



**Coordinamento Italiano dei Servizi
contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia**

CISMAI

Requisiti di “qualità” per gli interventi a favore dei minori adottati (2011)

Questo documento è finalizzato alla definizione dei “requisiti” relativi agli interventi a favore dei minori adottati per i quali si renda necessaria una presa in carico, socio-educativa, sanitaria e/o per la cura e la terapia dopo il collocamento nella famiglia adottiva. Si propone di definire corrette prassi di accompagnamento, sostegno ed eventuale presa in carico dei bambini che, prima del collocamento adottivo, sono andati incontro ad esperienze traumatiche (grave trascuratezza, maltrattamento, abuso sessuale, ecc.....) patite nella famiglia d'origine o nei diversi contesti di crescita che hanno comportato gravi difficoltà e/o esiti psicopatologici.

Nel rispetto delle forme organizzative, definite dalle diverse normative locali, che i servizi del post-adozione possono assumere negli specifici contesti territoriali, in questo documento si vogliono ribadire alcune condizioni di carattere tecnico-professionale che vengono ritenute essenziali per garantire un servizio efficace nel sostegno alle adozioni difficili e nell'intervento sulle crisi adottive. Verranno inoltre definite le funzioni e gli strumenti opportuni per gli interventi di base e più specialistici, nonché l'organizzazione adeguata alla tipologia dell'utenza e alla complessità del contesto.

Premessa

Alla luce delle trasformazioni socio-culturali intervenute nello scenario dell'adozione nazionale e internazionale e alla luce della complessità delle tipologie di bambini oggi adottabili (bambini grandi, fratri, esiti post-traumatici spesso non rilevati prima dell'adozione...) il fenomeno dell'adozione risulta oggi molto più articolato.

E' possibile che bambini con una storia di solitudine e abbandono alle spalle, che hanno vissuto il trauma del rifiuto e della perdita di un nucleo familiare spesso fonte stessa dei maltrattamenti, strutturino disturbi affettivi e relazionali connessi a precoci traumi sperimentati all'interno delle originarie relazioni di attaccamento.

La metanalisi di Marinus H. van IJezendoorn and Femmine Juffer (2005), svolta su più di 270 ricerche che includono più di 230000 bambini adottati¹ e non adottati e i loro genitori ha evidenziato che il 55% dei bambini adottivi ha un attaccamento insicuro rispetto al 38% del campione dei bambini non adottati; il 33% dei bambini adottati ha attaccamenti disorganizzati, rispetto al 14% dei non adottati. Ciò significa che un terzo dei bambini adottati rientra nell'ampia cornice diagnostica dei disordini dell'attaccamento strettamente correlata alle esperienze traumatiche vissute prima dell'adozione, nel contesto della famiglia biologica o in quella sostitutiva o nel contesto istituzionale.

I comportamenti disturbati e disorganizzati dei bambini collocati in adozione (nazionale ed internazionale) vengono sempre più spesso riprodotti anche nei confronti dei genitori adottivi attraverso un ampio spettro di comportamenti post-traumatici (da agiti aggressivi e provocatori a condotte sessualizzate) o, al contrario, attraverso massicce chiusure relazionali. L'impatto con il bambino traumatizzato mette a dura prova le capacità affettive/relazionali e di tenuta dei genitori adottivi e può provocare, nei casi più gravi, restituzioni, rifiuti, espulsioni. In altri casi le difficoltà si originano nel percorso adottivo in riferimento agli snodi del ciclo vitale della famiglia e alle fasi evolutive dei bambini adottati (come ad esempio inserimento socio-ambientale e ingresso in adolescenza).

Il rischio è che le famiglie adottive siano esposte ad un carico emotivo e relazionale complesso, trovandosi ad essere oggetto di comportamenti e reazioni difficili da gestire e contenere, oltre che da comprendere.

Il documento si propone di avviare un percorso all'interno del quale far convergere due saperi che appaiono ancora non sufficientemente integrati: la cura dei bambini traumatizzati e la presa in carico delle famiglie adottive partendo dal presupposto che l'adozione, se opportunamente sostenuta, sia già di per sé una forma di cura per i bambini traumatizzati. Tuttavia se l'adozione entra in stallo, risulta necessario attivare processi terapeutici che permettano al bambino, sostenuto dai suoi genitori, di mentalizzare i suoi traumi, di gestirne gli effetti emotivi e comportamentali e in definitiva di procedere nel suo percorso di crescita in modo sufficientemente sereno.

