilevazione del Gradimento**, utile a rilevare il livello di soddisfazione dei partecipanti ai corsi di formazione alla genitorialità adottiva e monitorare e migliorare il servizio offerto.

PER LA FASE VALUTATIVA

Si propone quanto segue.

- a) Introdurre, laddove non esista già (come nel caso di Catania), il **Modello dell'Equipe Integrata anche per la valutazione** (assistente sociale e psicologo) nel rispetto delle procedure, delle competenze specifiche e dei tempi dettati dalla normativa.
- b) Elaborare/indicare, per mantenere criteri quanto più possibile omogenei nel processo di valutazione, un **Modello di Relazione** (ad es. secondo quanto indicato da Palacios 2007) che possa orientare il professionista su argomenti e aspetti da approfondire rispetto agli aspiranti genitori adottivi e che gli consenta di redigere per il TM una "dettagliata relazione" contenente tutti quegli elementi utili a valutare l'idoneità all'adozione.
- c) Avviare un **"Tirocinio Formativo" per gli aspiranti genitori adottivi** sotto forma di volontariato: nella fase dell'attesa o forse ancor prima, essi potrebbero vivere un'esperienza di volontariato, presso case-famiglie e/o strutture per minori, finalizzata alla conoscenza diretta e reale dei bambini in stato di abbandono.
- d) Prima dell'emissione del Decreto d'Idoneità da parte del TM, calendarizzare un **incontro tra i GG.OO. e i professionisti dell'Equipe Integrata** che hanno conosciuto i genitori adottivi durante l'iter valutativo per un confronto sulle reali "disponibilità/capacità" di accoglienza degli stessi.

PER LA FASE DI ATTESA

Si propone di avviare **Corsi Specifici di Approfondimento** per offrire agli aspiranti genitori adottivi che già hanno completato l'iter valutativo ulteriori incontri formativi con specialisti esperti nel settore (giudici onorari, tutori, neuro-psichiatri infantili, psicoterapeuti, pedagogisti, Associazioni di Genitori adottivi ecc.). A Catania ad es., tale prassi è stata sperimentata una prima, e ancora unica, volta con il titolo "I tempi dell'attesa".

PER LA FASE DEL POST ADOZIONE

Si propone quanto segue.

- a) Introdurre, anche nel caso delle adozioni internazionali, **un Percorso di Sostegno alla genitorialità** per tutte le coppie/i single che hanno adottato e che si accingono ad affrontare la nuova e delicata fase di convivenza con i figli. I neo-genitori, nel timore di esternare le eventuali difficoltà insorte al rientro, si trovano infatti a vivere spesso in totale solitudine la routine giornaliera e le nuove dinamiche relazionali intrafamiliari e non riescono a focalizzare da soli i primi sintomi di un possibile rischio fallimentare. Può ad es. capitare che alcuni disagi dei minori vengano medicalizzati piuttosto che inseriti in un processo di sostegno psicoterapeutico di tipo familiare, in molti casi risolutivo.
- b) Organizzare **Gruppi di Mutuo aiuto** in collaborazione con l'ASP e/o gli EEAA, per dare la possibilità alle coppie/ai single che sono diventati "famiglia adottiva" di non sentirsi soli nel periodo del post adozione e per riservare loro uno spazio di confronto, soprattutto nelle fasi più delicate (l'inizio della convivenza, l'inserimento scolastico, la fase adolescenziale ecc.).

I suindicati percorsi (percorso di sostegno alla genitorialità e/o gruppo di mutuo-aiuto), per poter essere efficaci nella loro funzione di supporto alla nuova famiglia, dovranno avere la durata di un **tempo congruo** dopo l'adozione (es. tre anni).

Roma, 16 settembre 2025

Dott.ssa Carmela Crispi

Tavolo di Lavoro per il progetto CAI **SPECIAL NEEDS**

Gentilissimi,

dopo la riunione del 22 luglio ci siamo riuniti per riflettere e per concordare il seguente contributo volto al ricercare una definizione comune del concetto Special needs come da voi richiesto. Di seguito le nostre riflessioni:

Nonostante il report dell'anno 2024 abbia evidenziato una percentuale del 65% di bambini adottivi special needs, tutti abbiamo concordato nel dire che in realtà nessun bambino in stato di abbandono e dichiarato adottabile può rientrare nel profilo del così detto "bambino sano senza traumi" perché non presenta disabilità, o è piccolo, o non fa parte di fratrie numerose.

Partendo dalla definizione data dalla Convenzione de L'Aja che viene riportata anche nel portale Dora - dove inseriamo le caratteristiche del bambino proposto in adozione - risulta evidente come TUTTI i bambini in stato di abbandono rientrino in una di queste categorie e pertanto debbano essere considerati bambini che hanno dei bisogni speciali.

Allora, chiarito che nell'adozione non esiste il bambino "sano, senza traumi" possiamo partire dalla definizione di salute dell'OMS e da questo, per sottrazione, arrivare al concetto di special needs.

Precisamente l'OMS (Salute - Manual for Human Rights Education with Young people) descrive lo stato di salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o infermità"

Questa definizione include una dimensione olistica che va ben oltre la presenza di patologie.

Viene da sé che già il solo abbandono, di cui è portatore il bambino adottivo, è di per sé un trauma grave che implica l'esigenza di un supporto specifico che ciascun bambino esprimerà una volta entrato in famiglia.

Il nostro obiettivo allora dovrebbe essere quello di trovare una definizione di "SUPPORTO SPECIALE", che senza costringere in rigide categorie, costituisca

un “*CRITERIO GUIDA*” per orientare valutazioni e interventi di sostegno dove il focus non è da cercare nella “mancanza” del bambino, ma nella “*RISPOSTA SPECIALE*” che richiede il bambino e la “famiglia speciale” che lo accoglie.

Nel concreto, cercando anche di dare una indicazione per delle eventuali linee guida che portino ad un aiuto anche economico alle famiglie riteniamo che sia importante:

- 1) Identificare come prima cosa la presenza o l’assenza del rischio di una mancata autonomia futura o della presenza di problematiche irreversibili che determina in modo chiaro la gravità dello stato di abbandono.
- 2) Identificare dei percorsi che rispondano al bisogno speciale che il bambino manifesta esempio:
 - a) percorso psicoterapeutico/neuropsichiatrico
 - b) percorso fisioterapico/riabilitativo
 - c) percorso logopedico
 - d) percorso di supporto all’inserimento scolastico(es: insegnante di sostegno)
 - e)
- 3) A fronte di una richiesta specialistica, che dovrebbe essere data dalla rete rappresentata dalla Pediatria di base e/o dai centri GLNBI-SIP che sono presenti sul territorio, o dai Servizi sociali, prevedere l’inserimento in uno di questi percorsi.

In questo modo il contributo economico erogato sarebbe efficace e specifico per l’esigenza manifestata.

Consapevoli che la manifestazione del “bisogno speciale” non ha un tempo prevedibile, potrebbe essere una soluzione immaginare dopo l’ingresso almeno un anno di tempo prima della richiesta del contributo.

In questo modo verrebbe anche superato il problema della diversa attendibilità di informazioni presenti nelle schede dei vari Pesi.

Se poi fosse necessario fare una griglia che consenta di inserire le richieste in uno dei percorsi e trovare le cause che la motivano, partendo dal presupposto che si deve trattare di una griglia in *continua evoluzione*, possiamo suggerire di arricchire ciascuna delle 4 categorie identificate dalla classificazione de L’Aja :

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). : TRAUMI conseguenti allo STATO DI ABBANDONO :

- . Abusi

- Fisico (maltrattamento, grave trascuratezza)

- Sessuale
- Emotivo

Negligenza

- Fisica (mancanza di cure primarie, cibo, sicurezza)
- Emotiva (mancanza di attenzione, affetto, ascolto)

Disfunzioni familiari

- Presenza di violenza domestica
- Genitore con ritardo mentale o alterazioni mentali (patologie psichiatriche)
- Dipendenza da alcol o droghe

2) Minori con incapacità fisiche e mentali di vario genere.

PROBLEMI DI SALUTE FISICA

- Malattie croniche (es. HIV, epatite B o C, diabete, cardiopatie congenite, patologie respiratorie, neurologiche ed endocrino-metaboliche)
- Disabilità fisiche (es. malformazioni scheletriche, paralisi cerebrale infantile, spina bifida, sordità, cecità)
- Patologie sanitarie che richiedono intervento chirurgico (malformazioni della cavità orale, patologie cardiache, dell'apparato scheletrico ecc.)
- Esiti di prematurità, malnutrizione, ritardi nella crescita, ecc.

DISABILITA' o DISTURBI dello SVILUPPO o MENTALI

- Disturbi del Neurosviluppo (Disabilità intellettiva, Disturbi della comunicazione, Disturbo dello spettro autistico, Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Disturbi specifici dell'apprendimento)
- Disturbi del comportamento e della sfera affettiva (oppositività, aggressività, provocazioni, impulsività, disregolazione emotiva)
- Disturbo dell'attaccamento (sfiducia, ritiro, attaccamento insicuro evitante/ambivalente/ disorganizzato)

3) Minori con età superiori ai sette anni.: oltre alla presenza delle problematiche del punto 1 il bambino deve essere supportato nell'inserimento scolastico

4) Fratrie.

Questo contributo è stato elaborato e condiviso dai seguenti Enti:

Ai.Bi. AMICI dei BAMBINI ETS
ANPAS ODV
ARCOBALENO ONLUS
A.S.A. Associazione Solidarietà Adozioni ETS
C.I.F.A.
I FIORI SEMPLICI APS
ASSOCIAZIONE ERNESTO ODV ETS
G.V.S. Gruppo di Volontariato "Solidarietà" ODV ETS
IL MANTELLO ODV ETS
N.A.A.A. Network Aiuto Assistenza Accoglienza ODV ETS
SENZA FRONTIERE ETS
S.J.A.Mo São José Amici nel Mondo APS
S.P.A.I. Servizio Polifunzionale per l'Adozione Internazionale ETS

Un cordiale saluto
Dott.ssa Susanna Galuppo
VicePresidente Senza Frontiere ETS

Tavolo CAI “Special needs”

Dott.ssa Simonetta Vernillo, psicologa e psicoterapeuta

Le realtà dell'adozione internazionale osservata soprattutto negli ultimi anni e l'esperienza sul campo, definiscono l'importanza di poter riflettere sulle possibili declinazioni del concetto di bisogni speciali nei bambini adottati, per accrescere la conoscenza degli aspiranti genitori a favore di accoglienze più consapevoli e adeguate ai bisogni dei minori. Per le famiglie che intendono intraprendere il percorso adottivo, la definizione stessa di bambino special needs, in assenza di un'autentica consapevolezza o disponibilità, può fondare confusione, timori e pregiudizi verso possibili processi elaborativi di apertura all'accoglienza. Diviene quindi necessario sensibilizzare e formare, ad una corretta lettura e comprensione degli SN, soprattutto nelle prime fasi del progetto adottivo e in condivisione con tutti i successivi attori istituzionali che accompagneranno le famiglie. Per tali ragioni, si ritiene importante che la possibile declinazione del concetto di bambini in adozione con SN, possa essere facilmente comprensibile anche ai non esperti, per permettere ai futuri genitori di elaborare le reali risorse e limiti rispetto all'accoglienza, ed eludere le false convinzioni rispetto ai bambini in stato di adottabilità.

Riprendendo le definizioni di SN presentate dalla Convenzione dell'Aja (1993-2009) e dalla Commissione Adozioni Internazionali (Report 2023), si condividono alcune brevi riflessioni:

SN per “presenza di traumi, problemi comportamentali, incapacità fisiche e mentali”

Rispetto agli SN di tipo psicologico, comportamentali o legati a traumi, si ritiene importante poter riflettere sulla necessità che possano rispecchiare maggiormente la realtà anche dei paesi stranieri, con significati meno generali ed approssimativi, per eludere confusione e incomprensione per chi non è un professionista o un operatore esperto. Premettendo che ogni caso è specifico, ed ogni storia diversa ed unica, si dovrebbe riconoscere come tutti i minori in stato di adottabilità, abbiano vissuto la separazione forzata dal caregiver, situazione traumatica che ne altera la fisiologica condizione di crescita (Bolwby, 1982). Il trauma dell'abbandono, nell'accezione più ampia del termine, è quindi sempre presente portando inevitabilmente, a manifestazioni comportamentali alterate e a possibili ritardi dello sviluppo. Per tali ragioni, si ritiene importante che una possibile declinazione del concetto di SN nei bambini adottivi possa essere svincolata da questa condizione generale di svantaggio e possa trovare maggiore adesione alle nomenclature internazionali, differenziando la classificazione medica di disabilità e disturbi del neurosviluppo (oggi declinate in “incapacità fisica e mentale”) dalle altre classificazioni di disturbi psicologici (oggi declinate in “presenza di gravi traumi, problemi di comportamento”). Una maggiore e più chiara distinzione, potrebbe aiutare l'aspirante genitore adottivo ad elaborare le proprie risorse e limiti, riconoscendo che il bambino che accoglierà, presenterà sempre bisogni speciali associati alla sua condizione e, altresì, potrebbe presentare comorbidità con SN più specifici e riconosciuti (malattie diagnostiche e denominate tramite nomenclature internazionali). Questa distinzione si ritiene importante per permettere di eludere possibili pregiudizi e diagnosi “fai da te” in assenza di certificazione medica, dove alcuni comportamenti osservabili nel bambino, potrebbero essere la rappresentazione delle ripercussioni sullo sviluppo delle pregresse condizioni di vita, o sintomi prodromici di un disturbo non ancora diagnosticabile ma non associato alle privazioni che nella fase di abbinamento, non è possibile chiarire.

SN per abusi e maltrattamenti

Poiché non è possibile escluderli, anche se non presenti nelle cartelle cliniche dei minori per non conoscenza o per omissioni, l'indicazione riportata all'interno della nomenclatura degli SN senza una specifica, potrebbe comportare confusione nell'aspirante genitore, soprattutto nei primi passi del progetto adottivo. Altresì, aggiungere una spiegazione rispetto alla realtà, dove l'assenza nelle cartelle cliniche di questi SN non

definisce l'uguale certezza dell'assenza nella storia del bambino, permetterebbe al genitore di elaborare ed accettare la possibilità che queste esperienze potrebbero far parte della storia del figlio, per ridurre eventuali crisi/rifiuti successivi quando esplicitati dai racconti del minore.

SN per età maggiore di 7 anni

Come già riportato precedentemente, tutti i bambini che hanno vissuto una separazione dal caregiver, per qualsiasi causa e in qualsiasi età, svilupperanno alterazioni nella fisiologica condizione di crescita. Riconoscendo come tutte le tappe evolutive di un bambino siano fondanti e che più anni in situazioni di incuria, istituzionalizzazione ecc. determini una maggiore esposizione a situazioni traumatiche, dall'esperienza clinica si evince che l'accoglienza adottiva di un minore di età superiore ai 7 anni non definisce inevitabilmente, maggiori difficoltà nel successivo sviluppo o nella costruzione dell'attaccamento con i genitori adottivi. Nel periodo della pubertà, per i cambiamenti fisici ma soprattutto psicologici e di formazione dell'identità e del sé, si circoscrive invece, la possibilità di maggiori difficoltà per il minore a cambiare il proprio ambiente di vita ed affidarsi alle cure di nuovi caregiver. Per tali ragioni, nell'interesse di dare dignità alla condizione del minore e permettere una maggiore consapevolezza nelle famiglie che si avvicinano al percorso adottivo, si ritiene importante portare una riflessione su come il riferimento numerico possa essere abbandonato a favore di una nuova indicazione che possa premettere la specificità del singolo caso e definire il periodo della pubertà, nella sua accezione più ampia, il delimitatore di SN per età. Indicazione che si dimostra maggiormente uniformata allo scenario internazionale, dove non tutti i paesi d'origine inseriscono nelle liste SN, i bambini sopra i 7 anni. Inoltre, negli aspiranti genitori adottivi, si osserva una tendenza a ritenere le indicazioni di SN, il discriminante rispetto alle loro disponibilità, portando a convinzioni rigide che non permettono un'autentica elaborazione. Convinzioni che poi si scontrano con la realtà quando le aspiranti famiglie si trovano a dover modificare le loro disponibilità durante il percorso, non per reale elaborazione, ma in necessità di proseguire nel progetto adottivo in quanto, la legge italiana, determina una progressiva modifica della disponibilità (coniugi con età già avanzata e tempi d'attesa lunghi), o quando si trovano ad essere accettati in una prestabilita fascia d'età per i limiti descritti dalle linee guida interne del paese straniero (India, ad esempio, dove la somma dell'età dei coniugi determina la fascia d'età del minore che possono accogliere, sovrastando la legge italiana e la loro reale disponibilità). In queste circostanze, con tempi di elaborazione non sempre sufficienti, le famiglie si trovano a dover dare la disponibilità per bambini ritenuti SN per l'Italia ma non per il paese straniero, con conseguente impatto nelle motivazioni condivise e nelle scelte successive.

SN fratrie

L'accoglienza di fratelli comporta una disponibilità e risorse specifiche nelle aspiranti famiglie. In questo caso, la specificità non dovrebbe accettare eccezioni poiché le dinamiche relazionali che i minori portano in famiglia si sommano alle singole storie di deprivazione, legate al trauma dell'abbandono. In queste adozioni, gli aspiranti genitori devono elaborare situazioni complesse e specifiche, come le implicazioni derivanti dalla possibilità che i fratelli siano stati insieme durante tutto il periodo dell'istituzionalizzazione, o siano stati separati fino all'adozione. Nel primo caso, ad esempio, i fratelli potrebbero manifestare dinamiche di relazione tra loro di tipo difensivo, non si affidano ai genitori, o di tipo espulsivo. Per cui il più grande affida il fratello alle cure genitoriali con difficoltà ad affidarsi a sua volta. Nel secondo caso, ad esempio, i genitori devono sostenere/supportare il percorso di conoscenza e attaccamento tra fratelli e, allo stesso tempo, costruire il legame di filiazione.

Regione Emilia-Romagna
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Preme innanzitutto evidenziare come si concordi e ci si ritrovi con le riflessioni riportate nel verbale dell'incontro del Tavolo di lavoro del 22 luglio scorso.

Al tempo stesso si ritiene importante sottolineare in particolare come il concetto di “, Special needs” sia ampio e nel concreto delle casistiche vada spesso oltre le abituali classificazioni quindi come a questo sarebbe importante preparare sempre più le coppie.

In particolare, per quanto concerne gli aspetti di salute, questo può essere dovuto: sia alle differenze dei parametri di riferimento sanitari dei vari Paesi, sia alla spesso non completa documentazione sanitaria presente nei fascicoli dei minori, sia alla possibile non correttezza delle diagnosi, redatte in diversi Paesi anche da personale non medico, sulla base solo di osservazioni e non di esami diagnostici, riportando anche patologie passate non più attuali.

Ne deriva come non tutte le situazioni complesse vengano dichiarate “Special needs” nel Paese d’origine e come a questa eventualità bisognerebbe preparare le coppie, introducendo il concetto di “rischio evolutivo”, cui nessun minore risulta esente: anche minori non classificati “Special needs”, possono in realtà presentarne diverse caratteristiche e problematiche e di fronte a queste situazioni sarebbe fondamentale che le coppie non si facessero cogliere impreparate.

*Nella classificazione di “Special needs”, senza entrare nei dettagli delle singole casistiche o patologie, si potrebbe distinguere tra le condizioni più oggettive (seppur pure queste non esenti da eventuali informazioni mancanti e/o errate), come l’età e la presenza di **fratrie**, e dall’altra parte quelle più “soggettive, come: le **incapacità fisiche e mentali** (relativamente a cui le coppie sono solitamente più preoccupate, ma di cui è necessario sottolineare gli aspetti di cui sopra relativi alla completezza di informazioni e alla correttezza della diagnosi del Paese di origine), le situazioni in cui il minore presenta **problemi di comportamento** oppure ha subito **gravi traumi** (spesso sottovalutati dalle coppie, ma rispetto a cui invece risulta fondamentale una sensibilizzazione, per un miglior approccio e cura).*

Francesca Donati

Regione Emilia-Romagna
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Settore Politiche sociali, di Inclusione e Pari Opportunità
Area Infanzia e Adolescenza, Pari Opportunità, Terzo Settore
Sviluppo di interventi in materia di famiglie e tutela minori
V.le A. Moro, 21 - 40127 Bologna
Tel.: 331 4039665
e-mail: francesca.donati@regione.emilia-romagna.it
<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza>

SINTESI DEI CONTRIBUTI

Definizione di *Special Needs* (SN) e sue implicazioni

- Definizione poco chiara e non univoca in letteratura. Spesso confusa e generica, necessita di maggiore chiarezza. Tutti i bambini adottabili hanno vissuto traumi legati alla separazione dal caregiver, ma ciò non deve essere automaticamente classificato come “special need”. È importante distinguere tra disabilità fisiche/mentali e disturbi psicologici o comportamentali, per evitare diagnosi improprie e favorire scelte consapevoli.
- **Traumi, abusi e maltrattamenti:** anche se non sempre documentati nelle cartelle cliniche, non possono essere esclusi. Le famiglie devono essere preparate ad accogliere la possibilità che facciano parte della storia del bambino.
- **Età:** l’attuale riferimento ai “7 anni” come SN è riduttivo. Le difficoltà maggiori emergono piuttosto nella pubertà, per i cambiamenti identitari e psicologici. Serve quindi una revisione che rispetti la specificità dei casi e le pratiche internazionali, evitando rigidità che possono ostacolare la reale disponibilità dei genitori.
- **Fratrerie:** l’adozione di fratelli comporta dinamiche particolari e complesse, che richiedono risorse specifiche da parte delle famiglie. Le relazioni tra i fratelli, segnate dal vissuto precedente (convivenza o separazione), influenzano profondamente l’inserimento e i legami con i genitori adottivi.

Verso una definizione

- **Miller et al. (2016):** per “bisogni speciali” nell’ambito dell’adozione si intende qualsiasi condizione che renda difficile trovare una famiglia adottiva includendo i seguenti fattori (età, fraterie, disabilità mediche/fisiche/emotive, rischi genetici, etnia, esposizione prenatale a fattori di rischio).
- **Conferenza de L’Aja:** SN (disturbi comportamentali o traumi, disabilità fisica/mentale, appartenenza a fraterie, età > 7 anni, condizioni rilevate nel paese d’origine).

Quali patologie rientrano negli SN?

Miller et 2021 (ricerca condotta su un campione di famiglie adottive francese):

Ai genitori è stato chiesto se il loro bambino avesse bisogni speciali (SN) diagnosticati da un professionista. In particolare, è stato chiesto se il bambino avesse condizioni fisico-mediche, ADHD, difficoltà di apprendimento o problemi emotivo-comportamentali. Ai genitori è stato chiesto di fornire i dettagli specifici delle diagnosi del loro bambino.

