




Centro Regionale
di documentazione
per l'infanzia e l'adolescenza



ADOZIONI IN TOSCANA: CONOSCERE LE DIFFICOLTÀ PER SOSTENERE LE FAMIGLIE

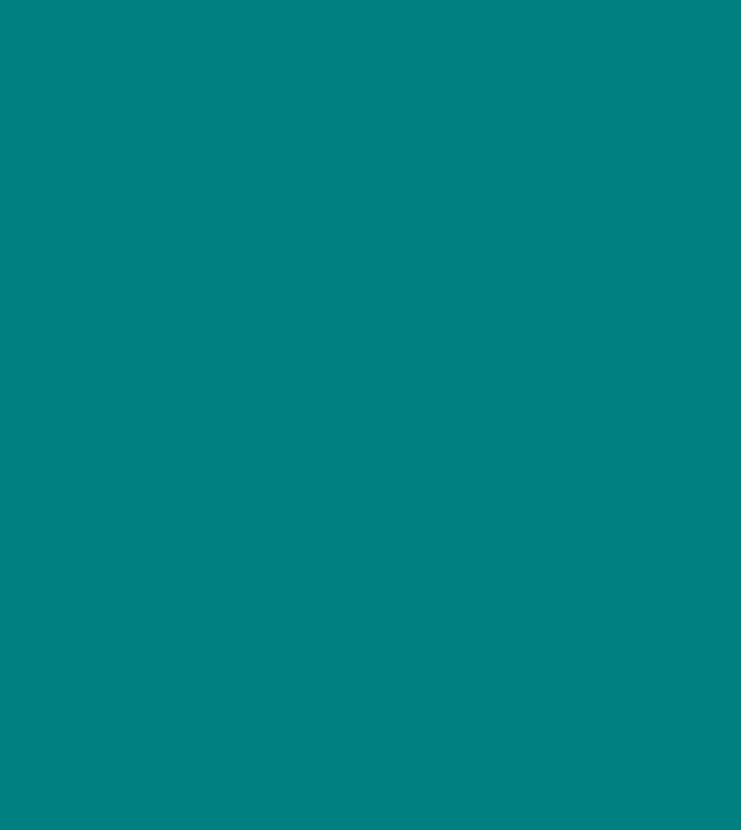
Approfondimento sulle situazioni
in carico ai servizi territoriali toscani



Regione Toscana

Istituto
degli
Innocenti





ADOZIONI IN TOSCANA: CONOSCERE LE
DIFFICOLTÀ PER SOSTENERE LE FAMIGLIE

Approfondimento sulle situazioni in carico ai
servizi territoriali toscani



Regione Toscana

Assessorato al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria

Stefania Saccardi

Settore Innovazione sociale

Alessandro Salvi

Ha collaborato

Lorella Baggiani



Area Direzione Generale

**Coordinamento delle attività dell'Istituto degli Innocenti
per il Centro Regionale**

Sabrina Breschi

Responsabile Servizio Ricerca e Monitoraggio

Donata Bianchi

Coordinamento editoriale

Antonella Schena

Realizzazione editoriale

Paola Senesi, Federico Nesti

Hanno curato l'analisi dei dati e la stesura del commento

Lucia Fagnini, Silvia Notaro

**Hanno curato l'indagine "Ricerca di follow-up sul fenomeno adottivo
nella USL 9 Grosseto"**

Cristiana Manzi, Catia Burgassi, Mauro Camuffo

Istituto degli Innocenti
aprile 2017

Premessa	3
----------------	---

PRIMA PARTE

Introduzione	5
1. Quando il legame adottivo va in crisi	8
1.1 Possibili scenari, possibili definizioni	8
1.2 La qualità della relazione adottiva: fattori protettivi e fattori di rischio	9
1.3 Fallimenti adottivi: un fenomeno a bassa incidenza.....	12
2. L'approfondimento sui casi di crisi o insuccesso dei percorsi adottivi.	15
2.1 Il campione osservato	15
2.2 Bambini e famiglie in carico oltre il normale iter post adottivo: caratteristiche socio demografiche	16
2.3 Bambini e coppie verso l'adozione	20
2.4 I servizi sociali nel post-adozione.....	26
2.4.1 Il sistema dei servizi	28
2.4.2 La presa in carico da parte del servizio	30
2.4.3 I bambini seguiti. Lo stato di salute psico-fisico.....	32
2.4.4 Gli interventi attivati dai servizi sociali territoriali	40
2.4.5 Tempi della presa in carico da parte del servizio sociale territoriale	42
2.4.6 I bambini presi in carico nel primo anno di adozione	43
2.4.7 I percorsi scolastici	44
3. Difficoltà relazionali nella famiglia adottiva: alcune riflessioni sui casi	47
3.1 Bambini e ragazzi presi in carico per la difficoltà nell'instaurare una relazione tra genitori e figli.....	47
3.1.1 Quali bambini e quali famiglie	47
3.1.2 L'intervento dei servizi sociali	56
3.2 Bambini e ragazzi accolti fuori dalla famiglia adottiva.....	58
4. Spunti per una riflessione sulla presa in carico	62

APPENDICE

Scheda di rilevazione.....	71
Glossario.....	93
Bibliografia.....	96

SECONDA PARTE

Ricerca di follow-up sul fenomeno adottivo nella Usl 9 Grosseto	101
---	-----

L'impegno di riorganizzazione dei servizi per l'adozione in Toscana avviato all'inizio del 2000 ha fornito un'opportunità preziosa per agire l'intervento sociale con bambini e famiglie in una prospettiva preventiva, di sostegno alla genitorialità, e non riparativa. Da sempre quindi la Regione, anche con il contributo del Centro Regionale, ha seguito e sostenuto con particolare attenzione questo spaccato degli interventi dei servizi che, seppur numericamente meno rilevante, ha avuto e ha tuttora un portato significativo in materia di riflessione metodologica.

Il fenomeno adottivo, in Toscana come in Italia, dopo un trend costantemente in crescita fino al 2009 ha registrato negli ultimi anni un ridimensionamento importante. Questo, insieme alla crescente complessità delle adozioni stesse e a una maggiore attenzione ad alcune situazioni problematiche segnalate dagli stessi servizi oltre che dall'opinione pubblica, ha indotto la necessità di garantire una maggiore attenzione alla fase del post adozione, con l'obiettivo, da un lato di cercare di dimensionare correttamente il fenomeno delle "crisi" o dei "fallimenti" nelle adozioni, per evitare che la giusta consapevolezza rispetto alla complessità della genitorialità adottiva non venga esacerbata da allarmismi ingiustificati; dall'altro per orientarsi a vincere la sfida di garantire a tutte le famiglie adottive quei supporti e quelle forme di sostegno ormai riconosciuti come indispensabili per favorire il successo dei percorsi adottivi.

L'indagine presentata in queste pagine, condotta dal Centro Regionale con la collaborazione dei servizi sociali territoriali, a cui va il più sentito ringraziamento, ha voluto approfondire la conoscenza delle famiglie adottive toscane in carico ai servizi sociali e sollecitare riflessioni e proposte in merito alla loro presa carico nelle diverse fasi dell'iter adottivo e post adottivo. Una riflessione, che, a partire dal coinvolgimento dei servizi territoriali, potrà essere finalizzata ad arricchire ulteriormente, dal punto di vista degli indirizzi metodologici e operativi, il modello toscano dei servizi per l'adozione.

È, infine, nella prospettiva di dare spazio alla riflessione portata avanti dagli stessi servizi che nella seconda parte del report è stata inserita una ricerca di follow up sul fenomeno adottivo nel territorio grossetano realizzata dalla Usl 9; un approfondimento significativo nella logica di integrare le informazioni disponibili in area sociale e sanitaria.

PRIMA PARTE

Introduzione

La Regione Toscana ha avviato, già a partire dai primi anni 2000, un percorso di riforma dei servizi per l'adozione nazionale e internazionale; si tratta di un percorso che ha portato a delineare un nuovo modello organizzativo, che ha preso avvio con l'Accordo di Programma sottoscritto il 25 febbraio del 2002 e rinnovato il 30 gennaio 2012 tra Regione Toscana, i 34 Comuni capofila delle zone socio-sanitarie e le 12 aziende unità sanitarie locali. Scelta strategica e organizzativa individuata dall'accordo è stata quella di riorganizzare i servizi per le adozioni attraverso l'individuazione di tre Aree Vaste regionali, di cui una suddivisa in due sub-aree, facenti capo ai Comuni capofila di Firenze, Prato, Pisa, Siena. Questa organizzazione territoriale è stata ritenuta funzionale alle attività di coordinamento e ottimizzazione delle risorse in materia d'adozione, individuando azioni e impegni, che hanno coinvolto i diversi soggetti in campo, volti a consolidare modelli di collaborazione e prassi operative fondate sullo studio e l'approfondimento delle diverse tematiche legate al percorso adottivo e post-adottivo.

Ne è seguita una serie di provvedimenti legislativi e amministrativi, di livello regionale, che hanno accompagnato e sostenuto questo processo ri-organizzativo, sia dal punto di vista dell'impegno di risorse regionali dedicate ai servizi per l'adozione, sia attraverso la creazione di tavoli istituzioni di coordinamento, implementando inoltre le attività di ricerca e approfondimento sul tema, e lavorando in modo partecipato e congiunto a strumenti operativi di supporto ai professionisti che, nel servizio pubblico e all'interno degli Enti accreditati, accompagnano le famiglie nelle diverse fasi dell'adozione. Ultime tappe di questo percorso l'aggiornamento delle indicazioni metodologiche per lo studio di coppia per la valutazione degli aspiranti genitori adottivi¹, il protocollo d'intesa firmato con l'Ufficio scolastico regionale sull'accoglienza scolastica dei bambini adottati² e in ultimo le indicazioni metodologiche in materia di interventi di sostegno nell'adozione, per le fasi dell'attesa, dell'affidamento preadottivo e del post-adozione³.

L'approvazione di indirizzi metodologici in materia di attesa e di post adozione interviene a "sanare" una mancanza di riferimenti regionali specifici con riferimento a un

¹ Regione Toscana, *Indicazioni metodologiche per lo studio di coppia finalizzato alla valutazione e all'accompagnamento per l'idoneità nell'ambito del procedimento di adozione nazionale e internazionale*, deliberazione di Giunta regionale n. 702 del 26 agosto 2013.

² Regione Toscana, *Sviluppo del percorso di accoglienza e di inserimento scolastico dedicato ai bambini ed ai ragazzi adottati. Schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana e l'Ufficio scolastico regionale per la Toscana di Firenze*, DGR n. 996 del 10 novembre 2014.

³ Regione Toscana, *Indicazioni metodologiche in materia di interventi di sostegno nell'adozione nazionale ed internazionale, per le fasi dell'attesa, dell'affidamento preadottivo e del post-adozione*, Deliberazione di Giunta Regionale n.1369 del 27 dicembre 2016.

ambito di lavoro, quella del supporto dei servizi nel post-adozione, che risultava di fatto meno esplorata, sia dal punto di vista della ricerca e dell'approfondimento, che dal punto di vista della regolamentazione normativa e dell'individuazione di protocolli e procedure operative condivisi.

Il Centro Regionale da sempre è a fianco della Regione e dei servizi nei percorsi di approfondimento, monitoraggio delle adozioni e aggiornamento degli indirizzi metodologici e operativi. Oltre alla produzione di statistiche mirate sulle adozioni nazionali e internazionali in Toscana grazie alla collaborazione in essere fra Regione e Tribunale per i Minorenni di Firenze, negli ultimi anni, ha approfondito la conoscenza dell'intervento del Servizio sociale nella presa in carico di minori e/o famiglie di minori con esperienza d'adozione attraverso il "Monitoraggio annuale sugli interventi per bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia nelle Zone socio-sanitarie e Società della Salute toscane". Dal 2009 il monitoraggio raccoglie, con la collaborazione delle Referenti di zona per l'area minori, tra le informazioni sugli interventi attivati per i minori fuori famiglia e in famiglia, i dati relativi al numero e alla tipologia degli interventi attivi e attivati nel corso dell'anno per bambini e ragazzi adottati e il numero dei fallimenti definitivi registrati in ogni Zona/SdS⁴.

Dal confronto con gli operatori referenti per le quattro Aree Vaste che hanno partecipato a un Gruppo di lavoro formato per la realizzazione dall'approfondimento oggetto del presente rapporto d'indagine, è emerso come tali servizi costituiscano un'importante risorsa per chi, pur avendo formalmente concluso l'iter adottivo, sente la necessità di mantenere o, in taluni casi, ricercare, un supporto di tipo psicologico o sociale. Allo stesso tempo, può trattarsi di misure a supporto di una presa in carico di situazioni particolarmente critiche che abbiano richiesto l'intervento di soggetti terzi rispetto alla famiglia, ad esempio delle Autorità Giudiziarie.

Al fine di delineare e approfondire i contorni di situazioni di crisi o insuccesso adottivo e di modalità di gestione da parte dei servizi sociali territoriali, nonché di fare chiarezza sulle caratteristiche del fenomeno, è stato sviluppato il presente approfondimento, promosso nell'ambito delle attività del Centro Regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, sui casi che risultano in carico ai servizi sociali toscani per problematiche inerenti minori adottati.

L'approfondimento si è concentrato sui casi in carico ai servizi sociali al 31.12.2014 per i quali, in base a quanto riportato dai dati risultanti dal "Monitoraggio sugli interventi per bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia nelle zone socio-sanitarie e società della salute toscane. Anno 2014", sono stati attivati interventi che vanno oltre il normale iter post-adottivo.

⁴ I dati sono disponibili sul sito www.minoritoscana.it.

Nella scelta dell'universo di riferimento si è pertanto deciso di allargare il bacino dei minori coinvolti nell'indagine a tutti i bambini e ragazzi adottati che a vario titolo sono entrati in contatto con i servizi sociali territoriali, ipotizzando che tra questi potessero essere inclusi anche quei casi in cui emergono difficoltà riconosciute, se non formalizzate, delle relazioni tra figli e genitori adottivi. Il monitoraggio raccoglie infatti informazioni su situazioni che non rientrano necessariamente tra quelle identificabili con una crisi del legame adottivo: ai referenti dell'area minori delle zone sociosanitarie/SdS viene infatti chiesto di indicare annualmente il numero di minori adottati in carico ai servizi per interventi di educativa domiciliare, inserimenti in strutture semiresidenziali, inserimenti in strutture residenziali, affidamento familiare, servizio sociale professionale, interventi di tipo specialistico di supporto, interventi di tipo specialistico sanitario, interventi in ambito scolastico e altre tipologie di intervento comunque non riconducibili a quanto previsto dal normale iter post adottivo⁵.

Nell'allargare lo sguardo al di là dei confini formali del fallimento adottivo formalmente definito, vi è comunque la consapevolezza che la scelta effettuata non possa essere esaustiva dell'universo teorico di riferimento, poiché è ipotizzabile che alcune situazioni di crisi sfuggano all'osservazione. Questo è vero nel caso in cui la famiglia abbia gestito in autonomia eventuali dinamiche emerse al suo interno oppure sia stata intercettata unicamente da altri soggetti pubblici o privati. È noto, in base all'esperienza riportata anche dal Gruppo tecnico di lavoro composto da psicologi e assistenti sociali individuati dai Referenti Organizzativi delle quattro aree vaste della Toscana, che molti degli accessi ai servizi pubblici nel periodo post adottivo avvengono nell'area sanitaria, così come vi sono sicuramente famiglie che preferiscono rivolgersi a professionisti privati, e che una quota rilevante delle famiglie adottive continua a mantenere contatti con gli Enti autorizzati, rendendo difficile, per i servizi sociali territoriali, monitorare e sostenere adeguatamente il percorso della nuova famiglia adottiva. D'altra parte, i dati raccolti forniscono nel loro complesso informazioni dettagliate sulle caratteristiche dei bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adottivo, che forniscono utili interpretazioni rispetto ai dati raccolti annualmente nell'ambito del monitoraggio del Centro Regionale.

Una prospettiva di analisi per un certo senso diversa e complementare è fornita dall'indagine, inserita nella seconda parte della presente pubblicazione, svolta dalla USL9 di Grosseto finalizzata a effettuare una ricognizione a livello di USL dello stato del fenomeno adottivo, coinvolgendo le famiglie che tra il 2005 e il 2013 hanno accolto in adozione un minore. L'indagine di follow-up è nata dall'esigenza di approfondire la situazione dei bambini

⁵ Rientrano nel normale iter post adottivo le verifiche e le relazioni che devono essere inviate al paese di origine del bambino, in base agli accordi internazionali vigenti tra l'Italia e i singoli stati.

e delle famiglie adottive, a fronte del loro significativo e crescente numero di accessi ai servizi sanitari della zona anche a distanza di più anni dall'adozione.

È sembrato dunque interessante dare uno spazio a questa esperienza di ricerca che mette in luce come, spostandosi dal contesto dei servizi sociali a quelli sanitari, si possono rilevare elementi di conoscenza che sarebbe utile e auspicabile poter integrare per delineare un quadro conoscitivo ancora più attento delle evoluzioni dei percorsi adottivi nel tempo, dei bisogni delle famiglie e delle possibilità di supporto e intervento da parte dei servizi.

1. Quando il legame adottivo va in crisi

1.1 Possibili scenari, possibili definizioni

Il legame che si stabilisce tra genitori adottanti e bambino adottato si fonda sull'incontro di storie, esperienze di vita, vissuti e aspettative che possono essere tra loro anche molto diversi. Se la relazione genitori-figli segue, anche nel contesto delle nascite naturali, traiettorie mai scontate, è vero che, in quello adottivo, diversi elementi possono facilitare l'insorgere di difficoltà. Ciò non significa che ogni bambino adottato incontrerà, in quanto tale, problemi nel rapporto coi genitori o difficoltà relazionali in senso più ampio. Significa, invece, che nell'esperienza adottiva possono esserci alcuni fattori di rischio che possono avere a che fare con le esperienze passate di bambini e di genitori adottanti, con le aspettative reciproche, con alcuni passaggi evolutivi più critici o con le peculiarità dell'intervento professionale che ha accompagnato il percorso adottivo; tutti aspetti, questi, che occorre tenere in considerazione, soprattutto nell'ottica della progettazione di attività di prevenzione e di supporto ai percorsi adottivi stessi.

La crisi del legame genitori-figli adottati può manifestarsi in differenti tempi, forme e livelli di complessità. Una variabilità d'espressione resa evidente dalle diverse definizioni e dalla diversa terminologia che, in ricerca e letteratura, vengono impiegate per descrivere tali situazioni e che rende difficile un'interpretazione univoca dei dati di ricerca sul tema a oggi a disposizione e un loro confronto.

Soprattutto nel contesto della ricerca statunitense (Coakley e Berrick, 2008)⁶, il termine "fallimento" adottivo (adoption disruption) viene utilizzato per indicare un processo adottivo che si interrompe prima che l'adozione si perfezioni giuridicamente, con il conseguente ritorno del bambino in carico ai servizi. Si usa invece il termine di crisi o dissoluzione (adoption dissolution) per indicare quelle situazioni in cui si verifica una limitazione,

⁶ J.F.Coakley, J. D. Berrick, *Research review: In a rush to permanency: Preventing adoption disruption*, in *Journal of Child and Family Social Work*, 2008, 13(1), p. 111-112.

sospensione o decadimento della potestà genitoriale dopo che l'adozione è stata legalmente completata, anche a distanza di molti anni dal suo perfezionamento.

Nell'indagine realizzata dalla Commissione per le Adozioni Internazionali (Cai) e pubblicata nel 2003, il "fallimento adottivo", invece, è definito come l'interruzione definitiva o transitoria di un rapporto difficile tra genitori e figli che culmina con l'effettivo allontanamento del minore dalla famiglia o con il suo collocamento in una struttura di accoglienza". Stefania Lorenzini e Maria Pia Mancini (2007)⁷, in una loro ricerca sul fenomeno, fanno riferimento sia ai fallimenti adottivi veri e propri, cioè le adozioni che si concludono con l'intervento del Tribunale per i minorenni che decreta l'insostenibilità del proseguimento dell'adozione, sia a esperienze adottive contraddistinte da una forte problematicità, ma che non si concludono con la decadenza della responsabilità genitoriale. In questi casi, si può parlare di "insuccessi adottivi", situazioni, secondo le autrici, ben più diffuse dei fallimenti veri e propri.

D'altronde, se l'obiettivo non è solo quello di quantificare un fenomeno, ma di conoscere e comprendere le dinamiche con cui le crisi si verificano, con l'obiettivo di individuare le strategie per offrire un supporto professionale a chi sta vivendo con sofferenza la propria esperienza adottiva, è utile non limitarsi ai casi in cui la crisi sfocia nell'uscita definitiva del bambino dalla famiglia adottiva allargando lo sguardo anche a situazioni meno definite⁸.

1.2 La qualità della relazione adottiva: fattori protettivi e fattori di rischio

Esiste un accordo abbastanza generalizzato sul fatto che le crisi adottive hanno alla base l'interazione di più fattori di rischio in cui sono implicate caratteristiche dei bambini adottivi e delle loro esperienze precoci, dei genitori adottivi e dell'intervento professionale. Tali caratteristiche possono concorrere a complicare la situazione, soprattutto se non bilanciati da altrettanti fattori di protezione, ma di per sé non "condannano" necessariamente l'adozione al fallimento⁹.

Tra i diversi fattori di rischio, si possono citare per quanto riguarda i bambini, l'età elevata, la presenza di problemi di comportamento e la difficoltà nel legame di attaccamento, generalmente connessi anche con le esperienze avverse accumulate prima

⁷ S. Lorenzini; M.P. Mancini, *Adozioni internazionali: un nucleo interculturale di affetti, ma non sempre. Storie di adozioni impossibili o fortemente problematiche.*, Bologna, Regione Emilia Romagna, 2007.

⁸ Palacios, *Adozioni che falliscono*, in Vadilonga (a cura di), *Curare l'adozione. Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010.

⁹ Palacios, Sánchez-Sandoval, León, *Intercountry adoption disruption in Spain*, in *Adoption Quarterly*, 9, p. 35, 55, 2005; Palacios (2010), *op.cit*; Bernacchi, Pregliasco (a cura di) *Linee guida sui servizi post-adozione*, ChildONEurope, Istituto degli Innocenti, Firenze 2008, p. 54.

dell'adozione (direttamente correlate con l'età). Anche l'adozione di bambini con bisogni speciali di tipo intellettuale/sanitario e l'adozione di fratri vengono generalmente posti sotto osservazione, con opinioni diverse rispetto alla loro rilevanza.

Per quanto riguarda i genitori, vengono segnalati tra i fattori di rischio l'alto livello di istruzione dei genitori, forse perché connesso con le pratiche di accudimento familiari (es. madre lavoratrice) e/o con le elevate aspettative rispetto al rendimento scolastico e l'assenza di una rete di sostegno informale che possa sostenere la famiglia per i compiti della vita quotidiana e formale/professionale, a cui rivolgersi in caso di necessità. Eventi che creano discontinuità nelle relazioni familiari (separazioni, lutti...), lo stile educativo, la comunicazione sull'adozione in famiglia vengono anch'essi segnalati come elementi in grado di influenzare la buona riuscita dell'adozione. Dubbi gli effetti della presenza di altri figli all'interno della famiglia adottiva, mentre viene riconosciuta come fattore di rischio la presenza di motivazioni all'adozione completamente autocentrate (compensazione per un figlio deceduto, desiderio di compiacere il coniuge, bisogno di realizzazione narcisistica..) o basate su un'emozione non regolata dalla riflessione, soprattutto in presenza di discrepanze all'interno della coppia.

I fattori di rischio rispetto all'intervento professionale rimandano infine all'assenza di continuità e coordinamento degli interventi di professionisti diversi, alla formazione degli operatori, alla qualità della formazione delle coppie e della loro valutazione, all'opportunità dell'abbinamento, alla mancanza di preparazione del minore e sostegno verso il percorso adottivo e alla scarsità o assenza di supporto da parte dei servizi durante l'adozione¹⁰.

Le crisi possono aver luogo in qualsiasi momento, a ridosso dell'adozione o più avanti nel tempo, soprattutto in concomitanza con particolari eventi o fasi della vita. L'adolescenza, in particolare, rappresenta per la famiglia nel suo complesso, genitori e figli, un momento di transizione che può amplificare sentimenti di vulnerabilità e incertezza e generare situazioni di conflittualità più accesa, non a caso i dati disponibili confermano che questa è l'età in cui con più facilità si registrano rotture all'interno delle famiglie adottive¹¹. A questo proposito è interessante riportare alcuni esiti dell'indagine nazionale "Adolescenti e adozione internazionale: benessere e relazioni familiari e sociali" curato dall'Istituto degli Innocenti per la Commissione adozioni internazionali¹², in cui vengono analizzate alcune dimensioni importanti che caratterizzano le relazioni familiari nei contesti adottivi, sia dal punto di vista dei vissuti dei figli che dei genitori. La ricerca interroga adolescenti adottati e rispettive famiglie in merito a diversi aspetti che riguardano il rispettivo senso di soddisfazione e

¹⁰ Palacios (2010), cit. ; Bianchi, Di Gioia (a cura di), *Adolescenti e adozione internazionale. Benessere e relazioni familiari e sociali: un'indagine nazionale*, Carocci, Roma 2016.

¹¹ Commissione per le adozioni Internazionali, *Percorsi problematici dell'adozione internazionale*, Istituto degli Innocenti, Firenze 2003.

¹² Bianchi, Di Gioia (2016), cit.

benessere, con particolare riferimento al tipo di relazione genitori adottivi-figlio che è andata instaurandosi col tempo. Si tratta, dunque, di uno studio che non si è concentrato su situazioni familiari con elevati livelli di disagio e conflittualità, nondimeno esso ha consentito di formulare pensieri e ipotesi in merito a quali dimensioni si possono configurare come fattori di rischio o protettivi nella costruzione e nello sviluppo delle relazioni adottive.

In particolare, nello studio viene ripreso e “reso osservabile”, attraverso i dati individuali raccolti, un primo concetto, quello di “filiazione adottiva”, vale a dire quel sentimento di riconoscimento e legittimazione, da parte del figlio adottato, del padre e della madre come i propri genitori a tutti gli effetti che consente di costruire una salda appartenenza familiare (Rosnati, 2010).

L'altro costrutto esplorato nella sopracitata indagine è quello della “genitorialità adottiva”, vale a dire quel processo interiore di legittimazione di sé e del proprio coniuge come genitore a pieno titolo di quel figlio. Tale processo è stato chiamato “entitlement” (Cohen, Coyne & Duvall, 1996) per indicare l'esercizio della titolarità ed esita appunto nell'assunzione della responsabilità piena per quel figlio. La legittimazione è all'opera anche nella filiazione biologica, ma nell'adozione può essere ostacolata proprio dalla differenza riconducibile all'origine, all'assenza di un patrimonio genetico comune, alla mancata condivisione dei primi momenti di vita e in molti casi dei primi anni (Greco, Ranieri & Rosnati, 2002;).

L'auto-legittimazione nel ruolo di “genitore a tutti gli effetti” e la legittimazione dei propri genitori adottivi in quanto tali configura, dunque, uno scenario che si colloca agli antipodi di una crisi grave o un fallimento adottivo. Queste dimensioni, infatti, sono decisamente cruciali, nella misura in cui possono essere considerate come obiettivi ultimi e intrinseci della transizione adottiva ma che, in ogni caso, non possono essere mai dati per acquisiti, poiché influenzati dai cambiamenti e dalle sfide legate a possibili eventi esterni o, comunque, alle diverse fasi del ciclo di vita. Sono, inoltre, dimensioni “circolari”, nel senso che sono vicendevolmente influenzabili: quanto più (o meno) un genitore si sente legittimato dal figlio adottivo, quanto più esso si sentirà (o meno) figlio di quella coppia e vice versa.

La ricerca ha evidenziato come uno dei fattori che sembrano maggiormente facilitare la costruzione della filiazione adottiva siano da rintracciare in alcune dimensioni relazionali legate sia ai contesti sociali che alle relazioni familiari in senso stretto. Uno di questi, e quello che incide di più, risulta essere la buona comunicazione, in famiglia, delle tematiche adottive. Uno stile comunicativo aperto in cui vengono affrontate le questioni delle origini e della diversità, dunque, si configura come uno dei fattori protettivi più rilevanti.

Al contrario, alcuni dei fattori di rischio per la qualità relazionale, nel contesto della ricerca, sembrano essere quello di essere socialmente etichettati e riconosciuti come

stranieri, la percezione di discriminazione e la manifestazione di gravi problemi comportamentali da parte del bambino o ragazzo.

È, dunque, opportuno sottolineare come il percorso di inserimento del bambino nella famiglia adottiva e l'intessere dei rapporti familiari avvengano su più piani e sono influenzati anche dal contesto sociale. L'esito dei percorsi adottivi, in conclusione, non è un "fatto privato" che dipende esclusivamente dalle risorse dei genitori e dalla storia o le caratteristiche del bambino; è anche un "fatto sociale", che dipende dalla risposta e dalla qualità dell'accoglienza della comunità, dalle opportunità di supporto offerta dai servizi e dagli attori coinvolti nel percorso pre e post adottivo.

1.3 Fallimenti adottivi: un fenomeno a bassa incidenza

Per quanto riguarda la dimensione quantitativa del fenomeno, in Italia non esistono dati certi e le stime, ricavabili da ricerche su piccoli gruppi o condotte a livello internazionale, indicano un tasso di fallimento dei legami adottivi tra l'1,8% e l'11%¹³. Si tratta di un dato però difficile da interpretare, considerata la difficoltà di definire in modo omogeneo l'oggetto di studio. Tra i dati più "oggettivi" possiamo citare quelli riferiti ai bambini adottati accolti al di fuori della famiglia adottiva. L'indagine campionaria su bambini e adolescenti fuori dalla famiglia di origine promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, e realizzata dall'Istituto degli Innocenti ha rilevato che tra i 29.309 minorenni, stimati presenti al 31 dicembre 2010 presso i servizi residenziali familiari e socio-educativi e le famiglie affidatarie, circa lo 0,8% aveva alle spalle un passato decreto di adozione e un nuovo decreto di adottabilità a seguito del decadimento della potestà genitoriale dei genitori adottivi e il 2,9% era stato allontanato da una famiglia adottiva ed era in attesa di un provvedimento definitivo che ne definisse il destino.

A livello toscano, i dati resi disponibili dal monitoraggio sugli interventi sociali a favore di bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia condotto dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, ha raccolto i dati relativi ai fallimenti definitivi¹⁴ del percorso adottivo a partire dal 2010. I valori registrati, relativamente alti nel primo biennio (9 casi nel 2010 e 10 nel 2011), sono andati poi a diminuire, registrando 1 caso nel 2012, 2 nel 2013, 1 nel 2014, 2 nel 2015. Si tratta di numeri limitati, considerando il

¹³ Pistacchi, Bianchi, *Quando non si riesce a costruire relazioni. Il problema delle restituzioni*, in *MinoriGiustizia*, n. 2, 2013, p. 138-153.

¹⁴ Si intende il fallimento definitivo del percorso adottivo con la decadenza della potestà genitoriale.

potenziale “universo di riferimento”, ovvero i bambini e ragazzi adottati da coppie residenti in toscana ancora minorenni, stimati in oltre 4000 alla fine del 2014¹⁵.

Altre informazioni ci giungono dal sistema informativo regionale ASSO ASMI che censisce i minori accolti presso le strutture residenziali socio-educative toscane, il quale fa emergere che al 31/12/2014 lo 0,7% dei ragazzi accolti proveniva da una famiglia adottiva, cioè 6 casi, scesi a 5 nel 2015 e nel 2016.

Per affiancare tali dati quantitativi, limitati alla definizione più stringente di fallimento adottivo, un primo approfondimento sul tema delle crisi adottive è stato condotto nel 2012 – 2013 raccogliendo le storie di 17 bambini e adolescenti allontanati dalla famiglia adottiva a seguito del crearsi di situazioni di convivenza inadeguate e, in alcuni casi, gravemente pregiudizievoli per i minorenni¹⁶. Nello specifico, su ogni situazione riconosciuta dagli operatori come un caso di crisi o dissoluzione del progetto adottivo, erano state rilevate alcune informazioni di base: dati socio-anagrafici del bambino/i e della coppia genitoriale; informazioni sulle caratteristiche dell'adozione: adozione nazionale o internazionale, adozione singola o di fratria, età del bambino/a al momento dell'adozione; informazioni sul nucleo familiare: presenza o meno di altri figli naturali o adottivi, partecipazione della coppia a corsi di informazione e preparazione all'adozione e a percorsi di sostegno post adottivo; dati sulle condizioni psicofisiche del bambino al momento dell'adozione e al momento dell'allontanamento, eventuali certificazione di DSA all'arrivo in Italia; motivazioni e condizioni dell'allontanamento del bambino dalla famiglia; descrizione del percorso e degli interventi realizzati dal servizio sociale con i genitori e il/la bambino/a dal momento dell'emersione delle prime criticità e fino all'allontanamento; descrizione del percorso del/la bambino/a successivamente all'allontanamento definitivo dalla famiglia; i principali elementi di criticità che, secondo gli operatori, hanno determinato o che maggiormente hanno influito sull'esito negativo del percorso adottivo.

Nella ricerca che qui viene presentata le situazioni “gravi” di allontanamento dal nucleo familiare rappresentano un piccolo sottogruppo. Sono infatti 19 i bambini e ragazzi che sono stati accolti fuori dalla famiglia adottiva. Per 10 bambini il collocamento in struttura viene attivato subito, mentre in 9 casi l'allontanamento della famiglia viene attivato in un periodo successivo.

I vari approfondimenti, dunque, mettono in evidenza un'incidenza del fenomeno piuttosto esigua, soprattutto se si vuol fare riferimento a una definizione di “fallimento

¹⁵ Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, Toscana, *Dieci anni di adozione in Toscana: analisi e prospettive sul fenomeno adottivo in Toscana, a partire dai dati del Tribunale per i minorenni di Firenze*, Firenze, Regione Toscana 2015.

¹⁶ Bianchi, Pregliasco, *“Quando il percorso adottivo entra in crisi... Interventi dei servizi oltre il normale iter del post-adozione e approfondimento su alcuni casi di “fallimento”*, in *Adozioni nazionali e internazionali in Toscana. Protagonisti, tempi, percorsi*, Regione Toscana - Istituto degli Innocenti, 2013.

adottivo” che considera solamente situazioni di decadenza della patria potestà in capo ai genitori adottivi, ma anche in riferimento agli allontanamenti temporanei dalla famiglia adottiva. Vi è pertanto la consapevolezza di descrivere, attraverso l’approfondimento presentato nelle prossime pagine, situazioni “eccezionali”, che non rappresentano l’esperienza della maggior parte famiglie adottive, le quali nel loro complesso, come quelle non adottive, “funziona[no] in modo soddisfacente e permett[ono] ai diversi membri di essere ragionevolmente felici”¹⁷.

Allo stesso tempo, tutte queste esperienze di indagine hanno consentito di gettare le basi per una riflessione più approfondita sulle esperienze adottive caratterizzate da una forte problematicità nelle relazioni familiari, che orienta operatori e istituzioni nello sviluppo di pratiche e sistemi d’intervento per prevenire o far fronte a questo tipo di difficoltà.

¹⁷ Palacios (2010), *cit.*

2. L'approfondimento sui casi di crisi o insuccesso dei percorsi adottivi.

A fronte delle premesse teoriche sopra delineate, in fase di pianificazione della ricerca, il Gruppo tecnico di lavoro¹⁸, coordinato dall'Istituto degli Innocenti di Firenze, ha elaborato una scheda di rilevazione che è stata inviata ai servizi sociali che, in base ai dati in possesso al Centro regionale, risultavano avere in carico alla data del 31 dicembre 2014 almeno un minore per il quale era stato attivato un intervento oltre il normale iter post-adottivo. Con la scheda elaborata sono state raccolte informazioni sul bambino o ragazzo adottato (dati anagrafici, informazioni sulla sua storia prima e dopo l'adozione, sul percorso scolastico e il suo stato di salute psico-fisica), sulla famiglia adottiva (dati anagrafici, storia di coppia e procreativa, il percorso adottivo), sulla presa in carico da parte del servizio (tempi, motivazioni, tipologie) e sul sistema dei servizi attivati (multidisciplinarietà della presa in carico, figure professionali attivate e prassi); infine, la scheda ha previsto una sezione sulla valutazione dell'intervento da parte del professionista compilante costituita da domande aperte.

La raccolta dei dati, attraverso la compilazione online o cartacea delle schede, è avvenuta tra il 30.11.2015 e il 30.03.2016.

2.1 Il campione osservato

Sono stati compilati 114 questionari su 212 casi di minori adottati per i quali sono stati attivati servizi oltre il normale iter post-adottivo in carico ai servizi sociali toscani alla data del 31 dicembre 2014¹⁹. Hanno partecipato all'indagine 23 zone sulle 30 che avevano casi d'interesse²⁰. Le zone che rimangono scoperte dall'indagine sono la Lunigiana, l'Alta e la Bassa val di Cecina, la Val di Chiana Senese, il Casentino, la Val Tiberina e l'Amiata grossetana per un totale di 23 casi complessivi. Sono 12 le zone che hanno inserito tutti i casi evidenziati dal monitoraggio, mentre le altre hanno partecipato in modo parziale.

¹⁸ Zona Piana di Lucca, Comune di Livorno, Zona Livornese, Comune e Centro adozioni di Prato, Comune di Pistoia, Usl 11 di Empoli, Comune e Centro adozioni di Prato, Asl 10 di Firenze, Comune e Centro adozioni di Siena, Zona Amiata grossetana.

¹⁹ Il numero complessivo di casi di minori per i quali sono stati attivati servizi oltre il normale iter post adottivo risultanti dal "Monitoraggio sugli interventi per bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia nelle zone socio-sanitarie e società della salute toscane. Anno 2014" sono 235 casi, che però risultano diminuiti sulla base delle correzioni dichiarate da alcune zone in occasione della presente rilevazione.

²⁰ Valle del Serchio, Val di Nievole, Elba e Amiata Val d'Orcia non avevano al 31/12/2014 nessun bambino o ragazzo in carico per i motivi rientranti nell'indagine.

Il numero di casi considerati e il fatto che si tratti di poco più della metà di quelli che avrebbero dovuto essere inclusi nell'analisi fa sì che non sia possibile fare inferenze sulle caratteristiche dell'intero universo di riferimento. Tuttavia l'analisi proposta fornisce ricche informazioni su un numero relativamente elevato di bambini che presentano problematiche tali da richiedere l'intervento dei servizi sociali. Tenuto conto della numerosità, nel rapporto sono pertanto state calcolate le percentuali con valore descrittivo nell'analisi dei dati relativi ai 114 bambini coinvolti, mentre vengono forniti i valori assoluti quando per finalità di analisi ci si riferisce a sottogruppi specifici di casi numericamente più ridotti.

In questo secondo capitolo, l'analisi prende in considerazione il complesso dei bambini e ragazzi su cui sono state raccolte le informazioni nel corso dell'indagine, descrivendo le loro caratteristiche, quelle delle loro famiglie e le informazioni raccolte in merito agli interventi attivati dai servizi sociali territoriali. Nel capitolo 3, l'analisi si concentra su due gruppi di bambini: il primo è composto da quei casi in cui la presenza di una difficoltà nell'instaurarsi della relazione tra genitori e figlio è stata esplicitamente indicata dagli assistenti sociali tra i motivi della presa in carico (par. 3.1); il secondo gruppo è costituito da quei ragazzi per i quali l'intervento attivato ha previsto l'allontanamento dalla famiglia e l'accoglienza presso strutture residenziali o famiglie affidatarie (par. 3.2). L'esame di questi due ultimi gruppi, che in parte si sovrappongono ma non sono coincidenti, intende mettere in luce alcune specificità e le caratteristiche che sembrano differenziarli dal complesso delle situazioni analizzate.