¹ La vastità delle ricerche prese in considerazione include sia i bambini adottati prima dei 12 mesi di età che i bambini adottati tardivamente. Le ricerche sono state fatte alcune nel periodo successivo al collocamento, altre (studi longitudinali) hanno seguito il percorso di sviluppo dei bambini a lungo.

Ambito di intervento e definizioni

L'ambito di intervento individuato in questo documento fa riferimento al periodo denominato post-adozione, inteso prevalentemente sul piano clinico e del progetto di vita e dato cronologicamente svincolato dal piano giuridico in sé.

In questa ottica intendiamo come **periodo post-adozione** il periodo che va dal collocamento del bambino nella famiglia adottiva fino al completamento del percorso di crescita e maturazione evolutiva.

Si definisce **crisi adottiva** la manifestazione di un disagio acuto a carico del minore adottato e/o di altri membri della famiglia adottiva, accompagnato da impossibilità o impotenza a farvi fronte da parte dei genitori adottivi tale da compromettere il buon esito adottivo. La crisi può essere in continuità con un disagio presente fin dall'inizio dell'adozione o esplodere improvvisamente a fronte di un percorso apparentemente non problematico.

Il fenomeno della crisi va inteso in una prospettiva trasformativa che evolve per fasi e processi, nel percorso di costruzione dei legami emotivi e di elaborazione dei significati affettivi durante l'intero ciclo di vita della famiglia adottiva e nelle diverse fasi di transizione che essa attraversa. Fattori individuali e fattori strutturali di contesto interagiscono reciprocamente, determinando forme di adattamento e gradi di flessibilità diversi che influiscono sugli esiti finali della vicenda adottiva.

Si definisce **disruption** (interruzione dell'adozione) una crisi che evolve ed esita verso una sofferenza relazionale così elevata da comportare l'interruzione della convivenza tra genitori e figlio, e l'allontanamento del minore dal nucleo familiare, sia nella fase dell'affido preadottivo che successivamente e in casi estremi l'impossibilità di mantenere legami nel tempo.

Questo documento intende segnalare la necessità di una **presa in carico ecologica** sia per il sostegno che per il trattamento; il nucleo adottivo nel suo insieme deve essere considerata l'unità fondamentale dell'intervento, ritenendo l'adozione il primo e più importante intervento terapeutico volto a cambiare i modelli mentali e le rappresentazioni all'interno della relazione genitori/bambino.

Modalità dell'intervento

Si ribadisce l'importanza di attivare, nei confronti delle adozioni, qualificati interventi di **sostegno**. Un'ottica di accompagnamento e sostegno ai percorsi adottivi fin dall'inserimento del bambino nel nucleo, unitamente ad una attenta valutazione, può assumere una valenza preventiva rispetto all'insorgenza di crisi nel percorso adottivo.

In considerazione del fatto che la tipologia dei bambini adottati si è complessificata, che l'adozione è un processo che dura nel tempo e che le criticità possono emergere nelle diverse fasi del ciclo vitale della famiglia adottiva, la durata degli interventi di sostegno deve potersi prolungare oltre il primo anno di arrivo del minore.

È opportuno che le attività di sostegno siano articolate su due diversi livelli; un primo livello di "sostegno di base" rivolto alla totalità delle famiglie adottive²; esso rappresenta una finestra aperta sull'adozione e consente, all'interno di una relazione di reciproca fiducia e stima tra operatori e famiglie, di individuare le situazioni più a rischio e di intervenire precocemente. Un secondo livello di sostegno, che potremmo definire "clinico e specialistico", rivolto al singolo nucleo, deve essere attuato in presenza di indicatori di rischio o in situazioni di disagio conclamato.

Si raccomanda che gli interventi di sostegno o di presa in carico vengano attuati da personale qualificato che tenga sempre conto della specificità dell'esperienza adottiva. Deve essere infatti esplorata la rilevanza dell'adozione e la possibile correlazione tra i problemi attuali, la storia adottiva e la dinamica relazionale costruita nel percorso adottivo, anche se i problemi si presentano a distanza di anni dall'adozione.