- **Condizioni fisico-mediche:** labbro/palato leporino, cardiopatie, piede torto, sordità, talassemia, pubertà precoce, HIV, epatite cronica.
- **Difficoltà di apprendimento:** dislessia, disprassia, disturbi del linguaggio/parola, ritardi nello sviluppo.
- **Problemi emotivo-comportamentali:** disturbi dell’attaccamento, PTSD, disturbi alimentari, comportamenti internalizzanti/esternalizzanti.

NOTA BENE:

- In generale nelle ricerche si utilizzano **i genitori come informant**.
- **L'incidenza di SN**: è molto difficile stimarla, in quanto non esistono ricerche condotte su campioni rappresentativi e la maggior parte delle diagnosi viene effettuata dopo l'adozione.

Diagnosi e incidenza nell'ultimo decennio

- Diagnosi spesso fatte **dopo l'adozione**.
- 71% dei SN diagnosticati dopo il collocamento (Miller et al. 2016).
- Alcune condizioni non riconosciute/omesse nel paese d'origine (es. FASD, malattie infettive, avvelenamento da piombo).
- SN che emergono col tempo: problemi comportamentali, scolastici, di salute mentale.
- Prevalenze più alte rispetto ai bambini non adottati:
 - ADHD: 25–46% adottati vs 10% popolazione generale.
 - Educazione speciale: 20–82% adottati vs 6% popolazione generale.
 - Disturbi psichiatrici e dell'attaccamento più frequenti.

Impatto sugli adottivi e sulle famiglie

- **Conseguenze**: più stress genitoriale, minore soddisfazione adottiva, maggiore rischio di fallimento adottivo.

Studi cross-national (Miller et al. 2022; 2025)

- Campione: 685 madri (Italia, Francia, Norvegia, Spagna).
- 54% adolescenti con almeno un SN.
- Distribuzione:
 - 46% nessun SN
 - 38% 1–2 problematiche
 - 11% 3–4 problematiche
 - 6% >4 problematiche
- Variazioni per Paese: più SN in Norvegia/Spagna, meno in Italia/Francia.
- Disturbi più comuni: difficoltà di apprendimento (40%), ADHD (30%), problemi medici (21%).
- Origine: bambini con SN più spesso da Europa dell'Est.
- Fattori culturali e Paese ricevente influenzano prevalenza e tipologia di SN.
- Presenza di SN → più problemi emotivo-comportamentali ma anche maggiore concordanza percezioni madre-figlio sull'adattamento.

Focus su FASD (Disturbi dello spettro alcolico fetale)

- **Definizione**: danno prenatale da esposizione ad alcol → dismorfismi, ritardo crescita, difficoltà cognitive e comportamentali.

Sottotipi: Sindrome Feto-Alcolica (FAS), la forma più grave;

- **Sindrome Feto-Alcolica Parziale (pFAS);**
- **Disturbo Neuroevolutivo Correlato all'Alcol (ARND);**
- **Malformazioni Congenite Correlate all'Alcol (ARBD).**

Gli individui con FASD presentano spesso significative difficoltà cognitive e comportamentali dovute a un danno congenito del sistema nervoso centrale. Tali difficoltà rendono necessarie **interventi educativi mirati** e **supporti personalizzati** per favorire lo sviluppo delle abilità e migliorare il funzionamento quotidiano (Paley & O'Connor, 2011; Popova et al., 2023; Wozniak et al., 2019).

Alta prevalenza negli adottati, soprattutto da Paesi dell'Est Europa.

- **Dati:**
 - Orfanotrofi russi: 680/1000
 - Protezione minorile cilena: 611/1000 (Popova 2019)
 - Prevalenza in studi europei: 23% Spagna – 1% Italia (Miller 2022).
 - In Italia: 7,1% dei bambini adottati internazionalmente (Totaro 2018).
- **Implicazioni:** difficoltà cognitive, comportamentali, deficit funzioni esecutive → forte impatto su stress e carico genitoriale.
- Diagnosi spesso ritardata per mancanza di dati prenatali.

Ricerca recente sulle FASD (La Fico et al. 2025)

- Stress genitoriale ↔ minore benessere emotivo.
- **Fattori protettivi:** supporto del partner (benessere psicologico), supporto degli amici (benessere sociale).
- **Fattore di rischio:** discriminazione sociale → impatto negativo sul benessere dei genitori.

PROPOSTE DI LAVORO

Tutti i bambini adottabili hanno vissuto esperienze che richiedono attenzioni speciali (abbandoni, cambiamenti culturali, linguistici, alimentari). Ecco perché bisognerebbe:

- **Raccogliere e analizzare le caratteristiche di *special needs*** riportate dai principali Paesi di provenienza, per offrire uno strumento comune e condiviso a tutti gli attori italiani coinvolti (es. Servizi territoriali, Tribunali per i Minorenni).
- Formazione dei genitori **prima e dopo l'adozione**.
- **Valutazione multidisciplinare** del bambino e della famiglia al momento dell'inserimento e nel follow-up.
- **Premessa per le famiglie:** la presentazione dei vari profili SN deve essere chiara e completa, senza minimizzare difficoltà o problematiche. È necessario mostrare sia i bisogni dei bambini sia i limiti dei servizi disponibili in Italia (personale ridotto, lunghe liste d'attesa, disuguaglianze territoriali).
- **Modalità di presentazione:** non basta fornire una definizione, ma occorre dare strumenti concreti di comprensione e preparazione. Si propone un **corso multidisciplinare** (pediatri, neuropsichiatri

infantili, psicologi, logopedisti, operatori, assistenti sociali, ecc.) per spiegare le diverse situazioni e orientare i futuri genitori rispetto a possibili scenari anche non documentati nelle cartelle sanitarie.

- **Aspetti educativi:** l'interazione con i genitori (domande, dubbi, paure) aiuta a chiarire pregiudizi e a sviluppare consapevolezza. Ciò favorisce famiglie capaci di affrontare le difficoltà, superare stereotipi e usare la rete assistenziale disponibile.
- **Proposta organizzativa:** il percorso formativo dovrebbe essere coordinato dalla **Commissione Adozioni Internazionali** e attivato a livello nazionale, con un coordinamento tra Enti autorizzati per uniformare e valorizzare le esperienze già esistenti.
- **Proposta organizzativa:** il percorso formativo dovrebbe essere coordinato dalla **Commissione Adozioni Internazionali** e attivato a livello nazionale, con un coordinamento tra Enti autorizzati per uniformare e valorizzare le esperienze già esistenti.
- **Identificare e coinvolgere la rete rappresentata dalla Pediatria di base e/o dai centri GLNBI-SIP** che sono presenti sul territorio e prevedere l'inserimento in uno di questi percorsi.
- **Creare Protocolli Regionali.** Attualmente sembrerebbero essere solo due le Regioni attive (il Piemonte e l'Emilia Romagna).

L'esperienza dell'Emilia Romagna evidenzia un'organizzazione efficace:

- **Corsi online** articolati in 6 incontri per gruppi di coppie adottanti.
- **Partecipazione di professionisti specializzati** e degli **Enti Autorizzati**.
- Due incontri dedicati all'**adozione internazionale**, con focus su:
 - Procedure e funzionamento dell'adozione internazionale.
 - Problematiche specifiche dei bambini provenienti da altri Paesi, in particolare quelli appartenenti alla categoria "**Special Needs**".
 - Analisi dei bisogni concreti dei minori e promozione della consapevolezza negli aspiranti genitori.

Un aspetto rilevante è che la **Regione Emilia Romagna riconosce un contributo economico agli Enti Autorizzati** per la partecipazione all'attività formativa, favorendone così la sostenibilità.

Caso Special needs proposto da Ola

Il caso che presentiamo è quello di una bimba che chiameremo Vanesa (proposta in adozione insieme ad un fratello maggiore di cui non si forniranno dettagli in quanto considerato caso speciale solo per età e fratria).

Età: circa 9 anni

Paese di provenienza: Colombia

Attuale stato : sotto protezione da quattro anni

Motivazioni dell'allontanamento dalla famiglia di origine: grave negligenza da parte della madre e della nonna materna (del padre non si hanno informazioni). La madre, giovane, immatura , tossicodipendente; la nonna mancante delle capacità e delle risorse economiche, psicologiche e fisiche per farsi carico dei nipoti.

Storia familiare: Vanesa fa parte di una fratria di tre fratelli , due femmine e un maschio, di cui sono adottabili solo i due più piccoli, in quanto la sorella maggiore presentava una situazione sanitaria grave (paralisi cerebrale) ed è stata in seguito inserita in un istituto medico per fornirle le cure necessarie.

I bambini sono stati collocati sotto protezione diverse volte fino ad arrivare alla adottabilità definitiva.

Caratteristiche: Vanesa è molto affettuosa, allegra, giocosa ed in grado di esprimere i suoi sentimenti ed emozioni in modo adeguato, soprattutto nei confronti del fratello di 10 anni con cui condivide la maggior parte del tempo. Frequenta la seconda classe delle elementari.

I documenti ricevuti dall'Ente per poter presentare il caso parlano di:

- ritardo cognitivo lieve con CI borderline
- diagnosi di ADHD con disturbo dell'attività e attenzione, con predominanza del deficit di attenzione(F900), che non le

consente di avere un adeguato processo di assimilazione e comprensione nelle attività accademiche;

- disturbo specifico dell'apprendimento e di sviluppo delle abilità scolastiche (F818) che le rendono difficile lo svolgimento delle attività accademiche, in cui è evidente un basso livello di comprensione e scarsa capacità di conservare le informazioni fornite.

Inoltre Vanesa non ha il controllo degli sfinteri durante la notte. Per quanto riguarda quest'ultimo disturbo, sono state fatte indagini che hanno escluso alterazioni organiche.

La bambina ha seguito per un breve periodo incontri di terapia occupazionale e terapia psicologica presso i Servizi territoriali colombiani, sospesi per mancanza di risorse.

Interventi richiesti dall'Ente:

Per avere un quadro più chiaro della situazione cognitiva e psicologica della bambina, l'Ente ha richiesto di effettuare una visita neuropsicologica privata per valutare la minore ed effettuare i test cognitivi.

I test utilizzati nella valutazione sono stati:

- Test di intelligenza Wechsler per adulti WISC IV.
- ENI 2 subtest per valutare la memoria, l'attenzione e le abilità scolastiche.

Osservazioni riportate dalla professionista durante la somministrazione dei test:

- Irrequietezza motoria
- Difficoltà a stabilire un contatto visivo.
- Difficoltà a seguire le istruzioni.

Impressione diagnostica.

F. Z553 Associato a difficoltà nell'ambiente scolastico.

Conclusione.

Paziente di quasi 9 anni, durante l'intervista si è mostrata vigile, orientata nel tempo, nello spazio e nella persona; è emerso che ha un processo di memoria adeguato, la sua intelligenza rientra nella media, le difficoltà riscontrate sono associate a difficoltà puramente scolastiche e attenzionali.

CONCETTO INTEGRATO DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA effettuato dalla psicologa dell' ICBF

Dalla valutazione di Vanesa si può concludere che è una bambina allegra, socievole, affettuosa, che stabilisce relazioni interpersonali con facilità, sebbene le sia stata diagnosticata una difficoltà di apprendimento; questo non le impedisce di comprendere il mondo che la circonda, di creare, confrontare e ideare a partire dalla sua realtà. Si trova nella fase intermedia dell'infanzia, generando alcuni cambiamenti psicologici, cognitivi e sociali che non hanno un impatto negativo sulla bambina. È facilmente influenzabile, ma con la giusta guida il suo comportamento è gestibile e adeguato.

Ricerca della famiglia adottiva e presentazione del caso speciale

Si decide di presentare ad una famiglia in carico all'Ente, il caso di Vanesa e del fratello considerati special needs per i seguenti motivi:

- 1) il fratello maggiore aveva 10 anni compiuti, presentava una buona salute fisica, psicologica e non aveva nessun problema di apprendimento scolastico;
- 2) Vanesa presentava le caratteristiche di cui sopra.

Passi di approfondimento con famiglia:

- lettura attenta con l'operatrice di riferimento di tutta la documentazione arrivata dall'Autorità Colombiana

- valutazione del caso con una neuropsichiatra di fiducia. Quest'ultima dà loro conforto sulla diagnosi, spiegandogli che la bambina dovrà essere sottoposta, una volta in Italia, a terapie riabilitative logopediche, occupazionali e psicologiche, ma molto probabilmente potrà recuperare il gap tra l'età mentale e quella cronologica.

La famiglia decide di adottare questi due fratelli e prosegue con tutto l'iter adottivo in Colombia. Contemporaneamente la famiglia si fa carico di tutte le spese mediche durante il periodo di attesa del viaggio in Colombia (logopedia, fisioterapia).

Passi successivi al ritorno in Italia:

- dopo alcuni mesi necessari ad un adeguato ambientamento dei bambini, Vanesa viene sottoposta a visita neuropsichiatrica dalla stessa dottoressa che aveva fatto la prima valutazione. La visita conferma difficoltà nel linguaggio dovute all'abitudine di succhiare un dito e prescrive cicli di logopedia;
- terapia logopedica con uno specialista privato con frequenza di 2 volte alla settimana.
- Sono state diagnosticate inoltre difficoltà attentive e di concentrazione, nonché aspetti di impulsività e agitazione comportamentale.
- Vanesa presentava anche aspetti di enuresi notturna che sta gestendo sotto il monitoraggio del medico con tecniche di psico-educazione comportamentali .

Scuola: viene inserita in seconda elementare in quanto non sa leggere né scrivere in corsivo ed è in grado solo di copiare frasi dalla lavagna scritte in stampatello. Manifesta difficoltà nell'attenzione e nel comportamento a causa dell'impulsività,

tuttavia le insegnanti riferiscono impegno e determinazione nel recuperare le lacune, interesse e partecipazione. La bambina segue il programma della classe precedente, così da darle la possibilità di gratificazione quando riesce a portare a termine i compiti, ma anche favorire un approccio allo studio e un vissuto sereno a scuola. Vanesa è comunque felice di andare a scuola.

Situazione attuale: dopo un anno dall'adozione, Vanesa continua il percorso di logopedia privata (con frequenza bisettimanale) prescritto dalla neuropsichiatra per migliorare le sue difficoltà linguistiche, che la rallentano negli apprendimenti e la portano a limitare la concentrazione. La bambina è collaborativa e inizia a trarre giovamento dalle indicazioni che riceve e anche dagli esercizi di pronuncia. Vanesa manifesta una forte motivazione all'apprendimento ed è molto disponibile nei percorsi terapeutici intrapresi per le difficoltà attentive e linguistiche che presenta e che ad una valutazione specialistica risultano ascrivibili alla condizione di disagio socio ambientale vissuta. La bambina ha brevi tempi di attenzione e facile distraibilità.

Per aiutarla nei compiti la famiglia si avvale di una insegnante di doposcuola privata che la segue quotidianamente. Ora ha iniziato a leggere e scrivere in maniera autonoma.

Ad oggi non compaiono tendenze all'iperattività, né agitazione comportamentale, e parallelamente anche i genitori si mostrano più in grado di aiutarla nella concentrazione e nell'organizzazione del tempo. Rispetto all'enuresi notturna, la bambina continua a soffrirne, ma con una frequenza minore.

La famiglia ha affrontato l'adozione con grande consapevolezza di tutte le difficoltà che avrebbe incontrato. Ad oggi si intravedono i

cambiamenti legati all'impegno loro e della bambina e questo lo si nota anche nella migliore qualità della relazione fra genitori e figli.

Proposte di supporto per Enti e famiglie

- nel paese di origine
 - rimborso per verifiche cliniche ed esami effettuati a carico dell'Ente e della famiglia nella fase di valutazione *prima dell'accettazione* della proposta di abbinamento del minore; idem per eventuali terapie ritenute necessarie;
 - rimborso spese mediche affrontate *dopo l'accettazione* dell'abbinamento

- dopo ritorno in Italia
 - possibilità di accedere in modo prioritario al Servizio Sanitario Nazionale per il supporto psicologico e terapeutico attraverso canali specifici che potrebbero essere attivati dai Servizi Sociali dei territori di residenza;
 - in alternativa, sostegno economico per monitoraggio e terapie da parte degli specialisti più idonei alle necessità del minore (spesso logopedia, interventi psicologici e neuropsichiatrici che attualmente le famiglie affrontano privatamente questi costi a causa dei lunghi tempi di attesa della sanità pubblica);
 - sostegno per supporto privato allo studio, continuo e costante
 - supporto per psicoterapia in relazione all'età al momento dell'adozione o comunque all'approssimarsi della fase adolescenziale, che spesso richiede un aiuto;



Tavolo di lavoro *Special needs*

“E se lo *Special Needs* non riguardasse solo i minori?”

Premessa:

Descrivo di seguito un'esperienza lavorativa di Adozione Internazionale, dalla Formazione alla Valutazione dell'aspirante coppia adottiva, così come previsto dalla normativa, fino all'affiancamento e sostegno della “nuova famiglia” al suo rientro in Italia; in ultimo, alcune proposte attuative.

Si specifica che la relazione fiduciaria instauratasi tra gli aspiranti genitori adottivi e i professionisti dell'Equipe Integrata durante l'iter adottivo (formativo e valutativo) ha predisposto la coppia a condividere con i servizi, anche a fine incarico, il loro percorso sin dalla fase della conoscenza delle bambine.

Descrizione della coppia: dalla valutazione (2021) emerge una coppia con buone capacità comunicative e riflessive, che sembra aver raggiunto una buona consapevolezza di sé, dei propri limiti e vissuti. I coniugi, al momento dell'abbinamento hanno rispettivamente 50 e 48 anni; la coppia è costituita da un tecnico informatico con posizione di responsabilità e da una docente universitaria di psicologia. Sollecitati a descrivere le loro aspettative circa il ruolo genitoriale, nel loro immaginario si rappresentano come figure affettive, capaci di relazionarsi ed accogliere con elasticità il vissuto dei bambini adottati. Nello specifico, l'aspirante padre adottivo riesce ad immaginarsi: “...*non credo che sarò un padre autoritario anche se so che i limiti e i no servono ma non sarò, di certo, nemmeno l'amico! Autorevole e dialogante, senza incutere timore. Mi piace l'idea di poter viaggiare con loro, per dargli anche stimoli culturali*”. Immagina la moglie come una madre capace di grande tenerezza, attenta e premurosa; predisposta più di lui al gioco e al “fare insieme” ma, nello stesso tempo, meno flessibile e meno fisica nell'affettività, qualità che invece collega alla propria persona. È consapevole di raggiungere con lei una buona intesa anche come coppia genitoriale in quanto condividono gli stessi valori educativi e perché capaci di “...*dialogare e trovare compromessi di fronte ad una divergenza d'idea, l'importante è non discutere davanti al bambino*”.

L'aspirante mamma adottiva riferisce: *“...m'immagino una mamma affettuosa, capace di esternare l'affettività; complice in minima parte, aperta al dialogo per poter comprendere le sue richieste (tatuaggi, abbigliamento, ecc.) e affiancarla nella sua crescita. Mi piacerebbe tanto insegnarle il bricolage e farlo insieme a lui/lei. Una mamma “stile casalinga” fisica e giocosa”*. Per quanto riguarda il marito, dichiara che: *“...potrebbe relazionarsi in maniera diversa in base al sesso del bambino: con la femmina sarà più ansioso e geloso, anche se lui non lo ammette”*. Crede che sarà un padre da stimolo sia dal punto di vista culturale che sportivo e nella relazione sicuramente flessibile e morbido.

Descrizione delle minori: sono due sorelline, di 10 e 9 anni, allontanate dalla famiglia biologica nel 2019, quando avevano rispettivamente 6 e 5 anni; hanno due fratellini (di 2 anni e di pochi mesi) dai quali sono stati separati - e non hanno più contatti - al momento del loro inserimento nelle diverse famiglie affidatarie individuate per loro.

Pochissime notizie sulla loro storia familiare: *“...i genitori avevano messo a repentaglio gravemente il sano sviluppo delle bambine non prendendosi cura di loro...”*; fino ad allora erano state cresciute principalmente dalla nonna materna e in seguito alla sua morte la madre biologica non era stata in grado di crescerle ed educarle. Per questo motivo sono state date in affidamento ad un'affidataria single, madre di una ragazza di 18 anni, che aveva già in affido una ragazzina di 15 anni, alla quale le due bambine si erano, nel tempo, molto legate. L'ultimo contatto con la famiglia biologica risale al 2020 quando i genitori non si sono più presentati.

Le due bambine presentano lievi disturbi emotivi e del comportamento (nessuna diagnosi certificata) in seguito ad *“...uno stato di sotto-socializzazione e una sofferenza dovuta al lutto della nonna materna e la perdita della famiglia biologica...”*.

Abbinamento: conferito l'incarico all'Ente Autorizzato per le Adozioni Internazionali, la coppia nel mese di Aprile del 2023 accetta l'abbinamento di due minori le cui caratteristiche, come sopra specificato, le fanno rientrare nel circuito degli “Special Needs” .

Dall'abbinamento al rientro in Italia:

Nel mese di aprile 2023, il giorno dopo l'abbinamento, l'aspirante coppia adottiva informa l'assistente sociale dell'Equipe Integrata del Comune manifestando il proprio entusiasmo.

Qualche mese dopo (giugno), lo stesso giorno in cui incontrano le bambine per la prima volta nel Paese d'origine loro, la coppia continua a coinvolgere l'A.S. condividendo foto e messaggi tramite wa che descrivono ampiamente la loro felicità; viene immediatamente evidenziato che entrambe le sorelline si rivolgono a loro chiamandoli “...mamma e papà”. A luglio inizia la prima convivenza nel Paese d'origine delle piccole e la coppia si mette nuovamente in contatto con l'A.S. manifestando i loro primi timori per gli “...alti e bassi della relazione...” e chiedono consigli telefonici. Accogliendo la preoccupazione della coppia, si provvede a rassicurarli garantendo loro, una volta rientrati in Italia, il supporto dei professionisti dell'Equipe Integrata (la stessa che li aveva precedentemente valutato). A fine mese, purtroppo, la coppia - rientrata con le bambine in Italia - non si fa più sentire. Lasciato trascorrere un congruo tempo utile al nuovo nucleo per assestarsi e considerato il periodo di silenzio, l'A.S. nel mese di novembre si attiva contattando telefonicamente il padre adottivo. Cogliendo immediatamente il segnale di disagio, invita i coniugi ad un primo appuntamento in presenza; i coniugi accettano e si presentano puntuali all'incontro, dal quale emerge la situazione critica di seguito descritta.