I dati raccolti e le informazioni fornite dagli assistenti sociali nel corso della rilevazione hanno mostrato la varietà delle situazioni riferibili ai bambini presi in carico, varietà che la raccolta standardizzata dei dati non sempre riesce a restituire. Per questo si è tentato, per comprendere meglio la situazione descritta per i singoli casi, di analizzarli "per riga", interpretando i dati anche sulla base delle annotazioni fornite dalle assistenti sociali nelle risposte aperte, quindi con un approccio più "qualitativo".

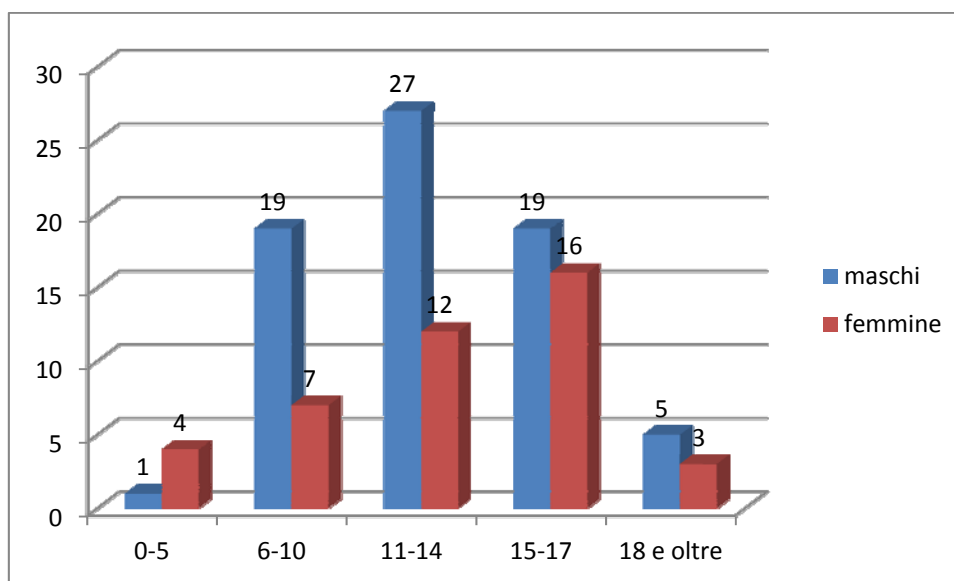
2.2 Bambini e famiglie in carico oltre il normale iter post adottivo: caratteristiche socio demografiche

Tra i 114 bambini e ragazzi rientrati nell'indagine prevalgono nettamente i maschi (più del 62%), in linea con la distinzione di genere che si rileva nelle adozioni a livello nazionale²¹. In media hanno un'età poco inferiore ai 13 anni; oltre due terzi sono preadolescenti o adolescenti con un'età compresa tra gli 11 e 17 anni. La differenza tra maschi e femmine è

²¹ In base agli ultimi dati CAI disponibili, le adozioni di bambini maschi rappresentano circa due terzi delle adozioni complessive. Commissione per le adozioni internazionali, *Dati e prospettive nell'adozione internazionale, Rapporto sui fascicoli dal 1° gennaio al 31 Dicembre 2013*, Firenze, Istituto degli Innocenti 2014.

particolarmente significativa per la fascia di età scolare, tra i 6 e i 14 anni, mentre appare attenuata tra i ragazzi più grandi. Otto sono i ragazzi che permangono in carico ai servizi pur avendo superato la maggiore età. In alcuni casi si tratta di fratelli “maggiori”, che rimangono in carico poiché i fratelli più piccoli sono ancora seguiti o perché si tratta di ragazzi per i quali è stato stabilito il proseguo amministrativo della presa in carico.

Figura 1. Bambini e ragazzi in carico ai servizi territoriali per interventi post adottivi al 31/12/2014 per genere e classe di età. Valori assoluti



Tra i casi raccolti, 16 sono riferiti ad adozioni nazionali, mentre le restanti 98 adozioni sono state realizzate all'estero (86% del totale) prevalentemente in Europa (53 bambini) e America del Sud (27 bambini). Seguono come provenienza l'Asia (11 bambini) e l'Africa (7 bambini). Cinque sono i casi di adozione speciale o nominativa, attuati secondo l'art. 44 lett. A e D della legge 183 del 1984²².

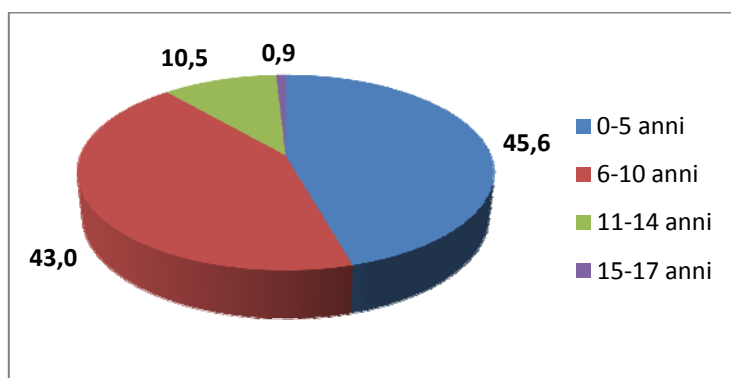
Non è semplice elaborare osservazioni in merito alla provenienza nazionale o internazionale degli adottati e al fatto che i bambini adottati all'estero siano numericamente

²² La prevalenza di bambini provenienti dall'Europa è in linea con i dati relativi alle provenienze registrati a livello nazionale e regionale, sebbene nel corso degli anni sia progressivamente ridotto il numero dei minori provenienti dall'Europa, che passano dal 60,9% del 2001 a circa il 48% del 2013, con il contestuale incremento dei minori provenienti dagli altri continenti: i minori originari dall'America Latina dopo aver avuto un incremento significativo nel periodo 2006-2012 subiscono un ridimensionamento, come detto sopra, nel 2013; i minori asiatici passano dal 12,5% del 2001 al 13,1% del 2013 e quelli di origine africana quadruplicano la loro presenza, passando dal 4,8% del quinquennio 2000-2005 al 20,2% del 2013. Commissione per le adozioni internazionali (2014), *op .cit.*

molto superiori, dal momento che, in generale, esiste una netta sproporzione, di base, tra i due percorsi adottivi, con una netta preponderanza delle adozioni internazionali. Si può a questo proposito ricordare che tra il 2005 e il 2014 le adozioni nazionali annue registrate in Toscana hanno oscillato tra 22 e 53 casi, mentre nello stesso periodo le adozioni internazionali hanno registrato valori tra 265 e 408 adozioni annue²³.

I bambini rientrati nell'indagine sono stati adottati in media poco dopo i 6 anni nel caso delle adozioni internazionali, una media quindi leggermente superiore a quella registrata per il complesso dei bambini adottati all'estero in Toscana (5,7 anni all'adozione) e in Italia (5,5 anni)²⁴. Per quanto riguarda le adozioni nazionali (numericamente contenute), l'età media all'adozione risulta in linea con i dati disponibili a livello nazionale²⁵, che sono di 21,5 mesi per le adozioni che prendono avvio secondo l'articolo 11 della L. 184/83 e circa 7 anni e mezzo per i bambini adottati secondo l'articolo 12 della stessa legge²⁶.

Figura 2. Bambini e ragazzi in carico ai servizi territoriali per interventi post adottivi al 31/12/2014 per classe di età all'adozione. Valori percentuali



I bambini sono stati adottati in netta prevalenza da soli (70,2 % dei casi), nel 18,4% assieme a un fratello/sorella biologica, nel 10,5% insieme a più fratelli o sorelle biologici; in un solo caso assieme a uno o più bambini che non erano fratelli biologici. Tendenzialmente i bambini e ragazzi più grandi, la metà di quelli con più di 11 anni che sono rientrati nella rilevazione, hanno uno o più fratelli, che spesso sono stati allontanati dalla famiglia d'origine

²³ Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, Toscana (2015), *cit.*

²⁴ Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, Toscana (2015), *cit.*

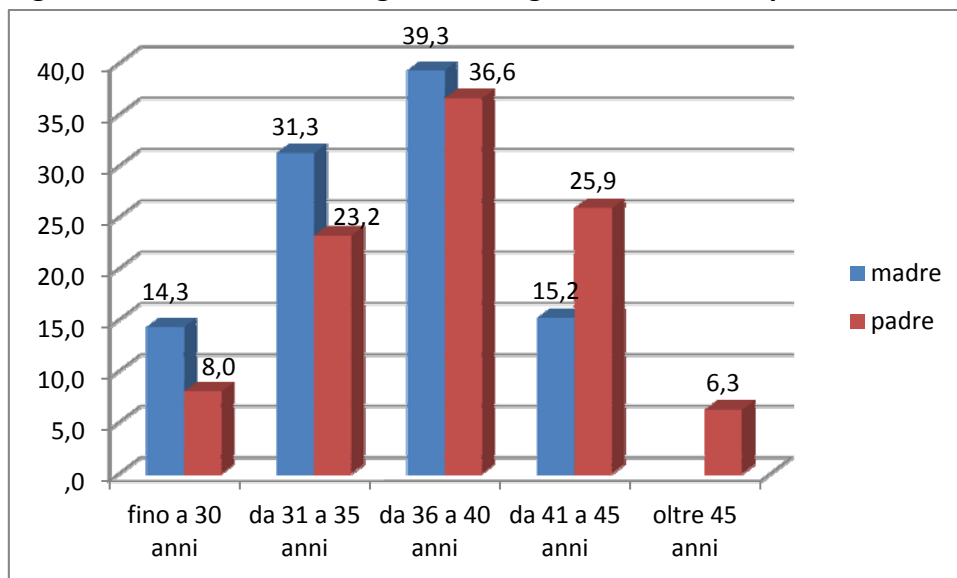
²⁵ Donata Bianchi, Enrico Moretti, Roberto Ricciotti e Rosa Rosnati (a cura di), *Bambini e adolescenti nell'adozione nazionale: percorsi, tempi ed esiti*, Firenze: Istituto degli innocenti, c2015.

²⁶ L'art. 11 della L.184/83 fa riferimento ai casi in cui il minore sia orfano di entrambi i genitori o che non abbia parenti entro il quarto grado che abbiano avuto un rapporto significativo con lo stesso; l'art.12 fa riferimento ai casi in cui il minore risulta privo dell'assistenza materiale e morale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi.

e sono stati adottati dalla stessa coppia o da un'altra famiglia, oppure collocati in affidamento. Per quanto riguarda le caratteristiche dei genitori, per la maggior parte si tratta di persone che, alla data del 31 dicembre 2014, si collocano tra i 45 e i 54 anni (70% delle madri, quasi 58% per i padri), con un'età tendenzialmente più alta per questi ultimi, come prevedibile. L'età media che avevano al momento dell'adozione è di due anni superiore sia per le madri (42,2%) che per i padri (44,3%) rispetto ai dati registrati sia per le adozioni nazionali in Toscana²⁷, sia per le adozioni internazionali a livello italiano²⁸.

La distanza di età che intercorre tra genitori e figli, uno degli aspetti generalmente presi in considerazione tra i fattori di rischio dell'adozione, è molto variabile e va dai 19 anni fino ai 45 anni per le madri e ai 62 anni per i padri, con una media di 36 anni per le madri e 38 anni per i padri. La distribuzione per classi mostra come la parte più consistente dei casi si collochi tra i 30 e 40 anni di differenza.

Figura 3. Distanza di età tra genitori e figli adottivi. Valori percentuali.



In alcuni casi sono presenti gravi patologie o disabilità in uno o entrambi i genitori adottivi (4 madri, 3 padri). Le informazioni disponibili non permettono per tutte le situazioni di scendere nello specifico ma risulta evidente come in alcuni casi la patologia risulti determinante rispetto agli esiti dell'adozione, soprattutto quando è di tipo psichiatrico, a maggior ragione se coinvolge entrambi i genitori adottivi. Non a caso tra i 5 ragazzi coinvolti

²⁷ Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, Toscana (2015), *cit.*

²⁸ Gli ultimi dati disponibili a livello nazionale sono riferiti al 2013 e riferiscono di un'età media per i padri che si attesta a 42,7 anni e per le madri a 40,9 anni, leggermente in aumento rispetto all'anno precedente. Commissione per le adozioni internazionali (2014), *cit.*

nell'adozione in queste famiglie, 3 si trovano in accoglienza presso una struttura residenziale a causa di una crisi nel legame adottivo.

In merito al grado d'istruzione, confrontandolo con le informazioni sulle caratteristiche socio-anagrafiche delle famiglie adottive che hanno concluso un'adozione all'estero, le uniche al momento disponibili, risulta che il titolo di studio dei genitori dei bambini in carico ai servizi è tendenzialmente più basso²⁹. In linea con le informazioni disponibili, invece, è il fatto che tra le mogli si trovi un numero di laureate superiore rispetto ai mariti.

Rispetto alla condizione occupazionale, l'80,5 % delle madri, al momento della presa in carico da parte del servizio risultava occupata, prevalentemente in ruoli impiegatizi. Ancor più alto (97,4%) il tasso dei padri occupati, tra i quali il 30,9% è impiegato e il 22,8% fa l'operaio.

Tra le coppie adottive, sono 9 quelle miste per Paese di nascita, di cui una composta da entrambi i genitori che non sono nati in Italia.

2.3 Bambini e coppie verso l'adozione

Il questionario somministrato ha inteso indagare alcune informazioni relative al periodo precedente l'adozione, sia rispetto al bambino, in merito alle motivazioni che hanno portato alla dichiarazione di adottabilità e ad alcune esperienze vissute prima dell'adozione, sia rispetto al percorso compiuto dalla coppia adottiva.

Non per tutti i bambini e non per tutte le coppie è stato possibile raccogliere queste informazioni. Sicuramente uno dei motivi della difficoltà nella ricostruzione delle esperienze vissute dal bambino prima dell'adozione è connesso al fatto che, in media, la presa in carico per interventi che vanno oltre il normale iter post adottivo avviene quasi 4 anni dopo l'adozione ed è quindi ipotizzabile che le informazioni eventualmente raccolte sul bambino, così come quelle sulla coppia, non siano note agli assistenti sociali di riferimento a causa del turnover o del passaggio tra servizi diversi per competenza territoriale, come comunicato anche informalmente da alcune assistenti sociali durante il periodo di rilevazione.

Altre ipotesi potrebbero essere formulate in merito alla mancanza di adeguati strumenti per la registrazione e la trasmissione delle informazioni o sull'abitudine, più o meno consolidata, di registrare le informazioni in modo completo, in base alla rilevanza ai fini della presa in carico. Parte del problema, nel caso delle adozioni internazionali, è anche dovuto al fatto che alcune notizie non vengono rilevate o registrate nel paese di provenienza

²⁹ Va tenuto conto a questo proposito che le famiglie adottive presentano generalmente un grado di istruzione particolarmente elevato rispetto alla popolazione complessiva. Commissione per le adozioni internazionali (2014), *cit.*

e, dunque, non sono neanche comunicate ai genitori adottivi né dai servizi né dagli enti autorizzati.

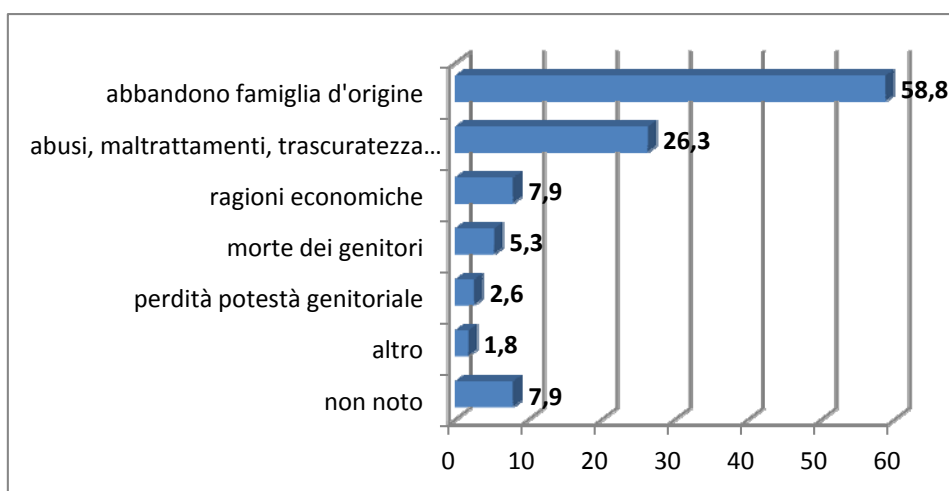
I bambini verso l'adozione

La trasformazione delle caratteristiche dell'adozione nazionale e internazionale in Italia è tale per cui è sempre più alto il numero di bambini grandi che hanno trascorso più anni nel proprio paese di origine con la propria famiglia biologica o in accoglienza presso istituti o famiglie diverse dalla propria, con la possibilità che siano stati sottoposti a esperienze sfavorevoli per un periodo di tempo più lungo. L'esperienza clinica mostra come sia sempre più rilevante porre attenzione ai possibili esiti post-traumatici, spesso non rilevati prima dell'adozione³⁰.

Per indagare questa dimensione abbiamo chiesto agli assistenti sociali di fornire informazioni sulle motivazioni che hanno portato all'adozione del bambino e sulle esperienze vissute da questo prima dell'adozione.

Rispetto ai motivi che hanno condotto alla dichiarazione di adottabilità dei bambini su cui è stata condotta la ricognizione, emerge come una larga parte di loro è stata dichiarata adottabile per abbandono della famiglia d'origine (67 bambini), mentre la presenza di abusi, maltrattamento o trascuratezza grave risultano tra le cause alla base del decreto di adottabilità per 30 bambini sui 114 considerati. Altre ragioni alla base dei decreti compaiono in modo più residuale, come mostrato nella tabella seguente.

Figura 4. Motivi che hanno condotto alla dichiarazione di adottabilità. Valori percentuali sul totale dei casi.



³⁰ Bertetti, *L'adozione di bambini reduci da esperienze sfavorevoli infantili particolarmente difficili*, in Commissione per le adozioni internazionali, *I percorsi formativi nelle adozioni internazionali*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2013; Cismai, *Requisiti di qualità per gli interventi a favore di minori adottati* (2011)

Oltre due terzi dei bambini risulta aver vissuto, prima dell'adozione in corso, esperienze di istituzionalizzazione e/o accoglienza in casa famiglia (73,7% sul totale dei casi analizzati). Nel 33,3% dei casi hanno vissuto con uno o entrambi i genitori naturali. Riguardo all'esperienza di accoglienza in una famiglia diversa da quella di origine, il 16,7% dei bambini risulta aver vissuto con altri parenti appartenenti alla famiglia biologica, il 10,5% in affido in quella che poi sarebbe diventata la famiglia adottiva, mentre hanno vissuto un'esperienza di affido extra-familiare solo il 9,6% dei bambini. Tra i casi raccolti, 3 bambini (pari al 2,6% del totale) sono stati precedentemente adottati da un'altra famiglia: si tratta dunque di minori che provengono da almeno un passato fallimento adottivo³¹. Per due di questi, è stata indicata tra i motivi della presa in carico, la difficoltà nell'istaurarsi nel legame tra gli attuali genitori adottivi e il figlio.

Come anticipato, queste informazioni non sono disponibili in molti casi: per il 40-50% dei bambini non è stato possibile ricostruire se in passato abbiano vissuto con entrambi i genitori naturali, con appartenenti alla famiglia biologica e/o abbiano avuto esperienze di ospedalizzazione. Una carenza informativa che appare ancor più evidente se si chiede di ricavare, dai dati presenti in cartella, per quanto tempo il bambino abbia vissuto le sopracitate esperienze.

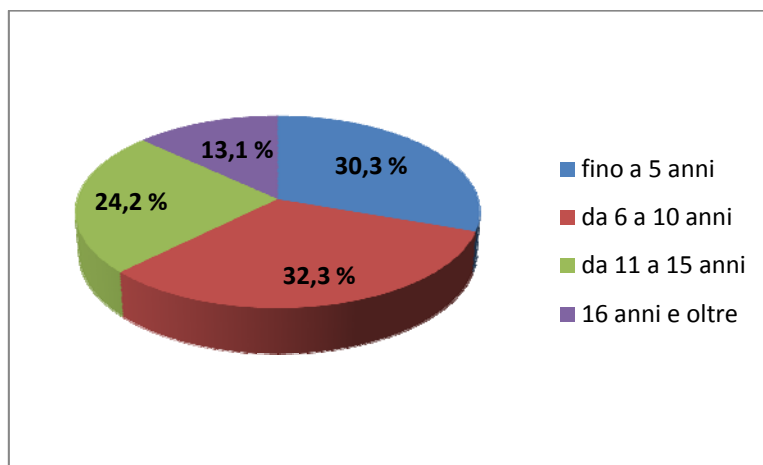
Anche rispetto all'esistenza di fratelli o sorelle biologici i servizi, in una significativa percentuale di casi (41,6%), non riescono a rispondere. Laddove il dato sulla presenza di fratelli biologici è noto, sappiamo che in circa la metà dei casi essi vivono nella stessa famiglia adottiva. Infine, solo per 13 bambini (11,5%) sappiamo che è stato elaborato un "percorso di preparazione" precedente all'adozione, riguardante prevalentemente i bambini adottati all'estero (11 casi), ma per quasi la metà dei casi complessivi rientrati nell'indagine si tratta di un'informazione non nota.

Le coppie verso l'adozione

Rispetto alle coppie genitoriali che hanno adottato i bambini in carico ai servizi, nel complesso, si tratta di coppie che hanno iniziato una convivenza generalmente diversi anni prima di decidere l'adozione e che in molti casi, come noto, arrivano all'adozione con una storia procreativa caratterizzata da difficoltà di vario genere.

³¹ La somma delle percentuali è superiore a 100 perché sia la domanda relativa alle motivazioni dell'adottabilità e sia quella riferita alle esperienze precedenti l'adozione prevedevano la possibilità di indicare più risposte.

Figura 5. Coppie adottive per anni di convivenza prima dell'adozione. Valori percentuali



I dati confermano che, in molti casi, le coppie arrivano all'adozione con un desiderio di genitorialità non esaudito che può essere legato ad aborti spontanei (segnalato per 19,3% delle coppie), morte di figli naturali (3,5%), tentativi di procreazione assistita non andati a buon fine (39,5%); problemi sanitari di uno dei due coniugi (6,1%), o comunque in assenza di figli naturali anche senza nessun tentativo di accertamento medico (18,4%).

A ogni modo, 25 dei bambini e ragazzi seguiti dai servizi per interventi oltre il normale iter post-adoztivo sono stati adottati in una famiglia in cui la coppia ha avuto almeno un figlio biologico. Una quota abbastanza rilevante se si considera che indicativamente (il dato è disponibile solo per le adozioni internazionali), solamente una coppia adottiva su 10 ha già figli biologici al momento dell'adozione³². Generalmente si tratta di un figlio (13 casi), ma non mancano i casi di famiglie numerose con 3, 4 o 5 figli, mosse evidentemente da motivazioni diverse da quelle legate a un desiderio di genitorialità insoddisfatto. Osservando i dati relativi ai figli biologici delle coppie adottive, nella maggior parte dei casi si tratta di figli nati almeno 6 anni prima della definizione dell'adozione, quindi presumibilmente anche prima di aver iniziato l'iter adottivo. Laddove la distanza tra la nascita del figlio biologico e l'adozione è più elevata è talvolta motivata dall'instaurarsi di una seconda relazione coniugale, come mostra l'analisi delle risposte aperte relative alla storia della coppia adottiva; una situazione caratterizzata, quindi, da un'età più avanzata e dall'eventuale insorgere di problemi riproduttivi non presenti nel primo matrimonio. Non mancano però anche le coppie che hanno avuto il primo figlio nello stesso anno dell'adozione (4) e quelle che lo hanno avuto in seguito (2). In 5 casi, inoltre, come già accennato, uno o più figli biologici sono deceduti prima o dopo l'adozione del minore adottato su cui sono state raccolte le informazioni. Si tratta, dunque, di coppie che hanno comunque un'esperienza di

³² Commissione per le adozioni internazionali (2014), *cit.*

genitorialità ulteriore a quella costruita con il bambino adottato. In alcuni casi, comunque limitati (3), l'esperienza della genitorialità adottiva è stata preceduta o affiancata dall'esperienza dell'affidamento familiare.

Disponibilità all'adozione e valutazione sull'idoneità

Le famiglie, in netta prevalenza, hanno dato la disponibilità sia per l'adozione nazionale che internazionale (70,8%). Solo il 19,5% aveva scelto esclusivamente quella internazionale e l'8% solo la nazionale.

Nella quasi totalità dei casi, la valutazione dell'idoneità della coppia è stata fin da subito positiva. In 4 casi erano invece stati espressi dubbi sull'idoneità, con decisione comunque positiva da parte del Tribunale per i Minorenni, mentre per altre 4 coppie (una delle quali adottante 3 bambini) erano stati espressi pareri negativi e infatti il decreto di idoneità è stato emesso dalla Corte d'Appello. Il tipo di problemi che ritroviamo tra le coppie che avevano avuto una valutazione di idoneità dubbia o negativa, andando a vedere i principali motivi di presa in carico del minore da parte del servizio, riguarda principalmente il legame tra genitori e figli e il legame di coppia, difficoltà psicologiche del ragazzo e difficoltà comportamentali, accompagnate in alcuni casi dalla difficoltà dei genitori a farsi seguire dai servizi, anche se le situazioni risultano sicuramente diversificate tra loro. Il dato, dunque, evidenzia una particolare criticità dei percorsi adottivi in quelle coppie che in fase di idoneità non hanno fin da subito avuto pareri positivi; una criticità che può manifestarsi, in primo luogo, nella dimensione relazionale genitori-figli o tra genitori stessi.

Sebbene la normativa non permetta di scegliere le caratteristiche del bambino che la coppia intende adottare, in vari momenti del percorso adottivo, è possibile per la coppia esprimere alcune indicazioni rispetto al proprio progetto adottivo e dare o meno la disponibilità ad accogliere bambini che presentano determinati *special needs*³³, come ad esempio la presenza di disabilità, l'età avanzata o la presenza di fratelli. Ciò può avvenire, ad esempio, nei colloqui con i servizi sociali, al momento del conferimento dell'incarico a un Ente autorizzato nel caso delle adozioni internazionali o anche nel corso dell'udienza con il giudice.

Si è tentato pertanto di esplorare quali desideri fossero stati esplicitati dalle coppie e quanto le richieste da loro formulate prima dell'adozione siano poi state soddisfatte o disattese. Benché il questionario, essendo somministrato agli operatori dei servizi, non possa render conto in modo completo ed esaustivo delle aspettative dei genitori adottivi,

³³ Chistolini, *Special needs adoptions: aspetti definitivi, caratteristiche generali e qualitative del fenomeno* e Carocci, *Special needs adoption: significato e monitoraggio*, in Commissione per le adozioni internazionali, *Il percorso formativo nelle adozioni internazionali*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2013; Commissione per le adozioni internazionali, *Dati e prospettive nell'adozione internazionale, Rapporto sui fascicoli dal 1° gennaio al 31 Dicembre 2010*, Firenze, Istituto degli Innocenti 2011, p. 22.

descriviamo comunque le informazioni raccolte. Innanzitutto, circa un terzo delle coppie sembra non aver espresso indicazioni specifiche rispetto al progetto adottivo. Seppur non direttamente comparabile, si tratta di una percentuale leggermente più alta di quella rilevata in altre ricerche³⁴. Tra le coppie che lo hanno fatto, il valore più alto (75 coppie) si registra per le coppie che avevano fornito indicazioni in merito all'età del bambino. Si bilanciano le coppie che hanno fornito disponibilità all'adozione di un solo bambino (46) e quelle che disponibili ad accogliere una fratria (46), inferiore il numero delle coppie che hanno espresso una preferenza rispetto al genere (16) o hanno dato disponibilità all'adozione di un bambino con disabilità o problemi fisici (18).

I livelli di "soddisfazione" della richiesta tra coloro che hanno dato una disponibilità positiva rispetto ai vari criteri sono diversificati, come mostrato dalla tabella seguente.

Tavola 1. Indicazioni rispetto al progetto adottivo espresse dalla coppia prima dell'adozione e relativa soddisfazione. Valori assoluti.

	Disponibilità positiva	Indicazione soddisfatta
Età del bambino	75	54
Sesso del bambino	18	16
La disponibilità ad accogliere un solo minore	46	41
La disponibilità ad accogliere due o più fratelli	47	30
La disponibilità ad accogliere un bambino con disabilità o problemi psico-fisici	16	12

La preparazione delle coppie

Palacios sostiene che l'assenza di formazione o la formazione inadeguata, ovvero sia centrata unicamente sulle informazioni logistiche organizzative del percorso adottivo, sia un elemento ricorrente nelle situazioni di crisi della relazione adottiva, che invece potrebbe trovare un argine nella preparazione della coppia³⁵, soprattutto nella prospettiva di dover affrontare, con sempre maggiore frequenza, l'accoglienza nella propria famiglia di bambini con bisogni speciali, con storie spesso traumatiche e in ogni caso con necessità educative e affettive specifiche connesse con le esperienze di abbandono precedenti³⁶.

Nel periodo precedente alla disponibilità all'adozione, meno della metà delle famiglie ha partecipato a iniziative di preparazione e formazione (che, in ogni caso, sono state

³⁴ Commissione per le adozioni internazionali. *I percorsi dell'adozione internazionale: il punto di vista delle famiglie. Indagine conoscitiva sulle coppie che hanno adottato nel 2010*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2013. Le coppie che avevano dato disponibilità totale erano il 21,4% del campione.

³⁵ Palacios (2010), *cit.*

³⁶ Cismai (2011), *op. cit.*; Commissione per le adozioni internazionali (2014), *cit.*

promosse quasi esclusivamente dai servizi territoriali); un significativo 29,8% delle famiglie non ha partecipato a questo tipo di percorsi e si tratta solo in leggera prevalenza di adozioni formalizzate in tempi meno recenti. Il numero di famiglie che hanno ricevuto una preparazione risulta particolarmente basso se confrontato con quello disponibile a livello nazionale per le coppie che hanno adottato all'estero nel 2010, secondo il quale oltre due terzi delle coppie adottive avevano seguito incontri di informazione presso i servizi territoriali prima di presentare istanza di disponibilità all'adozione internazionale³⁷. Occorre tuttavia precisare che nel 28,9% dei casi i servizi che hanno in carico il minore non hanno questo tipo di informazione registrata in cartella.

È interessante notare come la percentuale delle coppie che partecipa a iniziative formative si dimezza nel periodo dell'attesa (24,8%) e ancora più consistente è il numero di casi per i quali il servizio compilante non sa se le famiglie abbiano fatto questo tipo di esperienza o meno. Una carenza d'informazione sui pregressi percorsi formativi piuttosto significativa che può dar spazio a più ipotesi: potrebbe essere un dato considerato poco rilevante da registrare o potrebbe, invece, non essere facile da reperire. Chi ha partecipato a percorsi formativi nel periodo dell'attesa non lo ha più fatto, in prevalenza, rivolgendosi al servizio pubblico ma agli enti autorizzati; dato, questo, che descrive, nella referenzialità, il progressivo spostamento delle aspiranti famiglie adottive dal sistema pubblico a quello degli enti. Una volta conclusa la fase di valutazione e di istruttoria dell'istanza, ciò che emergeva sempre dall'indagine sull'esperienza delle famiglie adottive del 2010 è che nel prosieguo dell'iter adottivo la maggioranza delle coppie (circa il 57,5%) si ritrova a non avere più alcun contatto con i servizi territoriali e dunque a procedere nel percorso da sola³⁸. Un "perdersi di vista" tra servizi e famiglie che prosegue e che sembra farsi ancor più significativo nel post-adozione, come emerso dal confronto diretto con gli assistenti sociali avuto sul tema nel corso dell'indagine.

2.4 I servizi sociali nel post-adozione

I dati, a livello nazionale, disponibili sulle adozioni internazionali mostrano che nel momento successivo all'ingresso del bambino il contatto con i servizi territoriali riprende per la maggior parte delle famiglie (il 77,6% delle coppie intervistate nel 2010), ma quasi un quarto delle famiglie non torna ad avere alcuna relazione. Interessante osservare inoltre

³⁷ Commissione per le adozioni internazionali (2013), *cit.*

³⁸ Commissione per le adozioni internazionali (2013), *cit.*

come più della metà (56,1%) delle coppie intervistate non ritenesse utile un supporto da parte dei servizi territoriali a un anno dall'inserimento del bambino³⁹.

Dall'analisi dei dati raccolti con la presente indagine, e dunque su casi toscani che nel periodo post-adoztivo sono rimasti o giunti in carico ai servizi sociali, emerge come solo un numero ridotto di famiglie ha avuto un qualche tipo di sostegno dal servizio territoriale nel periodo immediatamente successivo all'adozione. Andando più nello specifico, in un quarto dei casi (24,6%) il bambino viene preso in carico l'anno stesso in cui è stato adottato, nel 10,5% l'anno successivo. Un ulteriore 16% viene preso in carico tra il terzo e quinto anno, il 22% tra il sesto e il decimo anno, nel 9,6% dei casi tra l'undicesimo e il sedicesimo anno dopo l'adozione⁴⁰.

In media i bambini rientrati nella rilevazione sono stati presi in carico a 10 anni, quasi 4 anni dopo l'adozione (3,8 anni). Non emergono particolari associazioni rispetto all'età dei bambini al momento dell'adozione e al momento della presa in carico, sebbene nel complesso si registri il fenomeno fisiologico (trattandosi di servizi per minori) per cui all'aumentare dell'età all'adozione aumenta la probabilità di essere presi in carico più rapidamente, cioè con una minore distanza di tempo tra adozione e presa in carico.

I servizi sociali sembrano in definitiva "entrare in campo" in tempi non prossimi alla formalizzazione dell'adozione (circa la metà dei casi viene presa in carico dopo almeno tre anni dall'entrata del bambino in famiglia) facendo ipotizzare che siano più orientati a offrire interventi in risposta a uno o più bisogni emergenti quanto ad attività di prevenzione. Ciò potrebbe essere spiegato da più ragioni che, anche come emerso dal confronto diretto con il gruppo di lavoro degli assistenti sociali che hanno collaborato all'indagine, possono determinare quel tendenziale allontanamento tra le famiglie e i servizi territoriali nel post-adozione già descritto in precedenza. Ad esempio, può emergere un "desiderio di normalizzazione" piuttosto diffuso tra le famiglie neo-adottanti che le spinge, dopo un percorso piuttosto lungo che le ha portate all'adozione, a una sorta di "distanziamento dai servizi". Viene inoltre sottolineato come, dato lo stretto rapporto di prossimità tra le famiglie adottanti e gli Enti accreditati che caratterizza le ultime fasi pre-adoztive, spesso le neo famiglie costituite tendono a far riferimento a quelle stesse associazioni, ai servizi di supporto e consulenza che essi offrono. Inoltre, è da notare che le possibili difficoltà che possono emergere, soprattutto se legate allo stato di salute del bambino oppure legate ad aspetti psicologici, neuropsicologici e comportamentali portano le famiglie a rivolgersi ai servizi pubblici di salute mentale per l'infanzia (UFSMIA), accessi che non in tutte le zone sono segnalati e registrati in modo sistematico anche dai servizi di area sociale che sono stati coinvolti nella ricerca.

³⁹ Commissione per le adozioni internazionali (2013), *cit.*

⁴⁰ Per i rimanenti casi il dato non è noto perché la data di presa in carico o di adozione non è stata compilata correttamente.

2.4.1 Il sistema dei servizi

Solamente 13 bambini sono seguiti unicamente dal servizio sociale compilante. Per il restante 86,6% del campione sono stati attivati uno o più servizi di area pubblica: una percentuale davvero significativa che dimostra come i bisogni di questi bambini richiedano servizi diversi che corrispondono anche ad aree differenti, dal settore sociale a quello sanitario. La necessità di rispondere a situazioni multiproblematiche richiede il coordinamento tra servizi nonché la messa a regime di sistemi integrati di raccolta delle informazioni e dei dati. In effetti il bisogno di integrazione nella presa in carico dei bambini e delle famiglie nel post-adozione è stato, nel confronto con gli operatori, evidenziato da più parti come uno degli aspetti su cui occorrerebbe lavorare e investire maggiormente.

Tavola 2. Servizi pubblici che seguono i bambini in carico al servizio territoriale

	Numero di bambini e ragazzi	Percentuale sui casi
UFSMIA	69	75,0%
Dal consultorio (pediatrico, familiare, adolescenti)	19	20,7%
Psicologia	15	16,3%
Altri servizi sanitari	13	14,1%
Logopedia	7	7,6%
Ospedale	5	5,4%
Altri servizi pubblici	5	5,4%
Fisioterapia	3	3,3%
Casi validi 92		

Il coinvolgimento del servizio di neuropsichiatria infantile risulta essere il più rilevante, seguito dal consultorio e dagli altri servizi sanitari complessivamente intesi. All'interno della categoria "altri servizi sanitari" è incluso, per 7 bambini, il centro specialistico della Fondazione Stella Maris, mentre per i restanti servizi pubblici, sanitari e non, viene fatto riferimento al Sert, a interventi di educativa domiciliare o gruppi educativi, a interventi di pedagogia clinica e terapia familiare.

Sono 87 i bambini e ragazzi seguiti da un'équipe multiprofessionale all'interno della quale possono essere coinvolte figure professionali diverse, come illustrato dalla tabella seguente.

Tavola 3. Composizione dell'équipe multiprofessionale

	n° di casi in cui è coinvolto
Assistente sociale	81
Psicologo/a	58
Educatrice/educatore	48
Neuropsichiatra infantile	46
Logopedista	8
Pediatra	3

Oltre al supporto ricevuto dal servizio sociale, un numero elevato di bambini è seguito da figure professionali contattate privatamente, a dimostrazione del fatto che le famiglie tendono a chiedere il supporto anche dei professionisti di ambito privato sia prima che durante la presa in carico da parte del servizio sociale.

Sono 87 i bambini e ragazzi che erano seguiti da una o più delle seguenti figure professionali già prima dell'intervento del servizio sociale, e salgono a 100 dopo la presa in carico del servizio. Psicologi e psicoterapeuti sembrano essere le figure professionali maggiormente ricercate dalle famiglie nel contesto privato; le ragioni di questa scelta non sono facilmente interpretabili, potrebbero aver a che fare con la minore disponibilità di alcuni servizi in ambito pubblico, dai tempi dell'attesa, dalla tendenza a scegliere questo tipo di professionalità sulla base di specifici criteri (maggior garanzia di anonimato, passa parola, contatti con Enti accreditati, problematiche rilevate nel bambino, ecc..)

Tavola 4. Figure professionali contattate privatamente prima della presa in carico

	Numero di bambini e ragazzi	Percentuale sui casi
Psicologo e/o psicoterapeuta	32	37%
Psicomotricista	3	3%
Logopedista	6	7%
Neuropsichiatra	19	22%
Altro	6	7%
Non noto	44	51%

Tavola 5. Figure professionali contattate privatamente dopo la presa in carico

	Numero di bambini e ragazzi	Percentuale sui casi
Psicologo e/o psicoterapeuta	47	47%
Psicomotricista	9	9%
Logopedista	13	13%
Neuropsichiatra	27	27%
Altro	9	9%
Non noto	32	32%

Da segnalare come in alcuni casi, nel valutare l'intervento e gli aspetti che lo hanno o meno facilitato, gli assistenti sociali abbiano riportato il desiderio di un maggiore coordinamento tra i professionisti che seguono uno stesso bambino e il fatto che in alcuni casi le famiglie, dopo aver attivato contemporaneamente più servizi, sia nel contesto pubblico che nel privato, non siano state in grado di gestire la pluralità dei soggetti coinvolti e abbiano deciso di abbandonare il percorso iniziato, tentando di risolvere in autonomia i propri problemi.