Stato della situazione e cosa è stato fatto:

Il clima descritto in casa sembra essere freddo e rigido: si guarda molto alla performance scolastica e sempre meno allo stato emotivo delle bambine; la maggiore viene descritta con un ritardo cognitivo lieve e un comportamento passivo-adattivo (quindi più gestibile) mentre vengono evidenziate nella minore nota di oppositività e, in generale, un funzionamento emotivo-comportamentale disomogeneo. I coniugi, inoltre, attribuiscono una connotazione negativa al forte legame tra le due sorelle in quanto, a loro dire, viene strumentalizzato dalla minore per “manipolare” la sorella maggiore che ne sarebbe succube.

Si ritiene opportuno informare immediatamente i professionisti dell'Ente Autorizzato per una collaborazione e avviare un sostegno alla nuova famiglia su più fronti.

La coppia sembra inizialmente affidarsi ai professionisti dell'Ente Autorizzato - con i quali avevano già avuto i primi contatti per il post-adozione - e contemporaneamente partecipa ad alcuni

incontri con l'Equipe Integrata per un sostegno alla genitorialità. Si osserva, sin dai primi incontri, un atteggiamento reticente da parte della madre adottiva che, infatti, ben presto si sottrae al sostegno mentre il padre adottivo continua un percorso individuale con lo psicologo dell'E.I.

Dai colloqui (sia con l'E.I. del Comune che con lo psicologo dell'Ente Autorizzato) emerge un quadro familiare che si caratterizza per una marcata frattura tra l'immaginario genitoriale costruito in fase pre-adozione e l'esperienza concreta dell'inserimento delle bambine, con ricadute rilevanti sulla qualità della sintonizzazione adulto-bambine e sull'assetto della coppia. In fase di valutazione, i coniugi si descrivevano come capaci di sintonizzarsi, con una madre affettiva e "giocosa" e un padre dialogante e flessibile ma il quotidiano con le due bambine - portatrici di storie di perdite e separazioni multiple – si "scontra" con l'idealizzazione della coppia genitoriale: la complessità dei tempi lunghi dell'attaccamento adottivo, della regolazione emotiva quotidiana e le pressanti "richieste" ambientali e scolastiche genera nei coniugi un crollo dell'auto-efficacia percepita che attiva difese di razionalizzazione e intellettualizzazione (la madre è docente universitaria di psicologia).

Sin dal primo colloquio in Italia, la madre adottiva dichiara di sentirsi in uno stato di "*depressione post-partum*" e, qualche incontro dopo, riporta la diagnosi effettuata da uno specialista a cui la stessa si affida per una presa in carico: "... *disturbo dello spettro autistico, in età adulta* " (non emerso durante la valutazione dei servizi territoriali). Lo stato umorale della madre adottiva descritto dalla coppia corrisponde più correttamente allo scarto *tra aspettative e realtà*, allo stress della cura e alla sensazione di solitudine nel riprendere la routine. In concreto, la madre fa più fatica ad "agganciarsi" emotivamente alle figlie mettendo al centro le sue esigenze: si chiede quindi alle bambine di limitarsi nella loro espressività, sia fisica che verbale, per garantire alla madre un ambiente neutro, privo di rumori e sollecitazioni varie. I coniugi tentano una riorganizzazione della vita quotidiana che meglio risponda ai bisogni dell'adulto, trascurando così le esigenze delle due bambine.

In ultimo, ma non per questo meno importante, è da evidenziare tra le varie criticità, la tendenza della coppia a chiudersi nei confronti dei servizi, con una collaborazione asimmetrica dei coniugi: il padre, sin dall'inizio più coinvolto emotivamente, si rende disponibile quando viene contattato rimanendo aperto al confronto, collabora con l'Ente Autorizzato anche dopo il periodo del post-adozione, e riuscendo a cogliere i bisogni delle bambine, seppur vincolato dalla moglie (tra due fuochi), attiva diverse iniziative in favore delle piccole, mentre la madre, fredda e distaccata, si mostra sempre più reticente agli incontri e, appena possibile, si sottrae.

Rischi possibili e cosa si sarebbe potuto fare:

Tale configurazione del nucleo espone al rischio di triangolazioni (padre-figlie vs madre), erodendo la diade coniugale e indebolendo il fronte genitoriale comune. Sul piano della lettura degli esiti, la valorizzazione della performance scolastica come indicatore privilegiato di “buon funzionamento” rischia di oscurare segnali interni di sofferenza, con possibile consolidamento di autostime condizionate (“valgo se rendo”) e di traiettorie internalizzanti o, per contro, esternalizzanti come modalità segnaletiche del disagio.

In sintesi, la criticità principale non ricade esclusivamente nelle bambine, ma nel funzionamento della famiglia: *la coppia, adesso, è il fattore limitante*. In altri termini, *se lo Special Needs non riguardasse solo i minori? Se riguardasse l'intera famiglia e i suoi assetti?*

Riconoscerlo esplicitamente potrebbe essere già il primo passo per progettare interventi efficaci, verificabili e orientati alla co-regolazione reale.

Il bisogno speciale nasce dall'interazione tra caratteristiche individuali e contesto; i “bisogni speciali” della suddetta famiglia adottiva descrivono un'alleanza genitoriale non allineata, alcune triangolazioni all'interno del nuovo nucleo, la centralità dei bisogni organizzativi dell'adulto ed una gestione quotidiana che richiedono accorgimenti diversi dal solito. In questo momento la capacità della coppia di offrire sintonizzazione, prevedibilità e calore è inferiore a quanto l'adozione richiede: questo è il *fattore limitante* che frena il sistema familiare. Se chiamiamo “bisogni speciali” solo quelli dei minori, leggiamo come “problema dei bambini” ciò che è invece una *risposta al contesto*: il punto critico sta nel funzionamento della coppia e della famiglia che, per elementi oggettivi (neurodivergenza clinicamente accertata, umore deflesso, frattura tra aspettative e realtà, forte attenzione ai risultati), necessita di accomodamenti non ordinari per poter assicurare la cura.

Per garantire il superiore interesse delle minori non è sufficiente un setting di sostegno standard, ma occorrerebbero accomodamenti sensoriali e organizzativi condivisi, interventi psicoeducativi specifici e un presidio di alleanza di coppia che prevenga la delega unilaterale e le triangolazioni. Solo una cornice di questo tipo potrebbe consentire di trasformare la richiesta di protezione dell'adulto in funzione protettiva per le bambine (maggiore sintonizzazione, calore e prevedibilità), evitando che l'adattamento resti a carico esclusivo dei minori.

In quest'ottica, parlare di “*special needs familiari*” non sposta il focus dai diritti dei minori; al contrario, lo tutela: riconoscere che il nucleo necessita di accomodamenti ragionevoli è la condizione per evitare tanto la colpevolizzazione della madre quanto la medicalizzazione del comportamento dei figli, costruendo invece un progetto che bilancia la protezione del caregiver con il diritto dei minori a esperienze calde, prevedibili e co-regolate.

Stato attuale della situazione:

Le bambine sono molto legate al padre che sta continuando a fronteggiare la difficile situazione familiare cercando di rispondere ai bisogni emotivi ed affettivi delle piccole.

L'evolversi della situazione è in itinere e, non essendoci una reale presa in carico dell'intero nucleo, rimane lasciata alla buona volontà degli operatori dei servizi (del Comune e dell'Ente) che, con discrezione, cercano di monitorare e supportare da “lontano” la famiglia adottiva.

Riflessione:

Questa esperienza conferma l'importanza, anche nel caso delle adozioni internazionali, di attivare un post-adozione che preveda **Percorsi di Sostegno alla genitorialità per tutte le coppie/i single che hanno adottato** e che si accingono ad affrontare la nuova e delicate fasi di convivenza con i figli. I neo-genitori, nel timore di esternare le eventuali difficoltà insorte al rientro, si trovano infatti a vivere spesso in totale solitudine la routine giornaliera e le nuove dinamiche relazionali intrafamiliari e non riescono a focalizzare da soli i primi sintomi di un possibile rischio fallimentare.

Catania, 14 ottobre 2025

Dott.ssa Carmela Crispi

TAVOLO SPECIAL NEEDS

contributo di Maria Grazia Magrini

rappresentante Ente Autorizzato “La Primogenita I.A.”

Ho deciso di focalizzare l'attenzione sul disturbo ADHD, poiché è un disturbo che interessa gran parte dei bambini adottati dall'estero, con incidenza che varia secondo il paese di provenienza dal 30% al 45% degli adottati col dato più alto riferibile ai bambini provenienti dall' Est Europa.

Si tratta di un disturbo del neurosviluppo che comporta un disordine nello sviluppo neuropsichico e che si manifesta durante l'infanzia, compromettendo il normale sviluppo personale, sociale e scolastico di chi ne è affetto.

I sintomi cardine del disturbo sono essenzialmente tre: la disattenzione, l'iperattività e l'impulsività, declinate in diverse manifestazioni.

-Il difetto attentivo si manifesta con maggior forza quando il bambino è coinvolto in compiti e attività che richiedono concentrazione, tempi rapidi di reazione, attenzione prolungata.

-L'iperattività è evidenziata da un'eccessiva attività motoria, difficoltà a stare fermi o seduti, irrequietezza e a volte eccessiva loquacità.

-L'impulsività viene in essere con azioni frettolose e non ragionate che sono spesso controproducenti, difficoltà ad organizzare azioni complesse, difficoltà nell'attesa dei turni di gioco, irruenza nel gioco e nelle diverse attività.

Tali sintomi comportano nel soggetto difficoltà anche notevoli nell'acquisizione, nel mantenimento e nell'applicazione delle specifiche competenze e dunque si comprende l'impatto molto alto nella vita familiare e scolastica, nel contesto amicale e di ogni attività, con carattere di pervasività.

Quanto alle cause, nella maggior parte dei casi vi è stata un'eccessiva esposizione prenatale a cocaina, alcol e tabacco e c'è alta correlazione con un'età paterna più avanzata. Mentre solo il 5% dei casi presenta evidenza di danno neurologico.

Fondamentale è una precoce diagnosi corretta sulla presenza del disturbo e sulla sua particolare forma.

Giungervi può non essere facile per la frequente contemporanea presenza di altri disturbi che possono presentare gli stessi sintomi. Nel 50% dei casi vi è comorbidità con il disturbo oppositivo-provocatorio e nel 70% dei casi con i disturbi dell'apprendimento.

Importantissima è l'osservazione del bambino durante il gioco: mancato rispetto delle regole, eccessivo movimento e scatenamento, litigiosità, eccessiva reazione alla frustrazione sono segni della possibile presenza del disturbo.

Anche l'attenzione a ciò che succede in famiglia (crisi di rabbia, comportamenti fortemente oppositivi, distruzione di giocattoli) è importante ai fini di una diagnosi precoce.

Tutte le suddette manifestazioni sono ripetute dal bambino anche nel contesto scolastico e portano nella maggior parte dei casi alla diagnosi su indicazione degli insegnanti.

Per quanto riguarda il trattamento, intervento efficacissimo si è dimostrata la terapia cognitivo-comportamentale, fortemente raccomandata da molti specialisti (psicoterapeuti e neuropsichiatri delle ASL di riferimento) che lavorano con questi ragazzi. Questi specialisti consigliano di continuare con la terapia almeno fino a comprendere tutto il periodo dell'adolescenza, poiché quei problemi che a un certo punto sembrano superati, tendono a riproporsi anche con maggior forza nel periodo adolescenziale, rendendolo un periodo particolarmente difficile ed impegnativo per i ragazzi e le loro famiglie. Con la terapia il ragazzo impara a comprendere il disturbo, a modificare i suoi comportamenti e a mettere a punto strategie compensative.

Altra figura specialistica di ausilio è quella dell'educatore, spesso di grandissimo supporto sia per i ragazzi che per le famiglie.

Quanto agli strumenti diagnostici, molti studi hanno dimostrato che la somministrazione del test WISC-IV assieme ad un compito aggiuntivo sulla stima del tempo retrospettivo (semplicemente facendo al ragazzo la domanda "Quanto tempo hai impiegato per lo svolgimento del test?") forniscono informazioni molto utili che permettono una diagnosi differenziata tra i casi reali di ADHD e quelli con comunanza di sintomi, anche per evitare eccesso di diagnosi.

La combinazione dei suddetti strumenti fornisce gli indicatori della presenza del disturbo.

Una velocità di elaborazione relativamente bassa in correlazione ad una elevata sovrastima del tempo sono valori interdipendenti e determinanti per il discriminare presenza/assenza del disturbo.

Molto importante è anche la diagnosi differenziata tra i diversi sottotipi di ADHD. In età infantile sono presenti soprattutto il tipo con difetto attentivo e quello combinato (iperattivo e disattento). Riuscire a stabilire l'appartenenza ad uno specifico sottotipo è di fondamentale importanza allo scopo di programmare strategie e terapie cognitive mirate da applicare negli apprendimenti e nell'educazione.

Nello specifico, il soggetto di tipo disattento riesce a dare migliori risultati se gli educatori privilegiano la comunicazione verbale e uditiva dal momento che il loro punto di forza è quello della comprensione verbale; mentre per i soggetti di tipo combinato è meglio privilegiare un approccio con visualizzazioni e modellamento.

Inoltre, in ADHD tutti i sottotipi presentano la memoria di lavoro gravemente compromessa, con ripercussioni particolari sulle prestazioni aritmetiche e sulle capacità di pianificazione e monitoraggio delle azioni. Altro deficit che si riscontra soprattutto nel tipo disattento è la carenza di autostima. Entrambi i deficit necessitano azioni mirate tendenti al miglioramento ed al più alto funzionamento possibile.

CRITICITA' incontrate dalle famiglie adottive

-Spesso ADHD, come altri disturbi, non viene diagnosticato all'estero, oppure la diagnosi è scorretta o incompleta.

COSA FARE: consigliare vivamente o stabilire la necessità di diagnosi in ingresso presso la ASL di riferimento per un quadro il più completo possibile della situazione. Allo scopo in casi sospetti potrebbe essere di grande utilità pratica la consegna alle famiglie di schede sintetiche con la descrizione dei sintomi da tenere d'occhio e l'annotazione da parte dei genitori del numero e delle modalità delle crisi che si verificano.

-Nel caso di diagnosi positiva, spesso il servizio pubblico non è in grado di seguire in modo adeguato il portatore del disturbo a causa della scarsità delle risorse impiegate.

COSA FARE: sollecitare gli specialisti del settore a dare precise indicazioni su centri specialistici

alternativi a cui rivolgersi, anche perché ci sono genitori adottivi che brancolano nel buio in questo campo e hanno bisogno di essere indirizzati.

Ritengo assolutamente necessario in presenza di ADHD un percorso, portato avanti con costanza, di psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Altra cosa che ritengo importante è la ripetizione della diagnosi a ridosso della maggiore età, perché la terapia costante può portare grossi miglioramenti fino alla remissione totale del disturbo.

Inoltre, la CAI potrebbe adoperarsi per fare in modo che siano destinati dei fondi alle famiglie per interventi terapeutici ed educativi.

-Difficoltà dei genitori adottivi nella gestione delle manifestazioni del disturbo, soprattutto nel periodo di adattamento e in adolescenza.

COSA FARE: rendere obbligatoria la formazione post-adozione dei genitori adottivi gestita dagli Enti Autorizzati, con indicazioni specifiche nel concreto sul bisogno speciale del proprio figlio.

-Grande criticità è nel rapporto bambino/scuola e genitori/scuola.

Non sempre si trovano insegnanti sufficientemente consapevoli delle difficoltà che presentano i bambini adottati dall'estero, perciò la scuola può diventare terreno di scontro con le famiglie, come di fatto spesso avviene.

Di certo i bambini ADHD non sono facilmente gestibili, ma hanno diritto alla migliore e più consapevole e preparata accoglienza nell'ambito scolastico.

COSA FARE: corsi di formazione per insegnanti sull'argomento adozione internazionale, con specifiche indicazioni di come riconoscere l'arrivo di una crisi nei casi ADHD e dunque sapervi fare fronte.

Accelerare i tempi per la nomina di personale ausiliario nella scuola anche a livello comunale.

Inoltre sarebbe opportuno un contatto con ASL e Servizi territoriali, che non sia limitato alla solita riunione annuale, allo scopo di ricevere indicazioni per un monitoraggio costante.

Roma, 09.10.2025

Dott. Maria Grazia Magrini

Presidente

Rino Agostiniani
(Pistoia)

Past President

Annamaria Staiano
(Napoli)

Vicepresidente

Pietro Ferrara
(Roma)
Vita Antonella Di Stefano
(Catania)

Tesoriere

Elena Chiappini
(Firenze)

Consiglieri

Claudia Bondone
(Torino)

Valerio Cecinati
(Taranto)

Renato Cutrera
(Roma)

Paola Lago
(Treviso)

Luigi Martemucci
(Napoli)

Angelo Ravelli
(Genova)

Consigliere Junior

Miriam Alessi
(Palermo)

Silvia Ricci
(Firenze)

Elena Scarpato
(Napoli)

Delegato Consiglio Nazionale

Raffaele Badolato
(Brescia)

Delegato Conferenza Nazionale dei Gruppi di Studio

Anna Maria Musolino
(Roma)

Delegato Consulta Nazionale

Martino Ruggieri
(Catania)

Delegato Collegio dei Maestri di Pediatria

Gianni Bona
(Novara)

Delegato Collegio dei Giovani Pediatri

Antonio Gatto
(Roma)

Editor in Chief IJP

Giovanni Corsello
(Palermo)

Direttore Scientifico Area Pediatrica

Fabio Midulla
(Roma)

Delegato del Presidente magazine "Pediatria"

Antonino Gulino
(Catania)

CONTRIBUTO DOPO LA SECONDA RIUNIONE DELLA CAI TENUTASI IN DATA 16 SETTEMBRE 2025 E APPROVATA IN CD SIP DEL 13 OTTOBRE 2025

Non mi soffermo ulteriormente sulle definizioni dei bambini con bisogni speciali e sui diversi gradi di gravità di possibili problematiche, perché come detto nella prima riunione tutti questi bambini che vengono adottati all'estero hanno necessità di essere presi in cura con particolare attenzione e amore.

Analizzando quindi la letteratura scientifica sui disturbi più frequenti riscontrati nei bambini che arrivano da altri Paesi sono emersi spunti interessanti non solo di natura epidemiologica ma anche per programmare un'azione concretamente utile dal punto di vista sanitario. Queste segnalazioni sono ulteriormente indispensabili per poter offrire a questi bambini e alle loro famiglie un supporto globale che si basi su evidenze forti. Vengono riportati i più recenti e significativi lavori.

In uno studio del 2023 (*Hernanz Lobo A et al. International adoption of children with special needs in Spain. Children. 2023 Apr 5;10:690*) viene descritta l'esperienza nell'adozione internazionale di bambini con bisogni speciali e analizzata la concordanza tra le patologie incluse nei rapporti pre-adozione e la diagnosi effettuata all'arrivo. Lo studio è stato svolto tra il 2016 e il 2019. Sono state raccolte variabili epidemiologiche e cliniche dalle cartelle cliniche e i rapporti pre-adozione sono stati confrontati con le diagnosi stabilite, dopo l'arrivo in Spagna, a seguito della nuova valutazione e dei test complementari. I bambini avevano un'età mediana di 27 mesi e provenivano principalmente da Cina (63,2%) e Vietnam (31,6%). Le principali patologie descritte nei rapporti pre-adozione erano malformazioni chirurgiche congenite (40,3%), ematologiche (22,6%) e neurologiche (24,6%). La diagnosi iniziale è stata confermata nel 79% dei bambini. Dopo la nuova valutazione all'arrivo in Spagna, al 14% è stato diagnosticato un ritardo di peso e di crescita e al 17,5% una microcefalia, non precedentemente segnalati. Malattie infettive erano presenti nel 29,8% dei bambini. Le condizioni preesistenti sono state confermate in quasi l'80% dei casi.

Presidente

Rino Agostiniani
(Pistoia)

Past President

Annamaria Staiano
(Napoli)

Vicepresidente

Pietro Ferrara
(Roma)

Vita Antonella Di Stefano
(Catania)

Tesoriere

Elena Chiappini
(Firenze)

Consiglieri

Claudia Bondone
(Torino)

Valerio Cecinati
(Taranto)

Renato Cutrera
(Roma)

Paola Lago
(Treviso)

Luigi Martemucci
(Napoli)

Angelo Ravelli
(Genova)

Consigliere Junior

Miriam Alessi
(Palermo)

Silvia Ricci
(Firenze)

Elena Scarpato
(Napoli)

Delegato Consiglio Nazionale

Raffaele Badolato
(Brescia)

Delegato Conferenza Nazionale dei Gruppi di Studio

Anna Maria Musolino
(Roma)

Delegato Consulta Nazionale

Martino Ruggieri
(Catania)

Delegato Collegio dei Maestri di Pediatria

Gianni Bona
(Novara)

Delegato Collegio dei Giovani Pediatri

Antonio Gatto
(Roma)

Editor in Chief IJP

Giovanni Corsello
(Palermo)

Direttore Scientifico Area Pediatrica

Fabio Midulla
(Roma)

Delegato del Presidente magazine "Pediatria"

Antonino Gullino
(Catania)

RIFLESSIONE: Nei bambini provenienti da altri Paesi oltre alle eventuali patologie già segnalate, non trascurare l'ipotesi di altre condizioni morbose in presenza di sintomi e segni anche lievi.

In un altro studio del 2025 (Lafay C et al. *Internationally adopted and migrant children had important health issues requiring systematic initial screening at arrival. Acta Paed. 2025 Jun 3*) questo concetto viene ulteriormente approfondito partendo proprio dal concetto che i bambini adottati a livello internazionale potrebbero aver vissuto numerose esperienze avverse prima dell'arrivo nel nuovo Paese. Sono stati valutati quindi, in questi bambini, stato nutrizionale, possibili infezioni e stato vaccinale nel periodo compreso tra il 2017 e il 2021 e confrontati con i dati relativi a bambini migranti. I risultati hanno mostrato che il ritardo della crescita era più frequente negli adottati (16% contro 7%, $p < 0,01$) come anche le infezioni virali croniche (4% vs. 0%, $p < 0,01$). L'immunità al tetano e all'epatite B era elevata in entrambi i gruppi (rispettivamente 89% e 75% di tutti i bambini), ma l'immunità al morbillo era molto più bassa nei bambini adottati. Lo studio conclude che entrambi i gruppi presentavano gravi problemi di salute all'arrivo e dovrebbero essere presi in considerazione per uno screening iniziale sistematico e un follow-up ravvicinato.

RIFLESSIONE: Nei bambini provenienti da altri Paesi lo screening iniziale deve essere molto attento e deve prevedere controllo frequenti e ravvicinati per la salute dei bambini ed anche per la serenità dei genitori adottanti.