2.4.2 La presa in carico da parte del servizio

La richiesta di presa in carico da parte dei servizi oltre il normale iter post-adoztivo è stata attivata su richiesta della famiglia in poco più della metà dei casi (56,1%), nel 14,9% dai servizi stessi; nel restante numero di casi i servizi si sono attivati prevalentemente su segnalazione della scuola per situazioni in cui si evidenziavano difficoltà scolastiche, su segnalazione delle Autorità giudiziarie oppure dei servizi di area sanitaria⁴¹.

Considerando quanto espresso nelle domande aperte, l'attivazione dei servizi sulla base di una richiesta nata in seno alla famiglia adottiva, viene generalmente segnalata dagli assistenti sociali come uno degli aspetti che più hanno facilitato non solo la presa in carico ma anche lo sviluppo dell'intervento stesso.

Al 31/12/2014 in media i bambini e ragazzi per i quali sono state raccolte le informazioni erano in carico da poco più di 2 anni e mezzo. In particolare più del 40% è in carico a quella data da meno di due anni. Il 25% è invece in carico da più di 4 anni, con una punta massima di 11 anni di presa in carico⁴².

⁴¹ Per 5 casi l'informazione non è nota.

⁴² I casi non in carico al servizio al momento della compilazione, che è avvenuta alla fine del 2015, sono 19. La dimissione è dovuta prevalentemente all'invio ad altri servizi, all'abbandono del percorso di sostegno del

Al momento dell'attivazione dell'intervento il 90,9% dei bambini viveva con la famiglia adottiva; solo nel restante 9,1% di casi il nucleo familiare aveva subito significativi cambiamenti (separazioni o lutti per cui il minore viveva con uno dei due genitori adottivi o con altri parenti) oppure il bambino viveva già fuori dal nucleo perché in affido (1 caso) o inserito in struttura residenziale (2 casi).

Perché questi bambini e queste famiglie sono in carico ai servizi? Le motivazioni che hanno portato all'attivazione del servizio territoriale per interventi oltre il normale iter adottivo sono approfondite nel corso dell'analisi in relazione ai vari aspetti presi in considerazione dal questionario. In generale è indispensabile ricordare che l'attivazione del Servizio sociale non necessariamente denota una situazione di crisi o insuccesso del percorso adottivo, ma può al contrario essere l'esito di una positiva richiesta di aiuto da parte della famiglia anche in situazioni che, pur richiedendo il supporto dei servizi, non sono caratterizzate da criticità nelle relazioni familiari. I paragrafi seguenti permettono di avere un quadro complessivo delle principali problematiche che caratterizzano i bambini coinvolti nell'indagine. Trattandosi generalmente di situazioni complesse, per ogni soggetto è stata data la possibilità di indicare più di un motivo di attivazione degli interventi.

Sebbene prevalgano numericamente le famiglie che si sono rivolte ai servizi per problemi che richiedono interventi se vogliamo "più leggeri", non mancano coppie che si sono rivolte ai servizi per far fronte a situazioni più critiche che, in alcuni casi, si sono risolte con l'allontanamento dalla famiglia e l'inserimento in una struttura residenziale già al momento della presa in carico (5 bambini) o successivamente (7 bambini). Tra i casi analizzati, a sostanziare il quadro di complessità e difficoltà dei minori e delle famiglie osservate, registriamo come nel 25% dei casi si è verificato l'affidamento al servizio sociale con decreto del Tribunale per i minorenni.

Le principali ragioni della presa in carico del minore da parte dei servizi sociali vengono imputate a problemi di tipo comportamentale (61,9% dei bambini in carico), così come emergono tra le altre motivazioni le difficoltà scolastiche (59,3%) e quelle di tipo psicologico (44,2%). Particolare attenzione nell'analisi dei dati si concentrerà, di seguito, sul gruppo di bambini, anch'esso numericamente rilevante, per i quali viene segnalata una difficoltà nell'instaurarsi del legame tra genitori adottivi e figli.

Inferiore il peso di altre motivazioni, legate a difficoltà psichiche o fisiche del bambino, motivazioni che difficilmente portano da sole all'intervento dei servizi sociali, seguite da difficoltà nella relazione di coppia e a casi che sfociano nell'area penale o che hanno a che vedere con lo spazio familiare allargato.

nucleo familiare e alla conclusione dell'intervento, motivata dal raggiungimento della maggiore età del ragazzo o per l'abbandono del percorso da parte del minore.

Tavola 6. Bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adoitivo per i principali motivi della presa in carico

	Numero di bambini e ragazzi	Percentuale sui casi
Difficoltà comportamentali	70	61,9%
Difficoltà a scuola	67	59,3%
Difficoltà psicologiche	50	44,2%
Difficoltà nell'instaurarsi del legame genitori-figlio	41	36,3%
Difficoltà cognitive e del pensiero	32	28,3%
Disabilità e patologie fisiche	20	17,7%
Difficoltà nel rapporto di coppia	15	13,3%
Sospetta o accertata situazione di maltrattamento e/o abuso del minore	13	11,5%
Altri motivi	9	8,0%
Minore autore di reato (con o senza procedimento in corso)	7	6,2%
Difficoltà nella creazione di legami nella famiglia allargata	6	5,3%

Nella quasi totalità dei casi, la presa in carico dei minori da parte dei servizi sociali avviene sulla base di più di una motivazione. In media sono tre i problemi indicati dagli assistenti sociali, ma oltre un terzo dei casi ne ha più di 4 (fino a 7). Un dato, questo, che evidenzia il carattere multidimensionale e complesso dei bisogni espressi da questi bambini e dalle loro famiglie. Provando a incrociare tra loro i dati sulle motivazioni della presa in carico, non emergono associazioni particolari, ma una varietà di situazioni in cui problematiche diverse si associano in modo difficilmente sintetizzabile, come confermato anche dall'analisi delle risposte aperte della scheda di rilevazione.

2.4.3 I bambini seguiti. Lo stato di salute psico-fisico

Le motivazioni che hanno portato all'avvio dell'intervento forniscono un quadro sulle principali problematiche presenti. L'indagine ha però inteso approfondire anche la conoscenza sullo stato psico-fisico dei bambini e ragazzi oggetto di osservazione attraverso un dettagliato elenco di caratteristiche e problematiche eventualmente osservate dagli assistenti sociali al momento della presa in carico e alla data di riferimento della rilevazione. Nel caso della disabilità, si aggiunge l'informazione relativa alla presenza o meno al momento dell'adozione.

Ovviamente i dati devono essere letti tenendo conto del fatto che la distanza tra il momento dell'adozione e il momento della presa in carico e tra questo e il momento della rilevazione, quindi la durata dell'intervento da parte del servizio, sono diverse per ogni bambino.

Dunque, non possiamo e non intendiamo avanzare ipotesi sull'efficacia o meno degli interventi, né possiamo addentrarci, sulla base di questi dati, ad analizzarne le caratteristiche specifiche. Risultano tuttavia interessanti altre riflessioni, collegate a dimensioni che potrebbero giocare un ruolo sull'evoluzione della presa in carico. Ad esempio, può essere importante sapere se una situazione problematica o di disabilità fosse nota alla coppia adottiva già al momento della decisione di accogliere il bambino in famiglia o se questa si sia resa evidente successivamente. Parimenti è possibile elaborare alcune osservazioni sugli effetti della presa in carico, considerando come siano variate certe condizioni problematiche tra il momento della presa in carico e quello della rilevazione. Tenendo sempre conto del fatto che la durata dell'intervento differisce per ogni singolo caso, tali variazioni possono comunque essere registrate come stabilizzazione, miglioramento o aggravamento dello stato di bisogno del minore.

In generale, occorre tenere conto del fatto che le informazioni raccolte col questionario non fanno esplicito riferimento a situazioni patologiche certificate, sono infatti indicazioni fornite dagli assistenti sociali che potrebbero aver anche incluso situazioni diagnostiche, in via di diagnosi o comunque rilevanti ai fini della condizione psico-fisica del bambino o del progetto di aiuto.

Secondo le informazioni disponibili, un quinto dei bambini (23 bambini, il 20,2%) presentava, già al momento dell'adozione, una qualche forma di disabilità di tipo fisico, psichico o sensoriale. Il dato è sostanzialmente in linea, sebbene leggermente inferiore, con quello ricavabile dal monitoraggio della Commissione adozioni internazionali⁴³ e deve essere interpretato tenendo conto del fatto che non sempre le informazioni fornite in merito allo stato di salute sono completamente attendibili. Questo succede per vari motivi, tra cui il fatto che spesso le relazioni sono redatte da personale non medico e riportano i sintomi manifestati più che vere diagnosi, ma anche a causa delle differenze nelle modalità di registrazione e di trasmissione delle informazioni a seconda dei diversi Paesi di provenienza⁴⁴.

⁴³ L'ultimo dato disponibile è riferito al 2013 e si riferisce alla somma dei bambini con *problemi speciali* (patologie gravi e spesso insanabili, come quelle neurologiche e mentali) e con *problemi particolari* (che invece presuppongono un recupero nel corso del tempo, portando a una guarigione totale, e che comunque permettono uno sviluppo psicologico e sociale autonomo) segnalati nei fascicoli sottoposti per l'autorizzazione all'ingresso in Italia alla CAI. Commissione per le adozioni internazionali (2014), *cit.*

⁴⁴ Commissione per le adozioni internazionali (2014), *cit.* ; Commissione per le adozioni internazionali (2013), *cit.*, p. 44. Cfr. anche Commissione per le adozioni internazionali, *Come cambia l'adozione internazionale in Italia*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2008, p. 119-133.

Interessante osservare che, in base alle notizie raccolte dagli assistenti sociali (75 casi validi), solo 12 tra i bambini che presentano una disabilità di qualche genere sono stati adottati da una coppia che, tra le indicazioni espresse rispetto al proprio progetto adottivo, aveva fornito la disponibilità ad accogliere un bambino con disabilità o problemi psicofisici. Per almeno altri 28 bambini con disabilità, tale disponibilità non era stata espressa dalla coppia prima dell'adozione e si può quindi ipotizzare che per alcuni casi la condizione del bambino sia emersa solamente in un momento successivo all'abbinamento, prima di concludere l'adozione, ma anche, più frequentemente, a distanza di tempo. Tra questi bambini, i motivi che più frequentemente hanno portato alla necessità di presa in carico da parte dei servizi territoriali sono il bisogno di supporto per le attività scolastiche ma anche difficoltà di tipo comportamentale e, in terza battuta, difficoltà legate all'instaurarsi del legame tra genitore e figlio (11 casi). Non va sottovalutato infatti il ruolo delle aspettative che i genitori possono aver avuto nell'immaginarsi il figlio adottivo, aspettative che possono essere state disattese a causa delle difficoltà oggettive da parte del figlio, soprattutto nel rendimento scolastico.

Andando a considerare le variazioni intervenute tra il momento della presa in carico e il momento della rilevazione, emerge che il numero dei bambini con disabilità o patologie fisiche scende da 44 a 31 soggetti. Non a caso la principale tra le problematiche fisiche segnalate è il deficit nella crescita staturale-ponderale, presente nel 20,7% dei bambini alla presa in carico ma che diminuisce all'8,6% al momento della rilevazione, così come diminuisce il numero di bambini per i quali vengono indicate frequenti malattie fisiche o segni fisici.

Tavola 7. Bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adoztivo per tipologia di problema - ambito fisico. Valori percentuali.

	al momento della presa in carico	al momento della rilevazione
Frequenti malattie fisiche e /o ospedalizzazioni	9,9%	4,8%
Deficit nella crescita staturale-ponderale (<i>failure to thrive</i>)	20,7%	8,6%
Segni fisici (<i>lesioni, contusioni, lividi, ferite, cicatrici, graffi, escoriazioni, fratture da trauma</i>)	9,0%	5,7%
Disabilità fisica	6,3%	6,7%
Disabilità sensoriale (cecità, sordità)	6,3%	8,6%
Altre disabilità e patologie fisiche	10,8%	9,5%

Per un quarto dei bambini e ragazzi viene fornita un'indicazione di disabilità psichica (28 bambini, che salgono a 31 al momento della rilevazione), mentre per altri 10 vengono

indicate altre difficoltà cognitive o del pensiero, nella maggior parte dei casi descritte come lieve ritardo mentale, del linguaggio o delle funzioni cognitive in genere.

Tavola 8. Bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adoattivo per tipologia di problema - ambito psichico/intellettivo. Valori percentuali.

	al momento della presa in carico	al momento della rilevazione
Disabilità psichica	25,2%	29,5%
Disturbi specifici dell'apprendimento	39,6%	53,3%
Altre difficoltà cognitive e/o del pensiero	9,0%	9,5%

Per una quota superiore di bambini viene indicata dagli assistenti sociali la presenza di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA): al momento della presa in carico questi vengono riferiti al 39,6% dei bambini, ma la quota sale al 53,3% dei bambini al momento della rilevazione. Contemporaneamente, analizzando più in generale le difficoltà scolastiche, vediamo come la difficoltà di studio nelle diverse materie riguarda il 72,1% dei bambini al momento della presa in carico e il 67,6% al momento della rilevazione. La tavola seguente mostra come si distribuiscono in valore assoluto nelle diverse classi di età i bambini per i quali sono stati indicati difficoltà scolastiche e disturbi specifici dell'apprendimento, considerando il momento di avvio dell'intervento da parte dei servizi e il momento della rilevazione (che come già ricordato corrisponde a un periodo di tempo che ha durata diversa per ogni bambino).

Tavola 9. Bambini con difficoltà nello studio di diverse materie e con DSA per classe di età al momento della presa in carico. Valori assoluti.

	Totale per classe di età	di cui con difficoltà nello studio delle diverse materie		di cui con disturbi specifici dell'apprendimento	
		alla		alla	
		presa in carico	alla rilevazione	presa in carico	alla rilevazione
0-5	12	5	8	6	7
6-10	38	27	23	19	23
11-14	29	24	18	10	11
15-17	13	9	8	1	3
18 e oltre	2	2	1	0	0
Totale	94	67	58	36	44

n.b. Per 20 bambini non è possibile stabilire l'età alla presa in carico.

Considerando, come già premesso, che i compilanti possono aver fatto riferimento non solo a situazioni realmente diagnosticate e certificate (fatto confermato dalla percentuale così alta di bambini con DSA che va ben oltre i dati presenti in letteratura sull'incidenza di DSA⁴⁵ e dal fatto che venga indicata anche per bambini al di sotto dei 5 anni) quel che in questa sede è interessante sottolineare è come l'ambito degli apprendimenti e lo studio siano un terreno di rilevante vulnerabilità per questi bambini.

Tavola 10. Bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adoztivo per tipologia di problema - ambito scolastico. Valori percentuali.

	al momento della presa in carico	al momento della rilevazione
Difficoltà con la lingua italiana	37,8%	7,6%
Difficoltà nello studio delle diverse materie	72,1%	67,6%
Difficoltà di relazione con i compagni	55,0%	42,9%
Difficoltà di relazione con gli insegnanti	40,5%	30,5%
Altre difficoltà scolastiche	1,8%	1,0%

A scuola i bambini presi in esame dimostrano in modo piuttosto rilevante anche difficoltà di tipo relazionale, sia con i compagni che con gli insegnanti; difficoltà, quest'ultime che, in tempi successivi, diminuiscono di circa dieci punti percentuali.

Scende drasticamente, tra i due momenti di riferimento, il numero dei bambini che presenta difficoltà di tipo linguistico che, a eccezione di alcuni casi riconducibili a difficoltà di tipo cognitivo, si presenta soprattutto nel caso delle adozioni internazionali che avvengono dopo l'inizio dell'età scolare. Scende anche la quota di bambini che presentano difficoltà nello studio in diverse materie.

Il numero elevato di bambini che presentano difficoltà scolastiche è accompagnato da un'elevata percentuale di bambini per i quali vengono segnalate difficoltà comportamentali e psicologiche, che sono presenti rispettivamente nel 68,5% e 74,8% dei bambini al momento della presa in carico. Dunque pare plausibile ipotizzare che, almeno parte dei servizi attivati

⁴⁵ In base al rapporto MIUR sugli *Alunni con Disturbi Specifici di Apprendimento AA.SS. 2010/2011 e 2011/12*, la percentuale degli alunni con DSA nel sistema nazionale di istruzione (dalla scuola primaria alla secondaria di II grado) supera di poco l'1%, a fronte di una incidenza media che, secondo le indagini epidemiologiche, si attesterebbe fra il 3 e il 5% dell'intera popolazione. Si tratta di dati che presentano una limitata robustezza, al momento. Il rapporto segnala che dal confronto fra i dati definitivi dei due anni scolastici presi in esame, si registra un aumento degli alunni con DSA pari a circa il 37 (dallo 0,9 % al 1,2 % della popolazione scolastica) ipotizzando che un simile incremento sia dovuto alla maggiore sensibilizzazione, prevedendo un notevole aumento delle certificazioni negli anni successivi.

oltre il normale iter post-adoztivo e registrati dai servizi sociali per questi bambini, si muovano a sostegno di tali problematiche.

Tra le difficoltà di ordine psicologico, che coinvolgono complessivamente 83 bambini (81 a fine 2014), i disturbi delle relazioni d'attaccamento (ricerca di affetto e attenzioni da parte di estranei, oppositività e reattività verso gli adulti..) e i disturbi del sé (vergogna e timidezza eccessive, tendenza alla colpevolizzazione, sfiducia negli adulti, introversione...) risultano aver coinvolto al momento della presa in carico, rispettivamente il 58,6% e il 49,5% dei bambini⁴⁶. Se al successivo momento della rilevazione la percentuale dei bambini o ragazzi a cui viene attribuito un disturbo del sé scende al 41%, questo non accade per il numero di casi che appaiono coinvolti da disturbi nelle relazioni d'attaccamento che, seppur in modo minimo, salgono al 59%. Questo dato si presta alla formulazione di più ipotesi. Da un lato quei comportamenti legati al disturbo d'attaccamento caratterizzati da atteggiamenti di tipo oppositivo potrebbero essere valutati come problematici alla luce del loro persistere nel tempo, dall'altro è opportuno considerare come essi possano avere una "risonanza" maggiore perché più manifesti e quasi sempre eterodiretti, a differenza delle difficoltà più legate a disturbi del sé. Appare, dunque, come difficoltà di questo tipo possano emergere in tempi più dilatati e forse siano più resistenti al cambiamento, anche se in questo gioca la durata della presa in carico, che differisce da caso a caso e che forse nei casi osservati è troppo breve per poter far emergere cambiamenti significativi.

Rimanendo nell'ambito delle difficoltà psicologiche, significativa è la presenza di bambini che al momento dell'adozione manifestava già disturbi dell'umore e d'ansia; condizione che tende a essere ancor più frequente nel momento della rilevazione. Solamente i disturbi del sonno e i sintomi psicosomatici diminuiscono nel corso della presa in carico.

⁴⁶In base ai dati della metanalisi svolta da IJezendoorn e Juffer (2003) su più di 270 ricerche comprendenti 230000 bambini adottati e non adottati, il 55% dei bambini adottati ha un attaccamento insicuro rispetto al 38% del campione dei non adottati; il 33% dei bambini adottati ha attaccamenti disorganizzati, rispetto al 14% dei non adottati. Nel nostro caso, la percentuale è calcolata su un sottogruppo specifico di bambini adottati, per i quali era quindi lecito attendersi anche percentuali più alte di quelle osservate.

Tavola 11. Bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adoitivo per tipologia di problema - ambito psicologico. Valori percentuali

	al momento della presa in carico	al momento della rilevazione
Disturbi dell'umore e disturbi d'ansia	41,4%	44,8%
Disturbi dell'alimentazione	9,9%	10,5%
Disturbi del sonno	20,7%	12,4%
Sintomi psicosomatici (<i>es. Mal di testa ricorrenti, Dolori a dominali ricorrenti</i>)	8,1%	3,8%
Disturbi del sé (<i>es. Vergogna e timidezza eccessivi, Propensione a biasimare se stesso o a colpevolizzarsi, Scarsa socievolezza, Sfiducia negli adulti</i>)	49,5%	41,0%
Disturbi nelle relazioni di attaccamento (<i>es. Ricerca di affetto e di attenzione da parte degli estranei, Oppositività e reattività verso gli adulti</i>)	58,6%	59,0%
Altre difficoltà psicologiche	1,8%	1,9%

Come anticipato, anche le difficoltà comportamentali coinvolgono un significativo numero di bambini del nostro campione. Riguardano infatti due terzi dei bambini e ragazzi seguiti dai servizi (76 al momento della presa in carico, 68 al 31 dicembre 2014). In particolare: il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, che cresce in presenza dal 37,8% alla presa in carico al 42,9% alla rilevazione, e i comportamenti aggressivi eterodiretti che, attribuiti al 40,5% dei bambini all'ingresso al servizio, riguardano in seguito il 34,3% di loro.

Tavola 12. Bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adoztivo per tipologia di problema - ambito comportamentale. Valori percentuali

	al momento della presa in carico	al momento della rilevazione
Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività	37,8%	42,9%
Comportamenti aggressivi eterodiretti (<i>es. Bullismo o minacce verso bambini o adulti; attacchi fisici verso bambini o adulti; crudeltà verso gli animali, distruzione di oggetti, comportamenti piromanici, atti di vandalismo in genere, tendenza a mentire e a ingannare; comportamenti irritanti e/o molesti</i>)	40,5%	34,3%
Comportamenti aggressivi autodiretti (<i>es. Nuoce a se stesso deliberatamente (autolesionismo) e /o distrugge le proprie cose, Mangia e/o beve cose che non sono cibo, Fantasie/ tentativi di suicidio, È soggetto a piccoli incidenti che lo danneggiano e/o non è in grado di valutare il pericolo, si isola dagli altri per lunghi periodi</i>)	27,9%	23,8%
Comportamenti sessualizzati (<i>es. comportamenti sessualizzati esternalizzati con altri bambini o verso adulti come comportamenti seduttivi, giochi sessuali, ecc.; Masturbazione compulsiva; Relazioni sessuali numerose e frequenti</i>)	12,6%	18,1%
Abuso di alcol e droghe	7,2%	7,6%
Altre difficoltà comportamentali	3,6%	5,7%

Episodi di discriminazione, per quanto noto ai servizi, sono accaduti nel 21,1% dei casi e, decisamente in modo prevalente, nel contesto scolastico. Con più facilità si sono verificati nel caso di bambini provenienti dall’Africa e dall’Asia.

I servizi hanno segnalato di essere intervenuti per episodi di devianza nel 32,5% dei casi (37 ragazzi); episodi che, prevalentemente, hanno riguardato comportamenti aggressivi auto o etero-diretti (verso genitori adottivi, casi di bullismo ecc.), fughe da casa, furti, comportamenti sessualizzati o uso di sostanze stupefacenti; 5 sono i minori per i quali è stato avviato un procedimento penale per uno dei sopracitati motivi.

Tra i 37 ragazzi per i quali è stato necessario un intervento dei servizi per episodi di devianza, 23 presentano una difficoltà nella creazione del legame tra genitore e figlio, che viene segnalata tra i principali motivi della presa in carico, mentre per gli altri 14 questa situazione non si presenta. Tra gli 11 ragazzi che al momento della rilevazione vivono in una

struttura residenziale, 9 sono stati segnalati per episodi di devianza⁴⁷, così come l'unico in affidamento familiare.

Non possiamo comunque considerare questi dati particolarmente significativi nel ricostruire un quadro sufficientemente accurato del fenomeno deviante nel contesto adottivo. Un tema quest'ultimo fino ad adesso poco esplorato e che sarebbe interessante e utile approfondire con il coinvolgimento anche delle istituzioni giudiziarie.

2.4.4 Gli interventi attivati dai servizi sociali territoriali

La tavola seguente descrive gli interventi attivati dai servizi per i bambini e ragazzi inclusi nell'indagine. Gli interventi più numerosi sono quelli di tipo specialistico di supporto e il servizio sociale professionale, attivato per quasi 2 bambini su 3. Numerosi anche gli interventi finalizzati alla certificazione e quelli in ambito scolastico.

Tavola 13. Bambini e ragazzi in carico ai servizi per interventi oltre il normale iter post-adottivo per tipologia di intervento attivato al momento della presa in carico

	Numero di bambini e ragazzi	Percentual e sui casi
Interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia, neuropsichiatria infantile)	89	78,8%
Servizio sociale professionale	72	63,7%
Interventi di tipo specialistico sanitario di certificazione (L.104)	45	39,8%
Interventi in ambito scolastico	38	33,6%
Educativa domiciliare	23	20,4%
Gruppi post-adozioni per famiglie	19	16,8%
Altre tipologie di intervento	11	9,7%
Inserimento in struttura residenziale	10	8,8%
Gruppi post-adozione per bambini e ragazzi adottati	5	4,4%
Inserimento in struttura semiresidenziale	4	3,5%

Nella categoria "altre tipologie di intervento" si fa riferimento principalmente a forme di supporto educativo extrascolastico ed extra domiciliare, ad esempio all'interno di gruppi educativi e supporto alla coppia genitoriale presso il consultorio familiare o centri specializzati nel post-adozione.

⁴⁷ Gli altri due hanno principalmente problemi di tipo sanitario affiancati da difficoltà nella relazione con i genitori.

Come reso evidente dalla tabella, basata su una domanda a possibile risposta multipla, gli interventi non vengono attivati in modo isolato. Sebbene vi sia molta differenziazione tra i casi, tuttavia emergono alcune associazioni statisticamente significative.

Gli interventi di tipo specialistico sanitario per la certificazione sono correlati positivamente, com'era lecito attendersi, con interventi in ambito scolastico e in secondo luogo con interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia, neuropsichiatria); rientra in questo gruppo di beneficiari la quasi totalità dei bambini e ragazzi con disabilità o problemi fisici, mentre nel caso di difficoltà cognitive o del pensiero, pur essendo previsto per quasi tutti un intervento in ambito psicologico o neuropsichiatrico, è un po' più bassa la quota dei bambini per i quali è stato avviato il percorso di certificazione (2 bambini su 3). L'attivazione del servizio sociale professionale in accompagnamento a interventi di tipo specialistico di supporto psicologico e neuropsichiatrico, avviene anche oltre le situazioni di disabilità: ad esempio è attivato per 2 bambini su 3 anche nel caso di problemi di tipo comportamentale e in tutti i casi (7) in cui il minore risulta autore di reato.

In caso di difficoltà psicologiche, così come di difficoltà a scuola, è tendenzialmente maggiore il numero di bambini per i quali sono stati attivati interventi di supporto psicologico o neuropsichiatrico rispetto a quelli per i quali è stato attivato il servizio sociale professionale.

La presenza continuativa del servizio sociale professionale risulta invece correlata negativamente con interventi che prevedano il coinvolgimento in gruppi per genitori o per bambini adottati.

Ai gruppi post-adozione per famiglie si ricorre più frequentemente quando i motivi che hanno portato alla presa in carico sono problemi comportamentali e psicologici del ragazzo, ma anche difficoltà a scuola. L'invio dei ragazzi stessi a gruppi post-adozione è molto limitato (solamente 7 casi considerando anche coloro che sono stati invitati a partecipare anche in momenti successivi della presa in carico) e fanno quasi tutti riferimento alla zona Val di Cornia. Anche nel caso dei gruppi per famiglie, i casi più numerosi sono quelli riferibili alla Val di Cornia, però in questo caso la presenza di gruppi sembra più diffusa sul territorio, che evidentemente si differenzia per questo tipo di offerta di servizio.

Considerando i casi in cui viene attivato subito un supporto di educativa domiciliare, i problemi che maggiormente vengono indicati come causa della presa in carico sono relativi alla difficoltà nell'instaurarsi del legame tra genitori e figli e, a seguire, le problematiche comportamentali e scolastiche del ragazzo.

In alcuni casi la situazione denota, evidentemente, un livello di problematicità particolarmente elevato. Per 10 ragazzi, il principale intervento è fin da subito l'allontanamento dalla famiglia e l'accoglienza presso una struttura. Nella quasi totalità dei casi l'inserimento in una struttura residenziale è associato all'attivazione del servizio sociale professionale e all'attivazione di interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia,

neuropsichiatria infantile). In questi casi, sulla base di quanto indicato dalle operatrici, gli interventi nel periodo successivo alla presa in carico sono riferiti unicamente a sostegno di tipo psicologico (in alcuni casi specialistico in riferimento alle situazioni di maltrattamento subite) e al trasferimento in altre strutture residenziali o famiglie affidatarie.

Anche quando l'inserimento in struttura viene deciso in un momento successivo della presa in carico, sostegno sociale professionale e interventi di supporto psicologico risultano tra i primi interventi avviati, assieme, a seconda dei casi, a progetti di educativa domiciliare oppure, in alternativa, interventi di certificazione e successivo supporto educativo in ambito scolastico. Solamente in due situazioni l'inserimento in struttura è anticipato o seguito dall'attivazione di un percorso di terapia familiare.

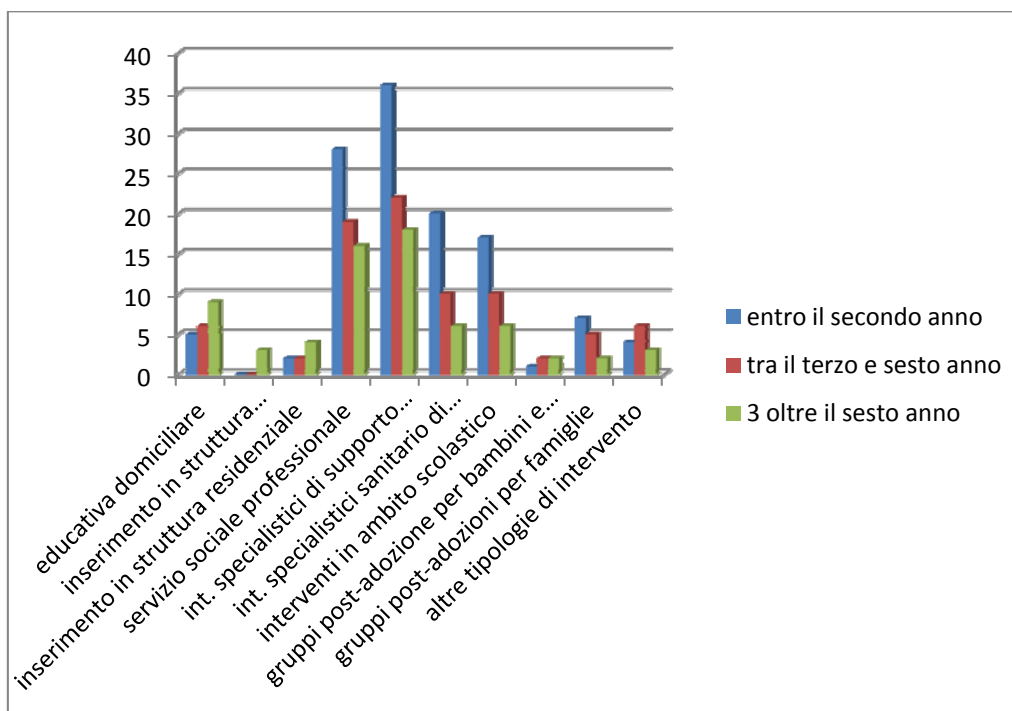
Un aspetto che non è stato possibile esplorare pienamente, ma che talvolta emerge dalle annotazioni degli assistenti sociali, riguarda quanto la famiglia e/o il minore abbiano aderito al progetto proposto dal servizio. Se infatti prevalgono i casi in cui la consapevolezza del bisogno di supporto e la collaborazione con il servizio vengono riferiti tra gli aspetti che hanno facilitato la presa in carico del bambino, non mancano gli esempi in cui viene segnalata dall'assistente sociale una vera e propria resistenza nei confronti dei servizi pubblici oppure la difficoltà a mettersi personalmente in discussione e di conseguenza una limitata adesione al progetto da parte della coppia genitoriale. Si può presupporre che questo possa essere uno dei motivi, probabilmente non l'unico, per cui interventi di terapia familiare risultano complessivamente molto limitati.

2.4.5 Tempi della presa in carico da parte del servizio sociale territoriale

Considerando gli interventi attivati in relazione al tempo trascorso tra l'adozione e la presa in carico si può osservare che interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia, neuropsichiatria infantile) così come gli interventi di tipo specialistico sanitario di certificazione (L.104/92) vengono generalmente attivati, in oltre la metà dei casi, entro i primi due anni dall'adozione. Vengono avviati prevalentemente entro il primo o secondo anno anche i sostegni in ambito scolastico così come il servizio sociale professionale.

L'educativa domiciliare, l'inserimento in strutture semiresidenziali o residenziali sono tra le risorse più offerte alle famiglie quando l'intervento avviene a maggiore distanza dall'adozione.

Figura 6. Interventi attivati al momento della presa in carico per tempo trascorso tra l'adozione e la presa in carico



2.4.6 I bambini presi in carico nel primo anno di adozione

Dei 28 bambini e ragazzi presi in carico al momento dell'adozione o comunque entro 12 mesi, più della metà (16 bambini) avevano tra i 6 e i 10 anni. In 22 casi si tratta di adozioni internazionali, realizzate con maggiore frequenza in America latina e nell'Europa dell'est. Sono 15 i bambini che hanno una certificazione in base alla L.104/92 ma solamente 6 (3 italiani e 3 stranieri) presentavano una forma di disabilità fisica, psichica o sensoriale al momento dell'adozione. Dal tipo di caratteristiche che vengono descritte per questi bambini, comunque, non emergono in maniera rilevante problematiche di tipo fisico o sensoriale, quanto difficoltà comportamentali, in particolare disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (9 bambini) e comportamenti aggressivi eterodiretti (12 bambini), disturbi specifici dell'apprendimento (9), disturbi di umore e di ansia (11 bambini), disturbi del sé (come ad esempio vergogna e timidezza eccessivi, propensione a biasimare se stesso o a colpevolizzarsi, scarsa socievolezza, sfiducia negli adulti – 13 bambini) e disturbi nella relazione di attaccamento, che coinvolge 15 bambini. Coinvolgono rispettivamente più della metà dei bambini anche problemi relativi all'ambito scolastico, a partire dalla lingua italiana, che risulta un problema per 14 bambini, lo studio delle diverse materie (15) e la

relazione con i compagni (15). Gli interventi attivati per questi bambini al momento della presa in carico sono stati, nella quasi totalità dei casi (26) interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia o neuropsichiatria infantile).

Anche tra le principali motivazioni indicate dagli operatori per la presa in carico entro il primo anno dall'adozione, prevalgono le difficoltà comportamentali (indicate per 21 bambini su 28), seguite dalle difficoltà scolastiche (18 bambini) e le difficoltà psicologiche (12). Risulta rilevante il fatto che per 11 bambini seguiti entro il primo anno di adozione venga segnalata, in modo dunque piuttosto precoce, come motivazione della presa in carico la difficoltà nell'istaurarsi del legame genitore. Quindi, in questo senso, questa criticità sul piano relazionale appare agli operatori rilevabile già nel primo post-adozione, periodo che quindi si configura come particolarmente rilevante per la messa in campo di azioni e servizi specifici di supporto alle neo-famiglie.

2.4.7 I percorsi scolastici

Tra i vari interventi messi in atto riteniamo opportuno soffermarci sul tema dell'inserimento scolastico. La promozione del benessere dei bambini adottati all'interno del contesto scolastico è uno degli ambiti che ha visto il recente impegno della Regione Toscana. La scuola rappresenta infatti per tutti i bambini uno spazio sociale importante per lo sviluppo non solo delle competenze individuali ma anche per la sperimentazione e la costruzione di relazioni esterne alla famiglia, sia con i pari che con altri adulti. L'inserimento scolastico costituisce quindi per i bambini adottati una tappa fondamentale dell'integrazione sociale ed è rilevante considerare che quasi la metà dei bambini che arrivano in Toscana annualmente grazie all'adozione internazionale sono in età scolare. Per questo motivo la Regione Toscana ha recentemente promosso l'elaborazione di uno specifico protocollo in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, finalizzato alla promozione della cultura dell'accoglienza e alla definizione di percorsi mirati a un adeguato inserimento di questi bambini.⁴⁸

Generalmente l'inserimento a scuola viene effettuato in tempi relativamente brevi dopo l'adozione. Per quanto riguarda i dati raccolti nella presente indagine, oltre la metà dei bambini adottati all'estero (che, ricordiamo, risultano essere l'86% del totale) è stata inserita a scuola entro due mesi dall'arrivo in Italia; dopo 6 mesi dal proprio arrivo, a scuola è andato oltre l'80% dei bambini.

⁴⁸ Regione Toscana, Ufficio Scolastico Regionale, *Protocollo d'intesa per lo sviluppo di percorsi di accoglienza e di inserimento scolastico dedicato ai bambini e ai ragazzi adottati*, DGR n. 996 del 10 novembre 2014.

Come noto la classe di inserimento del bambino che viene adottato deve essere valutata in base all'età anagrafica, ma anche alle sue condizioni psicofisiche⁴⁹. In particolare il MIUR suggerisce particolare attenzione nei confronti dei bambini adottati, sia nazionalmente che internazionalmente, tra i cinque e i sei anni di età e che presentano particolari fattori di vulnerabilità, per i quali è prevista la possibilità di deroga dall'iscrizione alla prima classe della primaria al compimento dei sei anni e la possibilità di rimanere un anno in più nella scuola dell'Infanzia⁵⁰.

Tra quelli coinvolti nella rilevazione, i bambini inseriti in una classe inferiore rispetto a quella corrispondente alla propria età anagrafica sono quasi la metà e in due terzi dei casi hanno un'età all'adozione compresa tra 6 e 10 anni. Soprattutto nel caso di bambini di 7 e 8 anni, sembra sia stato preferito l'inserimento in una classe inferiore, che ricade pertanto nel primo biennio della scuola primaria.

Al momento dell'inserimento scolastico (internazionale e nazionale), circa il 55,3% del totale dei bambini non ha avuto necessità di alcuna forma di sostegno oppure, in rarissimi casi (4,4%) non l'ha avuto malgrado fosse stato richiesto.

Per i bambini, invece, che hanno ricevuto supporto, risultano essersi attivati prevalentemente la scuola (nel 22,8% dei casi sul totale) e i servizi territoriali (nel 21,1%); altri tipi di intervento compaiono in misura nettamente inferiore.

In particolare, tra gli interventi di supporto in ambito scolastico, prevale in modo significativo l'assegnazione di un insegnante di sostegno in classe: il 22,1% del totale dei bambini del campione ne ha avuto uno e l'8,8% ha avuto assegnato un educatore professionale.

⁴⁹ Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione, Nota 18 dicembre 2014, n. 7443: Linee di indirizzo per favorire il diritto allo studio degli alunni adottati.

⁵⁰ Nota MIUR 547 del 21/2/2014.

Tavola 14. Bambini e ragazzi che hanno ricevuto sostegno all'inserimento scolastico per tipologia di sostegno ricevuto

	numero di bambini e ragazzi
Insegnante di sostegno in classe	24
Educatore professionale in classe	10
Individualizzazione di alcuni carichi di lavoro o di alcuni insegnamenti	7
Supporto educativo extrascolastico	6
Consulenza o supervisione psicologica agli insegnanti	5
Partecipazione a corsi di lingua	5
Assistenza specialistica scolastica	2
Individuazione BES	1
Logopedista, neuropsichiatra infantile, psicomotricista	1
Osservazione Neuropsichiatrica	1
Riduzione orario scolastico	1
Supporto educativo post-scolastico svolto nei pomeriggi a scuola	1

Al momento della rilevazione, il 4,4% dei bambini stava frequentando il nido o la scuola dell'infanzia, il 21,9% la scuola primaria, il 24% la scuola secondaria di I grado, il 33,3% la scuola secondaria di II grado o, nel 5,3% un corso di formazione professionale, meno dell'1% è iscritto all'Università; i ragazzi che hanno interrotto gli studi alla scuola secondaria di primo grado sono pochissimi (solo due in valore assoluto) mentre quelli che hanno abbandonato quando già si trovavano alle scuole superiori o durante corsi di formazione sono qualcuno in più, pari cioè a 7 ragazzi. Dunque, i bambini del nostro campione ancora inseriti nel circuito scolastico o di formazione professionale sono circa il 90,3%, a sottolineare, ancora una volta, l'importanza della scuola sia nell'acquisizione di dati e informazioni utili per conoscere e approfondire i diversi aspetti legati ai bambini e ai ragazzi nel post-adozione sia, e soprattutto, come contesto privilegiato per la realizzazione di interventi e servizi che possano essere loro di supporto.

3. Difficoltà relazionali nella famiglia adottiva: alcune riflessioni sui casi

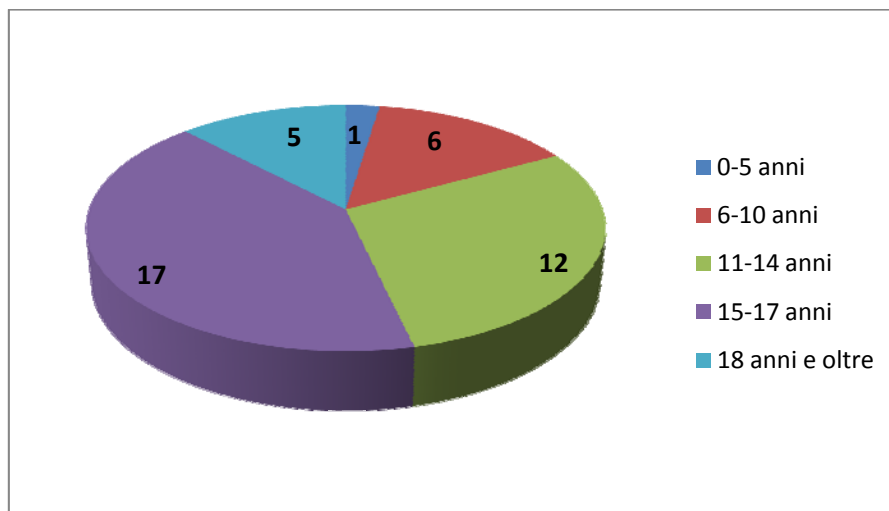
Tutti i bambini coinvolti nella presente ricerca, in varia misura e in forma diversa, presentano delle problematiche tali per cui loro e i genitori hanno avuto la necessità di un sostegno da parte dei servizi; ma i diversi scenari presentano sfumature che caratterizzano in modi differenti la condizione delle famiglie, in particolare anche in riferimento alle situazioni di “crisi dei legami adottivi”, rendendo evidente la variabilità con cui questa può essere definita, riconosciuta e segnalata dai singoli assistenti sociali. A partire da tale constatazione, si è deciso di analizzare in modo specifico innanzitutto quei dati riferiti a bambini e ragazzi per i quali la difficoltà nell’instaurare una relazione tra genitori e figli è stata esplicitamente indicata dagli assistenti sociali tra i motivi della presa in carico. Come si vedrà oltre, questi non corrispondono e non esauriscono tutti quei casi che potrebbero essere ricondotti comunque a una situazione di criticità poiché non corrispondono e non esauriscono tutti quelle situazioni in cui si registra una difficoltà nelle relazioni di attaccamento oppure che hanno fatto esperienza di accoglienza al di fuori della famiglia adottiva. Anche queste ultime situazioni verranno analizzate, cercando di dare un quadro più ampio possibile della realtà osservata. Si è tuttavia deciso di dare un ruolo centrale all’identificazione della crisi da parte delle operatrici, confrontando quindi questo sottogruppo di bambini e ragazzi con gli altri, in carico ai servizi per motivi diversi.

3.1 Bambini e ragazzi presi in carico per la difficoltà nell’instaurare una relazione tra genitori e figli

3.1.1 Quali bambini e quali famiglie

I bambini e ragazzi per i quali viene indicato tra i principali motivi della presa in carico una difficoltà nell’istaurarsi del legame genitori-figlio sono complessivamente 41 e sono principalmente adolescenti, sebbene non manchino bambini in età prescolare. Oltre la metà ha al 31/12/2014 più di 14 anni, compresi alcuni ragazzi maggiorenni, presi in carico prima del raggiungimento della maggiore età e rimasti in carico al servizio per motivi diversi. L’età media è quindi leggermente più alta rispetto a tutti i bambini e ragazzi rientrati nell’indagine. Confrontandola con quella dei bambini per i quali non è stata indicata una difficoltà specifica nella creazione del legame genitore figlio, l’età media è maggiore di poco più di due anni.

Figura 7. Bambini e ragazzi presi in carico per la difficoltà nell'instaurare una relazione tra genitori e figli per età. Valori assoluti



Nonostante, nel complesso, i bambini e ragazzi coinvolti nell'indagine siano prevalentemente maschi, all'interno di questo sottogruppo prevalgono leggermente le femmine (22, contro 18 maschi, 1 n.d.). Questo sembrerebbe confermare quanto osservato nell'ambito di altre ricerche, dalle quali emerge come le ragazze adottate appaiono più in difficoltà rispetto ai coetanei maschi nel contesto relazionale familiare⁵¹ e abbiano maggior probabilità di evidenziare problemi comportamentali di tipo esternalizzante (aggressività, oppositività, impulsività, iperattività)⁵², comportamenti che come vedremo sono abbastanza frequenti in questo sottogruppo di casi.

L'adozione è avvenuta in media quando i bambini avevano poco meno 8 anni, ma con differenze molto marcate tra i casi. Sebbene alcuni bambini siano stati adottati da piccolissimi e complessivamente un quarto dei bambini sono stati adottati prima dei 5 anni, l'età media al momento dell'adozione è più elevata rispetto ai bambini che fanno parte complessivamente della presente indagine, e ancor più rispetto a quanto si riscontra nei dati regionali e nazionali.

Il confronto tra i due gruppi di bambini e ragazzi per i quali viene o meno indicata una situazione di difficoltà nel rapporto con i genitori mostra come lo scarto di 2 anni e mezzo che si registra nell'età del bambino all'adozione si rispecchia in una differenza di poco inferiore anche nell'età dei genitori, mentre cambia tra i due gruppi il tempo medio

⁵¹ Bianchi, Di Gioia (2016), *cit.*

⁵² N. Bimmel, F. Juffer, M.H. Van Uzendoorn, M.J. Bajermans-Kraenburg, Problem behavior of internationally adopted dolescents: a review and meta-analysis, "Harvard Review of Psychiatry", 11, p. 64-77, 2003.

intercorso dal momento in cui la coppia ha dato la disponibilità ad accogliere un bambino e la definizione dell'adozione. Si tratta in sintesi di coppie che si sono mosse in media nello stesso momento verso l'adozione; quelle che registrano maggiori difficoltà nella relazione con i figli hanno atteso però un tempo più lungo, adottando bambini un po' più grandi.

Tavola 15. Età al momento dell'adozione e anni di attesa tra la dichiarazione di disponibilità e l'adozione

	con difficoltà genitore-figlio			senza difficoltà genitore-figlio		
	Casi validi	Media	Dev. std.	Casi validi	Media	Dev. std.
Età del bambino	41	7,73	2,975	73	5,33	3,468
Età della madre	41	43,61	5,200	71	41,39	5,344
Età del padre	41	45,46	5,996	71	43,62	6,783
Anni di attesa prima dell'adozione	29	3,55	1,844	64	2,89	1,928

La distanza di età tra genitori e figli non mostra marcate differenze e non risulta associata con la presenza di una situazione di crisi. Non viene quindi confermata in questo caso l'ipotesi per cui una maggiore distanza nell'età di genitori e figli può influenzare in modo negativo le capacità relazionali dei ragazzi e delle ragazze⁵³, anche se è sempre necessario tenere conto di come il confronto qui sia effettuato all'interno di un sottogruppo particolare di ragazzi adottati, tutti tendenzialmente accolti da famiglie con un'età più elevata rispetto alle adozioni complessive.

Lo scarto delle età tra i due gruppi rimane costante anche in riferimento al momento in cui la famiglia viene presa in carico dai servizi sociali. Se l'età media dei bambini che presentano difficoltà nella relazione con i genitori adottivi è in media più alta degli altri, come quella dei genitori, rimane sostanzialmente costante tra i due gruppi la distanza della presa in carico dal momento dell'ingresso in famiglia del bambino: 3 anni e 10 mesi per coloro identificati sin da subito come in stato di crisi nella relazione genitoriale, 3 anni e 9 mesi per gli altri. Non si evidenziano pertanto differenze significative rispetto ai tempi con cui l'intervento viene attivato dopo l'adozione, sebbene risulti evidente che questo vada a ricadere con più facilità nella fascia preadolescenziale e adolescenziale.

⁵³ Bianchi, Di Gioia (2016), *cit.*

Tavola 16. Età alla presa in carico, durata della presa in carico e distanza dall'adozione

	con difficoltà genitore-figlio			senza difficoltà genitore-figlio		
	Casi validi	Media, in anni	Deviazione std.	Casi validi	Media in anni	Deviazione std.
Età del bambino	36	11,86	3,681	58	9,28	4,034
Età della madre	36	47,64	5,924	56	45,32	5,181
Età del padre	36	49,36	6,253	56	46,91	6,521
Distanza della presa in carico post-adozione	36	3,89	4,241	58	3,81	3,913
Durata della presa in carico al 2014	36	2,31	2,595	58	2,90	2,972

I motivi della presa in carico e lo stato di salute psicofisico

È molto limitato il numero dei bambini (3) per i quali la difficoltà nell'istaurarsi del legame genitore-figlio viene indicato come unico problema che ha portato alla presa in carico del bambino. Nella maggior parte dei casi è presente una situazione multiproblematica, infatti in media sono 4 le motivazioni indicate dagli assistenti sociali.

Tavola 17. Motivi ulteriori, oltre alla difficoltà nell'istaurarsi del legame genitore figlio, che hanno portato alla presa in carico

	Numero di bambini e ragazzi
Difficoltà comportamentali	33
Difficoltà psicologiche	21
Difficoltà a scuola	19
Difficoltà nel rapporto di coppia	9
Sospetta o accertata situazione di maltrattamento e/o abuso del minore	8
Altro (specificare sotto)	6
Difficoltà nella creazione di legami nella famiglia allargata	5
Difficoltà cognitive e del pensiero	5
Minore autore di reato (con o senza procedimento in corso)	4
Disabilità e patologie fisiche	1

Come mostra la tabella sono 9 i bambini presi in carico per una difficoltà con i genitori a cui si associa, tra i motivi principali, anche una crisi all'interno della coppia adottiva; tuttavia sono 17 i casi in cui gli assistenti sociali hanno segnalato situazione di crisi, formalizzata o meno, anche tra i genitori.

I dati disponibili sono troppo limitati per fornire indicazioni sul rapporto tra adozione e crisi della coppia. Rispetto alla situazione relazionale delle coppie adottive, i servizi complessivamente rilevano che nella maggior parte delle famiglie prese in carico per

interventi oltre il normale iter post adottivo non risultano specifiche problematiche di coppia (68,9% del totale dei bambini e ragazzi rientrati nell'indagine); tuttavia in una rilevante parte delle famiglie risulta esserci una crisi della coppia non formalizzata (17,9%), una separazione (10,4%) se non un divorzio (0,9%). Si tratta di coppie che al momento dell'adozione hanno alle spalle una storia di convivenza anche abbastanza prolungata, superiore a 8 anni in più della metà dei casi. Nelle situazioni di crisi della coppia, questa è stata formalizzata con una separazione o un divorzio con tempi variabili da 1 a 12 anni dopo l'adozione. Distinguendo tra i due gruppi dei bambini che sono stati presi in carico per difficoltà nel legame genitori-figli e gli altri, si osserva che i tempi in cui si verificano le separazioni nel primo gruppo sono molto più stretti: 3 anni e mezzo contro i quasi 8 anni dei casi in cui non si registra una crisi del rapporto adottivo. Inoltre tra i 41 bambini e ragazzi in carico ai servizi con una motivazione legata a difficoltà nell'instaurarsi del legame tra figlio e genitori, si registrano 13 dei 19 casi complessivi per i quali viene indicata dagli operatori una situazione di crisi della coppia non formalizzata.

Sempre facendo riferimento a quanto mostrato nella tabella precedente, è evidente come problemi comportamentali e difficoltà psicologiche accompagnino la crisi nel rapporto adottivo, così come risulta elevata la presenza di difficoltà scolastiche.

Scendere nello specifico delle motivazioni che hanno portato alla situazione di crisi o difficoltà nel rapporto tra figlio e genitori rimane comunque molto difficile in questa sede. La descrizione dello stato del bambino fornisce alcune indicazioni sui problemi che caratterizzano questo sottogruppo di bambini, ma dato il numero limitato di casi non è possibile individuare associazioni che permettano di formulare vere e proprie ipotesi sul fatto che alcuni di questi problemi abbiano potuto influire sulla creazione del legame adottivo o esserne conseguenza.

Tavola 18. Stato psicofisico dei bambini e ragazzi presi in carico per la difficoltà nell'instaurare una relazione tra genitori e figli – macrocategorie. Valori assoluti

	al momento della presa in carico	al momento della rilevazione
Disabilità e patologie fisiche	13	9
Difficoltà comportamentali	27	26
Difficoltà cognitive e del pensiero	12	18
Difficoltà psicologiche	32	37
Difficoltà a scuola	36	25

Nello specifico, tra questi bambini vengono segnalati, con più frequenza di quanto non avvenga nel complesso dei casi inclusi nell'indagine, comportamenti aggressivi eterodiretti,

comportamenti sessualizzati e abuso di alcol e droghe, mentre sul versante psicologico emergono disturbi del sé e nelle relazioni di attaccamento.

I casi osservati sembrano quindi confermare quanto rilevato in altri contesti di ricerca più ampi, in cui è stata individuata un'associazione tra la manifestazione di problemi comportamentali e bassi livelli del senso di appartenenza alla famiglia adottiva⁵⁴.

A questo riguardo è utile ricordare che i bambini segnalati per disturbi dell'attaccamento non corrispondono ai bambini presi in carico per motivi legati alla difficoltà nella relazione tra genitori e figli⁵⁵. Gli assistenti sociali notano come in alcuni casi le difficoltà di relazione abbiano origine principalmente all'interno della coppia genitoriale a causa, ad esempio, dei problemi di salute del bambino, oppure si realizzino, nel caso degli adolescenti, all'interno di un rapporto conflittuale che però non viene identificato come rifiuto del legame di filiazione adottiva di per sé. In altri casi le difficoltà nella creazione del legame di attaccamento emerge (già al momento della presa in carico o successivamente) tra le problematiche che caratterizzano il ragazzo, ma non al punto tale da motivare l'accesso ai servizi o da mettere in crisi la relazione adottiva.

La presenza di fratelli

In 7 casi è presente o è stato presente nella famiglia almeno un figlio biologico della coppia. Sono invece 21 i ragazzi che hanno fratelli biologici, ma solo in 8 casi vivono insieme all'interno della stessa famiglia adottiva. A proposito delle implicazioni dell'esistenza di figli biologici della coppia la letteratura non è concorde. Nel caso della ricerca nazionale sugli adolescenti adottati promossa dalla Cai, la presenza di fratelli non biologici sembra esercitare un peso negativo dal momento che i ragazzi e le ragazze mostrano maggiori difficoltà scolastiche, un più marcato disagio relazionale e aspettative future meno positive, mentre si colgono atteggiamenti più positivi e relazioni meno problematiche con i pari negli adolescenti adottati con fratelli biologici⁵⁶. Nella ricerca di Palacios, Sánchez-Sandoval, León⁵⁷ la presenza di altri bambini in casa oltre all'adottato è associata a un maggiore rischio di fallimento, ma altre ricerche sono meno chiare nell'individuazione di una relazione tra i due elementi, che può dipendere da altre variabili intervenienti legate alle caratteristiche dei bambini stessi, come l'età, la distanza di età tra fratelli, l'approccio collaborativo/oppositivo che può crearsi tra fratelli⁵⁸. A ogni modo, nei casi osservati, in base anche a quanto

⁵⁴ Bianchi, Di Gioia (2016), *cit.*

⁵⁵ Sono 7 i casi in cui un bambino o ragazzo è in carico per motivi legati alla difficoltà di creazione del legame genitori-figli, ma non viene registrato un problema di attaccamento. Sono 37 i bambini e ragazzi che pur non essendo stati presi in carico per questo motivo, presentano al momento della presa in carico una difficoltà nei legami di attaccamento.

⁵⁶ Bianchi, Di Gioia (2016), *cit.*

⁵⁷ Palacios, Sánchez-Sandoval, León (2005), *cit.*

⁵⁸ Palacios (2010), *cit.*

espresso dagli operatori nelle risposte aperte, non si registrano situazioni in cui la presenza o la nascita di un fratello, figlio biologico della coppia, abbia comportato problemi nel rapporto con i genitori tali da motivare la presa in carico, a eccezione di una situazione complicata però dalla grave malattia del ragazzo adottato. Rispetto ai fratelli biologici accolti nella stessa famiglia, le informazioni disponibili, numericamente molto ridotte, sembrano comunque confermare quanto osservato nell'ambito della ricerca nazionale italiana, cioè un effetto tendenzialmente protettivo, ma solo per i fratelli minori. Nella fratria tendono a essere presi in carico i fratelli maggiori, per problematiche spesso non evidenti al momento dell'adozione ma che emergono in tempi relativamente brevi.

Il rapporto con le origini

In più contesti⁵⁹ è stato osservato che la dimensione familiare e la dimensione sociale sono connessi nell'influenza che possono avere sulla percezione del legame di filiazione. Nel caso dei dati in esame, tuttavia, non è possibile individuare un particolare fattore di rischio nella "visibilità" sociale dell'adozione desumibile dalla provenienza dei ragazzi⁶⁰, e non emergono particolari differenze nel fatto che siano stati segnalati episodi discriminatori, anche se è necessario tenere presente che i ragazzi oggetto dell'indagine potrebbero altresì essere stati oggetto di episodi di questo tipo senza che il servizio sociale ne sia venuto a conoscenza.

Il ruolo dei genitori nel gestire il modo in cui viene trattato il passato è determinante. Abbiamo a tal fine provato a utilizzare il nome del bambino come indicatore (ovviamente limitato) dell'approccio genitoriale rispetto al riconoscimento delle origini, assieme ad alcune informazioni sul rapporto del bambino o ragazzo con le proprie origini.

Osservando il campione nel suo complesso, circa i due terzi dei bambini porta lo stesso nome che aveva prima dell'adozione (67%) o (in 4 casi pari al 3,6%) a questo è stato aggiunto un secondo nome; non sono pochi comunque i casi in cui il nome è stato italianizzato (17,9%) o, addirittura, del tutto cambiato (11,6%). Il confronto tra i due gruppi di bambini e ragazzi che hanno o meno difficoltà dichiarate nella creazione del legame con i genitori adottivi non mostra particolari differenze: è leggermente superiore la quota di coloro che hanno visto adattare il loro nome, ma inferiore è il numero di bambini che ne ha ricevuto uno completamente nuovo.

Il viaggio di ritorno alle origini e i contatti con i familiari biologici sono due fenomeni emergenti a cui si trovano a far fronte gli operatori che si occupano di adozione e che sollevano interrogativi in merito all'utilità e all'interpretazione da dare rispetto al benessere psicologico dei ragazzi adottati. Essi, infatti, sono stati a lungo interpretati come sintomo di

⁵⁹ Bianchi, Di Gioia (2016), *cit.*

⁶⁰ Quattro sono i bambini adottati in adozione nazionale, gli altri prevalentemente provengono dall'Europa dell'Est e dall'America del Sud.

disagio e di insuccesso nella costruzione del legame di filiazione, ma anche come esito quasi necessario del percorso di rielaborazione della propria storia e identità⁶¹. I dati della ricerca nazionale sugli adolescenti adottati confermano che si tratta di esperienze che possono essere connesse sia a situazioni di disagio sia a situazioni di benessere, ma che non dipendono direttamente dai legami di filiazione o di appartenenza etnica, quanto dalla qualità dei vissuti e dei ricordi del periodo precedente l'adozione e dal grado di soddisfazione della propria vita⁶².

I dati toscani confermano che si tratta di esperienze che riguardano ancora un numero molto limitato di soggetti. Del nostro campione complessivo, solamente 7 ragazzi hanno fatto un viaggio nel proprio paese di origine, di questi solo 3 sono in carico ai servizi a causa di una crisi con i genitori⁶³.

Ai servizi risulta che pressoché la totalità dei minori in carico non ha mai avuto contatti con la famiglia d'origine (85,8%), il 6% li ha avuti solo in passato, l'8% li ha attualmente, generalmente con i fratelli. In molti casi il fatto che i ragazzi abbiano o meno ricercato informazioni sulla propria famiglia di origine non è noto al servizio di riferimento (29,5% del totale); tra gli 80 ragazzi per cui il dato è stato raccolto, solamente poco più di un quarto (23 ragazzi) ha attivamente cercato tali informazioni. A questo proposito però si può osservare che tra i ragazzi in carico per una situazione di crisi, la quota di coloro che hanno cercato attivamente informazioni (10 ragazzi su 41) è proporzionalmente maggiore rispetto a quanto osservato nell'altro gruppo (13 su 73 ragazzi in carico per altri motivi). È interessante notare inoltre come, tra i bambini e i ragazzi che hanno scelto di cercare informazioni sulla propria famiglia naturale, circa due terzi lo ha fatto chiedendo aiuto alla famiglia adottiva e solo un terzo lo ha fatto in modo autonomo.

La famiglia d'origine ha cercato il minore solo in 9 casi sui 114 totali. Di questi, ben 6 sono riferiti ai 41 bambini e ragazzi in carico per difficoltà nella costruzione del legame con i genitori adottivi che hanno reagito in modo diversificato ai tentativi di contatto da parte di fratelli o altri parenti: alcuni hanno reagito positivamente, mantenendo un contatto seppur in modo discontinuo e parlandone con la famiglia adottiva, mentre altri hanno reagito negativamente, troncando i rapporti e rifiutando il contatto diretto.

⁶¹ Mazonis, *Il confronto con la propria storia in adolescenza*, in Chistolini, Raymondi (a cura di), *Figli adottivi crescono*, Franco Angeli, Milano 2010.

⁶² Mazonis, Misciocia, *Il benessere psicologico e il rapporto con le origini*, in Bianchi, Di Gioia (a cura di), *Adolescenti e adozione internazionale. Benessere e relazioni familiari e sociali: un'indagine nazionale*, Carocci, Roma 2016.

⁶³ Nel caso dell'indagine nazionale sugli adolescenti adottati, solamente il 6,9% del campione era tornato nel paese di origine dopo l'adozione, descrivendola, in larga maggioranza, come un'esperienza molto positiva; il 72,8% però esprimeva interesse e desiderio nei confronti di un viaggio di ritorno da compiere in futuro e solo il 10,7% un netto rifiuto (Mazonis, Misciocia 2016, p. 165).

Le esperienze preadottive

I dati raccolti sulle esperienze vissute prima dell'adozione in corso non sono disponibili per tutti i bambini e ragazzi rientrati nell'indagine. Essi comunque forniscono alcune indicazioni interessanti.

Tavola 19. Esperienze vissute prima dell'adozione dai bambini e ragazzi presi in carico per la difficoltà nell'instaurare una relazione tra genitori e figli. Valori assoluti

	con difficoltà genitore-figlio	senza difficoltà genitore-figlio
	N.	N.
Ha vissuto con uno o entrambi i genitori	21	17
Ha vissuto con parenti appartenenti alla famiglia biologica	12	7
È stato in Istituto e/o casa famiglia	35	49
È stato in ospedale	3	10
Ha vissuto in affido presso l'attuale famiglia adottiva	2	10
Ha vissuto presso altre famiglie affidatarie e/o sostitutive	6	5
È stato in adozione in altre famiglie	2	1
Casi validi	39	57

In particolare, emerge che aver vissuto con uno o entrambi i genitori naturali per un periodo della propria vita caratterizzi di più, in proporzione, i ragazzi presi in carico per difficoltà nel legame familiare, rispetto agli altri, forse in relazione anche della tendenziale maggiore età all'adozione: tre quarti dei ragazzi in carico per difficoltà nel legame di filiazione ha vissuto con i genitori biologici, mentre tra gli altri minori adottati vi hanno vissuto nella metà dei casi. Molto elevata anche la quota di bambini e ragazzi che ha vissuto un'esperienza di istituzionalizzazione, un fattore a cui viene riconosciuto un forte impatto sul benessere dei ragazzi adottati. L'indagine nazionale sugli adolescenti adottati ha fatto emergere come i ragazzi e le ragazze che prima dell'adozione sono stati collocati in un istituto mostrano maggiori difficoltà scolastiche sia dal punto di vista dei rapporti che del rendimento. All'aumentare del periodo trascorso in istituto inoltre peggiora la qualità dei rapporti con i pari e diminuisce la propensione a diventare genitori (biologici o adottivi)⁶⁴.

Anche le motivazioni che hanno portato al distacco dalla famiglia biologica non permettono di formulare ipotesi sul rapporto con la situazione di crisi che si è venuta a creare con i genitori adottivi. Per un quarto dei bambini lo stato di adottabilità è stato motivato da abusi e maltrattamenti gravi che hanno portato a decretare la decadenza della responsabilità genitoriale. Tuttavia questa quota non è particolarmente più alta rispetto a quanto riscontrato anche nei bambini e ragazzi che non presentano una crisi nel rapporto

⁶⁴ Bianchi, Di Gioia (2016), *cit.*

con i genitori, mentre invece l'aver esperito situazioni di abuso e maltrattamento nella famiglia biologica risulta associato a maggiori difficoltà nella creazione dei legami di attaccamento⁶⁵.

3.1.2 L'intervento dei servizi sociali

La presa in carico dei bambini e ragazzi presi in carico per difficoltà nella relazione genitori-figli è avvenuta in media quasi 4 anni dopo l'adozione, anche se la parte più consistente (18 bambini) è comunque stata presa in carico entro 2 anni dall'adozione. I ragazzi presi in carico con una distanza maggiore dal momento dell'adozione (tra 7 e 15 anni dopo) sono tutti adolescenti, adottati prima dei 9 anni e presi in carico tra i 14 e 16 anni. È possibile cioè individuare un sottogruppo di (13 ragazzi su 41) che è composto da bambini adottati in età prescolare o all'età della scuola primaria, che non presentano particolari disabilità fisiche o cognitive, ma vengono presi in carico a seguito dell'emersione di difficoltà di tipo psicologico e comportamentale collegati a una difficoltà nella gestione della relazione genitoriale, che emerge in età adolescenziale. Gli interventi che accomunano queste storie sono l'attivazione del servizio sociale professionale e di supporti di tipo psicologico, mentre gli altri tipi di intervento (tra cui educativa domiciliare, inserimento in servizi semiresidenziali) risultano più sporadici. Gli allontanamenti (definitivi o temporanei) dalla famiglia adottiva, sono stati attivati per 5 di questi ragazzi. Da segnalare quattro interventi per certificazione ex L.104/92, che arrivano in età avanzata, dopo molti anni dall'ingresso del bambino in famiglia, nonostante, secondo quanto emerge dalle annotazioni degli assistenti sociali, le famiglie riportino la presenza di segnali problematici fin dal momento dell'adozione.

Quasi la metà (18) dei 41 bambini e ragazzi qui analizzati sono in carico al servizio sociale da meno di 2 anni.

Nel complesso i problemi riscontrati al momento della presa in carico tendono a regredire grazie agli interventi attivati, a eccezione di alcune difficoltà psicologiche e cognitive, che non vengono individuate al momento della presa in carico ma probabilmente emergono una volta approfondita la conoscenza del bambino o del ragazzo. Tra questi, coerentemente con quanto già osservato, si segnalano i disturbi nelle relazioni di attaccamento, disturbi dell'umore e d'ansia e disturbi specifici dell'apprendimento.

⁶⁵ Tra i 28 bambini che sono stati dichiarati adottabili a seguito di abuso e maltrattamento, 23 presentano al momento della presa in carico disturbi nelle relazioni di attaccamento, quasi la metà dei 51 bambini che vengono segnalati per questo disturbo.

Come osservato per l'analisi dei casi nel complesso, il servizio sociale non è comunque l'unico soggetto che ha fornito sostegno alle famiglie e non è detto pertanto che l'accesso al servizio sociale corrisponda al primo momento in cui la famiglia si è rivolta all'esterno per risolvere le proprie problematiche. Nella maggior parte dei casi i bambini e ragazzi coinvolti sono seguiti anche da altri soggetti pubblici (36 casi), che prevalentemente fanno riferimento alla neuropsichiatria infantile (22) e al servizio di psicologia (8) o dal consultorio pediatrico, familiare o per adolescenti.

Sono 35 i ragazzi seguiti da un'équipe multiprofessionale, composta da figure professionali diverse.

Tavola 20. Composizione équipe multiprofessionali che seguono bambini e ragazzi presi in carico per la difficoltà nell'instaurare una relazione tra genitori e figli. Valori assoluti

	Numero di bambini e ragazzi
Assistente sociale	35
Psicologo/a	30
Educatrice/educatore	19
Neuropsichiatra infantile	14
Logopedista	2
Pediatra	2

In tutte le équipe è presente l'assistente sociale e quasi sempre uno psicologo. La presenza degli altri operatori corrisponde a quanto osservato nella totalità dei casi.

Non manca però il riferimento anche a figure professionali contattate privatamente, sia prima della presa in carico da parte del servizio sociale, sia durante. In questo caso prevale il numero di psicologi e/o psicoterapeuti (11 prima della presa in carico, 25 durante), mentre più ridotto il numero di neuropsichiatri (5 prima, 9 durante).

La tabella seguente descrive le misure attivate al momento della presa in carico da parte del servizio territoriale. Tra queste spiccano gli interventi di tipo specialistico (psicologia, neuropsichiatria) e il servizio sociale professionale. I bambini e ragazzi che vengono inseriti in una struttura residenziale subito al momento della presa in carico da parte del servizio sono 6. Tuttavia sono altri 8 i ragazzi per i quali viene effettuato un intervento di allontanamento dalla famiglia in momenti successivi.

Tavola 21. Interventi attivati al momento della presa in carico per bambini e ragazzi presi in carico per la difficoltà nell'instaurare una relazione tra genitori e figli. Valori assoluti

	Numero di bambini e ragazzi
Interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia, neuropsichiatria infantile)	35
Servizio sociale professionale	34
Educativa domiciliare	14
Interventi di tipo specialistico sanitario di certificazione (L.104)	10
Interventi in ambito scolastico	9
Inserimento in struttura residenziale	6
Gruppi post-adozioni per famiglie	5
Inserimento in struttura semiresidenziale	3
Altre tipologie di intervento (specificare sotto)	3

3.2 Bambini e ragazzi accolti fuori dalla famiglia adottiva

L'allontanamento dalla famiglia adottiva e l'accoglienza presso una struttura residenziale o una famiglia affidataria costituiscono un segno tangibile della difficoltà di convivenza tra il ragazzo e i genitori adottivi. I dati raccolti, come anticipato, mostrano come non ci sia completa sovrapposizione tra il gruppo di coloro che sono stati presi in carico fin dall'inizio per una difficoltà nel legame tra genitori e figli e coloro che hanno fatto un'esperienza di accoglienza extra-familiare. Complessivamente sono infatti 19 i bambini e ragazzi che sono stati accolti fuori dalla famiglia adottiva. Per 10 bambini il collocamento in struttura viene attivato subito, mentre in 9 casi l'allontanamento della famiglia viene attivato in un periodo successivo.

Sulla presenza in accoglienza di bambini e ragazzi provenienti da storie adottive difficili non sono disponibili molte informazioni che permettano di contestualizzare quanto osservato nella presente indagine. Quelle emerse nell'ambito dell'esperienza degli operatori e in alcune situazioni di ricerca sono state tali da sollecitare l'interesse verso il tema oggetto della presente indagine. Tra i dati disponibili è possibile citare quelli dell'indagine campionaria promossa dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza con riferimento all'anno 2010. Tra bambini accolti in strutture residenziali o in famiglie affidatarie in quell'anno risultava che il 2,9% dei bambini accolti (la stima è di 825 minorenni) proveniva da una famiglia adottiva (sussisteva cioè un precedente decreto di adozione) e lo 0,8% (235 casi stimati) aveva alle spalle un fallimento adottivo in senso

stretto, indicato dalla presenza di un passato decreto di adozione e al contempo di nuovo decreto di adottabilità⁶⁶.

Rispetto al panorama toscano, i dati disponibili al Centro regionale⁶⁷, indicano che tra i presenti nelle strutture residenziali toscane al 31/12/2014 il 3% ha alle spalle un'esperienza adottiva o affidataria.

Le storie dei 19 ragazzi che in base ai dati raccolti nella presente ricerca hanno fatto esperienza di accoglienza fuori dalla propria famiglia sono molto diverse. I dati non permettono di ricostruire pienamente le loro storie, ma la lettura congiunta con le risposte aperte dagli assistenti sociali permette di ricostruire un quadro abbastanza diversificato al suo interno. Per alcuni di loro l'accoglienza fuori dalla famiglia adottiva è intesa come un'esperienza temporanea, utile per superare un periodo di difficoltà interrompendo le dinamiche familiari disfunzionali e creare uno spazio permeabile al lavoro degli operatori attraverso l'intervento sul minore e sui genitori. In particolare, per 6 ragazzi il rientro in famiglia è indicato dagli assistenti sociali come esito atteso della presa in carico ed è evidente come su questa prospettiva di lavoro giochi un ruolo determinante anche l'atteggiamento della coppia genitoriale, qualora si mostri consapevole delle problematiche presenti e al contempo disponibile a mettersi in discussione.

Tra i casi raccolti non sono stati registrati casi di fallimento definitivo del percorso adottivo⁶⁸ con decadenza della potestà genitoriale. Tuttavia, dalle annotazioni degli operatori in merito agli esiti attesi dall'intervento emerge chiaramente il fatto che alcuni collocamenti presso strutture residenziali o famiglie affidatarie sono considerati come soluzioni definitive. Questo è vero soprattutto per alcuni ragazzi e ragazze più grandi per i quali l'obiettivo è dichiaratamente il raggiungimento dell'autonomia o comunque la sistemazione al di fuori della famiglia adottiva (ad esempio presso la famiglia del fidanzato/fidanzata o presso un parente) anche se non si configura formalmente come affidamento familiare. Rientrano in questo gruppo di casi anche alcuni ragazzi con problematiche sanitarie gravi, per i quali, per le difficoltà di gestione e di cura e/o per le dinamiche di espulsione da parte della famiglia adottiva, non si prevede la possibilità di un rientro all'interno dell'ambito domestico. Al momento della rilevazione sono 9 i ragazzi che vivono ancora fuori dalla famiglia adottiva.

⁶⁶ Bianchi, Fagnini, *I bambini e le loro relazioni*, in Valerio Belotti (a cura di), *Bambini e bambine temporaneamente fuori dalla famiglia di origine. Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31 dicembre 2010*, Questioni e Documenti 55, Istituto degli innocenti, Firenze.

⁶⁷ Dati forniti dal sistema informativo regionale ASSO – ASMI, che raccoglie l'anagrafica delle strutture residenziali socio-educative per minori della Toscana e i dati individuali dei minori accolti.

⁶⁸ Dal monitoraggio degli Interventi per bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia nelle zone socio-sanitarie/SdS realizzato annualmente dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, risulta che per il 2014 è stato segnalato un solo caso di fallimento adottivo nella zona Fiorentina Nord Ovest.

Le motivazioni che stanno alla base dell'accoglienza fuori dalla famiglia adottiva sono diverse. Ai minori per i quali viene indicato tra i motivi della presa in carico una difficoltà nel legame tra genitori e figli, si aggiungono due casi di sospetto o accertato maltrattamento/abuso su due ragazze, un minore autore di reato (abuso sessuale), un minore con problemi comportamentali tali da mettere in discussione il senso di sicurezza percepito dai genitori e infine un caso multiproblematico, con disabilità, problemi comportamentali, cognitive e psicologiche associate a difficoltà nel rapporto di coppia.

Considerando nel complesso i ragazzi che hanno fatto esperienza di un'accoglienza fuori dalla famiglia adottiva cosa si osserva?

Innanzitutto che alcune situazioni arrivano all'attenzione dei servizi sociali, o comunque vengono da questi seguite, quando la crisi nel rapporto con i genitori ha raggiunto uno stadio talmente avanzato da richiedere fin da subito un allontanamento dalla famiglia, se l'uscita dalla famiglia non è stata già realizzata autonomamente dai genitori o dal figlio.

I ragazzi per i quali in un certo momento della presa in carico è stato attivato un intervento di accoglienza fuori dalla famiglia hanno tutti tra i 13 e i 19 anni alla data del 31/12/2014 e sono stati presi in carico tra i 9 e i 17 anni, inoltre si osserva che l'età inferiore è tendenzialmente associata a una presa in carico più rapida. Tra i bambini allontanati dalla famiglia adottiva si registrano cioè un primo gruppo di bambini adottati a 7-8 anni e presi in carico nel primo anno di adozione o in quello successivo, per i quali vengono indicate come motivazioni dell'intervento le difficoltà comportamentali e psicologiche associate a crisi nel legame genitore-figlio a cui si può aggiungere anche una difficoltà nei rapporti con la famiglia allargata e una crisi nella coppia adottiva, mentre si evidenzia poi un secondo gruppo più consistente di ragazzi per i quali si può ipotizzare che la crisi sia scoppiata nella fase di accesso all'età adolescenziale, e per i quali l'intervento dei servizi arriva 5-6, ma anche 11 o 12 anni dopo l'ingresso nella famiglia adottiva.

I dati e le storie descritte confermano come una crisi nel rapporto adottivo possa nascere in momenti diversi: immediatamente, nel primo periodo di conoscenza tra genitori e figli, oppure in seguito, in concomitanza di snodi del ciclo vitale e/o cambiamenti nella famiglia (malattia di un genitore, morti, separazioni, nascite di figli ecc...); infine durante l'adolescenza, nel momento in cui si acuisce la ricerca e la ricontrattazione della propria identità.

Considerando i 9 casi in cui l'allontanamento dalla famiglia è stato deciso in un momento successivo della presa in carico, in ben 7 casi questo è stato anticipato da interventi di educativa domiciliare, oltre che di attivazione del servizio sociale professionale e di interventi specialistici di supporto in ambito psicologico e neuropsichiatrico.

Come già emerso in altre parti dell'analisi, in alcuni casi la difficoltà sperimentata dai genitori è legata a problemi di salute fisica o mentale che mettono in difficoltà la gestione

familiare in modo inatteso o comunque superiore rispetto a quanto previsto anche dando la disponibilità all'adozione di bambini con bisogni speciali. Per due ragazzi l'accoglienza fuori dalla famiglia consiste infatti nell'inserimento all'interno di strutture terapeutiche, motivata quindi da una situazione di particolare gravità delle condizioni di salute del ragazzo, accompagnata o meno da difficoltà nel mantenimento dei legami tra genitori e figli.

Non mancano esperienze di ragazzi che si muovono in un percorso di accoglienza non lineare, passando tra forme di collocamento diverse. In 3 casi è stato realizzato un affidamento familiare, sempre in un momento successivo alla presa in carico, che è stato comunque seguito, per vari motivi, da un inserimento in struttura. In alcune situazioni, comunque molto limitate, si sono verificati infatti anche collocamenti successivi, che in un caso raggiungono addirittura il numero di 5 collocazioni, tra famiglie affidatarie e strutture residenziali, nel corso dei 5 anni durante i quali il minore è stato preso in carico.