Altra segnalazione scientifica (Carrera P et al. *Psychosocial, neurocognitive, and physical development in Eastern European adopted adolescents with and without fetal alcohol spectrum disorder. Alcohol Clin Exp Res. 2025 Jun;49(6):1248-1262*) mette in risalto come la maggior parte degli individui adottati a livello internazionale sia stata esposta a una serie di fattori di rischio per lo sviluppo, tra questi l'istituzionalizzazione precoce e altre esperienze avverse. I bambini adottati provenienti dall'Europa orientale tendono a mostrare esiti neuroevolutivi peggiori rispetto agli individui adottati provenienti da altre aree di origine. Studi precedenti hanno mostrato un'alta incidenza di esposizione prenatale all'alcol e di disturbi dello spettro feto-alcolico (FASD) in

Presidente

Rino Agostiniani
(Pistoia)

Past President

Annamaria Staiano
(Napoli)

Vicepresidente

Pietro Ferrara
(Roma)
Vita Antonella Di Stefano
(Catania)

Tesoriere

Elena Chiappini
(Firenze)

Consiglieri

Claudia Bondone
(Torino)

Valerio Cecinati
(Taranto)

Renato Cutrera
(Roma)

Paola Lago
(Treviso)

Luigi Martemucci
(Napoli)

Angelo Ravelli
(Genova)

Consigliere Junior

Miriam Alessi
(Palermo)

Silvia Ricci
(Firenze)

Elena Scarpato
(Napoli)

Delegato Consiglio Nazionale

Raffaele Badolato
(Brescia)

Delegato Conferenza Nazionale dei Gruppi di Studio

Anna Maria Musolino
(Roma)

Delegato Consulta Nazionale

Martino Ruggieri
(Catania)

Delegato Collegio dei Maestri di Pediatria

Gianni Bona
(Novara)

Delegato Collegio dei Giovani Pediatri

Antonio Gatto
(Roma)

Editor in Chief IJP

Giovanni Corsello
(Palermo)

Direttore Scientifico Area Pediatrica

Fabio Midulla
(Roma)

Delegato del Presidente magazine "Pediatria"

Antonino Gulino
(Catania)

questa popolazione, un fattore che potrebbe spiegare alcuni dei loro complessi bisogni. In questo lavoro è stato dimostrato come gli adolescenti adottati con FASD abbiano mostrato un profilo complesso di deficit nella comunicazione sociale, in alcune aree neurocognitive (in particolare nella memoria di lavoro e nel linguaggio) e nell'autoregolazione. Tuttavia, dato che gli individui adottati a livello internazionale sono stati esposti a una serie di fattori di rischio per lo sviluppo neurologico, è necessaria cautela prima di presumere che le difficoltà osservate negli adottati provenienti dall'Europa orientale derivino esclusivamente dall'esposizione prenatale all'alcol.

RIFLESSIONE: Innanzitutto, alla luce della letteratura, emerge chiaro come la FASD sia molto più difficile da diagnosticare rispetto FAS, perché può presentare sintomi meno gravi. Segue definizione più accurata. Spettro dei Disordini Feto Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD): questo è il termine più recente, utile per evidenziare come gli effetti possano avere diverse conseguenze (ad esempio più o meno gravi, in grado di interessare il sistema nervoso e/o altri ambiti, ...); si tratta quindi del raggruppamento di tutte le possibili anomalie che possono presentarsi a causa dell'esposizione fetale all'alcool. Sindrome Feto-Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS): questo termine viene utilizzato per indicare la sindrome pienamente espressa, il caso più grave.

E' necessario dunque, per tutti i bambini che vengono adottati all'estero, in particolare per quelli provenienti dall'est Europa, valutare durante il primo approccio clinico anche la possibilità degli esiti di una esposizione prenatale all'alcol.

PROPOSTE

Come già detto verbalmente e già approvato nell'ultimo Consiglio Direttivo della SIP, volendo proporre delle iniziative concrete, per quanto di competenza e da integrare volentieri con tutte le realtà presenti nella Commissione, la Società Italiana di Pediatria è in grado di assicurare:

Presidente

Rino Agostiniani
(Pistoia)

Past President

Annamaria Staiano
(Napoli)

Vicepresidente

Pietro Ferrara
(Roma)
Vita Antonella Di Stefano
(Catania)

Tesoriere

Elena Chiappini
(Firenze)

Consiglieri

Claudia Bondone
(Torino)

Valerio Cecinati
(Taranto)

Renato Cutrera
(Roma)

Paola Lago
(Treviso)

Luigi Martemucci
(Napoli)

Angelo Ravelli
(Genova)

Consigliere Junior

Miriam Alessi
(Palermo)

Silvia Ricci
(Firenze)

Elena Scarpato
(Napoli)

Delegato Consiglio Nazionale

Raffaele Badolato
(Brescia)

Delegato Conferenza Nazionale dei Gruppi di Studio

Anna Maria Musolino
(Roma)

Delegato Consulta Nazionale

Martino Ruggieri
(Catania)

Delegato Collegio dei Maestri di Pediatria

Gianni Bona
(Novara)

Delegato Collegio dei Giovani Pediatri

Antonio Gatto
(Roma)

Editor in Chief IJP

Giovanni Corsello
(Palermo)

Direttore Scientifico Area Pediatrica

Fabio Midulla
(Roma)

Delegato del Presidente magazine "Pediatria"

Antonino Gulino
(Catania)

1. programmazione degli incontri di formazione per i pediatri interessati su tutto il territorio nazionale, volti ad approfondire le necessità ed i reali bisogni dei bambini adottati a livello internazionale e delle loro famiglie, coinvolgendo anche i componenti interessati dei Gruppi di Studio e delle Commissioni che si occupano di temi attinenti e di tutti i pediatri che volessero aderire per interessi specifici al tema;
2. individuazione, tramite i presidenti regionali, pediatri disponibili a diventare riferimenti, sia clinici che informativi, per questi bambini e per le loro famiglie, anche in questo caso coinvolgendo i componenti interessati dei Gruppi di Studio e delle Commissioni che si occupano di temi attinenti e di tutti i pediatri che volessero aderire per interessi specifici al tema;
3. coinvolgimento, quando possibile, negli incontri e nei congressi di pediatria, degli altri componenti della Commissione, per una maggiore sensibilizzazione e diffusione;
4. diffusione di qualsiasi iniziativa collaterale attraverso social, media e riviste che la Società Italiana di Pediatria comunemente utilizza.

Roma, 13 Ottobre 2025

Prof. Pietro Ferrara

Vice Presidente Società Italiana di Pediatria



Bambino adottato da un paese dell'Est Europa. **Special Needs per età arrivato a 9 anni e Maltrattamento:** storia di traumi legati a maltrattamenti fisici e psicologici subiti sia nella propria famiglia di origine in cui ha vissuto sino ai 5 anni che anche in seguito nell'istituto in cui è stato collocato.

Problematiche emerse: della storia di vita pregressa del bambino la famiglia conosceva pochissimo. Ci è voluto tempo per il bambino per fidarsi e affidarsi e iniziare a raccontare parte di quanto accaduto sia all'interno della propria famiglia di origine che all'interno dell'istituto dove ha vissuto per 4 anni da parte di altri bambini accolti (episodi di maltrattamento fisico, "bullismo", maltrattamento psicologico senza ricevere aiuto dagli adulti presenti).

È stato faticoso non avendo queste informazioni per i genitori adottivi comprendere alcune dinamiche e sofferenze del bambino e per gli operatori accompagnare la famiglia. Inoltre, è emerso in seguito, dopo diverse sollecitazioni da parte delle operatrici e dei genitori adottivi con ente e istituto, che alcune informazioni erano da loro conosciute, ma non erano state dettagliate nel fascicolo o condivise con genitori e operatori. Su questa tematica è stato complesso risalire alle ragioni di tali omissioni (è stato riferito che alcune informazioni erano supposizioni, che erano poco chiare o "provate" per cui era stato scelto di non inserirle nel fascicolo).

Caratteristiche del bambino: Il bambino manifestava modalità di relazione con gli adulti, anche sconosciuti, talvolta troppo prossimali e seduttive, in altre occasioni aggressive e distanzianti. La percezione era quella di una sua "iper-allerta costante" sbilanciata in senso egocentrico con scarsa disponibilità verso l'altro e incapacità di sintonizzarsi sulle proprie emozioni. Si osservava anche una difficoltà ad accogliere richieste che potessero metterlo in difficoltà con risposte comportamentali impulsive e aggressive apprese, che gli avevano garantito un'integrità psichica e la sopravvivenza fisica nel difficile contesto di vita precedente. Dai racconti successivi e dai disegni del bambino sono emersi chiari richiami a tematiche di violenza e aggressività (pistole, coltelli, morte, sangue, violenza). Dopo un percorso di presa in carico presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, dove il bambino è stato inviato dall'équipe psico-sociale, la diagnosi è stata quella di "Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale e di disturbo oppositivo-provocatorio" con il rischio dello sviluppo di una psicopatologia associata ad un "Disturbo evolutivo delle abilità scolastiche".

Interventi attivati: incontri intensivi da parte dell'équipe psico-sociale di accompagnamento a genitori e bambino, rete con pediatra, scuola e percorso psicologico per il bambino. La scuola si è mostrata in difficoltà nel recepire appieno le "Linee guida per l'inserimento di alunni adottati" e anche nel contestualizzare i comportamenti del bambino (necessaria una maggiore formazione anche per le insegnanti?) per cui inizialmente venivano adottate strategie non sempre funzionali.

Importante una lettura condivisa della situazione, al fine di contestualizzare le difficoltà e i comportamenti, accompagnare i genitori a leggerli e dare loro un significato e affiancarli nell'adottare delle strategie di supporto al bambino nella quotidianità.

Idealmente:

- sarebbe auspicabile un confronto in fase di abbinamento tra ente, genitori e équipe psico-sociale adozione;
- maggiore chiarezza e completezza delle informazioni sulla storia del bambino da parte dell'ente e dell'istituto;

- *diagnosi e supporto psicologico al bambino nel paese di origine e maggiore preparazione del bambino all'incontro con i genitori adottivi (dagli incontri dell'équipe psico-sociale col bambino è emerso che la preparazione era stata frettolosa e sommaria, poco accompagnata;*
- *raccordo maggiore tra ente, genitori, équipe psico-sociale, scuola;*
- *formazione e preparazione degli aspiranti genitori adottivi: come trasferire dalla teoria alla pratica gli effetti dei traumi sui bambini adottati in particolare i bisogni di un bambino Special Needs anche in ottica di una maggiore consapevolezza delle coppie rispetto ad un'autovalutazione delle proprie risorse (esperienze di volontariato, maggiore raffronto con associazioni di famiglie che hanno già adottato...);*
- *nella fase formativa delle coppie un maggiore focus sugli effetti dei traumi complessi sui bambini con una pluralità di figure professionali coinvolte (anche Pediatri, Neuropsichiatri Infantili...) anche in ottica preventiva;*
- *importanza di gruppi di sostegno post adozione per genitori e bambini;*
- *Necessario ripensare al concetto di Special Needs? Ormai tutti i bambini almeno relativamente alle adozioni internazionali rientrano in tale definizione*

Cordialmente,

Francesca Donati

NB: nel verbale dello scorso incontro citate i corsi dell'Emilia-Romagna, ma essi non sono online, bensì in presenza e costituiti da 4 incontri in genere e non 6 come ivi riportato.

Francesca Donati

Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Settore Politiche sociali, di Inclusione e Pari Opportunità

Area Infanzia e Adolescenza, Pari Opportunità, Terzo Settore

Sviluppo di interventi in materia di famiglie e tutela minori

V.le A. Moro, 21 - 40127 Bologna

Tel.: 331 4039665

e-mail: francesca.donati@regione.emilia-romagna.it

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza>



Tavolo CAI “Special needs”
Dott.ssa Simonetta Vernillo, psicologa e psicoterapeuta
Contributo caso SN per età

Nell'accoglienza di un minore in stato di adottabilità in età puberale, si determina la necessità che l'adottante abbia maturato risorse e un'autentica consapevolezza rispetto ai bisogni e alle necessità che l'adottato manifesterà una volta in famiglia. Si ritiene importante che il genitore possa maturare tali disponibilità in un percorso specifico che non può essere praticato esclusivamente, nelle fasi dell'abbinamento e in quelle successive all'ingresso in Italia del minore. Riconoscendo che l'aspirante genitore si possa trovare a dover modificare le proprie disponibilità nel corso del progetto adottivo dopo la fase di valutazione ed idoneità ottenuta dal competente Tribunale, per aumento dell'età rispetto alla legge italiana o per limitazioni dettate dalle linee guida del paese straniero, si ritiene fondamentale che l'informazione, la sensibilizzazione e la formazione allo SN per età sia praticata fin dai primi passi del percorso adottivo. Altresì, la stessa dovrebbe rispecchiare la realtà dei paesi stranieri e un'adesione alla letteratura in materia e alla clinica applicata.

Diversi studi riportano esiti discordanti in merito alla possibilità che una maggiore età del minore adottivo determini una maggiore possibilità di fallimento adottivo. Per alcuni, è un fattore di rischio significativo (Palacios, 2005) mentre altri, non hanno rilevato valide correlazioni (Smith, 2006). I fattori che sembrano essere protettivi dell'accoglienza adottiva di bambini più grandi, oltre a risorse personali ed empatiche del futuro genitore, dall'esperienza clinica personale, sembrano essere un'autentica consapevolezza delle caratteristiche del minore e un attaccamento sicuro interiorizzato delle figure genitoriali.

Rispetto ai bambini SN per età, diverse possono essere le caratteristiche ed ogni caso è specifico, ma è possibile ritrovare alcune tematiche comuni più significative:

- Timore del legame, esteso anche a quelli amicali e non solo di filiazione, per pregressi stili di attaccamento disorganizzato e disfunzionale. Presente anche nei bambini più piccoli, ma i minori con maggiore età potrebbero aver vissuto più di un abbandono e diversi legami disfunzionali;
- Storia pregressa che potrebbe essere significativa oltre al trauma dell'abbandono primario, per esperienze di incuria, maltrattamenti ecc. e di situazioni abitative diverse che si sono modificate nel tempo con conseguente riattivazione del trauma dell'abbandono per legami non stabili;
- Maggiore senso di appartenenza alla cultura d'origine, anche in senso difensivo rispetto al timore di un nuovo abbandono riattivato dall'adozione, con conseguente resistenza all'adattamento alla nuova realtà;
- Nella fase di costruzione dell'attaccamento, l'espressione di un bisogno di ritornare, mentalmente ma anche fisicamente, alla situazione di vita precedente all'adozione, quale meccanismo psicologico per sopportare l'angoscia di frammentazione percepita nell'adattamento alla nuova vita;
- Per i vissuti di deprivazione, la reale possibilità che non vi sia una eguale maturazione psicologica ed evolutiva corrispondente all'età anagrafica. Ugualmente, nei bambini più grandi si possono non osservare i processi evolutivi associati alla pre-adolescenza seppur in presenza di una autonomia personale congrua che però risulta fittizia in quanto espressione di un processo non adattivo, poiché per iniziare a differenziarsi tramite il processo di separazione-individualizzazione, si deve aver vissuto un legame di attaccamento sicuro. Per tali ragioni, a prescindere dall'età, il minore abbisogna di poter costruire un legame sicuro con i genitori adottivi, quale bisogno innato per poter sviluppare la funzione adattiva necessaria ad uno sviluppo sano e poter riprendere quindi, il percorso evolutivo e maturativo conformemente all'età anagrafica (J. Bowlby; M. Ainsworth);

- Necessita di essere accompagnato ad elaborare la separazione dalle persone con le quali ha instaurato legami significativi (compagni di istituto, operatori, genitori affidatari);
- Maggiore consapevolezza rispetto alla propria storia, quale possibile fattore positivo per un nuovo legame ma anche assoggettato ad una possibile resistenza al cambiamento richiesto per la costruzione della filiazione adottiva.

Di seguito, si riportano alcune riflessioni sulle criticità osservate nell'accoglienza di un minore con SN per età, suddivise nelle varie fasi del percorso adottivo:

1- Fase pre-idoneità: l'aspirante genitore si trova ad affrontare il percorso valutativo in contemporaneità al possibile percorso formativo che dovrebbe portarlo a maturare un'autentica conoscenza della realtà ed elaborare le proprie risorse e limiti, per un'accoglienza consapevole del bambino in stato di adottabilità anche rispetto all'età che potrebbe avere. In questa prima fase, i candidati all'adozione dovrebbero essere supportati ad elaborare non solo il qui ed ora rispetto alla loro età e disponibilità, ma anche rispetto all'evolversi di tutto il percorso adottivo fino all'accoglienza del bambino in famiglia, negli aspetti evolutivi del minore e in merito ai cambiamenti che potrebbero affrontare per le restrizioni di legge o per le limitazioni del paese straniero. Nello specifico, se l'aspirante genitore non ha maturato un'autentica consapevolezza delle evoluzioni possibili delle fasi successive, si potrebbe trovare ad ottenere un decreto d'idoneità con un limite di età che nel futuro, dovrà modificare per proseguire con il percorso adottivo, dove tale circostanza potrebbe svelare l'assenza di una reale disponibilità all'accoglienza definendo una tardiva non idoneità all'adozione. Ugualmente, nel processo di formazione di questa fase, l'aspetto valutativo diviene quasi esclusivo a sfavore della conoscenza della realtà della legge italiana e dei paesi stranieri per cui l'aspirante genitore potrebbe non essere accompagnato ad immaginarsi in situazioni future diverse da quelle fotografate dagli esiti della valutazione, con la conseguente difficoltà a comprendere i possibili cambiamenti che potrebbero portarlo in percorsi di accoglienze di bambini SN senza aver maturato una reale disponibilità. Dall'esperienza maturata, le **principali criticità** rilevate in questa prima fase rispetto alla possibile accoglienza di un bambino SN per età si possono ascrivere in : la non conoscenza della legge italiana e delle sue eccezioni necessarie ad una elaborazione delle disponibilità; la non conoscenza della realtà dei paesi stranieri a favore di pregiudizi e falsi miti; relazioni psicosociali per l'ottenimento dell'idoneità che si limitano a fare una fotografia del qui ed ora rispetto alle disponibilità e risorse degli aspiranti genitori senza una dovuta proiezione in avanti rispetto ai cambiamenti che potrebbero incontrare; poca conoscenza della realtà dell'adozione di bambini più grandi, tramite un pregiudizio diffuso per cui più il bambino è piccolo e meno difficoltà si affronterà nella sua crescita, nella dimensione scolastica e di attaccamento.

In merito agli **interventi possibili** si riportano alcune riflessioni:

- uniformità nazionale nella formazione pre-idoneità e che questa possa essere più specifica ed estranea al percorso di valutazione esplicitato dai servizi sociali territoriali. Formazione che potrebbe prevedere quindi, la non sovrapposizione dei ruoli degli operatori dei servizi sociali, per cui l'operatore che svolge la valutazione non interviene nelle attività di formazione. Tale aspetto si ritiene molto importante per poter mantenere una dimensione clinica di adeguatezza affinché il candidato possa vivere il setting valutativo e altresì, il setting formativo, con maggiore autenticità a favore di una eguale ed autentica, elaborazione delle proprie disponibilità;
- definire dei percorsi maggiormente specifici di conoscenza della normativa italiana e della sua implicazione temporale nel percorso adottivo;
- si ritiene importante che la realtà dei paesi stranieri possa essere portata dagli operatori degli Enti Autorizzati come già presente in alcuni Protocolli Regionali (Regione Veneto ad esempio, dove i corsi

previsti nella fase pre idoneità, sono condotti separatamente ma in sinergia di intenti) per gli aspetti riportati al primo punto e per permettere al candidato di ricevere le informazioni aggiornate più conformi e adeguate rispetto alla realtà dei paesi stranieri e dei minori in stato di adottabilità;

- dare dignità alla condizione del minore in stato di adottabilità in età puberale, attraverso una formazione specifica e conforme alla letteratura clinica, abbandonando la convinzione che tali accoglienze adottive determineranno ineluttabilmente, crisi e restituzioni. La formazione dovrebbe quindi definire come obiettivo per questi SN, l'elaborazione della realtà del minore in adesione alla clinica e senza preconcetti affinché tutti gli aspiranti genitori, anche quelli più giovani di età che si potrebbero trovare in questa situazioni in futuro, possano elaborare autentiche disponibilità, quale unico aspetto valido per eludere possibili restituzioni adottive.

2) Fase dell'incarico all'EA: dall'esperienza clinica si evince che in questa fase se l'aspirante genitore non ha maturato un'adeguata consapevolezza delle specificità del percorso adottivo e delle proprie risorse e disponibilità per l'accoglienza di un minore SN per età, la formazione agita in questa fase può essere tardiva e pregiudicante rispetto al successo dell'adozione (inteso come accoglienza dei bisogni reali del minore). La principale **criticità** osservata nella pratica è proprio l'immatunità dei candidati rispetto ai sopracitati criteri di consapevolezza, espressa nella convinzione che il decreto d'idoneità sia il lasciapassare per ottenere quanto scritto e voluto, anche e soprattutto, rispetto ai possibili limiti d'età ascritti. L'**intervento** possibile dovrebbe essere agito prima di questa fase, con indicazioni valutative condivise e autentiche riportate nella relazione psicosociale sulle disponibilità dei candidati attraverso proiezioni possibili del percorso adottivo. Si riporta la riflessione della possibilità che possa divenire criterio valutativo per l'idoneità, che il candidato abbia elaborato i futuri scenari possibili rispetto all'accoglienza di bambini SN per età, riconosciuto le istanze dettate dal tempo d'attesa, la realtà dei paesi stranieri e una maggiore età dei candidati.