4. Spunti per una riflessione sulla presa in carico

Come più volte ribadito in premessa e nell'analisi dei dati emersi, il presente approfondimento non ha teso formulare inferenze sui possibili profili dei bambini, delle famiglie e dei contesti riferibili a situazioni di crisi o insuccesso dei legami adottivi. Le dimensioni analizzate e discusse, i possibili fattori di rischio e protezione, i dati sulla presa in carico sono stati in primo luogo raccolti ed elaborati per approfondire la conoscenza delle famiglie adottive toscane in carico ai servizi sociali e per sollecitare riflessioni e proposte in merito alla loro presa in carico nelle diverse fasi dell'iter adottivo e post-adottivo. Una riflessione, voluta dalla Regione Toscana che, a partire dal coinvolgimento dei servizi territoriali, potrà essere finalizzata ad arricchire dal punto di vista degli indirizzi metodologici e operativi un modello toscano dei servizi per l'adozione.

A questo proposito, di particolare interesse è stata anche l'analisi delle risposte ai quesiti in forma aperta che, nella scheda di rilevazione, sono stati posti agli assistenti sociali.

Tenendo presente, dunque, tutti gli elementi quantitativi e qualitativi messi in luce dall'approfondimento, è possibile mettere a fuoco alcuni temi, spunti proposte.

L'idoneità delle coppie

Il percorso che porta alla valutazione dell'idoneità delle coppie si configura come il primo e importante punto nodale in cui i servizi possono prevenire situazioni di crisi dei futuri legami adottivi; questo attraverso l'individuazione sia di quei fattori di rischio che potrebbero orientare in questo senso le nuove relazioni del nucleo adottivo, sia di quei fattori protettivi su cui far leva nell'accompagnamento e sostegno alla formazione della nuova famiglia.

Nella presente ricerca, la quasi totalità delle coppie ha avuto una valutazione di idoneità positiva, tuttavia, nelle parole degli operatori emerge che tali valutazioni non sempre si dimostrano sufficientemente efficaci e attente, così come possono non esserlo le scelte di abbinamento tra coppie idonee e bambini con specifiche caratteristiche e bagagli esperienziali pregressi (par. 2.3).

Risulta quindi fondamentale accrescere e mantenere aggiornata la formazione specialistica degli operatori (assistenti sociali e psicologi) sulla valutazione della coppia aspirante adottiva e sull'evoluzione dei fenomeni legati all'adozione e alle caratteristiche dei minori in stato di adottabilità in Italia e all'estero. Parimenti appare necessario "rafforzare la collaborazione tra i diversi servizi, a partire dal momento della valutazione di idoneità della coppia", come afferma una degli assistenti sociali, sviluppando sempre maggiori competenze rispetto alle metodologie di lavoro integrato e le prassi di intervento basate sul confronto e

la discussione tra professionisti, come sottolineato anche dalle indicazioni metodologiche per la valutazione della coppia elaborate da Regione Toscana⁶⁹.

Formazione e preparazione delle coppie aspiranti adottive

Meno la metà delle famiglie su cui sono stati raccolti i dati dell'indagine ha partecipato a iniziative di preparazione e formazione nel periodo precedente alla disponibilità all'adozione; quota che si dimezza nel periodo dell'attesa (24,8%).

Per contro, le caratteristiche dell'adozione nazionale e internazionale in Italia, la cui trasformazione negli anni risulta ben delineata e descritta, soprattutto per quanto riguarda le adozioni internazionali tramite i rapporti della CAI, sono tali da richiedere una formazione sempre più specifica sia per le coppie aspiranti all'adozione, sia per gli operatori che intervengono nei vari momenti del percorso adottivo e post adottivo. Ad esempio, il crescente numero di adozioni di bambini "grandi", che hanno trascorso più anni nel proprio paese di origine, con la propria famiglia biologica e/o hanno attraversato un percorso di accoglienza presso istituti o famiglie diverse dalla propria, pone di fronte a nuovi bisogni, specifici e complessi, a cui famiglie e servizi devono poter dare adeguate risposte. La formazione, degli operatori così come dei genitori, deve essere continua e al passo coi mutamenti che il fenomeno adottivo ci mette di fronte.

Il supporto alle famiglie, sopracitato come misura essenziale nell'ottica di prevenire e supportarle nella loro funzione genitoriale, vede nelle occasioni formative precedenti e successive all'arrivo in adozione dei bambini e ragazzi un momento particolarmente rilevante.

Come sostenuto in letteratura, i genitori devono poter essere supportati nello sviluppare competenze su di un piano relazionali, soprattutto orientate alla comprensione e all'ascolto, gettando le basi e portando avanti quel "dialogo intrafamiliare" positivo che è considerato una dei fattori protettivi più efficaci di possibili situazioni di crisi⁷⁰.

La discontinuità nella presa in carico nel post-adozione

Come già evidenziato (par. 2.4) solo un numero ridotto di famiglie ha avuto un qualche tipo di sostegno dal servizio territoriale nel periodo immediatamente successivo all'adozione. Andando più nello specifico, in un quarto dei casi (24,6%) il bambino viene preso in carico l'anno stesso in cui è stato adottato, nel 10,5% l'anno successivo. Un ulteriore

⁶⁹ Regione Toscana, *Indicazioni metodologiche per lo studio di coppia finalizzato alla valutazione e all'accompagnamento per l'idoneità nell'ambito del procedimento di adozione nazionale e internazionale*, deliberazione di Giunta regionale n. 702 del 26 agosto 2013.

⁷⁰ Valdilonga (2010), *cit.*

16% viene preso in carico tra il terzo e quinto anno, il 22% tra il sesto e il decimo anno, nel 9,6% dei casi tra l'undicesimo e il sedicesimo anno dopo l'adozione. Non si sono evidenziate particolari differenze tra quelle in cui sono emerse difficoltà nel legame tra figli e genitori e quelle che hanno manifestato altre problematiche.

Dall'indagine si evidenzia come vi sia una difficoltà nella gestione del lavoro degli assistenti sociali legate alla frequente mancanza di continuità nella presa in carico delle famiglie tra il periodo precedente all'adozione e periodo post adottivo. Riportando le parole di un'operatrice "la fase immediatamente successiva all'ingresso del minore in famiglia necessita di un accompagnamento che non può essere lasciato alla volontà dei genitori adottivi" i quali, spesso tendono ad avere come riferimento gli enti autorizzati e i servizi di supporto da loro offerti, professionisti del privato oppure, non di rado, a non ricercare alcun tipo di supporto o accompagnamento.

In questo senso potrebbe essere utile l'individuazione di strumenti e standard di riferimento (oltre alle relazioni periodiche di competenza degli enti) per il monitoraggio dello stato di benessere della famiglia a seguito del rientro in Italia o comunque della definizione dell'adozione, in modo da poter individuare ed eventualmente fronteggiare criticità che possono emergere nella relazione familiare e nel contesto di vita.

Inoltre, per quelle situazioni che rimangono o tornano in carico ai servizi nel post-adozione, gli operatori auspicano una maggior continuità nella presa in carico, ad esempio facendo sì che l'équipe che ha seguito la coppia per l'idoneità possa essere quella che prosegue la propria funzione di supporto nel percorso successivo. Ciò consentirebbe una conoscenza più precisa e attenta del nucleo familiare ma potrebbe anche facilitare le famiglie stesse nel formulare una richiesta di supporto che avverrebbe in contesti professionali già conosciuti e in cui possono essersi già instaurati rapporti di fiducia.

Presa in carico integrata tra servizi

Nel periodo post adottivo, la ricerca di un sempre maggiore e strutturato coordinamento tra i servizi territoriali attivi sul singolo caso, compresi gli enti autorizzati e gli operatori delle strutture di accoglienza, viene citata da più di una dagli assistenti sociali coinvolti come elemento fondamentale per garantire la riuscita e l'efficacia degli interventi attivati. Per quelle famiglie in carico nel periodo post adottivo abbiamo visto che, data la natura multidimensionale dei bisogni espressi, sono spesso e volentieri coinvolti professionisti e servizi differenti: servizio sociale, servizi sanitari, enti autorizzati, professionisti privati (sono 87 i bambini dell'indagine seguiti da un'équipe multiprofessionale). L'integrazione tra i diversi soggetti che caratterizza la fase di avvio della procedura adottiva dovrebbe dunque essere mantenuta anche nell'offerta di servizi e

supporti successivi alla definizione dell'adozione. Un approccio nella presa in carico, basato su un progetto condiviso e integrato portato avanti da equipe multidisciplinari, che non sempre è presente. Si rileva quindi la necessità di favorire una condivisione più precisa e formale delle procedure, dei ruoli e degli adempimenti cui sono chiamati i diversi soggetti e professionisti coinvolti nel sostegno post adottivo.

Inoltre, facilitare le comunicazioni e lo scambio di dati informativi tra servizi, semplificare alcune procedure che permettono ai servizi sociali di intervenire in mancanza di richiesta da parte della famiglia (tempi d'attesa perché vengano emessi mandati d'indagine da parte del Tribunale per i minorenni), consentirebbero una maggior efficacia e tempestività della presa in carico delle famiglie in difficoltà.

Azioni di prevenzione: il sostegno alla genitorialità nel post adozione

Come osservato (par. 2.4.4), i servizi sociali sembrano "entrare in campo" in tempi non prossimi alla formalizzazione dell'adozione facendo ipotizzare che siano più orientati a offrire interventi in risposta a uno o più bisogni emergenti quanto ad attività di prevenzione. Infatti, gli interventi riconducibili a una funzione di supporto alla genitorialità (gruppi post adozione per famiglie e bambini, il supporto consultoriale e specialistico alla coppia, sostegno al ruolo educativo dei genitori) risultano attivati in misura minore rispetto agli interventi in ambito sanitario e scolastico volti a dare risposta a problemi già emersi.

In un quadro regionale in cui viene riconosciuta sempre più l'importanza di servizi e interventi a supporto della genitorialità non solo in un'ottica di prevenzione ma anche di promozione del benessere sociale, può essere opportuno riconoscere e dedicare una specifica attenzione alla genitorialità adottiva.

In questo senso, definire una mappatura precisa del sistema dei servizi esistenti (in contesto pubblico e privato) per l'accompagnamento e il supporto delle famiglie nel post adozione potrebbe contribuire a favorire l'accesso e la partecipazione delle famiglie, potrebbe darci informazioni sulla loro distribuzione nel territorio regionale, consentirebbe un'analisi più attenta delle caratteristiche degli interventi nel post-adozione evidenziandone punti di forza e criticità da superare.

È evidente come solo attraverso un sostegno generalizzato e diffuso, all'interno di una rete coordinata di servizi, sia possibile intercettare precocemente situazioni di difficoltà e di disagio.

Occorrerebbe dunque potenziare quegli interventi di supporto attuabili fin dal momento dell'ingresso del bambino nella nuova famiglia (gruppi per genitori e figli, sostegno psicologico, progetti in ambito scolastico ecc...), che possano accompagnare e rafforzare la costruzione del nascente legame di filiazione.

Le fonti informative

L'indagine ha mostrato come non di rado vi siano dei vuoti informativi nella ricostruzione delle storie e della presa in carico di bambini, ragazzi e nuclei adottivi più in generale. Basti pensare che in oltre il 40% dei casi i servizi non sono stati in grado di fornire informazioni sulle storie dei bambini prima dell'adozione, probabilmente anche in conseguenza delle modalità di registrazione e passaggio delle informazioni da parte dei Paesi d'origine (par 2.3).

Oltre a questo, si sono evidenziate anche difficoltà nella raccolta di notizie relative all'iter adottivo delle coppie prima e delle famiglie adottive.

Una mancanza di informazioni o, in taluni casi, di raccolta o passaggio scritto tra servizi di informazioni che rende talvolta difficile un'analisi più approfondita delle situazioni e dei contesti. Ciò, probabilmente, richiama l'opportunità di prevedere un sistema di raccolta di informazioni sui casi ma anche sui servizi attivati e i progetti di presa in carico che sia specifica e adeguata al contesto delle famiglie adottive.

Allo stesso tempo, un lavoro specifico di mappatura e analisi dei servizi per il post-adozione presenti nei diversi territori, consentirebbe da una parte di arricchire di ulteriori elementi la riflessione e l'impegno regionale su questo fronte, dall'altra consentirebbe di dare un quadro forse non sempre conosciuto e diffuso sulle opportunità di supporto offerte alle famiglie adottive.

Scuola

La scuola si conferma come uno dei contesti sociali cruciali per l'esperienza adottiva, è l'ambiente in cui ogni bambino sperimenta il proprio rapporto con il mondo esterno così come è il contesto in cui eventuali difficoltà di bambini e ragazzi possono emergere, su un piano relazionale, cognitivo così come comportamentale.

I dati del monitoraggio annuale realizzato dal Centro regionale con il Tribunale per i minorenni ci dicono come la metà dei bambini che arrivano in Toscana grazie alle adozioni internazionali sono in età scolare (115 nella fascia 6-12 anni).

Nella presente indagine è emerso come il 40% dei bambini in carico ai servizi sociali abbia avuto bisogno di un supporto al momento dell'inserimento a scuola (par. 2.4.7).

Promuovere la cultura dell'accoglienza e favorire il benessere a scuola dei bambini adottati e delle loro famiglie sono alcuni degli obiettivi del "Protocollo di intesa per lo sviluppo di percorsi di accoglienza e di inserimento scolastico dedicato ai bambini e ai ragazzi adottati, sottoscritto dalla Regione Toscana e dall'Ufficio scolastico regionale per la Toscana" che impegna centri adozione, servizi territoriali, enti autorizzati e scuola a collaborare per individuare modalità e prassi operative condivise, finalizzate alla promozione della cultura

dell'accoglienza e alla definizione di percorsi mirati a un adeguato inserimento scolastico dei bambini e dei ragazzi adottati.

La sottoscrizione del protocollo (approvato dalla Regione con delibera della Giunta 10.11.2014 n. 996) si inserisce in un più ampio contesto contrassegnato da una crescente attenzione sull'argomento, anche a livello nazionale. Ne sono prova, ad esempio, le recenti Linee di indirizzo per favorire il diritto allo studio degli alunni adottati, approvate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca con l'obiettivo di «fornire conoscenze e linee di indirizzo teorico-metodologico che aiutino a far sì che la scuola possa garantire ai bambini e ai ragazzi adottati e alle loro famiglie ulteriori strumenti nel loro percorso di crescita». Il documento prende in esame le peculiarità e le difficoltà della condizione dei minori adottati, considerando, tuttavia, la diversità delle situazioni in cui si trovano questi bambini.

Occorre, in sintesi, proseguire nell'impegno, sia sul piano istituzionale che operativo, di favorire la massima integrazione e collaborazione tra servizi e mondo scolastico.

Appendice



SCHEDA DI RILEVAZIONE

APPROFONDIMENTO SUI CASI DI CRISI O INSUCCESSO DEI PERCORSI ADOTTIVI

**Scheda individuale minori in carico ai Servizi sociali al 31/12/2014
per interventi post-adozione oltre il normale iter post-adottivo**



La presente scheda di rilevazione è stata realizzata dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza nell'ambito delle attività svolte per la Regione Toscana, ai sensi della LR 31/2000 (www.minoritoscana.it).

Le informazioni fornite verranno trattate nel rispetto della D.Lgs. 196/03 sulla Tutela della Privacy.

Il questionario è organizzato nelle seguenti sezioni:

SEZIONE A - INFORMAZIONI SUL MINORE

SEZIONE B - INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA ADOTTIVA

SEZIONE C - INFORMAZIONI SULLA PRESA IN CARICO (PER SERVIZI OLTRE IL
NORMALE ITER POST-ADOTTIVO) DEL MINORE ADOTTATO

SEZIONE D - IL SISTEMA DEI SERVIZI

SEZIONE E – VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Per il supporto tecnico e l'assistenza per tutte le fasi legate alla compilazione, alla raccolta e alla trasmissione dei questionari rivolgersi a:

Dott.ssa Silvia Notaro

tel. 055 2037 337 Email: notaro@istitutodeglinnocenti.it

Dott.ssa Lucia Fagnini

te. 055 20370350 Email: fagnini@istitutodeglinnocenti.it

Grazie per la collaborazione



Informazioni sul Servizio che ha in carico il minore

Dati del servizio

Denominazione del servizio _____

Comune di _____

Dati del referente del servizio

Nome _____ Cognome _____

Dati del compilante

Nome _____ Cognome _____

Tel. _____ email _____

Funzione nel Servizio/Ente di appartenenza _____



CODICE IDENTIFICATIVO MINORE (Progressivo) _____

SEZIONE A – INFORMAZIONI SUL MINORE

1. Anno di nascita

2. Genere: maschio femmina

3. Paese di nascita

4. In che anno è stata formalizzata l'adozione?

5. Comune di residenza del bambino al momento della presa in carico:

..... **5.1. Provincia** (.....)

6. Tipo di adozione:

nazionale internazionale (Specificare il Paese di provenienza: _____)

7. Si è trattato di un'adozione speciale o nominativa (art 44 lett. A e D legge 183 del 1984)?

Sì No

8. Il bambino è stato adottato: *(scegliere solo una delle seguenti voci)*

- da solo/a assieme a più fratelli biologici
- assieme a un fratello/sorella biologico assieme a uno o più bambini fra loro non fratelli biologici

Prima dell'adozione

9. Con quali motivazioni il bambino è stato dichiarato adottabile? *(scegliere una o più delle seguenti opzioni)*

- ragioni economiche
- abusi/maltrattamenti gravi
- morte dei genitori
- abbandono della famiglia d'origine
- tentato figlicidio
- altro *(specificare)*



10. Il bambino, prima dell'adozione, ha vissuto le seguenti esperienze?

	Sì	No	Non noto
Ha vissuto con uno o entrambi i genitori naturali	Per mesi _ _ _	_	_
Ha vissuto con parenti appartenenti alla famiglia biologica	Per mesi _ _ _	_	_
E' stato in Istituto e/o casa famiglia	Per mesi _ _ _	_	_
E' stato in ospedale	Per mesi _ _ _	_	_
Ha vissuto in affidamento presso l'attuale famiglia adottiva	Per mesi _ _ _	_	_
Ha vissuto presso altre famiglie affidatarie e/o sostitutive	Per mesi _ _ _	_	_
E' stato in adozione in altre famiglie	Per mesi _ _ _	_	_

11. Il bambino ha seguito un percorso di "preparazione" all'adozione?

sì no non noto

12. In caso di adozione internazionale, al momento dell'adozione i genitori hanno trascorso un periodo di soggiorno nel paese di origine del bambino?

sì no non noto

12.1 Se sì, per quanto tempo?

13. Al momento dell'adozione presentava disabilità (fisiche, psichiche o sensoriali)?

sì no non noto

Dopo l'adozione

14. Il minore porta lo stesso nome che aveva prima dell'adozione?

sì, lo stesso

sì ma con l'aggiunta di un secondo nomenclatore

no è stato italianizzato

no, gli è stato dato un nuovo nome



15. Il bambino/ragazzo ha fratelli biologici?

sì no non noto

15.1 Se sì, dove si trovano i fratelli naturali del bambino adottato?

nella stessa famiglia del bambino adottato in affido/adozione in altra famiglia

nella famiglia d'origine altro

in Istituto non noto

16. Il bambino/ragazzo ha avuto o ha attualmente contatti con la sua famiglia d'origine o altre figure legate al passato prima dell'adozione? (indicare una sola risposta)

No, non li ha mai avuti (passare alla domanda n.17)

Sì, li ha avuti, ma solo in passato

Sì, li ha attualmente

16.1 Se sì, con chi? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

madre nonni

padre zii

fratelli cugini

famiglia affidataria altro (specificare).....

17. Per quanto noto al servizio, il bambino/ragazzo ha cercato informazioni sulla sua famiglia di origine? (scegliere solo una delle seguenti opzioni)

non noto

no

Sì, autonomamente

Sì, chiedendo aiuto alla famiglia.....

Sì, chiedendo aiuto ad altri soggetti (specificare)

18. Il bambino/ragazzo ha mai ricevuto contatti da un componente della famiglia di origine?

sì no non noto



18.1 Se sì, come ha reagito?

.....

19. Il bambino/ragazzo, ha mai fatto un viaggio per visitare il Paese in cui è nato?

sì no non noto

Percorso scolastico

20. Dopo quanto tempo dal suo arrivo in Italia, è stato/a inserita/o a scuola?

mesi dopo l'arrivo in Italia

21. Al suo arrivo in Italia, in quale classe è stata/o inserita/o rispetto alla sua età anagrafica?

quella della sua età inferiore

22. Al momento dell'inserimento scolastico, ha ricevuto qualche forma di sostegno? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

no, non ne aveva bisogno - *passare alla domanda 22*

no, è stato richiesto, ma non ottenuto - *passare alla domanda 22*

sì, da parte della scuola

sì, da parte dei servizi territoriali (Asl, Comune)

sì, da parte dell'ente autorizzato

sì, da parte di altri soggetti (*specificare*).....

22.1 Se sì, che tipo di sostegno ha ricevuto? (scegliere solo una delle seguenti voci)

partecipazione a corsi di lingua

supporto educativo extrascolastico

consulenza o supervisione psicologica agli insegnanti

individualizzazione di alcuni carichi di lavoro o di alcuni insegnamenti

insegnante di sostegno in classe

educatore professionale in classe

altro (*specificare*).....



23. Qual è la posizione attuale rispetto al percorso educativo/scolastico del minore? (scegliere solo una delle seguenti voci)

Sta frequentando un nido o servizi integrativi 0-3

Sta frequentando la scuola dell'infanzia

Sta frequentando la scuola primaria

Sta frequentando la scuola media (secondaria di I grado): classe:

Ha abbandonato durante la scuola media

Ha concluso la scuola media e non si è iscritta/o alla scuola superiore (secondaria di II grado)

Sta frequentando la scuola superiore: classe:

Sta frequentando un corso di formazione professionale

Ha abbandonato durante la scuola superiore/corso di formazione professionale

Ha concluso la scuola superiore e non si è iscritta/o all'università

Sta frequentando l'università

dato non noto

24. Indicare lo stato del bambino (segni fisici, atteggiamenti, comportamenti, disabilità ecc.) al momento della presa in carico e attualmente

DISABILITA' E PATOLOGIE FISICHE	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Frequenti malattie fisiche e /o ospedalizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit nella crescita staturponderale (failure to thrive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segni fisici (lesioni, contusioni, lividi, ferite, cicatrici, graffi, escoriazioni, fratture da trauma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità sensoriale (cecità, sordità)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DIFFICOLTA' COMPORTAMENTALI	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamenti aggressivi eterodiretti (es. Bullismo o minacce verso bambini o adulti; attacchi fisici verso bambini o adulti; crudeltà verso gli animali, distruzione di oggetti, comportamenti piromanici, atti di vandalismo in genere, tendenza a mentire e a ingannare; comportamenti irritanti e/o "molesti")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamenti aggressivi autodiretti (es. Nuoce a se stesso deliberatamente (autolesionismo) e/o distrugge le proprie cose, Mangia e/o beve cose che non sono cibo, Fantasie/ tentativi di suicidio, È soggetto a piccoli incidenti che lo danneggiano e/o non è in grado di valutare il pericolo, Si isola dagli altri per lunghi periodi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamenti sessualizzati (es. comportamenti sessualizzati esternalizzati con altri bambini o verso adulti come comportamenti seduttivi, giochi sessuali, ecc.; Masturbazione compulsiva; Relazioni sessuali numerose e frequenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso di alcol e droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFFICOLTÀ COGNITIVE E/O DEL PENSIERO	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Disabilità psichica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi specifici dell'apprendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFFICOLTA' PSICOLOGICHE	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Disturbi dell'umore e disturbi d'ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi dell'alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomi psicosomatici (es. Mal di testa ricorrenti, Dolori a dominanti ricorrenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sé (es. Vergogna e timidezza eccessivi, Propensione a biasimare se stesso o a colpevolizzarsi, Scarsa socievolezza, Sfiducia negli adulti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi nelle relazioni di attaccamento (es. Ricerca di affetto e di attenzione da parte degli estranei, Oppositività e reattività verso gli adulti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DIFFICOLTA' A SCUOLA	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Difficoltà con la lingua italiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà nello studio delle diverse materie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà di relazione con i compagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà di relazione con gli insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

25. Sono mai stati segnalati al servizio episodi di discriminazione nei confronti del bambini/ragazzo?

sì no non noto

25.1 Se sì, specificare in che contesto (es. scuola, famiglia allargata ecc..)

26. Si sono mai verificati comportamenti di “devianza” con intervento dei servizi?

sì no

26.1 Se sì, specificare in di che tipo

27. E' attualmente in corso un procedimento penale a carico del minore?

sì no

27.1 Se sì, per quali motivi?



31. Indicare la condizione lavorativa del padre al momento della presa in carico da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- occupato
- disoccupato
- casalingo
- ritirato da lavoro/pensionato
- non noto

31.1 Se occupato, indicare la posizione lavorativa del padre al momento della presa in carico da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- dirigente/Quadro direttivo
- insegnante
- impiegato
- operaio
- apprendista
- lavoratore a domicilio per conto di imprese
- imprenditore
- libero professionista
- lavoratore in proprio (artigiano, commerciante,...)

Situazione attuale della coppia e familiare

32. Situazione della coppia adottiva (scegliere una sola delle seguenti voci)

- crisi della coppia non formalizzata
- separazione __/__/__(anno)
- divorzio __/__/__(anno)
- tentativi di procreazione assistita non andati a buon fine
- nessuna specifica problematica di coppia rilevata
- altro (specificare).....
- non noto

33. Numero di anni di convivenza della coppia prima di intraprendere l'iter adottivo |_|_|

34. Anno di matrimonio __/__/__

35. Storia procreativa della coppia precedente alla disponibilità all'adozione (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

- aborti spontanei
- aborti terapeutici
- morte di figli naturali
- tentativi di procreazione assistita non andati a buon fine
- nessun tentativo di accertamento medico conseguente alla non procreazione di figli naturali
- altro (specificare).....



36. Nella famiglia sono o sono stati presenti altri figli biologici? sì no

(Nella versione online si apre una sezione per ciascun figlio in cui vengono richiesti: anno di nascita. Eventuale anno di morte, genere, Paese di nascita e presenza di patologie e disabilità)

Figli biologici	Anno nascita	Eventuale anno di morte	Genere	Paese di nascita	Presenza di patologie gravi/disabilità
figlio 1	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 2	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 3	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 4	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 5	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>

37. Nella famiglia sono o sono stati presenti altri figli adottati oltre il minore in carico al servizio?

sì no

(Nella versione online per ciascun figlio vengono richiesti: anno di nascita, eventuale anno di morte, genere, Paese di nascita e presenza di patologie e disabilità)

Figli adottati	Anno nascita	Anno adozione	Genere	Paese di nascita	Presenza di patologie gravi/disabilità	Fratello biologico del minore a cui si riferisce la scheda
figlio 1	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 2	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 3	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 4	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 5	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Nella famiglia sono o sono stati collocati bambini in affidamento?

sì no

(Nella versione online per ciascun figlio vengono richiesti: anno di nascita, anno inizio affido, anno fine affido, genere, Paese di nascita e presenza di patologie e disabilità)

Figli in affidamento	Anno nascita	Anno inizio affido	Anno fine affido	Genere	Paese di nascita	Presenza di patologie gravi/disabilità
figlio 1	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 2	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 3	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 4	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
figlio 5	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>



Il percorso adottivo

39. Data di presentazione della dichiarazione di disponibilità all'adozione al tribunale per i minorenni:

gg m m a a a a

40. E' stata data disponibilità all'adozione

- nazionale
- internazionale
- entrambe
- non noto

41. Prima della presentazione di disponibilità all'adozione, la coppia ha partecipato a iniziative di informazione e preparazione?

- si
- no
- non noto

41.1 Se sì, da chi sono stati organizzati? *(se si scegliere solo una delle seguenti voci)*

- servizi territoriali
- enti autorizzati
- altro (specificare).....

42. Prima dell'adozione del bambino *(scegliere solo una delle seguenti voci)*

- sono stati pronunciati pareri negativi sull'idoneità della coppia
- sono stati pronunciati pareri dubbi sull'idoneità della coppia
- è stato dato subito un parere positivo sull'idoneità della coppia
- non noto

43. Il decreto di idoneità è stato pronunciato da: *(scegliere solo una delle seguenti voci)*

- Tribunale per i Minorenni
- Corte d'Appello



44. Indicare eventuali indicazioni, rispetto al progetto adottivo, espresse dalla coppia prima dell'adozione e se esse sono poi state soddisfatte:

	Sì	No	Indicazione soddisfatta	Indicazione non soddisfatta
L'età del bambino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il sesso del bambino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità ad accogliere un solo minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità ad accogliere due o più fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità ad accogliere un bambino con disabilità o problemi psico-fisici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Prima dell'adozione, era stata comunicata alla famiglia adottante la presenza di disabilità o problemi psico-fisici?

sì no non noto

46. Nel periodo dell'attesa la coppia ha partecipato a corsi formativi?

sì no non noto

46.1 Se sì, da chi sono stati organizzati?

servizi territoriali altro (*specificare*).....
 enti autorizzati

47. Nel periodo successivo all'adozione la coppia ha ricevuto sostegno dal servizio territoriale? (*scegliere una o più delle seguenti voci*)

no
 sì, di tipo psicologico
 sì, di tipo formativo
 sì, di tipo legale
 sì, di altro tipo (*specificare*).....
 non noto



48. Nel periodo successivo all'adozione la coppia ha partecipato a incontri/gruppi di sostegno per genitori adottivi?

si no non noto

48.1 Se sì, da chi sono stati organizzati? (scegliere una o più delle seguenti voci)

servizi territoriali

enti autorizzati

altro (specificare).....

SEZIONE C – INFORMAZIONI SULLA PRESA IN CARICO (PER SERVIZI OLTRE IL NORMALE ITER POST-ADOTTIVO) DEL MINORE ADOTTATO

49. Data della presa in carico da parte del Servizio (attivazione del primo intervento da parte del servizio che compila):

g g m m a a a a

50. Il caso è ancora in carico al servizio?

sì (passare alla domanda 51) no

50.1 Se no, specificare la data di chiusura/dimissione del caso da parte dal servizio:

g g m m a a a a

50.2 Se no, indicare il motivo della dimissione del caso da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- invio ad altro servizio
- trasferimento del bambino/famiglia in altro territorio
- completamento dell'intervento
- decesso del bambino
- abbandono del percorso da parte del minore
- altro (specificare)
- abbandono del percorso da parte del nucleo familiare/genitori
- non noto
- il bambino ha raggiunto la maggiore età



51. La presa in carico del minore per interventi oltre il normale iter post-adoitivo è stata attivata: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- checkbox su richiesta della famiglia
checkbox su iniziativa dei servizi
checkbox su segnalazione di altri soggetti (specificare).....

52. Il minore è stato affidato al Servizio con decreto del Tribunale dei minorenni?

- checkbox si checkbox no

53. Quali sono i principali motivi della presa in carico del minore? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

- checkbox difficoltà nel rapporto di coppia checkbox difficoltà cognitive e del pensiero
checkbox difficoltà nella creazione di legami nella famiglia allargata checkbox difficoltà psicologiche
checkbox difficoltà nell'instaurarsi del legame genitori-figlio checkbox difficoltà a scuola
checkbox sospetta o accertata situazione di maltrattamento e/o abuso del minore checkbox minore autore di reato (con o senza procedimento in corso)
checkbox disabilità e patologie fisiche checkbox altro (specificare).....
checkbox difficoltà comportamentali

54. Quali progetti d'intervento sono stati attivati al momento della presa in carico del minore? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

- checkbox educativa domiciliare checkbox interventi di tipo specialistico sanitario di certificazione (L.104)
checkbox inserimento in struttura semiresidenziale checkbox interventi in ambito scolastico
checkbox inserimento in struttura residenziale checkbox gruppi post-adozione per bambini e ragazzi adottati
checkbox affidamento familiare checkbox gruppi post-adozioni per famiglie
checkbox servizio sociale professionale checkbox Altre tipologie d'intervento (specificare).....
checkbox interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia, neuropsichiatria infantile)



55. Quali interventi sono stati attivati successivamente? Indicarli in ordine cronologico:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

56. Indicare con chi viveva il bambino al momento della presa in carico da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> padre con famiglia ricostituita | <input type="checkbox"/> famiglia affidataria |
| <input type="checkbox"/> madre con famiglia ricostituita | <input type="checkbox"/> famiglia adottiva |
| <input type="checkbox"/> monoparentale madre | <input type="checkbox"/> vive da sola/o |
| <input type="checkbox"/> monoparentale padre | <input type="checkbox"/> struttura residenziale |
| <input type="checkbox"/> Alterna periodo col padre e con la madre | <input type="checkbox"/> altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> nonni/parenti | <input type="checkbox"/> dato non noto |

57. Dove vive attualmente il bambino? (scegliere solo una delle seguenti voci)

- famiglia adottiva
- famiglia affidataria
- struttura residenziale
- altro (specificare)

58. E' stato verificato il fallimento definitivo del percorso adottivo con la decadenza della responsabilità genitoriale?

- si
- no



SEZIONE D – IL SISTEMA DEI SERVIZI

59. Prima della presa in carico da parte del servizio il bambino è o è stato seguito da una o più delle seguenti figure professionali contattate privatamente? (scegliere una o più delle seguenti voci)

- Psicologo e/o psicoterapeuta
- Psicomotricista
- Logopedista
- Neuropsichiatra
- Altro (*specificare*)
- Non noto

60. Durante la presa in carico da parte del servizio il bambino è o è stato seguito da una o più delle seguenti figure professionali contattate privatamente? (scegliere una o più delle seguenti voci)

- Psicologo e/o psicoterapeuta
- Psicomotricista
- Logopedista
- Neuropsichiatra
- Altro (*specificare*)
- Non noto

61. Il minore è o è stato seguito da altri servizi pubblici? (scegliere una o più delle seguenti voci)

- No (*passare alla domanda 62*)
- sì, dal consultorio (pediatrico, familiare, adolescenti etc..)
- sì, dalla Neuropsichiatria infantile
- sì, da altri servizi sanitari (*specificare*)
- altro (*specificare*)
- dato non noto



64. Sulla base della sua valutazione quali sono gli aspetti che hanno facilitato l'intervento e la presa in carico?

.....
.....
.....
.....

65. Può indicare quali sono gli esiti attesi dell'intervento?

.....
.....
.....

66. Sulla base della sua valutazione, quali sono le aree di miglioramento possibile in relazione al contesto di intervento?

.....
.....
.....

Note

[Empty box for notes]

Glossario

Adozione speciale o nominativa (art 44 lett. A e D legge 183 del 1984)

L'adozione in casi particolari è disciplinata dalla legge 4 maggio 1983 n. 184 (artt. da 44 a 55) così come modificata dalla legge 28 Marzo 2001 n. 149 e riguarda alcune ipotesi particolari di adozione, tassativamente previste al comma 1, lettere A-B-C-D dell'art. 44.

L'articolo 44, infatti, prevede che i minori possono essere adottati anche quando non ricorrono le condizioni previste nell'art. 7 comma 1 (minori dichiarati in stato di adottabilità).

I casi particolari che danno luogo a tale deroga si verificano quando la disponibilità all'adozione viene presentata da persone unite al minore da un vincolo di parentela fino al sesto grado o da un preesistente rapporto stabile e duraturo, quando il minore sia orfano di padre e di madre, oppure dal coniuge nel caso in cui il minore è figlio anche adottivo dell'altro coniuge. Altre ipotesi di deroga ai requisiti stabiliti dalla legge si hanno quando il minore si trova in condizioni di handicap accertato e quando vi è la constatata impossibilità di affidamento preadottivo. In tutti questi casi, ad eccezione della domanda di adozione presentata dal coniuge nei confronti del figlio anche adottivo dell'altro coniuge, l'adozione è consentita anche a chi non è coniugato.

Comportamenti aggressivi eterodiretti

Ad esempio bullismo o minacce verso bambini o adulti, attacchi fisici verso bambini o adulti, crudeltà verso gli animali, distruzione di oggetti, comportamenti piromanici, atti di vandalismo in genere, tendenza a mentire e a ingannare, comportamenti irritanti e/o "molesti".

Comportamenti aggressivi autodiretti

Ad esempio, nuoce a se stesso deliberatamente (autolesionismo) e /o distrugge le proprie cose, mangia e/o beve cose che non sono cibo, fantasie/tentativi di suicidio, è soggetto a piccoli incidenti che lo danneggiano e/o non è in grado di valutare il pericolo, si isola dagli altri per lunghi periodi.

Comportamenti sessualizzati

Comportamenti sessualizzati esternalizzati con altri bambini o verso adulti (comportamenti seduttivi, giochi sessuali, ecc.), masturbazione compulsiva, relazioni sessuali numerose e frequenti.

Difficoltà cognitive e/o del pensiero

Ad esempio difficoltà di concentrazione e/o “assenze”, difficoltà di apprendimento e/o fallimenti scolastici, problemi o ritardi nel linguaggio, rapida caduta dell’attenzione.

Sintomi psicosomatici

Ad esempio mal di testa ricorrenti, dolori addominali ricorrenti.

Sintomi regressivi

Ad esempio perdita del controllo sfinterico e/o uretrale prima acquisiti, ritorno a modalità relazionali tipiche delle prime fasi dello sviluppo, arretramento nelle autonomie acquisite.

Disturbi del Sé

Ad esempio vergogna e timidezza eccessivi, propensione biasimare se stesso o a colpevolizzarsi, scarsa socievolezza, sfiducia negli adulti.

Disturbi nelle relazioni di attaccamento

Ad esempio ricerca di affetto e di attenzione da parte degli estranei, oppositività e reattività verso gli adulti.

Presa in carico da parte del servizio sociale

La presa in carico coincide con l'apertura della cartella sociale sul minore, alla quale segue la valutazione della condizione e dei bisogni del minore stesso, con conseguente determinazione del progetto educativo. Non si considerano presi in carico ai fini della presente rilevazione: i minori per i quali a seguito della prima segnalazione e del primo contatto il servizio sociale stabilisce di non procedere all'apertura della cartella sociale; i minori per i quali la famiglia riceve contributi economici senza che ciò determini la presa in carico del minore nei termini sopra espressi.

Affidamento al servizio sociale professionale

Ci si riferisce ai decreti di affido del minore al Servizio Sociale che vengono emessi dal Tribunale per i Minorenni in relazione a situazioni di pregiudizio per il minore stesso e, alla luce della L. 54/2006 concernente “Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli” e della legge 10 dicembre 2012, n. 219, recante «Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali», a quelli emessi dal Tribunale Ordinario nei casi di separazione/divorzio di coppia coniugata o no con prole.

Assistenza educativa domiciliare a famiglie con minori

Ci si riferisce a interventi di affiancamento, per alcune ore al giorno, del minore in difficoltà, da parte di un educatore anche al fine di sostenere i genitori nel processo educativo (prevalentemente presso il domicilio del minore e della sua famiglia).

Accoglienze in strutture semiresidenziali

Strutture semiresidenziali e/o centri diurni con sede in Toscana che fanno riferimento all'art. 15 e 16 della Risoluzione del Consiglio regionale del 20 marzo 1990 e all'art. 21, comma 1, lett. i) della LR 41/2005 e del relativo Regolamento di attuazione, 15/R del 2008.

Servizio sociale professionale

Interventi di valutazione, ricerca, counseling, presa in carico e progettazione in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, per la prevenzione, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno, la promozione di nuove risorse sociali e la diffusione di informazioni sui servizi e sui diritti degli utenti.

Fallimento adottivo

Si intende il fallimento definitivo del percorso adottivo con la decadenza della responsabilità genitoriale.

Bibliografia

- Bernacchi, Pregliasco (a cura di) (2008), *Linee guida sui servizi post-adozione*, ChildONEurope, Istituto degli Innocenti, Firenze, p. 54.
- Bertetti (2013), *L'adozione di bambini reduci da esperienze sfavorevoli infantili particolarmente difficili*, in Commissione per le adozioni internazionali, *I percorsi formativi nelle adozioni internazionali*, Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Bianchi, Di Gioia (a cura di) (2016), *Adolescenti e adozione internazionale. Benessere e relazioni familiari e sociali: un'indagine nazionale*, Carocci, Roma.
- Bianchi, Fagnini (2014), *I bambini e le loro relazioni*, in Valerio Belotti (a cura di), *Bambini e bambine temporaneamente fuori dalla famiglia di origine. Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31 dicembre 2010*, Questioni e Documenti 55, Istituto degli innocenti, Firenze.
- Bianchi, Moretti, Ricciotti, Rosnati (a cura di) (2015), *Bambini e adolescenti nell'adozione nazionale: percorsi, tempi ed esiti*, Firenze: Istituto degli innocenti.
- Bianchi, Pregliasco (2013), *“Quando il percorso adottivo entra in crisi... Interventi dei servizi oltre il normale iter del post-adozione e approfondimento su alcuni casi di “fallimento”*, in *Adozioni nazionali e internazionali in Toscana. Protagonisti, tempi, percorsi*, Regione Toscana - Istituto degli Innocenti
- Bimmel, Juffer, Van Uzendoorn, Bajermans-Kraenburg (2003), *Problem behavior of internationally adopted dolescents: a review and meta-analysis*, “Harvard Review of Psychiatry”, 11, pp.64-77.
- Carocci (2013), *Special needs adoption: significato e monitoraggio*, in Commissione per le adozioni internazionali, *I percorsi formativi nelle adozioni internazionali*, Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Toscana (2015), *Dieci anni di adozione in Toscana: analisi e prospettive sul fenomeno adottivo in Toscana, a partire dai dati del Tribunale per i minorenni di Firenze*, Firenze, Regione Toscana.
- Chistolini (2013), *Special needs adoptions: aspetti definatori, caratteristiche generali e qualitative del fenomeno*, in Commissione per le adozioni internazionali, *I percorsi formativi nelle adozioni internazionali*, Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Chistolini, Raymondi (a cura di), *Figli adottivi crescono*, Franco Angeli, Milano.
- Cismai (2011), *Requisiti di qualità per gli interventi a favore di minori adottati*.
- Coakley, Berrik (2008), *Research review: In a rush to permanency: Preventing adoption disruption*, in *Journal of Child and Family Social Work*, 13(1), p. 111-112.
- Commissione per le adozioni Internazionali (2003), *Percorsi problematici dell'adozione internazionale*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Commissione per le adozioni internazionali (2008), *Come cambia l'adozione internazionale in Italia*, Firenze, Istituto degli Innocenti.

- Commissione per le adozioni internazionali (2011), *Dati e prospettive nell'adozione internazionale, Rapporto sui fascicoli dal 1° gennaio al 31 Dicembre 2010*, Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Commissione per le adozioni internazionali (2013), *I percorsi dell'adozione internazionale: il punto di vista delle famiglie. Indagine conoscitiva sulle coppie che hanno adottato nel 2010*, Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Commissione per le adozioni internazionali (2014), *Dati e prospettive nell'adozione internazionale, Rapporto sui fascicoli dal 1° gennaio al 31 Dicembre 2013*, Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Lorenzini, Mancini (2007), *Adozioni internazionali: un nucleo interculturale di affetti, ma non sempre. Storie di adozioni impossibili o fortemente problematiche*, Bologna, Regione Emilia Romagna.
- Mazonis (2010), *Il confronto con la propria storia in adolescenza*, in Chistolini, Raymondi (a cura di), *Figli adottivi crescono*, Franco Angeli, Milano.
- Mazonis, Misciocia (2016), *Il benessere psicologico e il rapporto con le origini*, in Bianchi, Di Gioia (a cura di), *Adolescenti e adozione internazionale. Benessere e relazioni familiari e sociali: un'indagine nazionale*, Carocci, Roma.
- Palacios (2010), *Adozioni che falliscono*, in Vadilonga (a cura di), *Curare l'adozione. Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Palacios, Sánchez-Sandoval, León (2005), *Inter-country adoption disruption in Spain*, in *Adoption Quarterly*, 9, pp. 35, 55.
- Pistacchi, Bianchi (2013), *Quando non si riesce a costruire relazioni. Il problema delle restituzioni*, in *MinoriGiustizia*, n. 2.
- Regione Toscana (2013), *Indicazioni metodologiche per lo studio di coppia finalizzato alla valutazione e all'accompagnamento per l'idoneità nell'ambito del procedimento di adozione nazionale e internazionale*, deliberazione di Giunta regionale n. 702 del 26 agosto 2013.
- Regione Toscana (2014), *Sviluppo del percorso di accoglienza e di inserimento scolastico dedicato ai bambini ed ai ragazzi adottati. Schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana e l'Ufficio scolastico regionale per la Toscana di Firenze*. DGR n. 996 del 10 novembre 2014.
- Regione Toscana (2016), *Indicazioni metodologiche in materia di interventi di sostegno nell'adozione nazionale ed internazionale, per le fasi dell'attesa, dell'affidamento preadottivo e del post-adozione*, Deliberazione di Giunta Regionale n.1369 del 27 dicembre 2016.
- Regione Toscana, Ufficio Scolastico Regionale (2014), *Protocollo d'intesa per lo sviluppo di percorsi di accoglienza e di inserimento scolastico dedicato ai bambini e ai ragazzi adottati*, [DGR n. 996 del 10 novembre 2014](#).

SECONDA PARTE



Ricerca di follow-up sul fenomeno adottivo nella Usl 9 Grosseto

Cristiana Manzi, Catia Burgassi, Mauro Camuffo

Il progetto di ricerca

L'idea nasce dalla percezione degli operatori dell'Asl 9 di Grosseto, di un aumento consistente dei bambini provenienti da famiglie adottive che entravano in contatto con i servizi di Salute Mentale dedicati all'infanzia e all'adolescenza. È emersa subito una difficoltà a quantificare il fenomeno, aspetto che rendeva difficoltosa la pianificazione di eventuali progetti di prevenzione.

Si è così deciso di intraprendere un **follow up del fenomeno adottivo in tutta la provincia**.

Il progetto ha preso avvio nell'Aprile del 2013, con l'attivazione di una borsa di studio specifica.

La prima fase, della durata di circa due mesi, dall'Aprile 2013 alla fine di Maggio, è stata essenzialmente di ricerca bibliografica, rivolta allo studio e alla classificazione delle recenti tendenze della letteratura nel campo dell'adozione, a livello internazionale e nazionale, nonché a una analisi approfondita degli strumenti di analisi maggiormente diffusi, allo scopo di scegliere poi quello più adatto ad analizzare il fenomeno nella provincia di Grosseto, secondo gli obiettivi specifici prescelti, i mezzi a disposizione e le risorse umane utilizzabili.

Attraverso una serie di incontri tra gli operatori dei consultori delle quattro zone della provincia e il responsabile psicologo dell'asl9 si è dettagliato il progetto, giungendo alla definizione degli obiettivi specifici, che sono stati individuati in:

- Necessità di effettuare una ampia ricognizione dello stato del fenomeno adottivo che consideri gli aspetti salienti del fenomeno e restituisca una fotografia accurata dello stato di salute delle famiglie adottive della Usl di Grosseto.
- Un eventuale approfondimento qualitativo attraverso l'utilizzo di strumenti specifici.
- Utilizzo dei dati ottenuti al fine di migliorare la prassi operativa dei servizi per l'adozione.

Per quanto riguarda il campione di studio è stato deciso di coinvolgere tutte le famiglie che negli anni compresi tra il 2005 e il 2013 hanno effettivamente accolto in famiglia un minore. Tale estensione temporale è stata determinata essenzialmente dalla disponibilità dei dati informatizzati, ottenuti attraverso la preziosa collaborazione del Tribunale per i minori di Firenze, che erano presenti a partire per l'appunto dal 2005.

Per quanto riguarda gli strumenti, ci si è orientati, per il raggiungimento dell'obiettivo 1, sul questionario già proposto nella provincia di Ferrara, pubblicato nel volume "Il traguardo dell'adozione e le sue sfide" di Nadia Tarroni, Franco Angeli, 2009, un questionario semistrutturato, costituito da 78 domande suddivise in sette sezioni:

- 1- Caratteristiche del compilatore e della famiglia (18 domande)
- 2- La scelta adottiva e i tempi di attesa (12 domande)
- 3- Incontro e prima fase di vita insieme (8 domande)
- 4- Esperienza scolastica (16 domande)
- 5- Amicizie e tempo libero (3 domande)
- 6- Vita familiare tra presente e futuro (15 domande)
- 7- Il rapporto con le istituzioni (6 domande).

Tale questionario è risultato il più adatto, per le sue caratteristiche di completezza delle informazioni, agilità di somministrazione e di analisi.

A partire dall'ottobre 2013 si è provveduto a inviare una lettera a tutte le famiglie coinvolte, invitandole ad appuntamenti di gruppo. Nella lettera venivano dettagliatamente spiegate le finalità della ricerca, le modalità di compilazione del questionario, le procedure di protezione della privacy, garantita attraverso l'assegnazione di un codice a ogni famiglia e le modalità di analisi dei dati, che sarebbe avvenuta in forma aggregata per provincia e, qualora possibile, per zona Asl.

Gli incontri si sono svolti nelle quattro zone dell'ASL9 a Grosseto (4), Follonica (1), Orbetello (1), Casteldelpiano (per appuntamento con le famiglie). Le differenti modalità sono state utilizzate per l'esistenza di una notevole differenza numerica di soggetti coinvolti nelle varie zone. Questa fase si è conclusa nel dicembre 2013.

Non essendo soddisfatti del numero di famiglie intervistate, si è poi provveduto a contattare telefonicamente tutti coloro che non erano intervenuti, per verificare se fosse stata una indisponibilità momentanea o una scelta di non partecipazione. Le famiglie disponibili, dopo la sollecitazione telefonica alla compilazione del questionario sono state poi intervistate presso l'UFAC di Grosseto, l'Ufsmia di Follonica e l'UFAC di Orbetello, grazie alla collaborazione degli operatori delle varie unità funzionali. Questa fase si è conclusa a fine gennaio 2014. L'analisi dei dati è cominciata nel mese di Febbraio 2014.

Informazioni preliminari sulla popolazione e sul campione

Le famiglie, che nella Provincia di Grosseto, negli anni compresi tra il 2005 e il 2013, hanno effettivamente accolto un minore, sono state 109, per un totale di 134 bambini con una media di 1,22 bambini per coppia. Tale dato risulta prossimo alla media italiana per gli anni 2000/2012, riferita però ai soli minori stranieri, che è di 1,24 bambini per coppia (dati CAI) e leggermente inferiore al dato di fecondità delle coppie italiane che è di 1,44 per donna.

I questionari compilati sono stati 118 riferiti a 50 nuclei familiari e 63 bambini. Ci sono stati sei casi in cui il questionario è stato compilato soltanto dalla madre e non dal padre.

Le percentuali di risposta sono state quindi del 45,87 % se ci riferiamo ai nuclei familiari e del 47% se ci riferiamo ai bambini. La risposta nella quattro zone è stata leggermente diversa e spesso dipendente dall'effettivo numero di soggetti coinvolti.

Percentuale di risposta per zona:

Soggetti intervistati per zona di riferimento	Zona 1 Follonica		Zona 2 Orbetello		Zona3 Amiata		Zona 4 Grosseto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Famiglie	14	46,6	8	47,5	3	100	25	42,3
Bambini	21	51	9	42,8	3	100	30	35

Il risultato ottenuto è da ritenersi soddisfacente se facciamo riferimento ad altre ricerche analoghe.

A Ferrara (N. Tarroni, 2008) le percentuali di risposta erano state del 42, 26 % se riferite ai nuclei familiari e del 40,6 % se riferite ai bambini. La ricerca svolta nel 2008 da P. Colloca su un campione di adolescenti adottati attraverso gli Enti Autorizzati Nova e Cifa si attestava su una percentuale del 26% di risposta. Quella svolta a Roma da G. Pischedda del 2012 (Le adozioni nel tempo, La rivista di servizio sociale) ha avuto una percentuale di risposta del 57%, mentre quella svolta in Veneto (L. Grazian, "Le adozioni nel tempo", 2006, Franco Angeli) nei primi anni 2000 ha avuto una percentuale di adesioni del 74%.

Si è potuto constatare che le modalità di intervista hanno una differente risposta, infatti troviamo l'intervista postale ai minimi e il colloquio su appuntamento con la singola famiglia ai massimi. Nel nostro caso, avendo utilizzate entrambe le modalità, ci attestiamo, come atteso, su valori medi.

Descrizione del campione

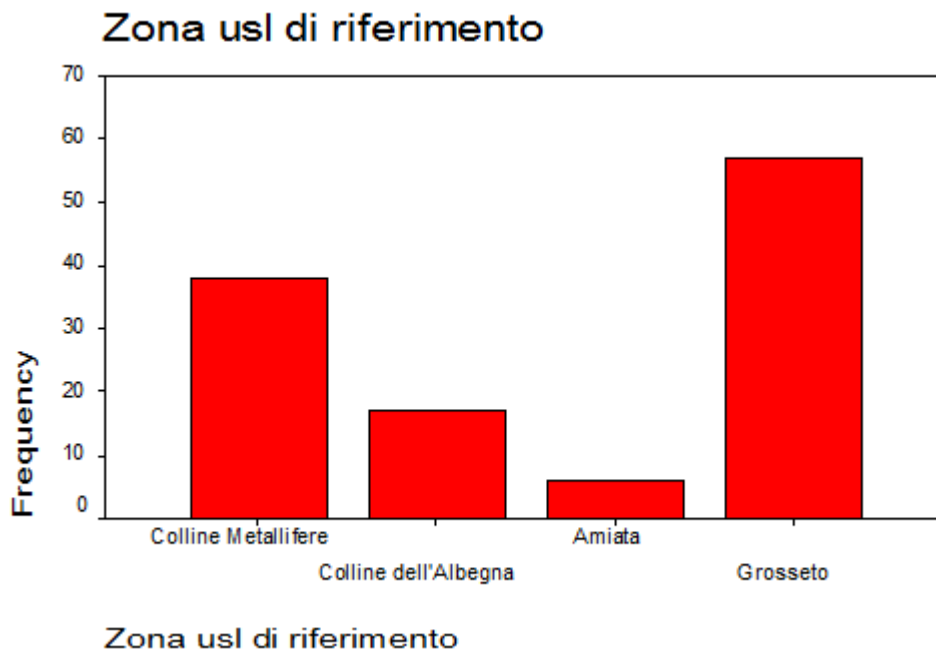
Di seguito verrà descritto il campione oggetto di studio, per quanto riguarda la numerosità e distribuzione degli intervistati per zona di appartenenza e le caratteristiche socio-anagrafiche delle famiglie, dei genitori, dei bambini.

Numerosità e distribuzione

Il campione di riferimento risulta così distribuito per zona di appartenenza:

Zona usl di riferimento (questionari compilati)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Colline Metallifere	38	32,2	32,2	32,2
Colline dell'Albegna	17	14,4	14,4	46,6
Amiata	6	5,1	5,1	51,7
Grosseto	57	48,3	48,3	100,0
Total	118	100,0	100,0	



I genitori

I genitori intervistati sono 94 di cui 44 padri e 50 madri. Ci sono sei casi in cui al questionario ha risposto la sola madre, non si rilevano casi in cui ha risposto solo il padre.

RICERCA DI FOLLOW-UP SUL FENOMENO ADOTTIVO NELLA USL 9 GROSSETO

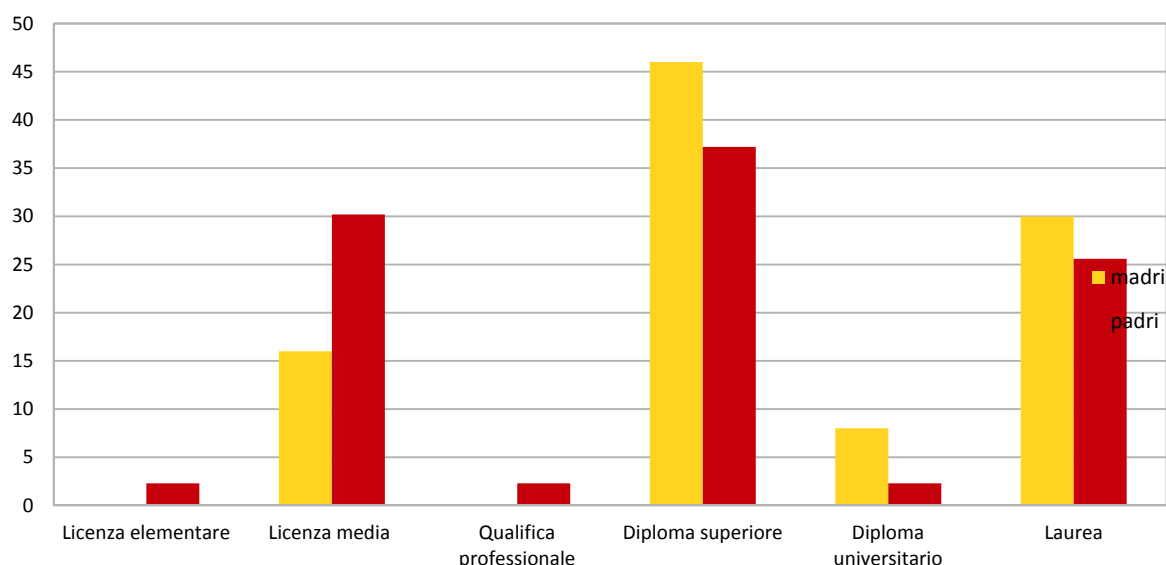
Sesso di chi compila il questionario

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	maschio	44	46,8	46,8	46,8
	femmina	50	53,2	53,2	100,0
Total		94	100,0	100,0	

Per quanto riguarda il titolo di studio abbiamo provveduto a distinguerlo per sesso:

Titolo di studio

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	Licenza elementare	1	2,3	2,3	2,3
		Licenza media o di avviamento professionale	13	29,5	30,2	32,6
		Qualifica professionale	1	2,3	2,3	34,9
		Diploma di scuola media superiore	16	36,4	37,2	72,1
		Diploma universitario	1	2,3	2,3	74,4
		Laurea	11	25,0	25,6	100,0
		Total		43	97,7	100,0
	Missing	System	1	2,3		
	Total		44	100,0		
femmina	Valid	Licenza media o di avviamento professionale	8	16,0	16,0	16,0
		Diploma di scuola media superiore	23	46,0	46,0	62,0
		Diploma universitario	4	8,0	8,0	70,0
		Laurea	15	30,0	30,0	100,0
		Total		50	100,0	100,0



Come si può notare dai grafici le madri possiedono un titolo di studio decisamente superiore a quello dei padri. Queste hanno conseguito per il 16% un titolo di licenza media/avviamento professionale o inferiore contro il 32,5% dei padri; un titolo di studio di scuola media superiore del 46% contro il 36,45 dei padri e un diploma universitario o laurea nel 38% dei casi contro il 27,9 dei padri. Questo dato si dimostra in linea con la ricerca svolta a Ferrara nel 2008 a cura di N Tarroni.

È interessante confrontare questo dato con quello dell'occupazione distinta per sesso:

Occupazione dei genitori:

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	Artigiano/a	3	6,8	6,8	6,8
		Commerciante	3	6,8	6,8	13,6
		Operaia/o	15	34,1	34,1	47,7
		Impiegato/a	8	18,2	18,2	65,9
		Insegnante	1	2,3	2,3	68,2
		Libero professionista	5	11,4	11,4	79,5
		Medico	1	2,3	2,3	81,8
		Infermiere	1	2,3	2,3	84,1
		Pensionato/a	1	2,3	2,3	86,4
		altro specificare	6	13,6	13,6	100,0
				Total	44	100,0
femmina	Valid	Artigiano/a	2	4,0	4,0	4,0
		Commerciante	2	4,0	4,0	8,0

Operaia/o	2	4,0	4,0	12,0
Impiegato/a	8	16,0	16,0	28,0
Insegnante	6	12,0	12,0	40,0
Libero professionista	4	8,0	8,0	48,0
Imprenditore/dirigente	3	6,0	6,0	54,0
Medico	1	2,0	2,0	56,0
Infermiere	2	4,0	4,0	60,0
Casalinga	15	30,0	30,0	90,0
altro specificare	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Come si vede tra i padri è nettamente prevalente l'area operaia, che, sommata a quella artigiano/commerciante, raggiunge il 47,7%. Viene poi quella impiegato /insegnante al 20,5%, quella libero professionale al 11,45%. Per le madri troviamo invece come area prevalente quella di casalinga 30%, seguita dall'area impiegata/insegnante che si attesta al 28%. Questi dati si discostano notevolmente dalla ricerca di Ferrara, dove l'area impiegatizia era preponderante sia per i padri che le madri, in particolare le madri casalinghe si attestavano al 7%. Si discostano anche dai dati sull'occupazione dei genitori adottivi presentati dal Centro regionale di Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza-Istituto degli Innocenti al 31 dicembre 2012, in cui la professione più frequente per gli uomini (29,1%) e per le donne (39,6%) risulta essere quelle di impiegato, seguita per gli uomini dai liberi professionisti (14,9%) e degli operai (14,6%) e per le donne dalle insegnanti/professoressa/ricercatrici (12,15) e dalle libere professioniste (10,5%). La stessa tendenza è stata riscontrata in una ricerca Veneta più datata ("L'adozione in bianco e nero" atti del convegno 1994), e in una elaborata dai servizi sociosanitari Veneti del 2006 ("Le adozioni nel tempo" a cura di L. Grazian, 2006 Franco Angeli).

Per quanto riguarda le altre occupazioni, che complessivamente tra uomini e donne si attestano all'11,7%, ricordiamo un medico in entrambe le categorie e tra i padri due militari, mentre tra le madri due operatrici sociosanitarie (OSS). Se si considera complessivamente l'area medica/ di assistenza alla persona si attesta al 7,4 decisamente inferiore a quella riscontrata nell'analogica ricerca citata.

Seguono alcuni grafici illustrativi:

Grafici illustrativi della differente tipologia dell'occupazione delle madri e dei padri



A questo punto è interessante osservare oltre alla tipologia di occupazione il tempo dedicato all'attività professionale. Notiamo che le madri, molto più dei padri fanno ricorso a riduzioni dei tempi e degli orari di lavoro.

La sua occupazione è a tempo pieno o a tempo ridotto?

Sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	A tempo pieno	40	90,9	95,2	95,2
		A tempo parziale	1	2,3	2,4	97,6
		Stagionale/saltuaria	1	2,3	2,4	100,0
		Total	42	95,5	100,0	
	Missing	System	2	4,5		
Total			44	100,0		
femmina	Valid	A tempo pieno	29	58,0	67,4	67,4
		A tempo parziale	10	20,0	23,3	90,7
		Stagionale/saltuaria	4	8,0	9,3	100,0
		Total	43	86,0	100,0	
	Missing	System	7	14,0		
Total			50	100,0		

Sembrerebbe che le madri si dedichino molto di più, rispetto ai padri alle attività di cura, visto che tale tendenza attraversa tutte le categorie professionali.

Da quanto osservato fino a ora, sembra emergere una specificità della provincia Grossetana, con la presenza massiccia di una tipologia di famiglie molto legate alla tradizionale divisione dei ruoli, in cui i padri lavorano a tempo pieno e le donne si dedicano alla casa alla famiglia. Risulta anche una differenza per tipologia occupazionale in cui la categoria operaio/artigiano negli uomini e casalinga nella donna sostituiscono la netta prevalenza di impiegati rilevata dalle altre ricerche.

Per quanto riguarda l'età attuale dei genitori, si attesta a una media di di 47 anni per gli uomini (min. 36 max 74) e di 46 per le donne (min. 36 max 60), che risulta coincidente con i dati rilevati in altre ricerche.

Per quanto riguarda invece l'età al momento dell'idoneità all'adozione abbiamo per le donne una media di 39,56, con un minimo di 25,70 e un massimo di 58,70 e per gli uomini una media di 40,52 con un minimo di 30,8 e un massimo di 56,50. Se distinguiamo i genitori per tipo di idoneità richiesta, possiamo vedere che coloro che richiedono solo adozione nazionale, hanno l'età media più bassa, coloro che richiedono solo adozione internazionale quella più alta, se non consideriamo la categoria delle adozioni nominative che si riferiscono a pochi casi e di età elevata.

Confrontando tali dati con quelli regionali, pubblicati dal Centro Regionale di Documentazione per l'infanzia e l'adolescenza- Istituto degli Innocenti al 15/01/2014 possiamo notare che l'età media è più bassa in tutte le categorie considerate. A livello Regionale troviamo, infatti, un'età media di 41,9 anni per gli uomini e di 40,3 anni per le donne. Le coppie più giovani sono, a livello regionale, quelle che fanno richiesta sia per

l'adozione internazionale che quella nazionale con 41,5 anni per gli uomini e 40 per le donne, mentre l'età media sale a fino a 44,8 anni per gli uomini e 43 anni per le donne che fanno la sola richiesta di adozione internazionale.

Tali dati possono essere visualizzati nella tabella seguente:

Età media dei genitori all'ottenimento dell'idoneità per tipo di richiesta nel campione

Quale tipo di idoneità all'adozione ha presentato per l'adozione di Suo/a figlio/a?	Sesso di chi compila il questionario	N	Minimum	Maximum	Media
Solo nazionale	maschio	4	36,10	38,20	37,1500
	femmina	4	30,10	38,70	34,6000
Solo internazionale	maschio	6	38,50	45,70	41,7167
	femmina	7	38,40	47,30	42,8571
Nazionale e Internazionale	maschio	27	30,80	47,30	40,1256
	femmina	33	25,70	48,11	38,6139
Nominativa	maschio	3	44,90	57,11	52,8367
	femmina	2	41,90	44,20	43,0500

I bambini

I bambini sono per il 55,6 % di sesso maschile e per il 44,4 % di sesso femminile.

Notiamo una prevalenza maschile, dato in linea sia con la ricerca svolta a Ferrara nel 2008 (maschi 57,3 %/ femmine 42,7%), sia con la ricerca veneta in cui vediamo i maschi al 52% e le femmine al 48% (“Le adozioni nel tempo” a cura di L.Grazian, 2006 Franco Angeli), sia con i dati CAI – Istituto degli innocenti al 2012 riferiti però alle sole adozioni internazionali, in cui la suddivisione per sesso è a favore dei maschi (58,5 %) rispetto alle femmine (41.5%)

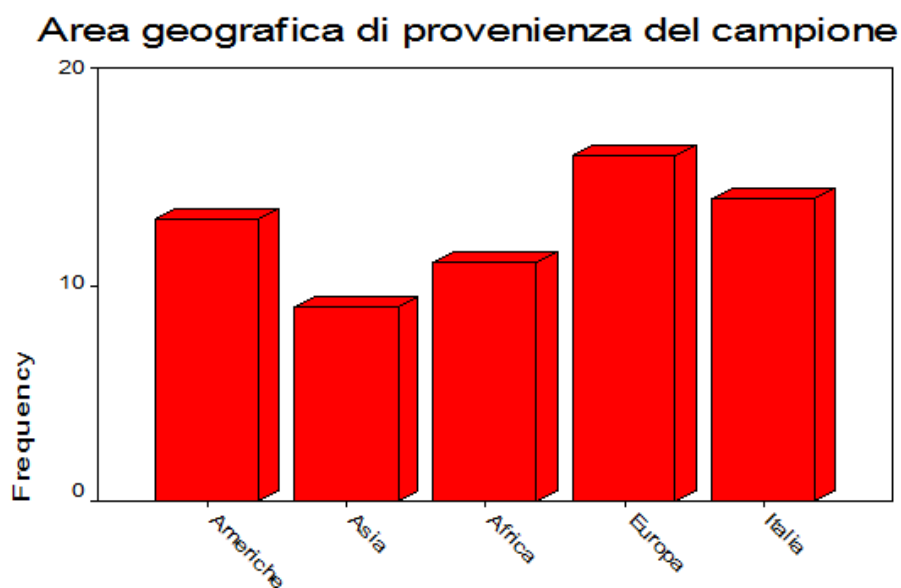
Le aree di provenienza dei bambini del nostro campione sono state suddivise per continente:

Area geografica di provenienza dei bambini del campione (ingressi 2005/2013)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Totali Internazionale e Nazionale
Valid	Americhe	13	20,6	20,6	77,8
	Asia	9	14,3	14,3	
	Africa	11	17,5	17,5	
	Europa (esclusa l'Italia)	16	25,4	25,4	
	Italia (adozione nazionale)	14	22,2	22,2	22,2
	Total	63	100,0	100,0	100

L'area con maggior numero di ingressi risulta quella europea (esclusa l'Italia) con il 25,4 %, seguita dall'Italia (adozione nazionale) 22,2 %, dalle Americhe 20,6 %, dall'Africa 17,5% e dall'Asia 14,3 %.

Dal confronto con altre ricerche, possiamo osservare che il dato di prevalenza della provenienza europea per l'adozione internazionale è confermato, anche se le proporzioni del fenomeno sono decisamente inferiori. A Ferrara i bambini provenienti dal resto dell'Europa erano il 40,0 %, tale dato si avvicina, più del nostro campione, al dato nazionale CAI - Istituto degli innocenti al 2012, che riporta l'adozione proveniente dall'Europa al primo posto per numero di ingressi con una percentuale del 47,7. I dati del Centro Regionale di Documentazione per l'infanzia e l'adolescenza - Istituto degli Innocenti per il 2012 si attestano su valori leggermente inferiori infatti troviamo un numero di ingressi dall'Europa del 37,6 % al 2012. Di seguito troviamo l'Africa al 22,6%, l'America e l'Asia al 19,9 % .

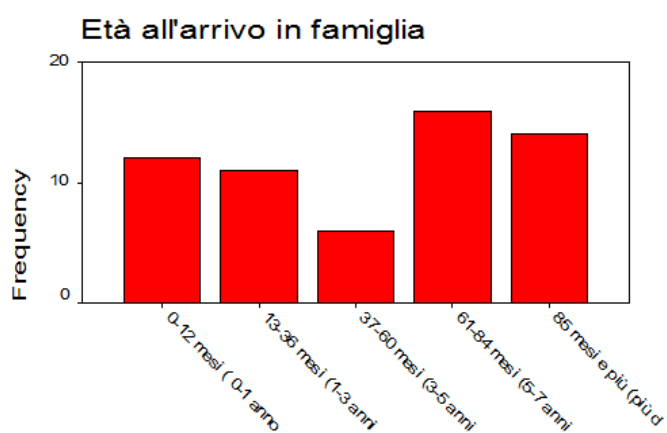


Per completare le informazioni abbiamo chiesto ai genitori se i loro bambini possedano tratti somatici decisamente europei. Questo è vero per il 59%, mentre il 47,6 % ha tratti visibilmente differenti.

All'ingresso in famiglia i bambini erano distribuiti secondo le seguenti classi d'età:

Età all'arrivo in famiglia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-12 mesi (0-1 anno)	12	19,0	20,3	20,3
	13-36 mesi (1-3 anni)	11	17,5	18,6	39,0
	37-60 mesi (3-5 anni)	6	9,5	10,2	49,2
	61-84 mesi (5-7 anni)	16	25,4	27,1	76,3
	85 mesi e più (più di 7)	14	22,2	23,7	100,0
	Total	59	93,7	100,0	
Missing	System	4	6,3		



Età all'arivo in famiglia

Abbiamo poi analizzato l'età d'ingresso per provenienza geografica:

Età di ingresso in famiglia per area geografica di provenienza

%	Età all'arrivo in famiglia				
	0-12 mesi (0-1 anno)	13-36 mesi (1-3 anni)	37-60 mesi (3-5 anni)	61-84 mesi (5-7 anni)	85 mesi e più (più di 7)
Americhe	8,33	18,18	16,66	25	35,71
Asia	16,66	18,18	16,66	6,25	24,24
Africa	0	27,27	33,33	25	0
Europa (esclusa l'Italia)	8,33	36,36	16,66	37,5	28,57
Italia (adozione nazionale)	66,67	0	16,66	6,2	14,28
Tot.	100	100	100	100	100

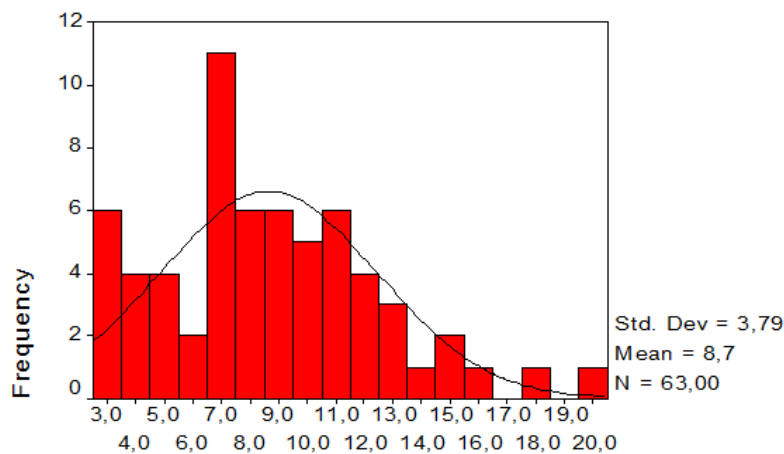
In riga troviamo i paesi d'origine, mentre in colonna troviamo le classi d'età e la distribuzione per paese. In grassetto la percentuale più elevata di arrivo nella singola classe d'età.

Possiamo notare che la i bambini provenienti dall'adozione nazionale sono quelli che arrivano in famiglia a una età inferiore, mentre quelli che arrivano più grandi sono quelli provenienti dal continente americano.

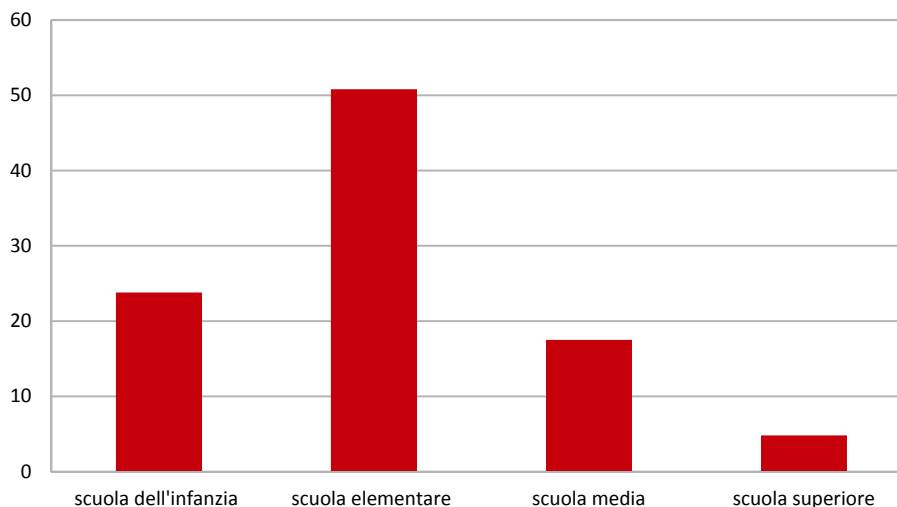
I dati del Centro Regionale di Documentazione per l'infanzia e l'adolescenza - Istituto degli Innocenti per il 2012, rilevano un'età media di ingresso per i bambini dell'adozione internazionale di 6 anni, in incremento sugli anni precedenti.

Per quanto riguarda l'età attuale possiamo dire che si attesta a 8, 6 anni di media con un minimo di 2,7 e un massimo di 19,8.

Distribuzione età bambini del campione

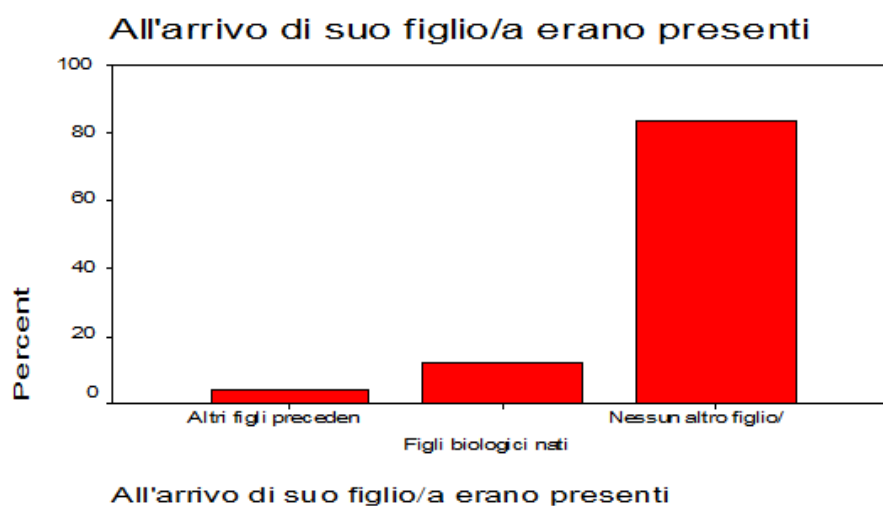


ETÀ FIGLI



Tali classi di età sono state in seguito raggruppate riproponendo la suddivisione dei cicli scolastici e possiamo osservare che il 50,8 % del totale è occupato dai bambini appartenenti per età alle scuole elementari, il 23,8% appartiene alla scuola dell'infanzia, il 17,5 % alle scuole medie e solo il 4,8 % alle scuole superiori. Sicuramente sapere che un numero così elevato di bambini adottati frequenta le scuole elementari, può essere utile nella programmazione di eventuali interventi. Confrontando tali dati con la ricerca di Ferrara notiamo che il numero dei bambini delle scuole elementari è superiore 50,8% rispetto al 35,5% così come risulta leggermente superiore il numero di bambini delle scuole dell'infanzia e leggermente inferiore quello delle scuole medie. È decisamente inferiore quello delle scuole superiori 4,8% contro il 9,1.

Per quanto riguarda la composizione delle famiglie, abbiamo una netta prevalenza di famiglie solamente adottive:



Solo in un caso era già presente un figlio precedentemente adottato, in 6 casi erano già presenti figli biologici, di cui in 4 famiglie ne era già presente 1 e in una 2 e in un'altra 3 figli.

I bambini sono arrivati prevalentemente da soli (70%) e in misura minore (20%) accompagnati da uno o più fratelli biologici (22%). Dato in linea con le rilevazioni CAI per gli anni considerati.



il figlio/a è arrivato

È presente un solo caso in cui ci sono state due adozioni successive di bambini non fratelli.

Per quanto riguarda gli enti autorizzati, come rilevato in altre ricerche, c'è un'estrema dispersione per cui non risulta possibile effettuare alcuna correlazione con altri dati.

Ne riportiamo semplicemente l'elenco:

Ente autorizzato al quale si è rivolto per l'adozione di Suo figlio/a

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nessun Ente*	70	59,3	59,3
Adottare insieme	1	0,8	0,8
AIAU	4	3,4	3,4
AIBI	6	5,1	5,1
ANPAS	1	0,8	0,8
Ass. Chiara	1	0,8	0,8
CIFA	6	5,1	5,1
Ernesto imola	1	0,8	0,8
Famiglia e minori	3	2,5	2,5
Fondazione raphael	1	0,8	0,8
I cinque pani	2	1,7	1,7
International adoption	4	3,4	3,4
Istituto la casa	3	2,5	2,5
L'Airone	3	2,5	2,5
La Primogenita international adoption	5	4,2	4,2
Movimento Shalom	2	1,7	1,7
N.A.A.A.	3	2,5	2,5
Shalom onlus	2	1,7	1,7
Total	118	100,0	100,0

* per procedura di adozione nazionale o nominativa, assenza di risposta

Area 1 “La scelta adottiva e l'area dell'attesa”

Si è esplorata la fase precedente alla richiesta di adozione, chiedendo alle coppie in che modo abbia preso corpo l'idea dell'adozione e come questa decisione sia stata recepita dalla rete delle relazioni.