3) Fase del post-adozione: una delle **criticità** maggiori in questa fase sono ascrivibili principalmente, per la scrivente, all'ingresso del minore nella scuola. Sebbene sussistano valide linee guida nazionali (nota MIUR 7443 del 2014 e 2023) che riportano l'importanza di un inserimento graduale e temporale adeguato ai bisogni del minore, dall'esperienza si osserva come la scuola non sia sempre pronta ad un'accoglienza specifica e dedicata ai bisogni dei minori adottati soprattutto se presentano SN per età. In questi casi, oltre alle caratteristiche specifiche sopra elencate, i bambini potrebbero essere scolarizzati oppure no. Inoltre, inizialmente, la lingua di apprendimento non è l'italiano, con conseguente alterazione delle capacità di apprendimento. Allo stesso modo, la fase di adattamento alla nuova realtà e il processo di attaccamento ai nuovi caregiver influenzano le prestazioni cognitive e tutte le manifestazioni comportamentali. Nei primi mesi di inserimento del minore nella scuola, se non è già presente una diagnosi specifica di svantaggio cognitivo, in molte realtà si applicano ancora le modalità previste per i bambini emigrati e, in generale, si trova nella Certificazione (Legge 104) la risposta a tutte le situazioni di disagio espresse dal minore o di non conformità, anche per quelle associate al fisiologico percorso di adattamento alla nuova realtà. Altresì, raramente si prediligono altri dispositivi presenti (Legge 170/2021 - Normativa BES, Direttiva MIUR 2012 e CM 8/2013) che nella pratica clinica, si dimostrano più adeguati e che potrebbero essere applicati in attesa di poter comprendere maggiormente e con gli strumenti più idonei, la presenza o meno di reale DSA, disabilità o disturbi del neuro sviluppo. Per tali ragioni, si ritiene importante portare una riflessione rispetto alla necessità di una maggior sensibilizzazione ma soprattutto, di specifiche normative ancora più marcate in quanto la realtà che si trova nelle scuole italiane nei confronti dell'accoglienza adottiva è ancora di molta confusione con conseguente ricaduta sui minori e sui loro bisogni. In primis, per la scrivente, il bisogno maggiore che dovrebbe essere tutelato è quello di dare il tempo al bambino di realizzare un primo ma sicuro

adattamento alla nuova condizione di vita a favore di diagnosi più corrette e supporti adeguati ai reali bisogni. Se si riconosce che il tempo per la costruzione di un attaccamento sicuro ai nuovi caregiver in questa età, è di circa due anni dalla costruzione della famiglia adottiva, in assenza di diagnosi certa, si ritiene che possa essere dato lo stesso tempo prima di classificare e diagnosticare il disagio espresso a scuola. Tale ipotesi è supportata anche dalla clinica dove si ritengono necessari circa un anno e mezzo, due anni di scolarizzazione primaria prima di una diagnosi certa di DSA e altri disturbi, tempo che si dovrebbe dare anche ai bambini adottivi all'ingresso nella scuola, a prescindere dall'età anagrafica, affinché imparino la lingua italiana in modo sufficiente ad una sperimentazione negli apprendimenti senza deficit dati dal cambio linguistico.

Una seconda **criticità** nell'accoglienze dei bambini SN per età, senza una diagnosi, si dimostra essere la difficoltà ad accedere a percorsi di sostegno psicologico/logopedico all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e molte famiglie devono ripiegare sul privato. La Certificazione scolastica inoltre, non può e non deve essere l'unica possibilità per accedere ai supporti adeguati poiché per i bambini già grandi, con capacità di comprensione superiori ai bambini più piccoli, l'attivazione del sostegno a scuola agito da un insegnante individuale, potrebbe essere vissuta in maniera ancora più inficiante rispetto alla loro autostima e al loro equilibrio timico determinando un ulteriore abbassamento della tenuta emotiva. Un **intervento** possibile, potrebbe essere quello di prevedere l'accesso a percorsi di sostegno sanitari nazionali specifici per bambini SN per età, anche in assenza di diagnosi e Certificazione.

Un'altra **criticità** si evidenzia nelle difficoltà espresse dai genitori, nella gestione delle dinamiche di costruzione dell'attaccamento con bambini più grandi, soprattutto rispetto alla validità delle istanze di cura ed accudimento esplicate in assenza di immediati riscontri positivi (ad esempio, le complesse dinamiche di sfida e opposizione mosse dai minori i primi tempi in famiglia che erroneamente, possono essere lette dal genitore come assenza del processo di costruzione dell'attaccamento). Nella pratica clinica, si osserva altresì, come sia difficile per le famiglie accedere a percorsi specialistici a sostegno della costruzione dell'attaccamento promossi dal servizio pubblico anche dopo anni dall'ingresso del minore, in assenza di diagnosi certificate. A supporto di tale carenza, si evince come sia fondante riconoscere che nell'adozione è anche lo stile di attaccamento del genitore adottivo che determina la reale possibilità di costruire un legame di attaccamento sicuro con il minore adottato per cui si ritiene molto importante che nella fase di valutazione degli aspiranti genitori adottivi, vi siano criteri più specifici di valutazione dello stile di attaccamento dei candidati per un possibile elaborazione in vista dell'accoglienza adottiva. Successivamente, nella fase post-adozione, si potrebbero prevedere percorsi specifici di sostegno psicologico alle famiglie che accolgono minori SN per età, erogati dal servizio sanitario nazionale e/o dagli EEAA se riconosciuta come prestazione di servizio pubblico sovvenzionata. Secondo la scrivente, questi interventi di sostegno non dovrebbero essere confusi o far coincidere con il monitoraggio post-adozione previsto da alcuni Tribunali, ma dovrebbero essere un percorso aggiuntivo e specifico per tutte le famiglie che accolgono bambini SN per età. Altresì, si riporta una riflessione circa la maggiore utilità che il percorso di sostegno possa essere in forma non obbligatoria ma a disposizione delle famiglie anche negli anni successivi all'ingresso del minore fino al 18esimo anno di età in modo tale che vi possano accedere in reale necessità per eludere l'esigenza di dover ricorrere a percorsi privati in carenza o lungaggini degli interventi sociosanitari pubblici.



Comune di Catania Direzione Famiglia e Politiche Sociali



E.Q. di A.P. Responsabilità Familiari – Minori – Affido – Adozioni – Infanzia (Asili nido)

Tavolo di lavoro Special Needs

Ipotesi operative

Premessa

Predisporre opportunamente il sistema in cui si inseriscono i bambini portatori di bisogni speciali con **forme stabili di collaborazione e procedure integrate tra Istituzioni e Servizi** (TM, CAI, Enti Locali, Asp, EE.AA.) costituisce una rassicurante presentazione per chi si appresta ad intraprendere l'iter delicato e complesso dell'Adozione e rimane un riferimento di stabile continuità per coloro che, dopo, diventano famiglia adottiva. Unico obiettivo: prevenire e/o limitare possibili rischi di fallimenti adottivi e garantire ai bambini, soprattutto con *special needs*, famiglie realmente preparate, attrezzate per accogliere, vivere e superare certe problematiche.

Le proposte di seguito delineate vogliono, pertanto, contribuire a costruire un sistema strutturato e condiviso su tutto il territorio nazionale, dando vita a nuove prassi consolidate, omogenee e omologate.

1. Fase Formativa

Come e quando preparare le aspiranti coppie adottive?

Dichiarare la disponibilità ad accogliere un bambino, che è molto più della somma dei suoi bisogni speciali, presuppone che l'aspirante genitore adottivo venga supportato ad esprimere e dettagliare le necessità speciali cui si sente pronto a dare risposta.

Occorre definire una linea temporale tra la fase formativa e la fase valutativa ovvero la **Formazione Obbligatoria Ante Dichiarazione di Disponibilità all'Adozione**.

Una buona preparazione dell'aspirante coppia/single adottiva, non solo la orienterebbe verso una scelta consapevole, ma la predisporrebbe ad assumere un **approccio di fiducia** nei confronti delle istituzioni coinvolte nel percorso adottivo (Giudici togati, giudici onorari, assistenti sociali, psicologi, operatori degli EE.AA., ecc.): una maggiore apertura e autenticità, anche nei confronti di sé stessi durante il successivo percorso valutativo, darebbe la possibilità di giungere ad un **Decreto d'Idoneità maggiormente corrispondente alle reali capacità/disponibilità** di accoglienza della coppia.

Si propone che il Tribunale per i Minorenni **richieda** agli aspiranti genitori adottivi l'attestato di partecipazione al Corso di Formazione per le Adozioni Internazionali **come requisito necessario**, unitamente alla documentazione già richiesta per legge, per presentare la Dichiarazione di disponibilità all'adozione.

Si porta ad esempio la prassi consolidata, sebbene non obbligatoria, grazie al Protocollo d'Intesa stipulato nel 2004 tra il T.M., l'Ufficio Adozioni del Comune di Catania e l'Asp. Distretto 3: il T.M. **invita** gli aspiranti genitori adottivi, residenti nell'intera provincia di Catania, a contattare l'Ufficio Adozioni, prima ancora di presentare la dichiarazione di disponibilità all'adozione, al fine di partecipare al Corso di Preparazione e Formazione all'Adozione.

2. Ipotesi di Struttura del Corso di Formazione

Istituire Strutture Territoriali ad hoc che si occupino esclusivamente di Formazione la cui competenza territoriale potrebbe ricadere, per esempio, all'interno del **territorio della corte d'appello** (TM di Catania: CT, SR e RG e provincia).

La conduzione dei corsi di formazione deve essere affidata, con incarico formale, ad un'**Equipe Multidisciplinare Territoriale** costituita da professionisti del settore, appropriatamente **formata e costantemente aggiornata**.

Gli incontri devono prevedere la partecipazione degli **EE AA** per approfondire gli aspetti e le procedure per le Adozioni Internazionali; il coinvolgimento di **famiglie affidatarie e/o Associazioni di Famiglie** per sottolineare la differenza tra affido etero-familiare e affido pre-adoattivo e, soprattutto, ricordare alle coppie adottive l'importanza del legame affettivo che il bambino ha creato con la famiglia affidataria o figura della struttura comunitaria. Si suggeriscono anche incontri con **famiglie adottive** per testimoniare la loro esperienza.

Sarebbe opportuno che la formazione degli aspiranti genitori venga predisposta per **gruppi ristretti di coppie**.

Elaborare e approfondire un **dettagliato Programma Tecnico** su temi psico-sociali, socio-culturali, pedagogiche e giuridico-istituzionali. Ad esempio: differenze tra adozione nazionale e internazionale nelle procedure burocratiche e legislative, tematiche specifiche inerenti alle caratteristiche del bambino adottivo e ai suoi bisogni speciali, la ricerca delle origini, ecc.

Si suggerisce di sottoporre ai partecipanti al corso un **Questionario di Rilevazione del Gradimento**, utile a monitorare e migliorare il servizio offerto.

In conclusione, rilasciare l'**Attestato di Partecipazione**, formalmente richiesto dai Tribunali per i Minorenni, indispensabile per poter depositare successivamente la Dichiarazione di Disponibilità all'Adozione.

Un'ulteriore idea da realizzare durante la fase formativa è invitare gli aspiranti genitori a fare un' "**Esperienza Formativa**" attraverso un'esperienza di volontariato presso Centri Educativi per minori, al fine di ridimensionare l'immagine pensata del "bambino ideale", venendo a contatto con i reali bisogni dei bambini appartenenti alle famiglie multiproblematiche.

3. Fase Valutativa

Uniformità nella fase valutativa per il raggiungimento del Decreto d'idoneità.

Predisporre un **Modello di Relazione standardizzato** (es. Palacios, J. – 2007) che guidi i professionisti incaricati dal T.M. nell'analisi dei vari aspetti: risorse personali, capacità genitoriali, disponibilità ad accogliere bisogni speciali, eventuali limiti, ecc.

Introdurre in maniera vincolante il **Modello dell'Equipe Integrata** (assistente sociale dell'Ente Locale e psicologo dell'ASP), al fine di garantire un'analisi imparziale e approfondita degli aspiranti genitori, assicurando il rispetto della procedura e dei tempi previsti dalla normativa.

Inoltre, sarebbe auspicabile, un **confronto tra giudici onorari e professionisti** dell'équipe integrata per assicurare una valutazione più completa e aderente alle reali capacità dei futuri genitori.

4. I tempi dell'attesa

Formazione Continua per gli aspiranti genitori.

Accompagnare un figlio adottivo nel suo percorso di crescita richiede un'elevata consapevolezza delle specificità dell'adozione e **competenze mirate** rispetto alle peculiarità di ciascun bambino.

Le coppie/single che hanno ottenuto il decreto di idoneità e dato disponibilità all'accoglienza di minori con *special needs*, dopo aver scelto l'Ente Autorizzato per le adozioni internazionali, saranno inserite in **Corsi Specifici di Approfondimento** che si avvalgono della presenza di specialisti, quali neuro-psichiatri infantili, psicoterapeuti, pedagogisti, pediatri, ecc. per **acquisire la competenza necessaria** relativa ai "bisogni speciali" del bambino.

5. Fase di post-adozione

Supportare e sostenere la coppia nella fase di stabilizzazione del nuovo ciclo di vita è fondamentale per la riuscita dell' "*annidamento*" e di tutte quelle cure parentali fondamentali, affinché il minore adottato possa sentirsi "figlio".

Stipulare un **Protocollo di Intesa tra T.M., CAI, Enti Locali, Asp e EE.AA.**, al fine di attivare l'**Equipe Multidisciplinare Territoriale** per la presa in carico della nuova famiglia rientrata in Italia.

L'Equipe Multidisciplinare Territoriale, incaricata dal T.M. (come per le Adozioni Nazionali), avvia la fase di monitoraggio, per valutare gli eventuali *interventi inclusivi* da attivare. Si realizza così un'**Attività di Osservazione** delle dinamiche familiari nella primissima fase del rientro in Italia (es. riconoscere la depressione nel post adozione) attraverso **colloqui e visite domiciliari**, concordate con i nuovi genitori adottivi, nel rispetto dei tempi e dello spazio familiare.

Solo uno sguardo attento e una vicinanza stretta possono aiutare l'operatore a riconoscere lo stato della situazione ed intervenire repentinamente laddove si reputa necessario, perché un problema affrontato per tempo, potrà risolversi attraverso un accompagnamento accurato, di tutoring e coaching educativo.

Di seguito gli *interventi inclusivi*:

- **Percorsi di Sostegno alla Genitorialità** rivolto a tutte le coppie che si accingono ad affrontare la nuova e delicata fase del rientro in Italia e che spesso non riescono ad esternare le difficoltà riscontrate - la routine giornaliera, la presunta normalità che tale non apparirà più.
- **Gruppi di Mutuo-Aiuto** per dare la possibilità alle coppie che sono diventate “famiglia adottiva” di non sentirsi soli nel periodo del post-adozione e riservare loro uno spazio di confronto, allo scopo di far crescere il senso di fiducia ed autoefficacia e superare il senso di inadeguatezza e svalorizzazione delle proprie capacità.
- **Educativa Domiciliare** da attivare esclusivamente per situazioni con particolare necessità, attraverso una figura professionale, esperta nell’ambito delle adozioni, che affianchi e supporti la nuova famiglia nella quotidianità.
- **Interventi di Mediazione con la scuola** con l’obiettivo di costruire un ponte volto a facilitare la comunicazione tra scuola e famiglie adottive, favorendo così l’inserimento scolastico e sociale dello studente e la gestione delle complessità relazionali tra studenti adottati e compagni/insegnanti; nel caso di un’adozione internazionale, le barriere linguistiche e culturali possono creare ulteriori incomprensioni che rendono ancor più difficoltosa l’integrazione del bambino.

Catania, 13/11/2025

Dott.ssa Carmela Crispi
Assistente Sociale Specialista
(Ordine AA.SS. Regione Sicilia sez. A n° 164)

CONTRIBUTO AL TAVOLO 3 - SPECIAL NEEDS

Dottoressa Maria Grazia Magrini rappresentante Ente Autorizzato La Primogenita I.A.

INDIVIDUARE TUTTI GLI SPECIAL NEEDS

Disturbi del comportamento o traumi

Tutti noi partecipanti abbiamo indicato nell'abbandono la situazione di partenza comune a tutti i minori adottati. Ogni minore prima o poi dovrà fare i conti col suo passato e dovrà affrontare l'abbandono ed i segni indelebili da questo lasciati.

Altra situazione piuttosto frequente è quella dell'aver subito maltrattamenti o essere stati malamente trascurati dai genitori biologici o da famiglie affidatarie; mentre sono pochissimi i minori in ingresso che hanno subito abusi sessuali.

Tutti i minori si trovano poi ad affrontare il percorso dell'adattamento, che non è sempre così facile ed è un percorso piuttosto lungo che parte dall'inserimento del bambino nella famiglia adottiva e si propaga alla scuola, ai contesti amicali e delle diverse attività.

Conseguenza delle suddette situazioni, naturalmente intrinseche all'adozione stessa, sono i molteplici disagi ed i veri e propri disturbi a livello psicologico e psichiatrico che molti dei minori presentano e che rientrano nell'ampia gamma dei disturbi del comportamento o traumi: disturbo post traumatico da stress, disturbi del comportamento e della condotta, disturbo oppositivo-provocatorio, ansia, depressione, crisi di rabbia o di pianto. Non sempre il disagio o il disturbo si manifestano nell'immediato ed è per questo che si rende opportuno prevedere il mantenimento del contatto con il proprio ente che potrà fornire la formazione post adozione e anche dare le giuste indicazioni nell'emergenza.

Disabilità mentale o fisica

Sono stati individuati i disturbi più comuni presenti nei minori adottati a livello neuro-psichico, che comportano una disabilità per lo più di lieve entità e che comunque devono essere riconosciuti e curati precocemente per una possibile reversibilità o per il miglior funzionamento della persona.

Principalmente, i minori in ingresso oggi in Italia presentano la sindrome feto-alcolica (FASD) ed il disturbo di attenzione ed iperattività (ADHD) in percentuali piuttosto elevate. Si riscontrano anche in grandi numeri i disturbi dell'apprendimento (DSA), ed in numeri contenuti deficit cognitivi per lo più di lieve entità.

Quanto ai disturbi a livello fisico, si presenta una vasta gamma di disturbi o difetti di lieve entità, quasi sempre completamente risolvibili con intervento chirurgico: strabismo, disturbi dell'apparato uditivo, labbro leporino, lievi malformazioni cardiache o di altri organi. Sono rarissimi i casi di patologie più gravi.

Bambini di età superiore ai 7 anni

Il numero dei minori di età superiore ai 7 anni è in crescita costante. Attualmente in questa categoria rientra il 52% dei minori provenienti da paesi stranieri. Per loro il problema dell'adattamento nella nuova famiglia è particolarmente delicato e complesso, cominciando dalla fiducia da riporre nei nuovi genitori, dalla "costruzione del proprio nido" nella nuova casa, anche solo dal farsi capire nei primi giorni o settimane. Altro problema di non poco conto è quello dell'inserimento scolastico in un contesto di lingua, persone, modi di fare e luoghi completamente diversi da quelli di abitudine nel paese di provenienza.

Le fratrie

Quanto detto fin qui, trova moltiplicata la sua complessità con le fratrie. Con l'arrivo di due o più fratelli si deve instaurare il rapporto affettivo genitoriale tra più componenti della nuova famiglia. Se un figlio adottivo irrompe come un terremoto nel nuovo nucleo familiare, va da sé che con due o più figli adottivi la situazione diventa particolarmente complicata. Anche il rapporto tra fratelli, prima impostato su di un certo equilibrio, viene ad essere rivisitato e reimpostato nella nuova situazione di vita. Di fondamentale importanza nelle fratrie è la particolare attenzione da riservare al fratello o sorella maggiore, che deve smettere di farsi carico e sentirsi responsabile dei più piccoli e deve invece riappropriarsi della sua infanzia. I genitori adottivi devono essere molto attenti a togliere di dosso al più grande il senso di responsabilità ed il ruolo di genitore-vicario nei confronti dei fratelli minori, favorendo e ponendo in essere una situazione di totale accudimento che lo faccia sentire prima di tutto figlio.

FORMAZIONE DELLA COPPIA GENITORIALE ADOTTIVA PRE-ADOZIONE

Siamo tutti d'accordo sulla necessità di una formazione adeguata della coppia adottante e sulla necessità di predisporre un percorso uniforme su tutto il territorio nazionale, cominciando dagli incontri precedenti alla dichiarazione di disponibilità che sono già organizzati dagli enti territoriali, ma in modo diverso da regione a regione (nel Lazio nel numero di 2 in presenza, mentre nelle province dell'Emilia Romagna gli incontri sono 5/6 e sono tutti on line).

Proseguendo poi nel percorso, dopo aver ottenuto il decreto e conferito l'incarico all'ente prescelto, ritengo sia necessario continuare con gli incontri di formazione organizzati dagli enti. L'ente che rappresento organizza numerosi incontri in questo periodo di attesa dell'abbinamento, che ormai è piuttosto lungo per tutti i paesi superando quasi sempre l'anno. La formazione è orientata allo sviluppo della consapevolezza nella coppia adottante, alla conoscenza della situazione reale dei minori, dei loro bisogni e delle difficoltà che si incontreranno nel percorso adottivo ed anche all'apertura delle coppie verso possibilità di abbinamento inizialmente non considerate, come un'età più alta o la presenza di disturbi lievi. La formazione deve smontare il disegno del bambino perfetto, veicolando le informazioni più dettagliate sulle reali condizioni dei bambini adottati, sulla percentuale molto alta di bambini con problemi psicologici e anche psichiatrici. E questo è un aspetto che va approfondito al massimo anche con puntuali riferimenti al rischio evolutivo. Ritengo comunque fondamentale che la coppia arrivi alla consapevolezza ed alla certezza anche rispetto a quello che può accettare; ossia ritengo che non si possa insistere con chi non è pronto ad accettare quel "qualcosa in più" ed in questi casi, devo dire piuttosto rari, è meglio dire chiaramente alla coppia che rischia di doversi ritirare, ma non la si può forzare.

Le coppie devono essere consapevoli di abbracciare una situazione complessa che sarà tale per sempre, con il presentarsi anche in futuro di periodi particolarmente difficili, come quello dell'adolescenza; e anche di momenti delicati e da saper gestire con cautela, come quello dell'interesse alla scoperta delle origini.

FORMAZIONE E ASSISTENZA DELLA COPPIA GENITORIALE ADOTTIVA POST ADOZIONE

Questa fase io la delegherei agli Enti autorizzati anche per alleggerire i servizi statali; o almeno potrebbe essere data agli enti la possibilità di scegliere e, nel caso in cui l'ente decida di farsi carico di questa fase, prevederei dei contributi da erogare all'ente stesso.

Il fine sarebbe quello di organizzare un supporto strutturato almeno nei primi 6/8 mesi dall'arrivo del minore in Italia. In questa prima fase, l'ente e le persone che vi fanno capo sono un indispensabile punto di riferimento per le famiglie, spesso disorientate. Sono anzi l'unico punto di riferimento fino all'inizio del percorso diagnostico-psicologico e del percorso scolastico.

EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO AGLI ENTI AUTORIZZATI

Oltre che per l'organizzazione dell'assistenza post-adozione, io prevederei comunque un contributo agli Enti per l'importanza e la delicatezza del ruolo da essi svolto. Ciò in considerazione del fatto che gli enti, soprattutto quelli di piccole dimensioni, svolgono la loro attività tramite persone che dedicano molto del loro tempo a questa appassionante attività su base assolutamente volontaria.

EROGAZIONE DI FONDI ALLE FAMIGLIE PER IL NECESSARIO PERCORSO DI PSICOTERAPIA

Sarò breve: tutti i minori ne hanno bisogno. Chi per un periodo più breve e chi per molti anni, indipendentemente da diagnosi più specifiche. E dunque: sensibilizzare le famiglie su questo tema e strutturare in via definitiva l'erogazione di un contributo per questa finalità alle famiglie, soprattutto a quelle con risorse più scarse.