Alla domanda n. 19 “Chi è stato il primo a pensare all'adozione” le coppie hanno risposto:

Chi è stato il primo a pensare all'adozione?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
Padri	Valid	Io	4	9,1	9,1
		Mia moglie	14	31,8	31,8
		Entrambi, nello stesso momento	26	59,1	59,1
		Total	44	100,0	100,0
Madri	Valid	Io	16	32,0	33,3
		Mio marito	6	12,0	12,5
		Entrambi, nello stesso momento	26	52,0	54,2
		Total	48	96,0	100,0
	Missing	System	2	4,0	
Total			50	100,0	

Da quanto risulta sono le madri a prendere più spesso l'iniziativa (32 % per le donne e 31,8 % per gli uomini), mentre questo avviene raramente per i padri (9,1 % per gli uomini e 12% per le donne), nella maggioranza dei casi però l'idea sembra maturata contemporaneamente all'interno della coppia (59,1 % degli uomini, 52 % nelle donne). Per quanto riguarda la concordanza tra i partner è notevole, i padri che prendono l'iniziativa sono leggermente sovrastimati da parte delle donne. Nella ricerca di riferimento, l'iniziativa invece prevalentemente partiva da un membro della coppia e successivamente condivisa.

Abbiamo di seguito analizzato (domanda 20) se la decisione di adottare un bambino avesse incontrato l'approvazione della rete familiare e amicale della coppia. Ricordiamo l'importanza attribuita in letteratura al sostegno della famiglia d'origine nella costruzione del patto adottivo, definito da Scabini e Cigoli come un incastro unico e irripetibile dei bisogni, delle aspettative e della storia di coloro che entrano a farne parte, i genitori, il bambino, le

famiglie d'origine. Così, gli stessi autori, sottolineano l'importanza dell'**accettazione dell'adozione da parte dei nonni** del bambino, in quanto il loro supporto nel sostenere la scelta dei figli è fondamentale, sia sul piano affettivo che organizzativo e materiale (Scabini e Cigoli, 2000).

La decisione di fare domanda di adozione ha ricevuto l'approvazione dei Suoi genitori?

Sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
padri	Valid	si	39	88,6	97,5
		no	1	2,3	2,5
		Total	40	90,9	100,0
	Missing	System	4	9,1	
Total			44	100,0	
madri	Valid	si	43	86,0	97,7
		no	1	2,0	2,3
		Total	44	88,0	100,0
	Missing	System	6	12,0	
Total			50	100,0	

Tale approvazione sembra essere presente in misura massiccia e in percentuale molto simile tra padri e madri. Abbiamo poi rivolto la stessa domanda riferita all'approvazione percepita da parte dei genitori del coniuge:

La decisione di fare domanda di adozione ha ricevuto l'approvazione dei genitori di Suo/a marito/moglie?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
Padri	Valid	si	43	97,7	100,0
		Missing	System	1	2,3
	Total			44	100,0
Madri	Valid	si	44	88,0	95,7
		no	2	4,0	4,3
		Total	46	92,0	100,0
	Missing	System	4	8,0	
Total			50	100,0	

Gli uomini sembrano sentirsi appoggiati di più dalle famiglie della moglie rispetto a quanto si sentono appoggiate le madri dalle famiglie del coniuge. L'approvazione continua in forme e percentuali ancora più elevate per la rete più allargata costituita da parenti e amici. Per chi volesse approfondire riportiamo i dati nella seguente tabella in cui si riportano le percentuali di approvazione:

Percentuale di approvazione della rete domanda 20:

		Frequency	Percent	Valid percent
Dei propri parenti	padri	43	97,7	100
	madri	47	94	100
Dei parenti del coniuge	padri	43	97,7	100
	madri	45	90	95,7
Dei propri amici	padri	42	95,5	97,7
	madri	47	94	100
Degli amici del coniuge	padri	41	93,2	95,3
	madri	47	94	100

Nella a domanda 21 si è chiesto alla coppia se si fosse sottoposta ad accertamenti sanitari prima dell'adozione. La domanda è volutamente generica e rispettosa della privacy degli intervistati comprendendo nelle risposte sia i normali controlli riguardanti lo stato di salute della coppia svolti in funzione della richiesta di idoneità, sia eventuali indagini riguardanti l'incapacità di procreazione o di tentativi di procreazione medicalmente assistita

Prima di intraprendere il percorso adottivo, si è sottoposta/o ad accertamenti sanitari?

secco di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
maschio	Valid	si	34	77,3	79,1
		no	9	20,5	20,9
		Total	43	97,7	100,0
	Missing	System	1	2,3	
Total			44	100,0	
femmina	Valid	si	42	84,0	87,5
		no	6	12,0	12,5
		Total	48	96,0	100,0
	Missing	System	2	4,0	
Total			50	100,0	

Gli accertamenti sono stati effettuati da una percentuale di madri superiore rispetto a quella dei padri, diversamente dalla ricerca di Ferrara in cui accadeva il contrario. Sarebbe interessante approfondire questa tematica e l'immaginario sottostante alla difficoltà di procreazione, ma ciò non risulta possibile allo stato attuale. Tale studio avrebbe richiesto colloqui individuali non effettuabili nell'ambito di questo progetto di ricerca. L'ipotesi è che in un modello familiare tradizionale, come quello della provincia di Grosseto, in cui spesso le madri si dedicano a tempo pieno alle attività di cura della casa e della famiglia, l'impossibilità di procreare spinga le donne a sottoporsi in misura maggiore ad accertamenti sanitari e se anche questa strada risulta infruttuosa, siano più spesso le prime a pensare all'adozione, come risulta dalla domanda 19.

Nella sezione successiva si è voluto indagare la conoscenza di altre famiglie adottive, sempre in riferimento alle fasi di avvio del percorso. Nella domanda 22 "Prima di fare domanda di adozione, conosceva altre famiglie adottive?" mostra una certa differenza nelle risposte affermative tra gli uomini (77,3%) e le donne (87,5%). Tale differenza è meno decisa alla domanda successiva, la 23, in cui si chiedeva ai genitori di esprimere un'opinione sull'importanza, indipendentemente dal fatto che sia avvenuta o no, di questa conoscenza in funzione del percorso adottivo. Per gli uomini è stata o sarebbe stata un'esperienza per niente utile o poco utile nell'11,4 dei casi e per le donne nel 12,8 % e abbastanza utile o molto utile nell'88,6 % per gli uomini e per le donne nell' 87,3%. Quindi sia i padri che le madri riconoscono l'importanza di tale esperienza, anche se le madri avevano già sperimentato in misura maggiore la conoscenza reale di altre famiglie adottive. Come cambia la situazione dopo l'adozione? Nella domanda 24 si chiesto " Ha conosciuto altre famiglie dopo aver deciso di fare domanda di adozione?" In questo caso la percentuale affermativa sale notevolmente, più per gli uomini (95,5%) che per le donne (93,8%). Nonostante questo, la percezione dell'utilità, per gli uomini, rimane sostanzialmente la stessa, per niente o poco utile 11,4%, mentre per le donne scende al 4,3%. Ritengono molto o abbastanza utile questa conoscenza l'88,6 degli uomini e il 90% delle donne.

La serie di domande successive serve a quantificare i tempi di attesa e a esplorare il vissuto che li accompagna. Nella domanda 26 abbiamo chiesto:

Quanto tempo è trascorso tra l'inizio dell'istruttoria e l'ottenimento del decreto di idoneità all'adozione?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	6-12 mesi	33	75,0	76,7	76,7
		12- 18 mesi	6	13,6	14,0	90,7
		Più di 18 mesi	4	9,1	9,3	100,0
		Total	43	97,7	100,0	
	Missing	System	1	2,3		
	Total		44	100,0		
femmina	Valid	6-12 mesi	35	70,0	72,9	72,9
		12- 18 mesi	7	14,0	14,6	87,5
		Più di 18 mesi	6	12,0	12,5	100,0
		Total	48	96,0	100,0	
	Missing	System	2	4,0		
	Total		50	100,0		

I tempi di attesa dell'idoneità si collocano nella stragrande maggioranza entro i 18 mesi, anche se all'interno di questa macrocategoria il 76,7 % dei padri e il 72,9 % delle madri dichiarano che l'idoneità è arrivata entro i 12 mesi. Questo periodo di tempo è stato vissuto (domanda 27):

Il modo in cui Lei ha vissuto il periodo trascorso tra l'inizio dell'istruttoria e l'ottenimento del decreto di idoneità all'adozione si avvicina di più:

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
maschio	Valid	A una valutazione	15	34,1	34,1
		A un periodo di riflessione	29	65,9	65,9
		Total	44	100,0	100,0
femmina	Valid	A una valutazione	17	34,0	36,2
		A un periodo di riflessione	30	60,0	63,8
		Total	47	94,0	100,0
	Missing	System	3	6,0	
Total		50	100,0		

Le risposte a questa domanda si suddividono in modo sostanzialmente simile con un 34,1 % dei padri e un 36,2 % delle madri che hanno vissuto il tempo necessario a ottenere l'idoneità all'adozione, come una valutazione e un 65,9 % dei padri e un 63,8 delle madri che lo ritengono un'occasione di riflessione sul percorso intrapreso. Questo risultato è diverso da

quello ottenuto a Ferrara in cui le coppie si distribuivano sostanzialmente a metà tra le due modalità, con un leggero sbilanciamento a favore della risposta valutazione per le madri, viceversa per i padri. Nel nostro caso la tendenza per le madri a sentirsi maggiormente valutate è analoga, ma l'entità dello sbilanciamento è notevolmente superiore.

Abbiamo poi chiesto di quantificare il tempo intercorso tra l'ottenimento dell'idoneità e l'abbinamento con il proprio bambino e di seguito sono esposti i risultati ottenuti:

Quanto tempo è trascorso tra l'ottenimento del decreto di idoneità e l'abbinamento con Suo/a figlio/a ?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	1 anno	16	36,4	39,0	39,0
		Tra 1 e 2 anni	9	20,5	22,0	61,0
		Tra 2 e 3 anni	8	18,2	19,5	80,5
		Più di tre anni	8	18,2	19,5	100,0
		Total	41	93,2	100,0	
	Missin g	System	3	6,8		
	Total		44	100,0		
femmina	Valid	1 anno	16	32,0	34,8	34,8
		Tra 1 e 2 anni	15	30,0	32,6	67,4
		Tra 2 e 3 anni	6	12,0	13,0	80,4
		Più di tre anni	9	18,0	19,6	100,0
		Total	46	92,0	100,0	
	Missin g	System	4	8,0		
	Total		50	100,0		

Possiamo notare che il 61,0 % dei padri dichiara che questo sia avvenuto entro 2 anni, mentre tale dato è per le madri del 67,4 %. Ma circa il 20 % dei genitori che aspetta l'abbinamento per oltre tre anni. Ci siamo chiesti che cosa accade nelle famiglie durante questa lunga attesa e abbiamo pertanto chiesto se e presso chi abbiano trovato sostegno. Abbiamo raggruppato le categorie per esigenze di leggibilità dei dati. "In prevalenza no" comprende le due categorie poco, nessun sostegno. Mentre "In prevalenza si" comprende abbastanza, molto sostegno.

Nell'attesa dell'abbinamento ha trovato sostegno da parte di:

		Padri %	Madri%
Propria famiglia d'origine	In prevalenza no	7,9	2,2
	In prevalenza si	92,1	97,8
Famiglia di origine del coniuge	In prevalenza no	2,4	13,9
	In prevalenza si	97,6	86,1
Amici	In prevalenza no	5,2	2,3
	In prevalenza si	94,9	97,8

Nell'attesa dell'abbinamento ha trovato sostegno da parte di:

		Padri %	Madri%
Ass./org. di famiglie adottive	In prevalenza no	31,6	30,9
	In prevalenza si	68,4	69,1
Ente autorizzato	In prevalenza no	47,4	35,7
	In prevalenza si	52,6	64,3

Le coppie si sentono dunque sostenute molto di più dalle proprie reti parentali e amicali, rispetto a organizzazioni di famiglie adottive o enti autorizzati. Questi dati risultano sostanzialmente in linea con i corrispondenti della ricerca di Ferrara. C'è una differenza però per le madri rispetto al sostegno notevolmente inferiore percepito dalla famiglia del coniuge.

L'ultima domanda (30) riguardante l'area dell'attesa è quella sulla percezione di un cambiamento, durante questo periodo, rispetto alla motivazione all'adozione o nelle relazioni con il coniuge e la rete parentale e amicale.

La motivazione all'adozione risulta migliorata per il 53,7 % dei padri e per il 45,5 % delle madri, risulta invariata per il 41,5 % dei padri e il 52,2 % delle madri, mentre risulta peggiorata per il 4,9 % dei padri e 2,3 % delle madri. Questo aspetto segna una differenza con Ferrara in cui in nessun caso c'era stato un peggioramento.

La relazione con il coniuge risulta stabile per il 48,8 % dei padri e il 53,3 % delle madri, mentre migliorata per il 51,2 % dei padri e il 46,7 % delle madri, per nessuno risulta peggiorata.

Per quanto riguarda le relazioni con amici e parenti allargati la situazione non risulta sostanzialmente cambiata.

Area 2 - Incontro e prima fase di vita insieme

In questa fase si è analizzato l'avvio della vita insieme, dal primo incontro alle prime difficoltà e modalità di soluzione. Per prima cosa si è chiesto ai genitori se si ritenessero preparati per il primo incontro con il figlio e se ritenessero che il bambino fosse stato altrettanto preparato a incontrare i nuovi genitori (domande 31-32).

Ritiene di essere stato preparato al primo incontro con suo/a figlio/a?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	si	47	83,9	85,5	85,5
		no	8	14,3	14,5	100,0
		Total	55	98,2	100,0	
	Missing	System	1	1,8		
	Total		56	100,0		
femmina	Valid	si	47	75,8	79,7	79,7
		no	12	19,4	20,3	100,0
		Total	59	95,2	100,0	
	Missing	System	3	4,8		
	Total		62	100,0		

La maggioranza dei genitori si è sentita preparata all'incontro in una percentuale dell' 85,5 % per i padri e del 79,7 % per le madri e i genitori comunque si sono sentiti più preparati di quanto lo fossero i propri figli che, come risulta dalla tabella sottostante, erano pronti all'incontro secondo il 69,8 % dei padri e per 65,5 delle madri.

Ritiene che suo/a figlio/a sia stato preparato al primo incontro con lei e suo/a marito/moglie?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	si	37	66,1	69,8	69,8
		no	16	28,6	30,2	100,0
		Total	53	94,6	100,0	
	Missing	System	3	5,4		
	Total		56	100,0		
femmina	Valid	si	38	61,3	65,5	65,5
		no	20	32,3	34,5	100,0
		Total	58	93,5	100,0	
	Missing	System	4	6,5		
	Total		62	100,0		

Non emergono differenze di rilievo tra le varie aree geografiche di provenienza dei bambini.

Si è chiesto poi ai genitori di esprimere il livello di accordo con la poco probabile affermazione, , “mi sono sentita/o padre o madre di mio figlio sin dal primo incontro con lui/lei”(dom.33.1) e con l'affermazione “Oggi mi sento a tutti gli effetti padre/madre di mio/a figlio.” (dom3.2).

La domanda ha riprodotto un item della scala SPGA (Scala di Percezione della Genitorialità Adottiva) di Bramanti e Rosnati.

Era attesa ovviamente una crescita delle percentuali di abbastanza/molto tra le due domande.

Mi sono sentito/a padre/madre di mio figlio sin dal primo incontro con lui/lei:

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	Poco	3	5,4	5,7	5,7
		Abbastanza	29	51,8	54,7	60,4
		Molto	21	37,5	39,6	100,0
		Total	53	94,6	100,0	
	Missing	System	3	5,4		
	Total		56	100,0		
femmina	Valid	Per niente	1	1,6	1,7	1,7
		Poco	6	9,7	10,0	11,7
		Abbastanza	17	27,4	28,3	40,0
		Molto	36	58,1	60,0	100,0
	Total	60	96,8	100,0		
	Missing	System	2	3,2		
Total		62	100,0			

Come si può notare è completamente assente per i padri la categoria “per niente”, “poco” è al 5,4%, la categoria “abbastanza” è maggioritaria con il 51,8 %. Per le madri la situazione è leggermente diversa , le due categorie “poco” “per niente” raggiungono insieme il 11,7 %, e la maggioranza delle risposte si colloca nella categoria “molto, con il 58,1%.

Oggi mi sento a tutti gli effetti padre/madre di mio figlio/a:

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maschio	Valid	Abbastanza	3	5,4	5,6	5,6
		Molto	51	91,1	94,4	100,0
		Total	54	96,4	100,0	
	Missing	System	2	3,6		
	Total		56	100,0		
femmina	Valid	Abbastanza	2	3,2	3,5	3,5
		Molto	55	88,7	96,5	100,0
		Total	57	91,9	100,0	
	Missing	System	5	8,1		
	Total		62	100,0		

Alla domanda sull'attualità le percentuali della categoria "molto" sono, come atteso, notevolmente aumentate. Da notare un 8% di assenza di risposte per le madri e un 3,5 % dei padri, percentuali decisamente più alte che nella domanda precedente.

Alla successiva domanda, la 34, si è approfondito l'inserimento nel contesto familiare e amicale soprattutto dal punto di vista della tempistica. I risultati sono presentati nella seguente tabella riassuntiva:

Dopo quanto tempo dall'arrivo del bambino in famiglia gli sono stati presentati:

	Madri			Padri		
	Subito	Dopo circa una settimana	Dopo oltre un mese	Subito	Dopo circa una settimana	Dopo oltre un mese
I nonni materni	96,5	1,8	1,8	98,1		1,9
I nonni paterni	83	9,4	7,5	88,5	3,8	7,7
Altri parenti stretti	69	19	12,1	58,2	27,3	14,5
Parenti allargati	26,8	42,9	30,4	36,5	28,8	34,6
Amici	37,9	43,1	19	38,2	43,6	18,2

Si evidenzia il coinvolgimento maggiore e precoce della famiglia di origine della madre, come era già avvenuto per l'appoggio alla scelta adottiva.

Di seguito, nella domanda 35, abbiamo chiesto se durante i primi mesi di convivenza si siano verificate una o più reazioni psico-fisiche alla nuova sistemazione. Si è visto che le reazioni più frequenti sono quelle di tipo espansivo-aggressivo (comprendenti iperattività, bisogno di essere al centro dell'attenzione, opposizione, aggressività) che si manifestano nel

41,1% dei casi, seguite da problemi riguardanti l'alimentazione (20,9%) e il sonno (25,5%). Non si manifesta nessuna reazione nel 33,9% dei casi. Nel confronto con la ricerca di Ferrara quello che emerge è una percentuale superiore di situazioni in cui ci sono reazioni di tipo espansivo-aggressivo, nonché una percentuale di risposte che indicano nessuna reazione fisiologica, decisamente inferiore 33,9%

Nella tabella seguente si riportano i risultati per esteso:

Reazioni psico-fisiche manifestate dai bambini durante i primi mesi di convivenza:

Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
Irregolarità dei ritmi e/o rituali del sonno	24	14,5	21,4
Difficoltà nell'alimentazione	28	16,9	25
Problemi di salute	15	9	13,4
Comportamenti e/o reazioni espansivo-aggressive	46	27,7	41,1
Comportamenti e/o reazioni passivo-remissive	4	2,4	3,6
Altro	11	6,6	9,8
Nessuna	38	22,9	33,9
Total	166	100	148,2

Abbiamo anche effettuato un confronto, tra le risposte date dai padri e quelle date dalle madri. Le differenze emerse sono riportate di seguito:

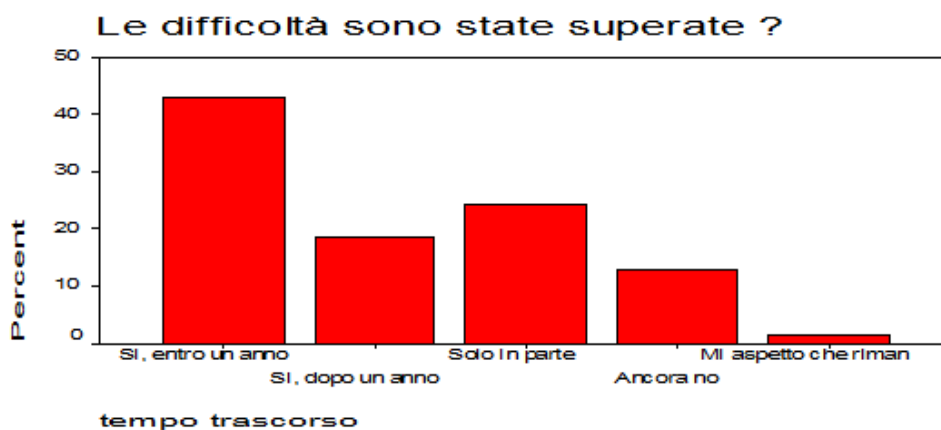
Reazioni psico-fisiche manifestate dai bambini durante i primi mesi di convivenza distinte per sesso:

	Padri	Madri
Irregolarità dei ritmi e/o rituali del sonno	18,9	23,7
Difficoltà nell'alimentazione	26,4	23,7
Problemi di salute	9,4	16,9
Comportamenti e/o reazioni espansivo-aggressive	35,8	45,8
Comportamenti e/o reazioni passivo-remissive	0	6,8
Altro	5,7	13,6
Nessuna	41,5	27,1
Total	137,7	157,6

Emerge generalmente una tendenza da parte dei padri a rilevare meno problematiche, rispetto a quelle denunciate dalle madri. Inoltre una categoria, quella dei comportamenti

e/o reazioni passivo remissive (isolamento, scarsa reattività, iperadattamento) non è stata per nulla segnalata dai padri mentre lo è stata dal 6,8 % delle madri...

Si è chiesto poi, nella domanda 36, se tali difficoltà fossero state superate e con che tempi.

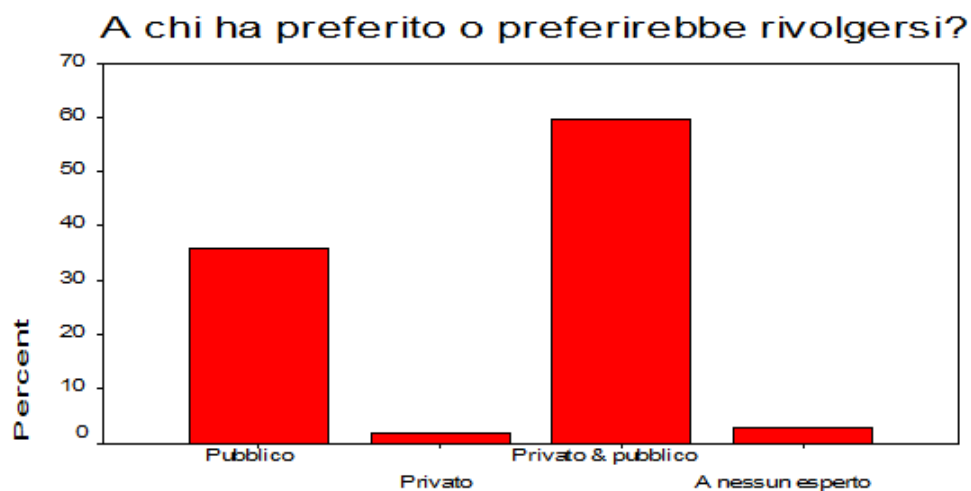


Come si può vedere dal grafico le modalità riportate sono state superate in prevalenza entro un anno dall'arrivo in famiglia, ma permane un 38,6 % di bambini che ancora non le hanno superate, lo hanno fatto solo in parte o che i genitori si aspettano che rimangano.

Per affrontare queste difficoltà i genitori si sono rivolti prevalentemente al pediatra e in misura minore allo psicologo o al neuropsichiatra infantile. E gli esperti in questione sono stati scelti prevalentemente "sia in ambito pubblico che privato" 59,4%, segue il solo ambito pubblico al 35,8% e il privato si ferma all'1,9%. Rimane un 2,8% che dichiara di non essersi rivolto a nessun esperto.

Figure professionali coinvolte:

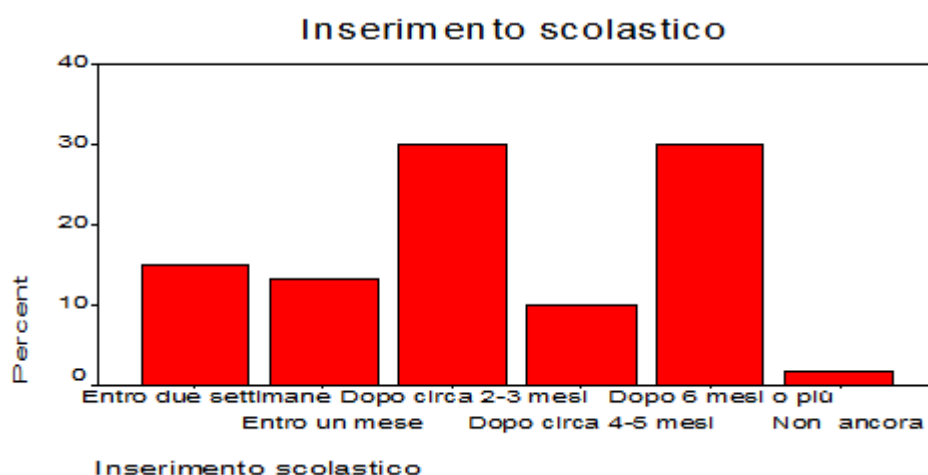
	Numero	% of responses	% of cases
Pediatra	36	36,4	56,3
Psicologo	24	24,2	37,5
Neuropsichiatra infantile	20	20,2	31,3
Ass. Sociale	8	8,1	12,5
Altro	11	11,1	17,2
Totale	99	100	154,7



La tendenza a rivolgersi prevalentemente in ambito pubblico è confermata nella ricerca di Ferrara, dove però troviamo un maggior numero di genitori che fanno ricorso al privato e che dichiarano di non essersi rivolti a nessun esperto.

Area 3 -L'esperienza scolastica

In quest'area verrà analizzato l'inserimento scolastico dei bambini adottati. Questa è un'area particolarmente rilevante per la vita dei minori e delle loro famiglie e per questo vi sono state dedicate sedici domande. Inoltre, la letteratura specializzata ci indica che è anche una delle aree più critiche considerando anche che il 60,7% dei bambini arriva in famiglia senza aver mai frequentato un'istituzione scolastica (domanda 39). Di seguito potete vedere nel grafico della domanda 40, la distribuzione dei tempi di ingresso a scuola:



Abbiamo successivamente analizzato i tempi di inserimento a scuola distinti per età di arrivo in famiglia.

Quando ha inserito Suo/a figlio/a per la prima volta in un istituto scolastico (nido, materna, scuola)? * Età all'arrivo in famiglia - Crosstabulation

%		Età all'arrivo in famiglia					Totale
		0-12 mesi (0-1 anno)	13-36 mesi (1-3 anni)	37-60 mesi (3-5 anni)	61-84 mesi (5-7 anni)	>85 mesi (più di 7)	
Tempi primo inserimento	Nelle due settimane successive al suo arrivo		27,27	16,6	12,5	14,28	14,03
	Entro un mese dal suo arrivo				18,75	35,71	14,03
	Dopo circa 2-3 mesi dal suo arrivo	10	27,27	33,3	43,75	35,71	31,57
	Dopo circa 4-5 mesi dal suo arrivo			16,66	18,75	7,14	8,7
	Dopo 6 mesi o più dal suo arrivo	80	45,45	33,3	6,25	7,14	29,72
	Non è ancora stato inserito a scuola	10					1,75
	Total		100	100	100	100	100

Come possiamo notare il 28,6 % dei bambini è stato inserito nelle istituzioni scolastiche entro il primo mese dall'arrivo, cumulando la percentuale delle prime due categorie. Dato simile a quello della ricerca di Ferrara.

Stupisce l'alta percentuale (27,7) dei bambini di età compresa tra 1 e 3 anni che vengono inseriti nella scuola dell'infanzia entro le prime due settimane dall'arrivo e il generale veloce inserimento.

La metà dei bambini provenienti dall'Europa (esclusa l'Italia) e dall'Asia vanno a scuola entro un mese dall'arrivo, così come avviene per un terzo quelli provenienti dalle Americhe. Questo è un dato rilevato spesso in letteratura. Jolanda Galli, già nel 2004 lo registrava come evento abbastanza diffuso e Chistolini nel 2006, nel suo volume "L'inserimento del bambino adottato a scuola" avvertiva dei pericoli che questo può comportare, pericoli che anche la Gallo ricordava: dalla mancata percezione di un adeguato senso di autostima, alla

impossibilità di una integrazione culturale progressiva e graduale, alla costruzione di un senso di appartenenza con la famiglia prima di affrontare il primo vero incontro con la società in cui si trovano a vivere. Chistolini nello stesso volume raccomanda, al contrario, un inserimento graduale, dopo un “cospicuo periodo di permanenza nella famiglia adottiva e di adattamento ai tempi e ai ritmi che caratterizzano la nuova vita...”, “soprattutto è auspicabile che l'inserimento avvenga quando il minore è sufficientemente padrone della lingua italiana, evitando di penalizzare così la sua esperienza scolastica”

Per quanto riguarda le modalità, l'inserimento (domande 41-42) è avvenuto per il 66,1 % nella classe corrispondente all'età anagrafica del bambino e l'82,9 % dei genitori la ritiene adeguata alle sue esigenze. Nella analoga ricerca Ferrarese entrambe le percentuali erano più alte, con il 73,8% di bambini inseriti nella classe anagrafica e il 92,6% dei genitori soddisfatti dalla scelta.

Come risulta dal grafico, nella domanda 43 abbiamo chiesto ai genitori se avessero informato gli istituti scolastici della realtà di bambini adottati dei loro figli. Questo è avvenuto nel 93,8% dei casi prima o all'inizio della frequentazione scolastica, nello 0,9 in seguito a particolari esigenze emerse e in un 5,4 % questa informazione non è stata data. Questa ultima categoria non è presente nella ricerca di Ferrara. È interessante vedere come cambiano queste percentuali nei successivi cicli scolastici:



Si vede aumentare il numero di coloro che scelgono di non dare questa informazione e di coloro che lo fanno solo in seguito a esigenze dettate dal comportamento/rendimento del bambino o in seguito a particolari tematiche affrontate in classe. Questa tendenza viene confermata anche nella nostra ricerca di riferimento. I motivi che spingevano i genitori a dare questa informazione sono riassunti nella tabella seguente relativa alla domanda 45:

Quale è stato il motivo principale che l'ha spinto dare questa informazione a scuola?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	La preoccupazione per l'apprendimento della lingua italiana	6	5,1	6,1
	La volontà di sensibilizzare gli insegnanti e di avviare una collaborazione	44	37,3	44,4
	La preoccupazione per l'inserimento in classe	3	2,5	3,0
	Perché mi è sembrato giusto dare questa informazione	35	29,7	35,4
	Altro	11	9,3	11,1
	Total	99	83,9	100,0
Missing	System	19	16,1	
Total		118	100,0	

Gli altri motivi adottati sono:

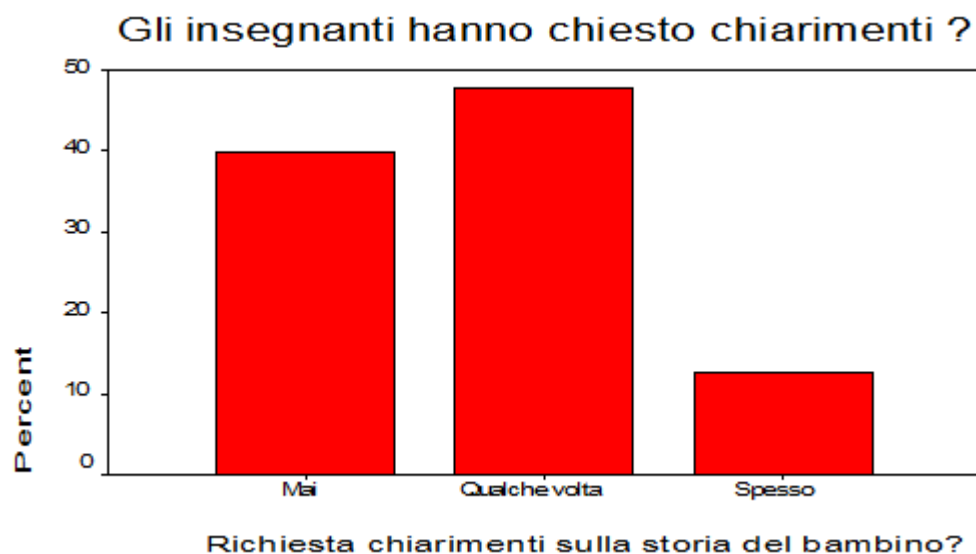
Specificare il motivo che l'ha spinto a dare questa informazione:

bambino già conosciuto dagli insegnanti

conoscenza delle insegnanti

mio figlio è di origine africana ed è evidente che sia stato adottato perché noi siamo bianchi

Gli insegnanti, a seguito di questa comunicazione hanno chiesto ulteriori informazioni alla famiglia nel 39,8% mai, qualche volta nel 47,6 %, spesso nel 12,6 % come risulta dal grafico seguente della domanda 46:



L'interessamento percepito dai familiari sulla storia dei loro figli risulta inferiore a quello percepito dalle famiglie di Ferrara dove la risposta qualche volta aveva il 59,3%, con una tendenza dei padri a percepirlo maggiore, riscontrabile anche nel nostro campione.

Nella domanda 47, si esplora l'opinione dei genitori su alcune caratteristiche degli insegnanti in relazione alla realtà di bambino adottato dei loro figli, di seguito i risultati:

Rispetto alla condizione di bambino adottato, gli insegnanti si sono mostrati:

% Risposte affermative	Madri	Padri
Sensibili	79,5	78,4
Disponibili	90,9	86,5
Incuriositi	40,9	35,1
Comprensivi	79,5	75,7
Indifferenti	6,8	10,8
Accoglienti	90,9	83,8
Competenti	56,8	54,1

Quello che possiamo notare è che le caratteristiche maggiormente sottolineate dai genitori sono quelle di disponibilità, accoglienza, comprensione sensibilità, che raggiungono, rispetto alla competenza, percentuali decisamente più elevate. Questo dato, anche se con percentuali minori, trova conferma anche nella ricerca di Ferrara in cui il 40% dei bambini ha incontrato nel suo cammino, insegnanti sostanzialmente aperti e disponibili ma poco competenti in maniera specifica di adozione, soprattutto quella internazionale. Questo dato è confermato anche in letteratura (Il bambino a scuola: realtà, rappresentazioni, prospettive a cura di Dell'Antonio, Istituto degli Innocenti-CAI, 2004) in cui si rilevava, da parte dei

genitori, preoccupazione per la non adeguata conoscenza degli insegnanti del fenomeno adottivo (anche per la scarsa cultura delle differenze etniche), tra l'altro ammessa dalla metà dagli stessi insegnanti nella ricerca citata.

Continuando con la domanda successiva, la 48, registriamo che la maggior parte dei genitori, e cioè il 75,5% dei padri e il 67,3% delle madri affermano che per i figli non è stato difficile abituarsi alla scuola inizialmente. Abbiamo poi chiesto, quali fossero state allora le principali fatiche che i bambini hanno dovuto affrontare nel loro percorso scolastico.

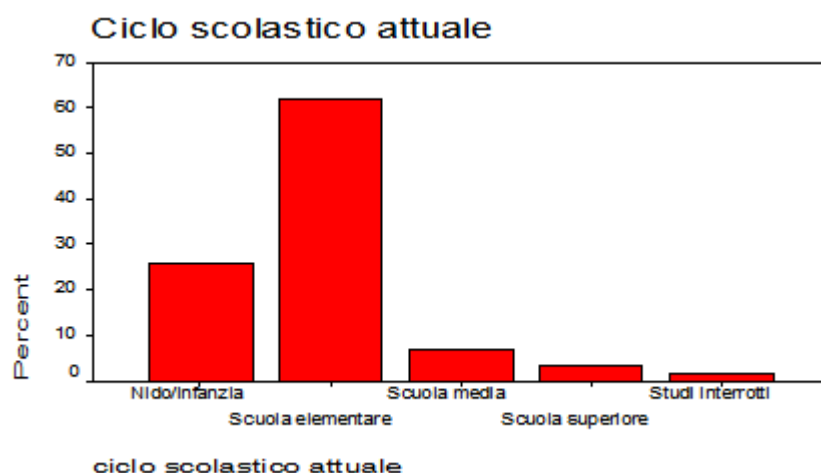
% risposte affermative		Madri	Padri	Campione totale
Apprendimento della lingua	della	40,4	43,2	41,7
Confronto con caratterizzazioni diverse	con etniche	21,3	10,8	16,7
Rapporto con gli altri bambini	con gli altri	34	32,4	33,3
Rapporto con gli insegnanti		23,4	13,5	19
Distacco dai genitori		36,2	45,9	40,5
Altro		4,3	2,7	3,6

I risultati sono sostanzialmente in linea con quelli della ricerca ferrarese. Possiamo notare come la fatica più importante sia quella dell'apprendimento della lingua, seguita dal distacco dei genitori e il rapporto con gli altri bambini. La provenienza geografica e l'età dei bambini sicuramente ha un'influenza su questi risultati. Infatti i bambini provenienti dall'adozione nazionale incontrano maggiori difficoltà nel distacco dai genitori, 66,7 %, anche perché mediamente sono arrivati in famiglia da piccolissimi.

I bambini provenienti dall'adozione internazionale hanno difficoltà diverse. L'apprendimento della lingua è più difficoltoso per Asiatici (71,4%) e Africani (50%). Il confronto con usi e costumi diversi è più problematico per Africani (50%) e Asiatici (50%). Il rapporto con altri bambini è più difficile per Asiatici (57%) ed Est europei (45,5%).

Nel complesso, per il 59,6% per il dei padri e il 44,4% delle madri i bambini non hanno incontrato difficoltà in nessun ciclo scolastico (domanda 50), comunque quello in cui si sono presentate più criticità è quello delle elementari come affermano 28,8% dei padri e il 35,2% delle madri. Segue la scuola dell'infanzia con il 5,8% dei padri e il 13% delle madri e le scuole medie con 5,8% dei padri e il 7,4% delle madri.

Attualmente la maggioranza dei bambini frequenta la scuola elementare per il 59,35 (domanda51):



e lo fa volentieri (domanda 52) per il 94,6% dei padri e il 93,55 delle madri. Il rendimento (domanda 53) è sufficiente o buono per il 96% dei bambini secondo i padri e per il 94,7 % delle madri e i padri ne sono soddisfatti (domanda 54) per il 92,5 % e le madri per il 91,4%.

Area 4- Vita familiare fra passato presente e futuro

In questa area sono state affrontate alcune tematiche relative alla vita familiare che riguardano l'attualità, la vita del bambino precedentemente all'adozione e la sua narrazione condivisa all'interno della famiglia.

I genitori affermano di conoscere gli amici dei propri figli (domanda 55) nel 94,7% dei casi e affermano di esserne soddisfatti (domanda 56) nel 97,3%.

Svolgono con loro le seguenti attività (domanda 57):

Con che frequenza svolge le seguenti attività con i suoi figli?