Tavolo CAI “Special needs”

Dott.ssa Simonetta Vernillo, psicologa e psicoterapeuta

(Rappresentante Enti Autorizzati: Associazione Amici Trentini ODV, Associazione I Bambini dell’Arcobaleno -Bambarco ODV ,AIPA, Famiglia Insieme Società Cooperativa Sociale,, Lo Scoiattolo ETS, Nadia ONLUS ODV, SOS Bambino I.A. APS)

Nell’ambito dell’adozione internazionale, quando si affronta il tema degli SN, diviene fondamentale mantenere il focus sui bisogni dei bambini in stato di adottabilità provenienti da tutto il mondo. Per tali ragioni, si ritiene necessario uniformare il più possibile il linguaggio dell’adozione affinché sia possibile realizzare percorsi di formazione agli aspiranti genitori e di sostegno anche negli anni successivi all’ingresso in Italia del minore, che siano quanto più possibile congrui e adeguati alle sue necessità.

A sostegno di quanto premesso, si propongono di seguito alcune ipotesi – già argomentate nei contributi precedenti - che si ritiene importante condividere con gli operatori del settore:

Declinazione di SN:

1. La presenza, in tutti i minori in stato di adottabilità, di una condizione di SVANTAGGIO evolutivo, non definibile come” bisogno speciale” (SN), determinato dalle condizioni di vita pregresse e, in primo luogo, dalla separazione forzata dal caregiver (Bolwby, 1982). Tale situazione di svantaggio si manifesta attraverso alterazioni del normale percorso di crescita e con deflessioni comportamentali (ad esempio: ritardi o alterazioni dello sviluppo, disturbi del comportamento, difficoltà nella socializzazione, ecc.).
2. La possibilità che alla situazione di svantaggio sopra descritta si associ una comorbidità con SN declinati in disturbi diagnosticati o diagnosticabili secondo la nomenclatura internazionale, in conformità alle indicazioni presenti nei diversi paesi di provenienza. Possono rientrare nella definizione di SN i disturbi e disabilità fisica, intellettiva e del neurosviluppo riconosciuti dalle classificazioni diagnostiche internazionali, quali l’ICD-10 (Disturbi dell’infanzia, ad esempio, Asse I-disturbi psichiatrici, Asse II-disturbi specifici dello sviluppo ecc.) e il DSM 5 (Disturbi del Neurosviluppo, Disturbo dello Sviluppo della Coordinazione, ecc.).
3. La necessità di declinare il termine SN in base all’età, adottando una definizione più conforme allo scenario dei paesi d’origine dei minori, al fine di favorire una maggiore consapevolezza negli aspiranti genitori adottivi rispetto alla specificità dell’accoglienza di un minore più grande. In tale prospettiva, si propone la definizione di SN per minori nel periodo dello sviluppo della pubertà nella sua accezione più ampia. Questa definizione permetterebbe di evidenziare le peculiarità di ciascun caso, favorendo negli aspiranti genitori un’elaborazione più consapevole delle proprie risorse e dei propri limiti nell’accoglienza.
4. Alle declinazioni di SN sopra argomentate, si ritiene indispensabile associare il dato di realtà secondo cui l’aspirante genitore adottivo potrebbe trovarsi a intraprendere un percorso di accoglienza di un minore con SN, in considerazione della situazione dei paesi stranieri (principio di sussidiarietà), delle limitazioni previste dalle normative vigenti (italiane ed estere) e in relazione ai tempi d’attesa. Tale

consapevolezza risulta fondamentale per prevenire possibili crisi o difficoltà successive all'ingresso del minore in Italia, fino ad evitare situazioni di restituzione.

Azioni a sostegno dei minori con SN:

1. Si ritiene importante che nel periodo precedente all'ottenimento del decreto di idoneità, gli aspiranti genitori adottivi possano seguire un percorso di informazione e sensibilizzazione volto a favorire una consapevole elaborazione dei reali bisogni dei minori in stato di adottabilità, in conformità con la realtà dei paesi stranieri. In particolare, si considera necessario promuovere, al livello nazionale, l'uniformità dei percorsi di informazione e formazione all'adozione. Come già avviene in alcune regioni d'Italia, il percorso potrebbe prevedere due corsi distinti ma in sinergia di intenti: una prima parte, a cura dei servizi sociali territoriali (equipe adozioni o consultori familiari) con la possibilità che gli operatori che condurranno i corsi non siano poi coinvolti nei colloqui valutativi finalizzati a redigere la relazione da inviare al Tribunale competente, e una seconda parte, a cura degli Enti Autorizzati. Dall'esperienza maturata sul campo emerge la necessità che i percorsi differenziati tra i due attori istituzionali siano sostenuti anche da linee guida tematiche, calibrate sulle rispettive specificità e competenze. In particolare, la parte a cura dei servizi sociali territoriali dovrebbe illustrare le dinamiche del percorso burocratico e le peculiarità delle adozioni nazionale mentre la seconda parte, a cura degli Enti Autorizzati, dovrebbe invece descrivere l'iter e le specificità dell'adozione internazionale soprattutto rispetto ai minori con SN. Inoltre, per entrambe le conduzioni, dovrebbe esserci una condivisione in merito alla necessità che la formazione aiuti i futuri genitori a maturare un'autentica consapevolezza delle possibili evoluzioni del percorso adottivo, per i tempi d'attesa e le limitazioni dettate dalla legge italiana e da quelle dei paesi stranieri, che potrebbero condurre a un'accoglienza imprescindibile di un minore con bisogni speciali. Per tali ragioni, si ritiene necessario che in questa fase, il futuro genitore adottivo possa elaborare un'autentica consapevolezza dei propri limiti e delle proprie risorse, al fine di maturare una reale disponibilità all'accoglienza di un minore con SN, a tutela dei minori in stato di adottabilità e in favore dell'emissione di decreti che ne garantiscano tale tutela.
2. Si ritiene importante che successivamente alle formalità burocratiche dell'abbinamento con un minore SN, in questa fase di preparazione all'accoglienza effettiva, possano essere riconosciute le eventuali relazioni redatte dai professionisti degli Enti Autorizzati, a supporto del futuro inserimento del minore adottivo nella scuola e/o per l'accesso in strutture riabilitative. Tale possibilità consentirebbe ai genitori di preparare l'inserimento del minore con tempi e modalità più adeguati ai suoi bisogni, nonché di prendere contatti con eventuali strutture necessarie alla diagnosi e/o supporto specialistico. Questa opportunità risulta importante per garantire la futura inclusione del minore e permettere un'adeguata e tempestiva presa in carico dei suoi bisogni speciali. Allo stesso modo, potrebbe contribuire a ridurre situazioni di difficoltà e incomprendimento riguardo ai possibili percorsi di sostegno e, in un'ottica preventiva, permettere ai genitori di accedere ai servizi specialistici e di ricevere il supporto necessario per maturare modalità di supporto genitoriale più adeguato ai bisogni che il minore manifesterà in famiglia. Per tali ragioni, si ritiene opportuno che il genitore possa già accedere alle sovvenzioni per avviare i percorsi di sostegno alla genitorialità che potranno proseguire con l'ingresso del minore.

3. Nella fase successiva all'ingresso del minore in famiglia, si dimostra confacente differenziare i percorsi connessi al follow-up adottivo richiesti da alcuni Tribunali italiani e/o dai paesi stranieri, da quelli che la famiglia potrebbe richiedere a sostegno dei bisogni speciali del minore. Si ritiene importante prevedere l'opportunità per le famiglie che accolgono un minore con SN, di accedere a percorsi riabilitativi e di supporto psicologico/psicoterapeutico in forma sovvenzionata, almeno fino al compimento del diciottesimo anno di età del minore, con la possibilità di estendere la sovvenzione oltre la maggiore età nei casi particolari di minori con SN per età e disabilità gravi.
4. In relazione alla possibilità che la famiglia possa intraprendere percorsi specialistici, come definiti nei punti precedenti, si ritiene importante valutare l'opportunità che possa scegliere liberamente dove attivarli, usufruendo delle sovvenzioni non solo presso strutture pubbliche, ma anche presso l'Ente Autorizzato che offre sostegno specialistico in tutte le fasi del percorso adottivo.
5. Nell'accoglienza di un minore con SN, ma non solo, l'aspetto più complesso e difficile per le famiglie riguarda l'ingresso nella scuola italiana. Per favorire l'inclusione e l'attivazione dei supporti più adeguati al minore SN, in assenza di diagnosi certificata o in attesa che essa venga formalizzata, si ritiene importante definire come linea guida la possibilità di attivare misure di sostegno specifiche previste dalla normativa BES (Direttiva MIUR 2012 e CM 8/2013) nei primi due anni di inserimento scolastico del minore, a prescindere dalla sua età e del grado frequentato¹. Dall'esperienza maturata sul campo emerge tuttavia una difficoltà da parte delle istituzioni scolastiche, ad accettare valutazioni o relazioni professionali non redatte dal servizio pubblico, sebbene la normativa non preveda tale limitazione². Si ritiene invece necessario promuovere una maggiore sensibilità verso la possibilità di attivare tali strumenti anche sulla base di relazioni specialistiche redatte dai professionisti dell'Ente Autorizzato, in virtù delle competenze specifiche e del ruolo istituzionale da essi ricoperto. Analogamente, si riscontra una difficoltà nel riconoscimento delle relazioni prodotte dagli Enti Autorizzati ai fini dell'inserimento del minore in una classe inferiore rispetto a quella corrispondente all'età anagrafica, come previsto dalla legislazione italiana e dalle linee guida MIUR³. Per tali ragioni, nei due casi sopra evidenziati, al fine di garantire la massima inclusione del minore adottivo nel contesto scolastico e la continuità dei percorsi di sostegno, si ritiene importante che le relazioni redatte dai professionisti degli Enti Autorizzati siano riconosciute al pari di quelle del Servizio Sanitario Nazionale. Tale riconoscimento faciliterebbe inoltre, il tempestivo accesso delle famiglie a percorsi sanitari e di sostegno specifico rispetto ai bisogni speciali del minore, anche in assenza o in attesa di diagnosi o certificazione rilasciata dal Servizio Sanitario Nazionale.

¹ La clinica in materia di DSA ad esempio, ritiene necessari circa un anno e mezzo di scolarizzazione primaria prima di poter formulare una diagnosi certa.

² Nei casi L.104/92 e L.170/2010, è prevista una Certificazione redatta esclusivamente dal Servizio Sanitario Nazionale mentre per l'attivazione dei BES è sufficiente una diagnosi clinica che per la Legge 56/89, può essere rilasciata da un medico o da uno psicologo abilitato anche se non opera nel Servizio Sanitario Pubblico.

³ Nota ministeriale 547 del 21.02.2014 – nota MIUR 7443 del 2014 e 2023.

CONTRIBUTO TAVOLO SPECIAL NEEDS per incontro del 17/11/2025

Dott.ssa Susanna Galuppo Vice Presidente Senza Frontiere ETS

Il presente contributo, reso nell'ambito dei lavori del tavolo "Special Needs", offre all'attenzione della CAI alcune considerazioni frutto del confronto tra gli Enti Autorizzati di seguito nominati.

E' bene partire dai principi della Convenzione dell'Aja che per quanto risalente nel tempo costituisce la guida nel quadro normativo dell'adozioni internazionale

L'adozione internazionale continua a rappresentare per i minori in stato di abbandono l'ultima grande speranza di crescere vivere ed essere educato in una famiglia che ponga il loro benessere al centro del progetto di vita comune.

Muovendo da questo principio si delineano i seguenti fondamentali passaggi :

► NECESSITA' DI RIFLETTERE SULL'USO DELLE PAROLE da "Special Needs" a Specific Needs"

► RICONOSCIMENTO DELLA CENTRALITA' DEL RUOLO DEGLI ENTI AUTORIZZATI

► NECESSITA' DI UNA INFORMAZIONE /FORMAZIONE DEI FUTURI GENITORI ADOTTIVI Fase pre- idoneità

► NECESSITA' DI UN COORDINAMENTO RETI SUL TERRITORIO: TAVOLO CAI DI COORDINAMENTO per SUPPORTARTE IL POST ADOZIONE SUL TERRITORIO

► NECESSITA' DI RIFLETTERE SULL'USO DELLE PAROLE:

da "Special Needs" a "Specific Needs" (la dott.ssa Rosnati ha introdotto questa definizione e noi tutti l'abbiamo l'abbiamo accolta)

Il confronto tra più ambiti professionali e tecnici permetterebbe tra le altre cose, anche di riflettere sul linguaggio dell'adozione per addivenire all'elaborazione di un lessico più chiaro e, soprattutto, comprensibile per le coppie che scelgono di intraprendere il complesso percorso dell'adozione, in un'ottica di superamento di espressioni quali "Special needs" che dopo anni di esperienza si sono rivelate non più rispondenti alla realtà di ogni singolo minore abbandonato.

Centrale è la comprensione e la consapevolezza che ogni minore in stato di abbandono ha una storia unica, ed è portatore di bisogni specifici; perciò risulta fondamentale una comprensione e una consapevolezza che permetta di elaborare progetti educativi, sanitari, e di integrazione il più possibile su "misura" del bambino adottato.

In quest'ottica va anche il superamento dell'espressione "sostegno" per avvicinarci a quello più appropriato di "potenziamento": "sostegno" è strettamente legato all'assistenza di un minore con bisogni speciali mentre "potenziamento" indica un'azione più ampia trasversale volta a potenziare gli interventi sul minore nei diversi ambiti (sanitari, scolastici, educativi ecc) potenziando anche le risorse del bambino.

► **RICONOSCIMENTO DELLA CENTRALITA' DEL RUOLO DEGLI ENTI AUTORIZZATI** quali soggetti deputati ex lege a condurre il complesso processo delle adozioni internazionali. L'Ente Autorizzato svolge un ruolo fondamentale in quanto soggetto, che, rispetto agli altri Organismi (Tribunale, Equipe adottiva, Servizi sociali, Consulitori, Associazioni ecc), è presente in tutte le fasi del percorso adottivo in un rapporto diretto con la coppia, con i minori, con le Autorità e le Istituzioni nazionali, con le Autorità straniere, con i rappresentanti diplomatici con le Ambasciate ecc, dalla pre idoneità al post adozioni) coprendo un arco temporale significativo nel quale vengono esplicitati servizi sotto molteplici profili (formativi, procedurali, sostanziali, amministrativi, diplomatici ecc).

► **NECESSITA' DI UNA INFORMAZIONE /FORMAZIONE DEI FUTURI GENITORI ADOTTIVI Fase pre- idoneità**

Per poter mettere il bambino al centro, alle famiglie devono essere dati degli strumenti per poter capire i bisogni specifici che ciascun bambino ha a causa dell'abbandono.

L'informazione/formazione **pre-idoneità** è un periodo fondamentale e dovrebbe essere obbligatoria prima della presentazione della disponibilità al Tribunale.

Le informazioni fornite in questo periodo dovrebbero: stimolare le famiglie a porsi delle domande, a far sorgere dei dubbi, dovrebbero servire a far maturare il desiderio di approfondire le tematiche relative all'abbandono, in modo da far fare il primo passo di avvicinamento ad una "adozione" consapevole".

Dovrebbe essere una fase nella quale non solo viene presentata l'adozione dal punto di vista giuridico/procedurale, ma soprattutto dove si inizia a far conoscere le problematiche che l'abbandono anche in assenza di disabilità /deficit cognitivo può causare: disagio psicologico, ADHD, DSA disturbi post traumatici da stress, disturbo oppositivo....

Nell'ambito di questo tipo di formazione è fondamentale la presenza di professionisti dell'area medica e giuridica (ciò avviene già in attuazione di alcuni protocolli Regionali)

La formazione post-mandato segue le linee guida approvate dalla Cai .

► NECESSITA' DI UN COORDINAMENTO RETI SUL TERRITORIO: TAVOLO CAI DI COORDINAMENTO per SUPPORTARTE IL POST ADOZIONE SUL TERRITORIO

Diversi sono gli Organismi preposti impegnati nel percorso adottivo dislocati su tutto il territorio nazionale; scuole, servizi sociali , pediatri, psicologi, psichiatri, tribunali, comunità

L'obbiettivo è la creazione di un sistema integrato e coerente che promuova una visione unitaria del percorso per eliminare le criticità legate alla disomogeneità territoriali e alla frammentazione di modelli.

In questa prospettiva emerge con chiarezza la necessità di una “ governance “ unitaria finalizzata a garantire una elevata qualità dell'offerta formativa alle coppie e pedagogica, educativa e sanitaria ai minori adottati, fondata sul dialogo e sul rispetto delle rispettive professionalità.

Gli Enti Autorizzati all'interno dei Protocolli Regionali operativi svolgono pur con grandi difficoltà una funzione di “cerniera “ tra le Equipe Adozioni e i Tribunali e laddove è riconosciuta la centralità del loro ruolo svolgono attività di COORDINATORI capaci di fare rete e di promuovere una cultura fondata sulla collaborazione e confronto tra tutti i protagonisti coinvolti nel sistema adottivo a beneficio del bambino adottivo .

In questa ottica sarebbe auspicabile che la CAI attivasse un TAVOLO DI COORDINAMENTO e mettesse intorno ad esso gli Enti Autorizzati e tutte le altre risorse del territorio a livello nazionale con l'obiettivo di:

a) strutturare un “programma costante di servizi in rete a favore della famiglia adottiva “

b) valorizzare le reti già presenti sul territorio nazionale tra i diversi soggetti pubblici e privati, nella pluralità di competenze, al fine di intercettare i bisogni reali e promuovere spazi e opportunità di crescita in ogni territorio

c) realizzare un percorso di accompagnamento volto a garantire ad ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare e sanitaria, con la relativa progettazione di un piano d'azione sostenibile;

(obiettivi descritti nel nostro contributo del 13/10)

Ai.Bi. AMICI dei BAMBINI ETS

SENZA FRONTIERE ETS

ARCOBALENO ONLUS

I FIORI SEMPLICI APS

ASSOCIAZIONE ERNESTO ODV ETS

G.V.S. Gruppo di Volontariato “Solidarietà” ODV ETS

IL MANTELLO ODV ETS

N.A.A.A. Network Aiuto Assistenza Accoglienza ODV ETS

S.J.A.Mo São José Amici nel Mondo APS

Relazione finalizzata all'incontro del 17 novembre 2025

Arrivati a questo punto del cammino credo opportuno ritornare brevemente su quanto riportato nel verbale della riunione di insediamento del Tavolo Special Needs del 22 luglio u.s.:

“Tra i principali risultati da raggiungere si è convenuto di definire in modo condiviso e uniforme il concetto di Special Needs, distinguendo tra bisogni reversibili e irreversibili; di armonizzare la formazione preadottiva su tutto il territorio nazionale, superando l’attuale frammentazione tra enti e servizi;.....rafforzare il sostegno economico dei genitori che adottano minori con bisogni speciali ed infine di promuovere servizi multidisciplinari di accompagnamento, grazie al contributo della Società Italiana di Pediatria e della neuropsichiatria infantile”.

In quel verbale erano già ben delineate le finalità del Tavolo ed i punti di principale interesse, sui quali vorrei tornare, sebbene succintamente, alla luce anche delle discussioni avute in merito.

1. **Concetto di Special Needs (SN):** è stato ben chiarito come le tipologie di bambino SN, sul piano squisitamente medico, siano molteplici e che affiancare le famiglie nelle difficoltà dell’accoglienza e dell’inserimento dei bambini in un percorso di vita il più possibile sereno sia uno dei principali compiti da espletare. Tuttavia, è emerso, altrettanto chiaramente, come sia opportuno considerare il bambino adottato, in quanto tale, un soggetto potenzialmente portatore di bisogni particolari, poiché anche condizioni di apparente benessere possono nascondere conflittualità o disturbi relazionali che potrebbero esplodere in un secondo tempo. Da questa considerazione deriva la necessità di organizzare per tempo un’adeguata rete di supporto per le coppie che decidono di accogliere uno o più bambini portatori di condizioni o di un vissuto particolarmente problematici. Indipendentemente dalla reversibilità o meno dei disturbi identificati, la nuova famiglia non dovrebbe essere lasciata sola nell’iter di gestione delle eventuali problematiche filiali;

2. **Formazione pre-adoptiva:** la coppia che ha presentato istanza di adozione è guidata, innanzitutto, dal desiderio di accogliere un figlio che vada a completare la famiglia e questo sentimento, pur comprensibile, può, in alcuni casi, essere d’ostacolo ad una lucida consapevolezza della scelta fatta. Questa consapevolezza può iniziare ad essere formata, attraverso una valutazione delle risorse e dei limiti della persona singola e della coppia, già nella fase di indagine propedeutica al percorso con i Servizi e all’idoneità del Tribunale per i Minorenni, in modo da individuare dimensioni della personalità e del contesto sociale che possano rappresentare un punto di forza per le competenze genitoriali future. In seguito, questo cosciente riconoscimento del passo compiuto può essere consolidato nel corso di un iter formativo dove tutte le possibili problematiche future, sanitarie e sociali, siano vagliate e discusse, affinché il cammino verso l’abbinamento diventi anche un periodo di autovalutazione profonda per la coppia, che, attraverso il confronto con specialisti dei vari settori, possa interrogarsi sui propri convincimenti, ma anche sulle proprie debolezze, sui dubbi, sulle paure. La formazione pre-adoptiva è, attualmente, affidata agli Enti Autorizzati (EEAA) e ciò significa che può essere differentemente strutturata da un Ente all’altro, e che un confronto su eventuali problemi di salute, il loro significato e le conseguenze, a medio e lungo termine, può anche non essere previsto, con il risultato di coppie che arrivano all’abbinamento ed all’accoglienza del bambino senza adeguata preparazione sulle eventuali difficoltà gestionali cui si accennava in precedenza. Stabilire, quindi, una linea-guida organizzativa dei corsi di preparazione all’adozione, che preveda obbligatoriamente momenti di informazione e confronto su tematiche sanitarie e sociali, diventa fondamentale per uniformare l’iter formativo su tutto il territorio nazionale. L’utilizzo dei mezzi telematici oggi a nostra disposizione potrebbe facilitare gli incontri con le coppie residenti in Regioni non attrezzate per tale tipo di percorso. Ovviamente, il concetto di formazione non può esaurirsi con un singolo incontro,

sicuramente insufficiente ad affrontare e risolvere tutti i dubbi delle coppie: dovrebbe, per questo motivo, coinvolgere specialisti del settore informati sulle problematiche dell'adozione internazionale, dovrebbe prevedere una interattività che possa dare spazio alle domande sulle tematiche ritenute più importanti o controverse o non chiare; inoltre, sul versante prettamente sanitario, non dovrebbe esaurirsi con un incontro monotematico o con un singolo specialista, ma fornire un ventaglio di opzioni attraverso le quali presentare un quadro ampio delle problematiche che si potrebbero incontrare nella valutazione delle check-list o dopo l'accoglienza del bambino, del loro significato, delle possibilità diagnostico-terapeutiche nello scenario della nostra organizzazione sanitaria, del loro possibile decorso e degli outcome prevedibili. Un percorso siffatto potrebbe far emergere e rafforzare quelle peculiarità, del singolo e della coppia, che possano rappresentare un punto di riferimento nel post-adozione: saper sintonizzarsi sui bisogni dei figli, mettersi in discussione, chiedere aiuto quando necessario, saper stare in rete, creare un legame di fiducia con i servizi e gli enti sul territorio;

- 3. Sostegno economico dei genitori che adottano:** è noto che le famiglie che intraprendono la strada dell'adozione internazionale sono sottoposte ad una serie di spese che costituiscono, spesso, un notevole sforzo da affrontare, per cui il desiderio, dichiarato più volte, di volere azzerare completamente gli oneri economici familiari è sicuramente encomiabile e costituirebbe un indubbio aiuto per chi adotta, tuttavia è bene considerare la situazione anche da un punto di vista più sistemico. Il momento dell'arrivo del bambino in famiglia chiude una fase, ma ne apre un'altra che, nel caso degli SN, può essere più difficile e dispendiosa della prima. E' impensabile che si possano azzerare tutte le spese che le coppie si troveranno ad affrontare per fornire al figlio problematico l'aiuto di cui avrà bisogno, sarebbe anche ingiusto nei confronti di chi ha un figlio biologico con bisogni speciali, ma proprio considerando la situazione nazionale, che vede un aumento delle necessità in campo psichiatrico, *di un 27% dei sedicenni di oggi destinato "alla povertà o all'esclusione"* (ISTAT), la Commissione Adozioni Internazionali (CAI) potrebbe contribuire a sensibilizzare le autorità competenti affinché la rete di specialisti presenti sul territorio possa estendersi e rafforzarsi in modo da adeguarsi alle esigenze poste dalla situazione sanitaria nazionale e di cui potrebbero giovare anche gli SN adottati. Ciò che si auspica è il realizzarsi di un percorso virtuoso, con il coinvolgimento principalmente della Società Italiana di Pediatria (SIP) e della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (SINPIA), che porti alla creazione di una rete che funga da supporto nel tempo, prendendo in considerazione anche il momento inevitabile della transizione all'età adulta e la necessità che il bambino/ragazzo, sino a quel momento accolto, aiutato, accompagnato, non debba, improvvisamente, essere catapultato in una realtà fatta di difficoltà che possano rendere vano il lavoro realizzato fino a quel punto. Occorrerebbe, dunque, pensare in un'ottica di salute lungo l'arco di vita, concetto che è, poi, alla base della legge caposaldo del nostro Servizio Sanitario, vale a dire la l. 833/78 che, nel suo incipit, sancisce come *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale"...*(omissis)... *Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio"*.