%	Quasi mai	Qualche volta	Spesso
Guardare la televisione	4,4	60,5	35,1
Giocare	1,7	32,2	66,1
Fare sport	26,6	44	29,4
Parlare dei suoi amici	3,6	25,9	70,5
Parlare della scuola	3,6	15,3	81,1
Aiutarli nei compiti	20,2	30,3	49,5

Il 62,5% dei genitori afferma di non aver dovuto informare i propri figli della loro realtà di bambini adottati in quanto lo sapevano già (domanda 58). Il 18,8% lo ha fatto dopo pochi mesi dall'arrivo, l'11,6% dopo un anno o più e il 7,1 % afferma di non averlo ancora fatto. In realtà coloro che non hanno informato i propri figli sull'adozione appartengono a quattro

famiglie. In due casi i genitori hanno fornito affermazioni discordanti. In tutti i casi i bambini sono stati adottati prima dei tre anni. I dati ora presentati risultano in accordo con la ricerca svolta a Ferrara. Quando i bambini non erano stati informati (domanda 59) i genitori lo hanno fatto nel 27,2 % dei casi insieme, mentre nell'11, 1 % uno dei due ha preso l'iniziativa. Ricordiamo l'importanza di un dialogo aperto “per un buon adattamento degli adottati, perché non solo incide sul loro funzionamento, ma anche sui sentimenti di vicinanza con i genitori adottivi e sul grado di soddisfazione sull'adozione, anche in età adulta (Brodzinsky, 2004).

Nelle domande successive, 59, 60, e 61 si è cercato di capire meglio come viene affrontato il tema della vita precedente all'adozione tra informazione e capacità di dialogo. Il 73,3% dei genitori è a conoscenza della collocazione precedente di suo figlio, il 22,2 la conosce solo in parte, solo il 4,4% non la conosce.

Nella tabella seguente, relativa alla domanda 61, sono illustrati i luoghi dove i bambini hanno vissuto:

**Luoghi in cui i bambini hanno vissuto prima dell'adozione:
(% di risposte positive dei genitori)**

	%	Mesi di permanenza		
		min. / max	media	
Nella propria famiglia di origine	39,5	12	66	37,88
In un istituto	70,9	4	132	35
In una comunità familiare	7	4	120	57,33
In una famiglia affidataria	15,1	3	48	22,43
In un'altra famiglia adottiva	2,3	2	2	2
In un altro luogo	10,5	1	6	2,33

*Le risposte “in un altro luogo” spesso fanno riferimento ai reparti di neonatologia

I bambini del nostro campione hanno quindi vissuto prevalentemente in un istituto, anche per periodi molto lunghi come risulta anche nel campione di Ferrara. Nel nostro campione appare minore, da un punto di vista temporale la permanenza nella famiglia d'origine e maggiore quella in istituto. C'è un bambino che proviene da un probabile fallimento adottivo.

Purtroppo la letteratura ci mette in guardia dal sottovalutare le problematiche dei bambini provenienti da esperienze di istituzionalizzazione. Rutter, in “Lavorare con l'adozione, di Brodzinsky e Palacios, 2011, ci fa una panoramica: Adhd, disturbi dell'attaccamento, problemi cognitivi da danno biologico o di “programmazione experience-expectant”, ma anche problemi di condotta ed emotivi a insorgenza tardiva. Lo stesso Rutter però ci ricorda che c'è una enorme diversità nelle reazioni alle esperienze negative precoci e

che c'è una sostanziale resilienza e ripristino delle normali funzioni anche se gli effetti negativi possono durare per lungo tempo.

Nella domanda 62 si sono approfondite alcune tematiche relative al passato esplorando l'accordo o il disaccordo dei genitori con alcune affermazioni relative a tematiche "sensibili".

Prevalenza di accordo con le seguenti affermazioni:

	Madri		Padri	
	% D'accordo	% disaccordo	In % D'accordo	% disaccordo
1. Trovo giusto stimolare mio figlio al ricordo del suo passato	84,1	15,9	82,9	17,1
2. Trovo giusto aiutare mio figlio a mantenere la sua lingua d'origine	79,5	20,5	84,6	15,4
3. Mi sento ancora turbato quando penso all'uomo/donna da cui mio figlio è nato	6,8	93,2	9,8	90,2
4. Non tollero assolutamente l'idea che un giorno mio figlio voglia tornare a vivere nel suo paese d'origine	9,1	90,9	12,2	87,8
5. Mi sento a mio agio quando parlo con mio/a figlio/a della situazione di figlio adottivo	95,6	4,4	92,7	7,3
6. Mio figlio e io riusciamo a parlare con tranquillità della sua storia.	95,5	4,5	94,9	5,1

Il ricordo e la valorizzazione del passato è considerato importante dalla maggioranza dei genitori così come avviene nella tendenza maggioritaria della letteratura. Non manca una parte di genitori che invece non lo ritiene opportuno, in accordo con alcuni ricercatori (Spano e Fava Viziello, 2004) che invitano alla cautela per evitare che il ritorno al passato sia un percorso eccessivamente tormentoso e doloroso per i bambini. Brodzinsky consiglia agli operatori dei servizi sociosanitari di sondare la capacità degli aspiranti genitori a relazionarsi con il passato dei loro bambini, anche in rispetto al modo in cui presentano al proprio figlio la famiglia d'origine e le circostanze in cui è stato abbandonato. Una famiglia che esprime con troppa facilità giudizi negativi sul passato del figlio o fatica a relazionarsi con questo, non sarà in grado di "aiutare i figli ad avere un atteggiamento positivo nei confronti delle proprie origini, questi giovani avranno probabilmente più problemi di autostima e di identità." (Brodzinsky e Pinderhughes, 2002).

Nella domanda numero 63 sono state sottoposte altre affermazioni, riguardanti però l'attualità dell'adozione:

Prevalenza di accordo con le seguenti affermazioni:

	Madri		Padri	
	% d'accordo	%in disaccordo	% d'accordo	%in disaccordo
1.Mio/a marito/moglie parla con nostro/a figlio/a della sua storia	95,7	4,3	95,3	4,7
2. A volte mi viene da pensare che se potessi tornare indietro non gli/le rivelerei la sua condizione di figlio adottato.	0	100	5	95
3.I miei parenti non considerano mio/a figlio/a parte della famiglia	6,3	93,8	11,6	88,4
4, Mi sento a mio agio quando presento mio/a figlio/a adottato/a	97,9	2,1	97,7	2,3
4.Sono preoccupato/a che qualcuno possa ferire mio/a figlio per il fatto che è stato/a adottato/a.	60,4	39,6	58,1	41,9

Nell'attualità sembra quindi che in famiglia ci sia un buon dialogo. Le madri sottolineano l'importanza di poter condividere con i propri figli la realtà dell'adozione con un 100% di accordo, anche se un 5% dei padri non lo è. Una piccola percentuale di famiglie allargate non considerano il bambino come membro della famiglia, così come una piccola percentuale di genitori non si sentano a proprio agio nel presentare il loro figlio adottato. Molti genitori invece risultano preoccupati che i propri figli possano essere feriti da qualcuno per la loro condizione. Tali risultati confermano quanto emerso a Ferrara. Abbiamo poi fatto confrontare i genitori con le aspettative sulle difficoltà che avrebbero incontrato nel percorso dell'adozione (domande 65 ,66):

Dopo l'arrivo di mio figlio/a, le complessità incontrate sono state, rispetto a quello che immaginavo:

sesso di chi compila il questionario		Frequency	Percent	Valid Percent
Maschio Padri	Valid	Confermate	17	38,6
		Superiori	5	11,4
		Inferiori	22	50,0
		Total	44	100,0
Femmina Madri	Valid	Confermate	15	30,0
		Superiori	13	26,0
		Inferiori	19	38,0
		Total	47	94,0
	Missing	System	3	6,0
	Total		50	100,0

Per la metà dei padri le complessità incontrate sono state inferiori alle loro aspettative. Tale dato risulta nettamente più basso per le madri che si fermano al 38%. Anzi le madri dichiarano in percentuale molto maggiore che invece le complessità incontrate sono state superiori. Risultano confermate per il 38,6% dei padri e il 30% delle madri. Ci sono comunque un 26% delle madri e un 11,4 % dei padri che hanno trovato difficoltà superiori alle aspettative. Anche se i dati nel complesso confermano quanto rilevato a Ferrara, i padri sembrano avere avuto esperienze più positive di quello che si aspettavano, sia nei confronti delle loro mogli che dei padri ferraresi.

Si è confrontata poi l'esperienza reale (domanda 66) con la preparazione ricevuta dai servizi, dall'ente autorizzato e dal confronto con altre famiglie adottive. I risultati sono presentati nella tabella seguente:

Le complessità incontrate dopo l'arrivo del figlio sono state:

%	Madri			Padri		
	Superiori	Confermate	Inferiori	Superiori	Confermate	Inferiori
Rispetto a quanto ero stato preparato dai servizi	6,5	47,8	45,7	11,6	51,2	37,2
Rispetto a quanto ero stato preparato dall'ente autorizzato	9,5	54,8	35,7	10,5	60,5	28,9
Rispetto a quello cui ero stato preparato da altre famiglie adottive	6,5	60,9	32,6	9,8	56,1	34,1

I risultati non si discostano moltissimo da quelli ferraresi, possiamo notare che per le madri il lavoro svolto, confrontandosi con servizi, enti e altre famiglie adottive ha avuto una funzione decisamente utile, nel diminuire la percentuale di casi in cui le difficoltà sono state superiori a quanto immaginato, lo stesso non può dirsi per i padri, in cui, difficoltà superiori alle aspettative permangono più o meno simili dopo il confronto con i servizi, l'ente autorizzato, le altre famiglie adottive. Bisognerebbe approfondire se l'immaginario dei padri non fosse più realistico fin dall'inizio rispetto a quello delle madri. Il confronto con le altre famiglie sembra essere quello più efficace, soprattutto per le madri. I percorsi dei servizi sembrano tendere a preparare i genitori a situazioni più difficili di quelle che poi si presentano in realtà.

RICERCA DI FOLLOW-UP SUL FENOMENO ADOTTIVO NELLA USL 9 GROSSETO

Nella domanda 67, si è cercato di capire come i genitori vivono il passato del loro bambino e quanto si sia stabilito un reale senso di affiliazione e di appartenenza del bambino alla famiglia.

Livello di accordo dei genitori con le seguenti affermazioni:

%	Madri				Padri			
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Quando non tollero alcuni comportamenti di mio figlio, mi trovo a pensare che in qualche modo siano collegati al fatto che è stato adottato		22,4	22,4	55,1	2,4	4,8	21,4	71,4
Mio figlio è proprio come me l'immaginavo	51	30,6	14,3	4,1	60,5	23,3	16,3	
Penso spesso che mio figlio rappresenti il futuro della mia famiglia	75,5	18,4	4,1	2	79,1	18,6		2,3
La nostra famiglia mi piace	89,8	10,2			95,5	4,5		

%	Madri				Padri			
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
A volte desidererei un figlio diverso	2	2	2	93,9			2,3	97,7
Mio/a figlio/a assomiglia a me sotto certi aspetti	41,7	39,6	16,7	2,1	44,2	34,9	18,6	2,3
Sono soddisfatto del rapporto che ho con mio figlio	75,5	22,4	2		81,8	15,9	2,3	
Quando non tollero alcuni comportamenti di mio figlio mi trovo a pensare che in qualche modo possano derivare dai suoi genitori biologici		8,2	20,4	71,4		7,1	16,7	76,2

I dati non si discostano molto da quelli rilevati a Ferrara, troviamo tuttavia alcune differenze. Le madri della provincia di Grosseto attribuiscono, in misura maggiore, rispetto ai

padri di entrambi i campioni, alcuni comportamenti dei loro figli al fatto di essere stati adottati. In generale nella provincia di Grosseto il figlio reale sembra somigliare un po' di più a quello immaginato e si riconduce un po' meno il comportamento del bambino ai genitori biologici. Nella provincia di Grosseto sono molti meno i genitori che desidererebbero avere un figlio diverso, anche se nell'altro campione la somiglianza tra genitori e figli sembra essere leggermente superiore. I genitori del grossetano sembrano essere più soddisfatti del rapporto con i propri figli e, in conclusione, la famiglia che si sono costruiti piace, in entrambi i campioni, di più ai padri che alle madri.

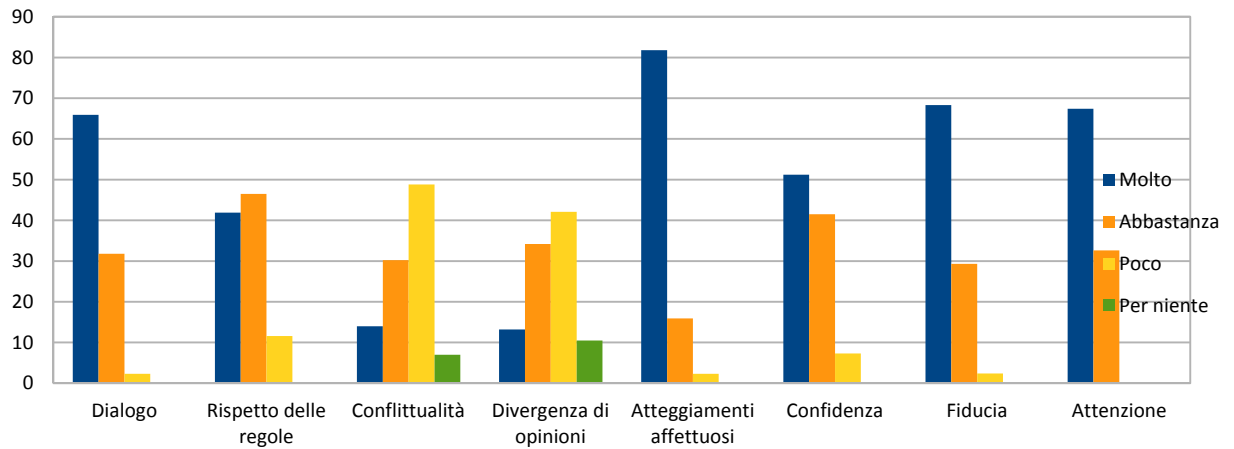
Nella domanda 68 si sono sondati alcuni aspetti che riguardano l'attualità del rapporto genitori/figli

Quanto i seguenti aspetti caratterizzano il rapporto che ha con suo figlio:

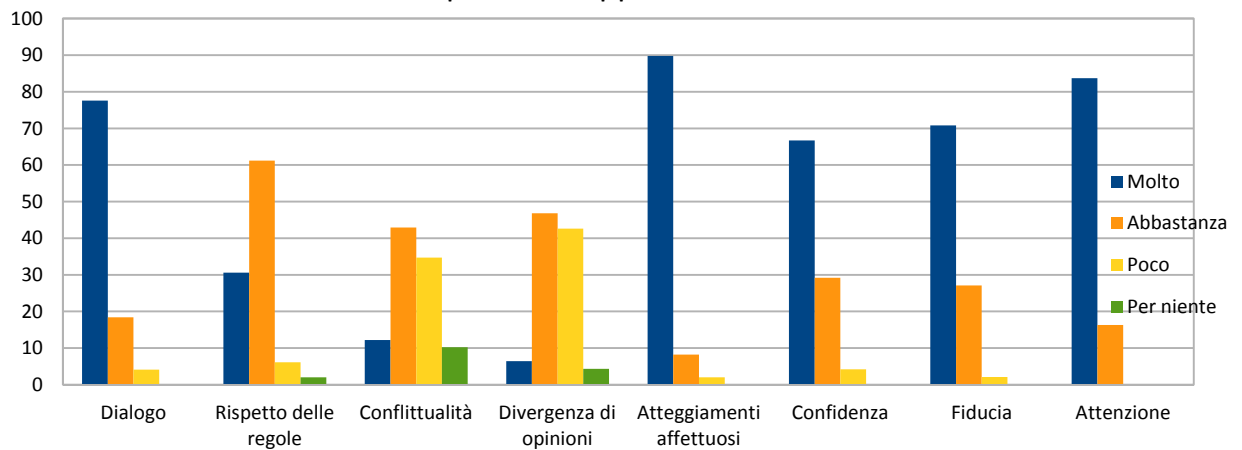
%	Madri				Padri			
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Dialogo	77,6	18,4	4,1		65,9	31,8	2,3	
Rispetto delle regole	30,6	61,2	6,1	2	41,9	46,5	11,6	
Conflittualità	12,2	42,9	34,7	10,2	14	30,2	48,8	7
Divergenza di opinioni	6,4	46,8	42,6	4,3	13,2	34,2	42,1	10,5
Atteggiamenti affettuosi	89,8	8,2	2		81,8	15,9	2,3	
Confidenza	66,7	29,2	4,2		51,2	41,5	7,3	
Fiducia	70,8	27,1	2,1		68,3	29,3	2,4	
Attenzione	83,7	16,3			67,4	32,6		

Non emergono differenze particolarmente rilevanti, né tra padri e madri, né con il campione di confronto. Il quadro che emerge è quello di famiglie in cui c'è dialogo, rispetto delle regole, poca conflittualità e divergenza di opinioni, grande fiducia, attenzione affetto. Graficamente si può confrontare l'atteggiamento dei padri e delle madri nei grafici seguenti:

Aspetti del rapporto con i padri



Aspetti del rapporto con le madri



Per concludere questa sezione si è chiesto ai genitori se, secondo loro esistono delle difficoltà che i propri figli non hanno ancora superato e a cosa è dovuta questa difficoltà (domande 69 e 70).

Esistono delle difficoltà che, secondo lei, Suo/a figlio/a non ha ancora superato?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
maschio	Valid	Si	19	43,2	45,2
		No	23	52,3	54,8
		Total	42	95,5	100,0
	Missing	System	2	4,5	
		Total	44	100,0	
femmina	Valid	Si	31	62,0	64,6
		No	17	34,0	35,4
		Total	48	96,0	100,0
	Missing	System	2	4,0	
		Total	50	100,0	

Come si può notare le difficoltà non sono state superate, più per le madri che non per i padri.

A Ferrara il campione non rilevava questa differenza attestandosi su percentuali simili per i padri (41,2) e per le madri (41,5). Le cause di queste difficoltà vengono attribuite:

Cause del permanere delle difficoltà:

%	Madri	Padri
Esperienze negative precedenti del bambino	79,2	70,6
Età attuale	66,7	78,9
Al fatto di essere stato adottato	47,4	13,3
Altro	42,9	50

Nella categoria altro troviamo: ADHD, dislessia, dalle botte che ha ricevuto, percorso scolastico, enuresi notturna, difficoltà di apprendimento, legame con la madre biologica, integrazione linguistica, abbandono.

È interessante notare la diversità di percezione che troviamo tra i padri e le madri riguardo all'attribuzione delle difficoltà al fatto di essere stato adottato.

Se la stessa domanda si rivolge ai genitori rispetto alle difficoltà da loro stessi affrontati (domanda 71):

Esistono delle difficoltà che ritiene di non aver ancora superato nel suo ruolo di genitore?					
 Sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
maschio	Valid	Si	17	38,6	38,6
		No	27	61,4	61,4
		Total	44	100,0	100,0
femmina	Valid	Si	29	58,0	59,2
		No	20	40,0	40,8
		Total	49	98,0	100,0
	Missing	System	1	2,0	
		Total	50	100,0	

Troviamo di nuovo una consistente differenza tra padri e madri, rilevata anche nel campione di Ferrara dove però la percentuale dei si era più elevata (61,7% per le madri, 51,1 % per i padri)

L'ultima domanda, la 72 riguarda il modo in cui i genitori hanno affrontato o affronterebbero le complessità presenti e future incontrate con i propri figli. Tali modalità di soluzione sono riassunte nella tabella seguente:

In che modo sta affrontando o affronterebbe le complessità incontrate con i propri figli?:

%	Madri	Padri
Parlando con lei/lui in famiglia	98	88,6
Rivolgendomi all'aiuto dei servizi	75,8	71,4
Rivolgendomi all'aiuto di esperti	88,6	84,4
In altro modo	58,3	40

Per altro modo i genitori intendono: rivolgersi ad altre famiglie adottive, all'ente per l'adozione, agli psicologi dell'ente, confrontarsi con altre coppie, partecipare ai gruppi di auto-aiuto.

Confrontando tali risultati con il campione di Ferrara, non possiamo fare a meno di notare che, la percentuale di genitori che si rivolgerebbero o si sono rivolti ai servizi è completamente rovesciata (25,3 delle madri e 30,3 dei padri) così come quella del ricorso ad altre figure professionali (2,4 per le madri e 34,3 per i padri). L'ultima categoria è comunque

molto frequentata anche se spesso le risposte della categoria altro coincidono con le domande precedenti. Nel campione grossetano sembra emergere più che una disposizione a scegliere una modalità di risposta a dichiararsi disponibili a fare tutto ciò che è possibile per risolvere le situazioni difficili incontrate.

Questo argomento ci introduce nel tema dell'ultima sezione del questionario che è il rapporto con le istituzioni.

Area 5 - Il rapporto con le Istituzioni

Così come a Ferrara la maggioranza dei genitori ha stabilito con le istituzioni un rapporto nel complesso soddisfacente:

Come valuta complessivamente il rapporto che lei ha stabilito con i servizi?

sesso di chi compila il questionario			Frequency	Percent	Valid Percent
maschio	Valid	soddisfacente	32	72,7	80,0
		non soddisfacente	8	18,2	20,0
		Total	40	90,9	100,0
	Missing	System	4	9,1	
	Total		44	100,0	
femmina	Valid	soddisfacente	38	76,0	76,0
		non soddisfacente	12	24,0	24,0
		Total	50	100,0	100

Per meglio comprendere la natura di questo risultato dobbiamo analizzare le domande successive.

Si è chiesto ai genitori di elencare quelli, che secondo loro identificavano come punti di forza e di debolezza sia dei Servizi Sociosanitari che degli Enti autorizzati.

Presenteremo prima le due tabelle relative ai punti di forza e di debolezza del Servizio Pubblico seguite da quelle relative agli Enti Autorizzati.

Per semplificare la notevole varietà delle risposte sono state costruite a posteriori delle categorie espresse nella tabelle seguenti:

Punti di forza dei Servizi Sociosanitari (domanda 74.1). Percentuale di risposta 74% delle madri 54,54% dei padri):

	count	% delle risposte
Giudizi positivi sulla competenza dei professionisti incontrati	10	16,39
Giudizi positivi sulla qualità della relazione instaurata con i professionisti (sostegno e supporto percepito)	18	29,5
Efficacia e rapidità del percorso preadottivo	16	26,22
Utilità dei percorsi post-adozione (gruppo di auto-aiuto)	6	9,83
Rapporto diretto grazie alla presenza sul territorio	6	9,83
Non ci sono punti di forza	5	8,19
Totale risposte	61	100

Punti di debolezza dei Servizi Sociosanitari (75.1). Percentuale di risposta 66% delle madri e 50% dei padri :

	Count	% delle risposte
Giudizi negativi sulla competenza dei professionisti incontrati	10	18,18
Assenza durante il periodo post-adoztivo in famiglia e nell'inserimento scolastico	18	32,72
Eccessiva lentezza e burocrazia	13	23,63
Scarsa informazione fornita alle coppie	7	12,72
Totale assenza sul territorio	3	5,45
Non rilevano aspetti negativi	4	7,27
Totale	55	100

Tra i punti di forza vediamo emergere la positiva relazione instaurata tra le coppie e i servizi nei termini di supporto e sostegno percepito. Tali aspetti sottolineano la capacità degli operatori di andare al di là della funzione valutativa, pure richiesta dal loro mandato istituzionale. Seguono la rapidità ed efficienza durante la fase preadottiva e la competenza

dimostrata nello svolgimento del proprio lavoro. Alcuni genitori apprezzano i percorsi post-adoptivi, altri il rapporto diretto con le figure professionali.

Tra i punti di debolezza quello più sottolineato è l'assenza dei servizi nel periodo post-adoptivo sia durante l'inserimento del bambino in famiglia, ma anche nel rapporto con la scuola, dove i genitori chiedono interventi di mediazione e formazione degli insegnanti.

La rilevazione di tempi troppo lunghi negli interventi anche come punto di debolezza oltre che come punto di forza, denota, sia la presenza di situazioni diverse all'interno delle varie zone usl, ma anche la diversa tempistica di risposta su richieste diverse, ad esempio in fase di valutazione o di risposta a problematiche insorte dopo l'adozione. Non è mancato qualcuno che ha segnalato malfunzionamenti dei servizi legati a conflittualità esistenti all'interno degli stessi.

Analogo discorso può valere per la competenza, abbiamo modalità di risposta differenti dovute all'incontro di coppie con operatori di zone diverse e di diversa formazione professionale in tempi a volte molto distanti tra loro.

L'insieme delle risposte in termini generali è simile alla ricerca di confronto e anche le categorie individuate. Troviamo infatti: aspetti tecnici legati alla procedura di ottenimento dell'idoneità e fasi tecniche delle stesse, confronto con specifiche professionalità, riferimenti allo stile relazionale del personale e l'importanza della costruzione di reti con altre famiglie adottive.

Per quanto riguarda invece, gli enti autorizzati, illustriamo i risultati nelle tabelle seguenti.

Punti di forza degli enti autorizzati (domanda 74.2). Percentuale di risposta 38,63 dei padri 54% delle madri:

	Count	% delle risposte
Giudizi positivi sulla competenza dei professionisti incontrati	17	38,63
Continuità dell'appoggio e del sostegno, dai corsi preadottivi al supporto all'estero, al post-adozione	14	31,81
Percezione di sostegno e supporto	6	13,63
Nessuno	7	15,9
Totale	44	100

Punti di debolezza degli enti autorizzati (domanda 75.2). Percentuale di risposta 38,63 % dei padri 54% delle madri :

	Count	% delle risposte
Costi alti ed eccessiva burocrazia	17	38,63
Carenza di informazioni	6	13,63
Assenza o scarsità di supporto percepito	10	22,72
Eccessiva distanza dal luogo di residenza	4	9,09
Poca trasparenza	4	9,09
Tempi troppo lunghi	2	4,54
nessuno	1	2,2
totale	44	100

Tra gli aspetti positivi troviamo ai primi posto la competenza degli operatori e la continuità percepita, dalla formazione preadottiva alla preparazione specifica sul paese straniero di provenienza del minore, al percorso post adottivo fatto di incontri, ma anche di occasioni di socializzazione per le famiglie e i bambini.

Tra gli aspetti negativi spiccano i costi e l'assenza di sostegno, anche in questo caso i genitori possono aver fatto esperienze diverse con enti diversi, ipotesi rinforzata dalla estrema dispersione degli enti a cui le coppie si sono rivolte...

Per concludere questa parte dedicata al rapporto con le istituzioni abbiamo poi chiesto ai genitori se si fossero rivolti, dopo la conclusione delle procedure obbligatorie, di nuovo e spontaneamente ai vari servizi. Le risposte sono illustrate nella seguente tabella:

Dopo l'adozione mi sono rivolto ancora spontaneamente:

% risposte affermative	Madri	Padri
Ai servizi SocioSanitari	38,6	30,6
All'Ente autorizzato	52,2	37,5
Ai servizi specialistici	33,3	25,8

Come si può notare le madri si rivolgono più spesso a dei professionisti e insieme i genitori lo fanno per i seguenti motivi, che abbiamo raccolto in quattro categorie principali come risulta illustrato nella tabella seguente:

	Count	% risposte
Chiarimenti e consigli per problematiche insorte nel postadozione	25	51,02
Relazioni postadoptive e pratiche relative all'adozione	12	24,48
Problematiche che hanno richiesto l'intervento di figure professionali come neuropsichiatra infantile, logopedia ecc.	6	12,24
Gruppo di mutuo auto aiuto	6	12,24
totale	49	100

La maggioranza delle consultazioni è riferita a problematiche insorte nel postadozione comprese quelle riguardanti la scuola, la comunicazione sull'adozione ecc. in cui la figura d'intervento privilegiata è stata lo psicologo, dei Servizi o dell'Ente autorizzato. Molti altri hanno contattato gli enti per le relazioni postadoptive richieste dal percorso adottivo.

Alcuni hanno partecipato all'unica esperienza attivata dall'usl 9 sul postadozione e cioè un gruppo di mutuo auto aiuto, per altri si è reso necessario un vero e proprio percorso terapeutico. Anche in questo caso le categorie di risposta sono molto simili a quelle della ricerca ferrarese.

Nell'ultima domanda del questionario si chiedeva ai genitori di esprimere la propria opinione su quale parte del percorso adottivo ritenessero opportuno potenziare l'offerta dei servizi socio-sanitari e le risposte sono state:

In quale fase del percorso ritiene necessario potenziare l'offerta dei servizi Socio Sanitari?:

	Madri	Padri
Nella fase precedente alla dichiarazione di disponibilità all'adozione?	61,1	70,6
Nella fase precedente all'arrivo del bambino nella nuova famiglia?	68,6	75,8
Nella fase immediatamente successiva all'inserimento?	85,4	85,3

Nella fase di inserimento scolastico del bambino?	82,1	79,3
Nella fase preadolescenziale e adolescenziale?	68,4	73,3
Altro?	50	25

Tra le risposte "altro" troviamo: formazione del personale docente, estendere il sostegno a tutta la famiglia compresi i fratelli biologici.

Come si può notare le fasi che più richiederebbero un potenziamento sono, secondo i genitori, quella immediatamente successiva all'arrivo del bambino e durante il suo inserimento scolastico. Anche il ricorso ai servizi specialistici in effetti si colloca più spesso nei primi mesi di arrivo del bambino e le consultazioni sono spesso su problematiche relative all'inserimento scolastico. Il campione di confronto esprimeva la stessa domanda.

Temî di discussione

In fase di analisi socio-demografica del campione è emersa una specificità della provincia di Grosseto, riguardante i dati dell'occupazione. Avevamo trovato una prevalenza di padri occupati nel settore operaio/artigiano e una prevalenza delle madri casalinghe a differenza di altre ricerche in cui i genitori adottivi appartenevano prevalentemente alla classe impiegatizia. Questo dato ci ha portato a formulare l'ipotesi che le famiglie del campione avessero prevalentemente una struttura tradizionale, in cui la donna si occupa in misura maggiore della casa e della famiglia. Questa riflessione sembra supportata anche dai dati sulla riduzione d'orario lavorativo, compiuta prevalentemente dalle donne di tutte le categorie professionali. Le conferme alla prima ipotesi ci hanno portato a ritenere plausibile che la genitorialità sia per le donne di questo campione un'esperienza fondamentale per la realizzazione personale. Troviamo conferma a questa teoria in più situazioni. Le madri prendono più spesso dei padri l'iniziativa nel cominciare il percorso dell'adozione. Si sottopongono a più controlli sanitari rispetto agli uomini e questo ci fa pensare che abbiano per lo meno cercato di indagare di più la causa della impossibilità procreativa della coppia. Le stesse donne si sentono più valutate dei loro mariti durante il percorso di ottenimento dell'idoneità, avendo forse investito di più all'inizio di questo cammino. Le donne di nuovo sembrano idealizzare di più l'esperienza della maternità adottiva, sono infatti molte di più dei uomini ad avere un'idea dell'adozione più facile di quello che poi sarà nella realtà. Le stesse donne sembrano cogliere più difficoltà nei propri figli e le attribuiscono più spesso al fatto di essere stati adottati. Ci siamo chiesti se ciò avvenga per loro maggiore presenza, rispetto ai padri, o per maggiore contrasto con la genitorialità immaginata. Si sentono di non avere ancora superato le difficoltà dell'essere genitore più dei padri e più spesso

desidererebbero avere un figlio diverso. Nel complesso la famiglia così come è piace più ai padri che alle madri. Sembra quasi che la ferita dell'impossibilità procreativa, sia stata per loro più profonda e più difficile da sanare. Lungi dal trarre conclusioni affrettate, questo tema merita però di essere approfondito, attraverso una ulteriore ricerca in letteratura ed eventualmente sul campo.

Un secondo aspetto emerso prepotentemente, non è una specificità del territorio, ma è comunque fondamentale nell'organizzazione di eventuali interventi preventivi. Come abbiamo visto la maggioranza dei bambini arriva tra i 5 e i sette anni, immediatamente a ridosso dell'inizio della scuola elementare, il 50.8 % attualmente la frequenta. Se consideriamo che il problema più spesso rilevato è quello delle reazioni espansivo/aggressive, che i bambini vengono inseriti a scuola abbastanza velocemente, quando non hanno imparato la lingua né consolidato il legame genitoriale non stupisce che il ciclo scolastico più difficoltoso sia questo. Aggiungiamo, che i genitori si aspettano moltissimo dagli insegnanti, sappiamo che la comunicazione dello stato di bambino adottato viene fatto spesso per sensibilizzarli. Sappiamo anche, però, che tali aspettative vengono spesso deluse, non tanto nelle caratteristiche personali dell'insegnante, percepito come disponibile, accogliente, quanto nelle loro competenze specifiche in tema di adozione. Forse sarebbe importante ipotizzare su quest'area degli interventi mirati.

Un terzo aspetto, che in parte si lega a quello precedente, è la lunga permanenza in istituto, con le problematiche che questo può comportare, anche in termini di elevata percentuale di situazioni cliniche. A questa riflessione va aggiunta a margine quella che molte delle famiglie che si sono rivolte ai servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza non hanno poi partecipato alla ricerca. Quindi il panorama delle difficoltà incontrate dalle famiglie nelle prime fasi dell'adozione è sicuramente da considerarsi più consistente di quanto emerge nel nostro campione. Purtroppo, nella nostra ricerca, così come nelle altre il problema dell'autoselezione delle famiglie, non è stato risolto. Quelli che si presentano hanno spesso incontrato meno difficoltà, o le hanno risolte. Mentre coloro che non lo fanno sono spesso ancora alla ricerca di una soluzione.

Infine, per quanto riguarda il rapporto con i servizi, anche se i genitori lo ritengono nel complesso soddisfacente, sono emerse alcune criticità riguardanti soprattutto il periodo immediatamente successivo all'ingresso del bambino famiglia e all'inserimento scolastico. Proprio su questi due punti viene richiesto dalle famiglie un maggiore supporto.

Approfondimento sulle situazioni cliniche emerse durante lo svolgimento della ricerca

Durante lo svolgimento della ricerca, come precedentemente accennato sono emerse numerose situazioni cliniche che hanno richiesto un approfondimento.

Si è potuto constatare, incrociando i dati anagrafici del nostro campione con gli accessi all'Unità funzionale di salute mentale infanzia e adolescenza, che tali situazioni erano in numero decisamente superiore a quelle intercettate con la somministrazione del questionario.

Da questo approfondimento risulta infatti che il 30,48 % dei bambini arrivati nella provincia di Grosseto tra il 2005 e il 2013 ha riscontrato problematiche tali da dover chiedere un aiuto specialistico al servizio pubblico. Rimangono ovviamente esclusi coloro che si sono rivolti a privati.

Di queste famiglie solo il 40 % ha risposto al questionario in prima battuta ed è quindi inserito nel campione analizzato.

Successivamente siamo riusciti a intervistare altre famiglie fino arrivare a un 56%.

Purtroppo il campione è in continua evoluzione, ci sono spesso nuovi accessi all'UFSMIA, oppure situazioni che sembravano risolte hanno nuovamente bisogno di aiuto.

Ci è sembrato comunque utile, dei 28 bambini e adolescenti di cui siamo riusciti a contattare le famiglie, fornire una tabella in cui si riportano i motivi di consultazione e le successive diagnosi effettuate poi dagli specialisti del servizio.

	Motivo della consultazione	Diagnosi
1	Problemi di linguaggio- Difficoltà scolastiche	-Ottobre 2012 Palatoschisi con cheiloschisi bilaterale (ICD10 Q37)- -Febbraio 2015 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 Z032)
2	Problemi di linguaggio	-Luglio 2011 Ritardo dello sviluppo fisiologico normale Non Specificato (ICD10 R629) -Gennaio 2015 Disturbo specifico dell'eloquio (ICD10 F800)
3	Problemi di comportamento	-Agosto 2011 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 032)
4	Problemi di linguaggio	-Novembre 2008 Disturbo del linguaggio espressivo (ICD10 F801)

RICERCA DI FOLLOW-UP SUL FENOMENO ADOTTIVO NELLA USL 9 GROSSETO

5	Controllo sviluppo p.m.	-Giugno 2012 Ritardo mentale di media gravità (ICD10 F71)
6	Controllo sviluppo p.m.	-Maggio 2013 Problemi legati a un evento negativo della vita durante l'infanzia (ICD10 Z61)
7	Problemi del linguaggio- Problemi del comportamento	-Aprile 2010 Disturbo misto delle capacità scolastiche (ICD10 F813) - Luglio 2015 Disturbo affettivo bipolare episodio ipomaniacale in atto (ICD10 F310)
8	Problemi di linguaggio- Difficoltà scolastiche	-Ottobre 2011 Enuresi non organica (ICD10 F980) - Febbraio 2016 Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (ICD10 F81)
9	Difficoltà scolastiche	-Marzo 2011 Educazione in istituto (ICD10 Z622)
10		-Settembre 2007 Disturbi della condotta (ICD10 F91)
11		-Marzo 2013 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 032)
12	Difficoltà emotivo affettive	-Ottobre 2013 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 z032)
13	Problemi di comportamento - Difficoltà scolastiche	-Dicembre 2011 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 Z32) - Marzo 2015 Disturbo misto delle capacità scolastiche (ICD10 Z813)
14		-Dicembre 2008 Problemi legati a un evento negativo della vita durante l'infanzia (ICD10 Z61)
15	Controllo sviluppo p.m - Problemi di linguaggio	-Luglio 2010 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 Z32) - Epilessia e sindromi epilettiche generalizzate idiopatiche(ICD10 G403)
16	Problemi di linguaggio- Problemi di comportamento	-Giugno 2009 Balbuzie (ICD10 F985) -Giugno 2015 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 Z032)
17		-Settembre 2009 Disturbi d'ansia generalizzata (ICD10 F411)
18	Difficoltà scolastiche	-Gennaio 2010 Ritardo mentale lieve (ICD10 F70)
19	Difficoltà emotivo affettive	-Giugno 2005 Disturbo dell'affettività e dell'attenzione (ICD10 F900)

20	Difficoltà scolastiche	-Gennaio 2009 Disturbi evolutivi globali - Marzo 2010 Ritardo mentale lieve disturbo oppositivo provocatorio
21	Controllo dello sviluppo p.m.	-Giugno 2011 Ritardo dello sviluppo fisiologico normale Non Specificato (ICD10 R629)
22	Problemi di comportamento	-Gennaio 2011 Disturbi del funzionamento sociale dell'infanzia di altro tipo
23		-Dal 2009 chiuso novembre 2011
24	Problemi di linguaggio	-Luglio 2013 Disturbo specifico dell'articolazione e dell'eloquio (ICD10 F800)
25	Altro	-Ottobre 2012 Osservazione per sospetto disturbi psichici e comportamentali (ICD10 Z032)
26	Difficoltà emotive affettive	-Giugno 2011 Altri eventi negativi durante l'infanzia (ICD10 Z618)
27	Problemi di comportamento	-Giugno 2010 Disturbo dell'attività e dell'attenzione (ICD10 F900)
28	Difficoltà affettivo emotive	-Gennaio 2010 Disturbo reattivo dell'adattamento dell'infanzia (ICD10F948) Problemi legati a un evento negativo della vita (ICD10Z61)

Emergono problemi di varia natura, in cui problematiche diverse spesso si sovrappongono. Difficoltà nello sviluppo del linguaggio o difficoltà scolastiche spesso sono solo sintomi di problematiche più complesse che si rivelano a volte, nella loro completezza anche a distanza di anni dalla prima consultazione.

In conclusione non possiamo fare altro che confermare le risultanze della letteratura, in cui viene evidenziato che la lunga permanenza in istituto è un fattore di rischio importante per lo sviluppo di problematiche gravi, durature, complesse, che rendono la famiglia bisognosa di aiuto specializzato per periodi anche molto lunghi.