Concludendo, se questo Tavolo deve supportare la CAI nell'ipotizzare e, magari, realizzare nuovi strumenti di supporto alle famiglie in procinto di accogliere un soggetto SN, dovrebbe considerare anche la possibilità che la CAI stessa diventi, con le proprie iniziative, strumento di sensibilizzazione presso gli organismi competenti per ciò che riguarda le problematiche che coinvolgono tante famiglie adottive, condivise, peraltro, da molte altre che adottive non sono.

Definizione

La definizione di Special Needs in letteratura risulta piuttosto vaga e non univoca.

Miller et al (2016): per “bisogni speciali” nell’ambito dell’adozione si intende qualsiasi condizione che renda più difficile trovare una famiglia adottiva per un bambino, includendo fattori quali l’età, l’appartenenza a un gruppo di fratelli, disabilità mediche, fisiche o emotive note o sospette, rischi genetici, etnia o esposizioni a fattori di rischio prenatali. La “Guida alle buone pratiche” della Conferenza de L’Aja definisce un bambino con bisogni speciali un bambino che manifesta disturbi comportamentali o traumi, disabilità fisica o mentale, parte di un gruppo di fratelli o di età superiore ai sette anni. Questa definizione si riferisce alle condizioni identificate nel paese di origine.

Quali patologie rientrano negli SN?

Miller et 2021 (ricerca condotta su un campione di famiglie adottive francese): **Parents were asked** whether their child had **any SN diagnosed by a professional**. Specifically, parents were asked if the child had any physical-medical conditions, ADHD, learning disabilities, or emotional-behavioral problems. Parents were asked to provide the specific details of their child’s diagnoses. Physical-medical diagnoses included cleft lip/ palate, congenital cardiac or renal malformations, clubfoot, deafness, thalassemia, precocious puberty, HIV, and chronic Hepatitis B infections, among others. Learning disabilities included dyslexia, dyspraxia, speech and language and developmental delays, among others. Emotional-behavioral challenges included the gamut of internalizing and externalizing behaviors as well as attachment, post-traumatic stress, and eating disorders, among others.

Parents were also asked whether they were aware of the SN prior to adoption

Ai genitori è stato chiesto se il loro bambino avesse una diagnosi di SN da parte di un professionista. Nello specifico, è stato chiesto ai genitori se il bambino soffriva di patologie fisico-mediche, ADHD, disturbi dell’apprendimento o problemi emotivo-comportamentali. Ai genitori è stato chiesto di fornire i dettagli specifici delle diagnosi del loro bambino. Le diagnosi fisico-mediche includevano, tra le altre, labiopalatoschisi, malformazioni cardiache o renali congenite, piede torto, sordità, talassemia, pubertà precoce, HIV e infezioni croniche da epatite B. I disturbi dell’apprendimento includevano, tra le altre, dislessia, disprassia, ritardi del linguaggio e dello sviluppo. Le sfide emotivo-comportamentali includevano la gamma di comportamenti internalizzanti ed esternalizzanti, nonché attaccamento, stress post-traumatico e disturbi alimentari.

È stato anche chiesto ai genitori se fossero a conoscenza della SN prima dell’adozione.

Alcuni risultati di ricerca

- In generale nelle ricerche si utilizzano **i genitori come informant**.
- **L’incidenza di SN:** E’ molto difficile dunque stimare l’incidenza di SN, in quanto non esistono ricerche condotte su campioni rappresentativi e la maggior parte delle diagnosi viene effettuata dopo l’adozione.
- Si è registrato nell’ultimo decennio globalmente un incremento nel numero di SN ma non abbiamo dati attendibili

- Miller et al 2016: A recent web-based survey of 1034 (mostly American): 71% of special needs **were diagnosed after adoptive placement** (Pinderhughes, Ellen, et al. "A changing world: Shaping best practices through understanding of the new realities of intercountry adoption." *New York, NY: Donaldson Adoption Institute* (2013).

Miller et al. 2016: In addition to children with special needs identified before adoption, an increasing number of children are found to have special needs after adoption. This includes children who were placed as "healthy children", **who have conditions which were unrecognized in the country of origin, as well as children with identified special needs, who are found to have additional important diagnoses.** Some of these may be classified as conditions that were overlooked (or not disclosed) in the country of origin. **Fetal alcohol syndrome is one of the most common diagnoses in this category.** Other examples include serious infectious diseases that were not identified in the country of origin (such as hepatitis B, hepatitis C, or HIV) or other medical conditions such as lead poisoning. In some children, special needs emerge over time. These are usually related to behavior, mental health, or school performance; problems which only become apparent as children grow older. The prevalence of these problems among internationally adopted children varies widely, but many studies suggest a rate considerably higher than among non-adopted children. For example, ADHD affects ~10% of the school age population in the U.S., but this condition has been diagnosed in 25–46% of international adoptees. Likewise, special education services are required for ~6% of the general American school-age population, but for 20–82% of international adoptees. Additionally, mental health diagnoses (both internalizing and externalizing problems) are more common among adoptees. Disorders of attachment are also more common.

- Presenza di SN risulta correlata con aumento dello **stress genitoriale**, diminuzione **soddisfazione per l'adozione** e aumento significativo di probabilità di **fallimento**

- Miller et al 2016: Un recente sondaggio online condotto su 1034 persone (per lo più americane) ha rilevato che il 71% dei bambini con bisogni speciali è stato diagnosticato dopo l'adozione (Pinderhughes, Ellen et al. "Un mondo che cambia: dare forma alle migliori pratiche attraverso la comprensione delle nuove realtà dell'adozione internazionale". *New York, NY: Donaldson Adoption Institute* (2013).

Miller et al. 2016: Oltre ai bambini con bisogni speciali identificati prima dell'adozione, si riscontra un numero crescente di bambini con bisogni speciali dopo l'adozione. Tra questi rientrano sia i bambini che sono stati affidati come "bambini sani", che presentano condizioni non riconosciute nel paese di origine, sia i bambini con bisogni speciali identificati, che presentano ulteriori diagnosi importanti. Alcune di queste possono essere classificate come condizioni trascurate (o non divulgate) nel paese di origine. La sindrome feto-alcolica è una delle diagnosi più comuni in questa categoria. Altri esempi includono gravi malattie infettive non identificate nel paese di origine (come l'epatite B, epatite C o HIV) o altre condizioni mediche come l'avvelenamento da piombo. In alcuni bambini, i bisogni speciali emergono nel tempo. Questi sono solitamente legati al comportamento, alla salute mentale o al rendimento scolastico; problemi che diventano evidenti solo con la crescita. La prevalenza di questi problemi tra i bambini adottati all'estero varia notevolmente, ma molti studi suggeriscono un tasso considerevolmente più alto rispetto ai bambini non adottati. Ad esempio, l'ADHD colpisce circa il 10% della popolazione in età scolare negli Stati Uniti, ma questa condizione è stata diagnosticata nel 25-46% degli adottati internazionali. Allo stesso modo, i servizi di istruzione speciale sono necessari per circa il 6% della popolazione generale americana in età scolare, ma per il 20-82% degli adottati internazionali. Inoltre, le diagnosi di salute mentale (sia problemi internalizzanti che esternalizzanti) sono più comuni tra gli adottati. Anche i disturbi dell'attaccamento sono più comuni.

Una nostra recente ricerca cross national su adolescenti adottati: Spagna, Italia, Spagna e Norvegia (Miller et al. 2022; Miller et al. 2025)

Miller et 2022: 685 mothers reported that **54% of the adolescents** (58 %M, arrival age:53.53±40.35 months, current:14.98±1.70 years, 44% EE origin) **had at least one SN.**

In particular, 317 (**46%**) **indicated that their child had no SN, 257 (38%) had 1 or 2 problems, 72 (11%) had 3 or 4 problems, and 38 (6%) had >4 problems.** The number of SN differed significantly by RC receiving country: in Italy and France respectively, 57% and 46% of children had no SN while in Norway and Spain respectively only 13% and 23% of children had no SN. 44% EE origin (Eastern Europe) had at least one SN.

Learning disabilities were most common (40% of adolescents), followed by ADHD (30%), and medical issues (21%), but patterns differed by receiving country. Except for speech/language problems, the frequency of specific SN (developmental delay, attention deficit hyperactivity disorder [ADHD], behavior problems, learning disabilities, psychiatric issues, prenatal alcohol exposure) varied significantly between receiving countries. The frequency of these conditions between children of EE Eastern Europe and non-EE origin also varied by RC. Continent of origin also differed between these two groups of children: **the non-SN children were more likely to come from Africa and less likely to come from Eastern Europe or Central/South America than the children with SN**

Miller et al. 2025 ricerca cross cultural 4 paesi, focus su **diadi madre e figlio:** la presenza di SN aumenta la probabilità di manifestare problemi emotivo-comportamentali. L'accordo delle percezioni tra madre e figlio rispetto all'adattamento è maggiore in presenza di SN.

In particolare, 317 (46%) hanno indicato che il loro bambino non aveva SN, 257 (38%) avevano 1 o 2 problemi, 72 (11%) avevano 3 o 4 problemi e 38 (6%) avevano >4 problemi. Il numero di SN variava significativamente a seconda del Paese di accoglienza: in Italia e Francia, rispettivamente, il 57% e il 46% dei bambini non aveva SN, mentre in Norvegia e Spagna, rispettivamente, solo il 13% e il 23% dei bambini non aveva SN. Il 44% dei bambini di origine EE (Europa orientale) aveva almeno un SN.

I disturbi dell'apprendimento erano i più comuni (40% degli adolescenti), seguiti da ADHD (30%) e problemi medici (21%), ma i modelli differivano a seconda del Paese di accoglienza. Ad eccezione dei problemi di linguaggio/parola, la frequenza di specifici SN (ritardo dello sviluppo, disturbo da deficit di attenzione e iperattività [ADHD], problemi comportamentali, disturbi dell'apprendimento, problemi psichiatrici, esposizione prenatale all'alcol) variava significativamente tra i Paesi di accoglienza. La frequenza di queste condizioni tra i bambini di origine orientale (EE) e non-EE variava anche a seconda del gruppo di controllo. Anche il continente di origine differiva tra questi due gruppi di bambini: i bambini non-SN avevano maggiori probabilità di provenire dall'Africa e minori probabilità di provenire dall'Europa orientale o dall'America centrale/meridionale rispetto ai bambini con SN.

La FASD risulta essere uno degli SN più frequenti nella popolazione adottiva

1) La FASD

FASD is a complex condition caused by prenatal exposure to alcohol, characterized by a range of clinical manifestations, including facial dysmorphism, growth restriction, and neurobehavioral abnormalities of varying severity (Lange et al., 2019; Klug, 2021; Mattson et al., 2019; Treit et al., 2020). This diagnosis encompasses a range of subtypes varying in severity and clinical presentation, including Fetal Alcohol Syndrome (FAS), the most severe form, Partial Fetal Alcohol Syndrome (pFAS), Alcohol-

Related Neurodevelopmental Disorder (ARND), and Alcohol-Related Birth Defects (ARBD). Each subtype is characterized by a specific constellation of deficit manifestations and severity of these (Hoyme et al., 2016). Individuals with FASD often experience significant cognitive and behavioral difficulties due to congenital central nervous system damage. These challenges underscore the necessity for targeted educational interventions and tailored support to help children develop their skills and enhance their daily functioning (Paley & O'Connor, 2011; Popova et al., 2023; Wozniak et al., 2019).

2) FASD: prevalenza nella popolazione adottiva

FASD is especially prevalent in contexts marked by vulnerability and adversity, particularly among children adopted from Eastern European countries (Carrera et al., 2025; Colom et al., 2021; Herrick et al., 2011; La Fico et al., 2025; Miller et al., 2022; Popova et al., 2019). FASD represents a significant risk factor that can severely hinder adoptees' psychosocial adjustment (Kambeitz et al., 2019; Rockhold et al., 2023).

Recent studies indicate **a high prevalence of FASD among adopted children**, highlighting the connection between prenatal alcohol exposure and social contexts characterized by greater vulnerability and adversity (Herrick et al., 2011). Among children in out-of-home care, rates increase significantly: Popova et al. (2019) documented 680 cases per 1,000 in Russian orphanages and 611 per 1,000 in Chilean child protection systems. In a European study of internationally adopted adolescents in four countries, prevalence ranged from 23% in Spain to 1% in Italy (Miller et al., 2022)¹. Specifically, regarding **Italy**, Totaro et al. (2018) found **FASD in 7.1%** of 442 internationally adopted children, making it the most common special need identified.

Adoptive parents of children with FASD face complex challenges, including children's emotional dysregulation, learning and memory difficulties, behavioral dyscontrol, psychiatric comorbidities, and executive-function deficits, that considerably heighten distress and place parents at increased risk for elevated burden and emotional exhaustion (Kochanova, 2014; McLaughlin et al., 2019; Paley et al., 2006; Petrenko et al., 2019; Watson et al., 2013). Furthermore, the parental experience could be complicated by delays in obtaining a formal diagnosis, often due to incomplete or unavailable prenatal histories, which can hinder parents' ability to make sense of the child's maladaptive behaviors, thereby intensifying stress and uncertainty (Bakhireva et al., 2018).

La FASD è una condizione complessa causata dall'esposizione prenatale all'alcol, caratterizzata da una serie di manifestazioni cliniche, tra cui dismorfismo facciale, ritardo di crescita e anomalie neurocomportamentali di varia gravità (Lange et al., 2019; Klug, 2021; Mattson et al., 2019; Treit et al., 2020). Questa diagnosi comprende una serie di sottotipi che variano per gravità e presentazione clinica, tra cui la sindrome fetto-alcolica (FAS), la forma più grave, la sindrome fetto-alcolica parziale (pFAS), il disturbo dello sviluppo neurologico correlato all'alcol (ARND) e i difetti congeniti correlati all'alcol (ARBD). Ogni sottotipo è caratterizzato da una specifica costellazione di manifestazioni deficitarie e dalla loro gravità (Hoyme et al., 2016). Gli individui con FASD spesso manifestano significative difficoltà cognitive e comportamentali a causa di danni congeniti al sistema nervoso centrale. Queste sfide sottolineano la necessità di interventi educativi mirati e di un supporto

¹ Il campione considerato qui è di adolescenti: evidentemente c'è una difficoltà nel diagnosticare la FASD, soprattutto in Italia.

personalizzato per aiutare i bambini a sviluppare le proprie competenze e migliorare il loro funzionamento quotidiano (Paley & O'Connor, 2011; Popova et al., 2023; Wozniak et al., 2019).

2) FASD: prevalenza nella popolazione adottata

Il FASD è particolarmente diffuso in contesti caratterizzati da vulnerabilità e avversità, in particolare tra i bambini adottati provenienti dai paesi dell'Europa orientale (Carrera et al., 2025; Colom et al., 2021; Herrick et al., 2011; La Fico et al., 2025; Miller et al., 2022; Popova et al., 2019). Il FASD rappresenta un fattore di rischio significativo che può ostacolare gravemente l'adattamento psicosociale degli adottati (Kambeitz et al., 2019; Rockhold et al., 2023).

Studi recenti indicano un'elevata prevalenza di FASD tra i bambini adottati, evidenziando la connessione tra l'esposizione prenatale all'alcol e contesti sociali caratterizzati da maggiore vulnerabilità e avversità (Herrick et al., 2011). Tra i bambini in affidamento extrafamiliare, i tassi aumentano significativamente: Popova et al. (2019) hanno documentato 680 casi ogni 1.000 negli orfanotrofi russi e 611 ogni 1.000 nei sistemi di protezione dell'infanzia cileni. In uno studio europeo su adolescenti adottati a livello internazionale in quattro paesi, la prevalenza variava dal 23% in Spagna all'1% in Italia (Miller et al., 2022). Nello specifico, per quanto riguarda l'Italia, Totaro et al. (2018) hanno riscontrato FASD nel 7,1% di 442 bambini adottati a livello internazionale, rendendolo il bisogno speciale più comune identificato. I genitori adottivi di bambini con FASD affrontano sfide complesse, tra cui disregolazione emotiva dei bambini, difficoltà di apprendimento e memoria, discontrollo comportamentale, comorbilità psichiatriche e deficit delle funzioni esecutive, che aumentano notevolmente il disagio e mettono i genitori a maggior rischio di carico elevato ed esaurimento emotivo (Kochanova, 2014; McLaughlin et al., 2019; Paley et al., 2006; Petrenko et al., 2019; Watson et al., 2013). Inoltre, l'esperienza genitoriale potrebbe essere complicata da ritardi nell'ottenimento di una diagnosi formale, spesso dovuti a storie prenatali incomplete o non disponibili, che possono ostacolare la capacità dei genitori di dare un senso ai comportamenti disadattivi del bambino, intensificando così lo stress e l'incertezza (Bakhireva et al., 2018).

Su questo tema **stiamo conducendo una ricerca** che coinvolge famiglie adottive con figli con FASD o senza, al fine di cogliere i loro bisogni ed eventuali risorse.

I primi risultati (La Fico et al. 2025) mostrano che lo stress genitoriale sia associato negativamente al benessere emotivo, il supporto del partner sia fattore di protezione per il benessere psicologico e il supporto degli amici per il benessere sociale.

Dalle analisi è emerso dunque il ruolo fondamentale del supporto del partner come fattore di protezione e l'impatto negativo della discriminazione da parte del contesto sociale sul benessere dei genitori.

Implicazioni operative

- Formazione dei genitori prima dell'adozione e nel post adozione
- Individuazione di equipe multidisciplinari che possano fare una valutazione a 360 gradi del bambino e della famiglia al momento dell'inserimento e follow-up nel tempo.

Principali riferimenti bibliografici

- La Fico G., Ferrari L., Bazzo S., Riscica P, Crocco M., Zullo C., Rosnati R. (2025), Adozione e Spettro dei Disordini Feto-Alcolici (FASD): sfide e risorse, *Psicologia clinica dello sviluppo*, Rivista quadrimestrale, pp. 99-116, doi: 10.1449/115721
- Miller, L., Canzi, E., Ranieri, S., Ferrari, L., Roman, M., Caceres, I., Theie, S., Perouse de Montclos, M., Rygvold, A., Dalen, M., Palacios, J., & Rosnati, R. (2022). Special needs of internationally adopted adolescents in 4 receiving European countries: Relation to mothers' adoption satisfaction. *Child and Youth Services Review* 106471. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106471>
- Miller L.C., Pinderhughes E., Pérouse de Montclos M-O., Matthews J., Chomilier J., Peyre J., Vaugelade J., Sorge F., de Montléon J-V, de Truchis A., Baubin O. (2021), Feelings and perceptions of French parents of internationally adopted children with special needs (SN): Navigating the triple stigma of foreignness, adoption, and disability, *Children and Youth Services Review*, Volume 120, 105633, ISSN 0190-7409, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105633>.
- Miller L.C., Pérouse de Montclos M.-O., Sorge F. (2016). Special needs adoption in France and USA 2016: How can we best prepare and support families? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 64, Issue 5, 2016, Pages 308-316, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.05.003>.
- Rosnati R., Iafrate R., *Psicologia dell'adozione e dell'affido familiare*, Vita e Pensiero Milano 2023. (ISBN 978-88-343-5269-4).

“Special needs” in conseguenza dell’età. L’adolescenza nei percorsi dell’adozione internazionale.

1) Premessa

Il concetto di *special needs* che si assume nel presente contributo intende riferirsi a quei bisogni connessi a condizioni di particolare vulnerabilità, anche temporanea, che necessitano di un intervento di supporto inclusivo mirato e appropriato, finalizzato a rimuovere o contrastare le condizioni che impediscono uno sviluppo sano e armonioso nell’ambiente familiare e nel contesto sociale nel quale i minorenni vivono.

In particolare, qui si intende concentrare il focus di attenzione sulle criticità connesse all’età preadolescenziale e adolescenziale dei minorenni adottati con adozione internazionale: una condizione temporanea, quella dell’adolescenza, che certamente accomuna la generalità dei minorenni, ma che assume caratteristiche peculiari nel caso dei minorenni adottati con adozione internazionale.

Tale condizione è stata in diverse occasioni oggetto di analisi e approfondimento in letteratura: in particolare in questo contributo si fa riferimento all’indagine su “Adolescenti e adozione internazionale” indagine nazionale sul benessere e relazioni familiari e sociali promossa dalla Commissione adozioni internazionali e condotta dall’Istituto degli Innocenti, pubblicata nel 2016.

Tale indagine ha permesso di esplorare le esperienze in adolescenza di ragazze e ragazzi arrivati in Italia da un tempo sufficientemente congruo alla stabilizzazione delle relazioni e dell’integrazione negli ambienti di accoglienza attraverso un monitoraggio che ha fornito un quadro aggiornato della condizione delle famiglie adottive e dei mutamenti che caratterizzano questo mondo attraverso la voce diretta dei protagonisti.

Al fine di indagare l’esperienza degli adolescenti adottati e delle loro famiglie nei diversi ambiti di vita, l’indagine si è concentrata sui nuclei familiari in cui erano presenti, da almeno cinque anni, uno o più adolescenti (14 – 19 anni) che sono stati adottati, in un’età compresa tra i 6 e i 12 anni, in uno dei 10 principali Paesi di provenienza dei minorenni che giungono in Italia in adozione internazionale. Si è inteso in questo modo cogliere la specificità di ragazzi, adolescenti all’epoca dell’indagine, che hanno intrapreso il loro percorso di adozione già relativamente grandi e con una maggior consapevolezza del progetto adottivo che li ha coinvolti. Il fatto che fossero trascorsi almeno cinque anni dal momento dell’adozione ha permesso di ipotizzare che le dinamiche all’interno della famiglia adottiva si fossero sostanzialmente consolidate, in modo da poter dare maggiore rilievo agli aspetti caratteristici della fase adolescenziale.

L’indagine realizzata ha integrato due componenti di monitoraggio e ricerca: il monitoraggio dei percorsi di inserimento del bambino nel mondo sociale, scolastico e familiare e la ricerca legata all’approfondimento della sfera della genitorialità, della relazione di filiazione adottiva e dei processi di costruzione dell’identità in adolescenza per ragazze e ragazzi adottati.

L’indagine stessa ha messo in luce ciò che la letteratura esistente aveva già evidenziato, sebbene in modo non uniforme specialmente in relazione ai modelli di attaccamento: da un lato, una maggiore presenza di difficoltà (scolastiche, comportamentali, emotive e relazionali) tra gli adolescenti adottati in confronto ai coetanei non adottati; dall’altro come i processi di socializzazione caratterizzanti l’adolescenza possano diventare passaggi faticosi e in alcuni casi patologici nel caso di ragazze e ragazzi adottati che devono affrontare i segni lasciati dall’esperienza dell’abbandono, dal vuoto affettivo determinato dall’assenza della famiglia di origine e da fratture nella narrazione della loro storia. Per l’adolescente adottato la normale contrapposizione ai genitori può, infatti, trasformarsi

non in un momento evolutivo funzionale alla definizione della propria autonomia e identità, ma in un attacco alla relazione filiale costruita con la famiglia adottiva e rifiuto difensivo.

Le famiglie delle ragazze dei ragazzi che hanno composto il campione che ha preso parte alla ricerca hanno mostrato in genere una buona tenuta dei legami, della capacità responsiva e anche del dialogo per affrontare insieme i temi più complessi delle origini e della storia adottiva, evidenziando certamente la presenza di conflitti, ma sostenendo che questi conflitti fossero apparentemente riconducibili più alla fase adolescenziale dei figli che allo status di famiglia adottiva.

I genitori adottivi, d'altro canto, percepiscono e fanno esperienza di comportamenti particolarmente problematici da parte dei figli in quella specifica fase di vita, vivendo situazioni che rappresentano una sfida al loro ruolo e alla tenuta del legame. La capacità dei genitori di accogliere tali comportamenti non come un attacco, ma come espressione di un malessere, sembra essere un fattore cruciale per decidere dell'evoluzione di situazioni di maggior difficoltà, tenendo in considerazione anche il fatto che all'aumentare del contrasto tra adolescenti e genitori, corrisponde un aumento della percezione di discriminazione: il non sentirsi accettati dal contesto sociale impatta in modo molto pesante sull'adattamento rendendolo assai difficoltoso.

L'indagine è stata quindi indirizzata a rilevare l'esperienza degli adolescenti adottati e delle loro famiglie nei diversi ambiti di vita, tenendo conto delle specificità del loro percorso adottivo e cercando, in particolare, di cogliere il loro livello di integrazione/assimilazione all'interno dei vari spazi di relazione, anche in considerazione di come si può articolare l'equilibrio tra le due culture e le due famiglie a cui l'adolescente appartiene.

L'indagine ha anche analizzato la sfera dei servizi di supporto alle famiglie, rilevando che la percentuale più consistente delle famiglie campione, oltre il 65%, ha fatto ricorso ai servizi di supporto alle famiglie: il tipo di supporto maggiormente fornito risulta essere di tipo psicologico con il 63,1%, mentre il supporto formativo rappresenta circa il 40% e il supporto di tipo legale rappresenta soltanto una piccola quota (6,8%); a queste 3 macro-categorie si aggiungono però altri tipi di sostegno, che vanno dalla verifica a domicilio del processo di inserimento familiare alla partecipazione ad incontri di condivisione con altre famiglie adottanti, che rappresentano cumulativamente una quota del 19,4%.

L'analisi del ricorso ai servizi di supporto privati mostra che il 60% delle famiglie si è rivolta a figure professionali contattate privatamente. Il professionista maggiormente richiesto è lo psicologo (71,2%), mentre le altre figure risultano nettamente meno coinvolte (neuropsichiatra, psicoterapeuta, logopedista, psicomotricista etc...).

In estrema sintesi, l'indagine ha confermato l'importanza che la comunità locale sappia accogliere le esigenze di aiuto, talvolta non chiaramente espresse, dei genitori adottivi e l'importanza che il sistema locale dei servizi e delle realtà del privato sociale posano offrire risposte e interventi in grado di valorizzare le risorse positive delle famiglie.

2) Le politiche attuali rivolte ai preadolescenti e agli adolescenti.

Per decenni gli adolescenti sono rimasti un po' in penombra nella programmazione nazionale delle politiche sociali destinate alle persone di minore età. Un impulso significativo nella direzione di rendere l'adolescenza prioritaria nelle politiche riguardanti le persone di minore età si è concretizzato in particolare a partire dal 2020, quando l'analisi dei dati relativi alla situazione dei giovani in Italia ha fatto emergere in modo chiaro il delicato momento di fragilità che preadolescenti e adolescenti stavano e stanno vivendo, mettendo in luce l'evidenza delle sfide che i giovani affrontano oggi,

soprattutto dopo il periodo di pandemia da Covid-19 che li ha visti lontani dalla socialità e dal mondo fisico della scuola per un lungo periodo.

Tale complessità è stata colta e accolta nella programmazione europea: il piano nazionale di attuazione della Garanzia infanzia (PANGI), infatti, presta un'attenzione specifica al benessere e all'accompagnamento della preadolescenza e adolescenza, alla tutela della salute mentale dei ragazzi, nonché alla prevenzione e al contrasto dei fenomeni di esclusione sociale e povertà dei giovani e giovanissimi. Ragazzi che non sono soltanto destinatari delle azioni introdotte per loro, ma anche effettivamente coinvolti nella programmazione degli interventi e nella successiva realizzazione, attraverso azioni di monitoraggio, di promozione e di partecipazione attiva.

Tutti gli obiettivi descritti rispondono a indirizzi e impegni che l'Italia ha assunto in sede europea (attraverso il PANGI, appunto, e la connessa programmazione del PN Inclusione 21-27) e nazionale (attraverso la programmazione del piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024 -2026). Volgendo lo sguardo in particolare alla programmazione del P.N. Inclusione 21-27 all'interno della Priorità 2 Child Guarantee a valere sul FSE+, si evidenzia che in questa cornice programmatica è stata promossa una sperimentazione finalizzata all'attivazione di Spazi multifunzionali di esperienza per preadolescenti e adolescenti (progetto DesTEENazione), in corso di strutturazione, al momento, in 60 Ambiti Territoriali Sociali con una estensione ad ulteriori 32 ATS, diffusi sull'intero territorio nazionale.

Il progetto promuove e sostiene, sia finanziariamente sia dal punto di vista dell'accompagnamento tecnico scientifico, la creazione di un dispositivo di integrazione a servizio del territorio, costituito da un polo di servizi integrati destinati ad adolescenti di età compresa tra 11 e 17 anni, nonché i nuclei familiari degli adolescenti del territorio e ragazzi/e tra i 18 e 21 anni con l'obiettivo di sostenere i neomaggiorenni in uscita da un percorso di presa in carico a seguito di allontanamento dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria (c.d. care leavers).

Ogni Spazio multifunzionale di esperienza per preadolescenti e adolescenti va nella direzione di creare un dispositivo di integrazione a servizio del territorio, costituito da un polo di servizi integrati nel quale ragazzi e ragazze vengono accompagnati in percorsi molteplici in grado di facilitare la maturazione e lo sviluppo di competenze personali e sociali utili alla loro crescita in una prospettiva volta a promuovere la loro autonomia, la capacità di agire nei loro contesti di vita, nonché la partecipazione e l'inclusione sociale.

Il servizio, che ha carattere di innovatività, si rivolge a tutta la comunità di ragazze e ragazzi, dando risposta alla loro necessità di sperimentarsi in esperienze che potranno beneficiare della presenza di adulti accessibili, attenti e capaci di ascolto e risponde anche ai bisogni di preadolescenti e adolescenti che esprimono una fragilità, ormai trasversale ai contesti socioeconomici familiari, e che assume da tempo la forma di un sempre più profondo disagio emotivo, psicologico e relazionale.

Uno degli obiettivi trasversali degli Spazi multifunzionali è quello di promuovere esperienze che possano sviluppare le soft skills, quindi la creatività, la capacità di raccontarsi, lo spirito di iniziativa, lo spirito di squadra, la comunicazione interpersonale efficace, l'empatia, l'intelligenza emotiva, la gestione e risoluzione dei problemi, la gestione positiva e costruttiva del conflitto e il pensiero critico. È infatti attraverso queste competenze che è possibile educare alla pro-socialità e prevenire, o superare, i rischi di malessere ed esclusione sociale. Le soft skills diventano anche un utile strumento per frequentare con profitto la scuola e per ridurre povertà educativa e dispersione scolastica nonché sono fondamentali per l'entrata nel mondo del lavoro.

Le finalità di questo dispositivo sperimentale nazionale sono:

- il rafforzamento delle competenze professionali e delle metodologie di lavoro socioeducativo con il target di preadolescenti e adolescenti;
- il potenziamento della rete dei servizi loro rivolti attraverso un modello nuovo di integrazione degli interventi;

- la promozione di servizi a libero accesso, che diventino punto di riferimento e di ritrovo dove i ragazzi trascorrono il tempo libero in maniera stimolante, instaurando relazioni significative con coetanei e adulti;
- la promozione delle capacità di auto-organizzazione, autonomia e assunzione di responsabilità da parte degli adolescenti, individuando modalità innovative di coinvolgimento e attraverso proposte esperienziali che promuovano apprendimenti sociali, l'ascolto, la collaborazione tra pari e intergenerazionale e il loro protagonismo, restituendo ai ragazzi e alle ragazze il senso di auto-efficacia, di possibilità di azione nei loro ambienti di vita, di spazio per la definizione di obiettivi e la costruzione di progettualità possibili e realizzabili;
- la costruzione di contesti e interventi che facilitino il riconoscimento da parte dei ragazzi delle proprie passioni, dei propri talenti e risorse personali e che consentano – a partire da queste – di sviluppare competenze e conoscenze;
- lo sviluppo e il rafforzamento degli interventi a contrasto della dispersione scolastica e del disagio psicologico e sociale.

Dal punto di vista operativo, i progetti locali per la realizzazione e il funzionamento degli spazi multifunzionali si sviluppano lungo sette linee di intervento:

✓ *Linea 1 - Coordinamento del progetto*

Si articola nel coordinamento strategico-programmatico - di competenza esclusiva del soggetto proponente (Ambito Territoriale Sociale) - e nel coordinamento tecnico ed è affidato a figure professionali con competenze specifiche nel settore socioeducativo che si fanno garanti della coerenza degli interventi con gli obiettivi dell'Avviso e della tutela dei minori coinvolti. Al livello del coordinamento il compito di sviluppare a livello locale dei Patti educativi sociali o di comunità che catalizzino energie, risorse e volontà per agire in un'ottica preventiva e promozionale, valorizzando le competenze locali e costituendo o rafforzando una comunità capace di generare politiche e azioni a favore e con i ragazzi e le ragazze.

✓ *Linea 2 - Aggregazione e accompagnamento socioeducativo e educativa di strada*

Questa linea di intervento si concentra sulla promozione dell'aggregazione, del supporto educativo e dell'inclusione sociale degli adolescenti, anche attraverso attività di educativa di strada. Sono previste attività di laboratorio, di gioco, di studio assistito, nonché interventi di outreach per raggiungere i giovani nei loro contesti di vita e lo sviluppo, in partnership con le scuole, di progetti di service learning o associazione cooperativa scolastica (Progetti Get up) finalizzati a promuovere il protagonismo di ragazzi e ragazze nel quadro di una forte collaborazione tra scuole, comuni ed enti del terzo settore;

✓ *Linea 3 - Azioni educative per la prevenzione dell'abbandono scolastico*

Le attività di questa linea di intervento mirano a contrastare la dispersione scolastica e a favorire il reinserimento dei giovani nel percorso formativo. Sono previste attività di supporto didattico, di orientamento scolastico e professionale, nonché interventi di mediazione con le scuole e le famiglie. Nello Spazio quindi è quindi possibile attivare percorsi di accompagnamento socioeducativo "Accompagnamento formazione e lavoro", percorsi di "Formazione mestieri" svolgendo attività formative - anche con il rilascio di un attestato di partecipazione - finalizzati alla sperimentazione di un modello che, sulla base dell'elaborazione di progetti individualizzati, sia teso a favorire l'orientamento di ciascun ragazzo rispondendo alle sue potenzialità.

Nella consapevolezza che il contrasto alla dispersione scolastica richiede un approccio integrato e multidisciplinare, in grado di coinvolgere tutti gli attori che gravitano attorno alla vita educativa e sociale degli adolescenti. Gli educatori dedicati a queste attività coordinano e armonizzano i diversi interventi, favorendo la partecipazione attiva di ragazzi, famiglie,

scuole, docenti, esperti in differenti mestieri e altre agenzie educative, garantendo coerenza e continuità nel percorso educativo.

✓ *Linea 4 - Accompagnamento e supporto alle figure genitoriali*

L'obiettivo della linea è la messa a disposizione di interventi tesi a fornire un supporto psicologico ed educativo ai genitori. Sono previste attività di gruppo, di consulenza individuale e familiare, nonché interventi di mediazione con i figli.

Le attività promosse negli spazi Multifunzionali intendono promuovere lo sviluppo dell'intelligenza emotiva dei genitori e la sensibilizzazione rispetto ai vissuti dei ragazzi, favorendo la scoperta e l'acquisizione di quelle competenze che consentano loro di riconoscere e gestire la dimensione emotiva individuale e relazionale e favorendo spazi di elaborazione e accoglimento ed esperienze capaci di nutrire cambiamenti positivi nella relazione genitori-figlio.

In accordo con questa linea d'azione, lo Spazio ha l'obiettivo di fornire:

- ascolto delle famiglie rispetto alle normali difficoltà legate alla crescita degli adolescenti o ai passaggi critici nel ciclo di vita della famiglia;
- contenimento per le difficoltà affrontate dai nuclei familiari e un aiuto per far fronte ai primi sintomi dei propri figli così da prevenire eventuali situazioni di disagio e favorire il benessere;
- strumenti per il potenziamento delle competenze relazionali e comunicative cruciali nella funzione genitoriale (intelligenza emotiva e soft skills);
- occasioni di informazione e sensibilizzazione su tematiche connesse all'adolescenza che potranno essere rivolte non solo alle figure genitoriali saranno rivolte alle figure adulte di riferimento dei ragazzi e delle ragazze (per esempio: allenatori, responsabili di associazioni sportive, educative e culturali).

✓ *Linea 5 - Accompagnamento psicologico a ragazzi e promozione dell'intelligenza emotiva*

L'attività della linea consiste nel sostegno psicologico ai ragazzi e alle ragazze, come primo ascolto per affrontare crisi temporanee, orientare verso i servizi specialistici e promuovere la capacità di comprendere le proprie emozioni, sviluppando competenze relazionali. Consentire, quindi, ai ragazzi, attraverso varie forme di accompagnamento psicologico, di realizzare pienamente il loro potenziale, di promuovere la loro capacità di agire sul proprio benessere, di promuovere e valorizzare le competenze relazionali e affettive, di aumentare la loro capacità di resistenza alle avversità e di superare in modo resiliente le situazioni difficili. Gli psicologi dello Spazio forniscono ascolto ai ragazzi, volto ad analizzare il bisogno ma anche ad accogliere l'Altro, con i suoi pensieri e le sue emozioni. Tale analisi può portare successivamente all'avvio di un percorso di counselling psicologico volto a sostenere la risoluzione di crisi temporanee oppure ad orientare l'adolescente verso i servizi specialistici; strumenti per sviluppare le competenze emotive e relazionali; informazione e psicoeducazione a ragazze e ragazzi volta alla prevenzione delle dipendenze, dei disturbi del comportamento alimentare, dell'utilizzo compulsivo della tecnologia, del ritiro sociale; consulenza agli operatori dell'équipe in merito alle questioni legate al benessere dei ragazzi.

L'intercettazione precoce del disagio affettivo, relazionale e sociale di ragazze e ragazzi reticenti a comunicare agli adulti il loro dolore più o meno consapevole ha fatto notevoli passi avanti con l'allestimento di spazi di incontro e ascolto a scuola ma anche in famiglia e nei servizi territoriali. L'idea di fondo, in generale, è che le situazioni di crisi e di cambiamento, se opportunamente intercettate e accompagnate, possono rappresentare opportunità costruttive per gli adolescenti.

✓ *Linea 6 - Tirocini di inclusione*

Nello spazio Multifunzionale è prevista l'attivazione, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, di tirocini di orientamento, formazione e inserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia di ragazzi in carico dai servizi sociali professionali.

Ogni progetto di tirocinio attivato nello spazio multifunzionale tende a garantire:

- lo Sviluppo di competenze professionali;
- il potenziamento dell'autonomia e dell'occupabilità;
- il rafforzamento della fiducia in se stessi e dell'autoefficacia;
- Inclusione sociale e relazionale;
- Superamento delle barriere all'inserimento lavorativo;
- Orientamento e progettualità futura

Linea 7 - Allestimento dello Spazio Multifunzionale di Esperienza

All'interno di tale linea si prevede il riconoscimento delle spese sostenute dall'ATS proponente, sia per l'acquisto di materiali e beni di consumo, sia per l'acquisto di attrezzature per laboratori e arredi specifici per le attività previste nello spazio multifunzionale (7.1); la possibilità di finanziare interventi di tipo edilizio e relative spese tecniche, finalizzati all'adattamento alle funzioni da svolgere quale spazio di aggregazione (7.2)

3) La proposta operativa

Alla luce di quanto sopra evidenziato in premessa e in considerazione delle azioni promosse dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali a favore degli adolescenti sul territorio nazionale, si formula una proposta operativa che potrebbe utilmente arricchire ed integrare l'offerta di servizi innovativi già in corso a beneficio dei preadolescenti, adolescenti e delle rispettive famiglie, rendendo l'accompagnamento e il sostegno ancor più appropriato per rispondere a specifiche esigenze quali quelle degli adolescenti e delle famiglie adottive.

In particolare, al fine di costruire spazi di ascolto, confronto, di supporto e contenimento delle difficoltà che siano servizi di elevata professionalità, caratterizzati da specifiche competenze in tema di adozione internazionale e con l'obiettivo di offrire interventi appropriati sia per gli adolescenti con background adottivo, sia ai genitori adottivi all'interno di servizi innovativi e complessi già specificatamente destinati agli adolescenti, **si propongono due interventi specifici da attivare in minimo 5 / massimo 10 territori pilota** selezionati tra quelli che registrano una maggior concentrazione territoriale di minorenni adottati in età preadolescenziale ed adolescenziale e delle rispettive famiglie.

Gli interventi proposti possono essere riassunti in due punti:

- 1) Arricchimento dei servizi psicologici di accompagnamento e supporto alle figure genitoriali (linea 4) e di accompagnamento psicologico a ragazzi e promozione dell'intelligenza emotiva (linea 5).
- 2) Interventi formativi a beneficio delle professionalità coinvolte (educatori socio-pedagogici od operatori qualificati con funzioni socioeducative) nei servizi di aggregazione e accompagnamento socioeducativo e educativa di strada (linea 2), delle azioni educative per prevenire l'abbandono scolastico (linea 3) e delle azioni legate ai tirocini di inclusione (linea 6).

Rispetto al punto 1, si propone l'integrazione del servizio già operativo in seno allo spazio multidimensionale con un professionista psicologo iscritto alla sezione A all'Ordine degli

Psicologi che abbia competenze e conoscenze specifiche e aggiornate non solo in merito all'adolescenza, ma anche in relazione alla peculiare caratteristica del background adottivo e delle relazioni tra genitori e figli adottivi in età adolescenziale e che abbia, oltre alle competenze necessarie per fornire un ascolto immediato nelle situazioni di urgenza e per affrontare tematiche peculiari del nucleo familiare che non possono essere affrontate nella dimensione del gruppo, anche competenze nella conduzione e gestione di gruppi, in quanto modalità di lavoro prevista sia nelle attività con i genitori che con i ragazzi.

L'arricchimento dell'offerta di servizi in seno allo spazio multidimensionale che beneficia della presenza di uno specialista con le competenze specifiche sopra descritte, permetterebbe di attivare servizi che garantiscano interventi più appropriati nei confronti di un target così peculiare come quello dei minorenni adottati e delle rispettive famiglie.

Rispetto, invece, al punto 2 si propone di attivare, per i servizi operativi nei territori pilota sopra citati, interventi formativi sugli specifici aspetti di peculiarità e problematicità che caratterizzano l'età adolescenziale nei minorenni con background adottivo con l'obiettivo di rendere gli interventi nella dimensione di gruppo più adeguati e capaci di cogliere le sfumature e le complessità che caratterizzano i vissuti dei ragazzi, nonché di mettere in connessione i saperi tra i diversi professionisti coinvolti nelle complesse attività proposte agli adolescenti.