Quando si evidenzia una situazione di **crisi**, nell'interesse del bambino adottato e della sua famiglia, si raccomanda che i servizi sociali e sanitari:

- a. attivino interventi tempestivi volti a proteggere il bambino ed aiutare la famiglia adottiva ad affrontare la crisi;
- b. sostengano specifiche azioni volte a promuovere relazioni sane e funzionali all'interno della famiglia;
- c. garantiscano l'efficacia degli interventi attraverso la multidisciplinarietà, che prevede la capacità di ogni figura professionale di interagire e integrare il proprio sapere con i colleghi di altre discipline.

In queste situazioni critiche l'accesso potrà essere sia spontaneo che su indicazione della magistratura.

In analogia allo schema di intervento individuato per i Centri che si occupano del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia si ritiene utile scandire l'intervento nelle situazioni di adozioni in crisi in 3 fasi distinte: rilevazione, valutazione, protezione/trattamento.

² A titolo di esempio citiamo il programma VIPP (Video intervention to promote positive parenting) ideato da Femmie Juffer e attuato su scala nazionale dal governo olandese.

Ia Fase

Rilevazione

Si tratta di funzioni trasversali non specialistiche che possono investire oltre le équipe adozioni, diverse tipologie di servizi pubblici e privati.

A differenza delle situazioni di maltrattamento ed abuso che maturano in famiglie biologiche scarsamente consapevoli, non richiedenti aiuto e portate da numerosi fattori all'occultamento e alla reticenza, le situazioni di crisi adottiva sono spesso manifeste e le famiglie adottive spesso ne sono consapevoli e richiedono aiuto. Per quanto risulti pertanto più facile rilevare il disagio (che nella grande maggioranza dei casi viene segnalato dalle stesse famiglie adottive), tuttavia, alla luce del quadro complesso raffigurato nelle adozioni nazionali e internazionali, appare necessario promuovere modalità di intervento precoce in un'ottica di prevenzione delle crisi.

Si ritiene di fondamentale importanza la **segnalazione precoce dei casi a rischio**. E' quindi opportuno che eventuali esperienze traumatiche subite dai bambini collocati in adozione siano tempestivamente segnalate alle équipe adozioni dal Tribunale per i Minorenni per l'adozione nazionale o dagli Enti Autorizzati per l'adozione internazionale, affinché i servizi del post-adozione del territorio possano mettere in atto specifici interventi di sostegno.

Risulta opportuno inoltre che i servizi pubblici specialistici e privati (enti autorizzati, associazioni di famiglie adottive, ecc.), qualora vengano in contatto con situazioni adottive problematiche informino tempestivamente e collaborino con gli operatori dedicati alle adozioni.

Alla luce del mutato scenario adottivo è necessario che le équipe adozioni si dotino di modelli per individuare precocemente le situazioni adottive "a rischio".

Tali modelli devono fornire indicazioni a più livelli prevedendo:

- l'individuazione degli indicatori di rischio relativi al bambino, in particolare la presenza di specifici traumi pregressi;
- l'individuazione dei fattori di rischio relativi alla coppia;
- gli strumenti di valutazione e le procedure per effettuare uno screening precoce delle situazioni a rischio individuate.

II Fase:

Valutazione

Si tratta di funzioni specifiche e specialistiche che si ritiene debbano far capo alle équipe adozioni. Il percorso valutativo deve essere indirizzato a comprendere le difficoltà insorte e verificare la possibilità di rimuovere gli ostacoli che impediscono all'adozione di espletarsi con effetti armonicamente benefici per tutti i membri della famiglia.

E' opportuno che venga adottata una prospettiva multidimensionale in cui la valutazione comprenda l'interazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione tenendo conto delle caratteristiche del bambino, dei genitori, del contesto di appartenenza e delle tipologie di intervento messe in atto dai servizi.

Il percorso di valutazione ha come scopo quello di arrivare a formulare una lettura del disagio dell'adozione attraverso la ricostruzione e l'osservazione dell'incontro adottivo e dell'interazione tra i modelli mentali e le rappresentazioni del bambino e dei genitori attivate dall'inserimento del figlio nel nucleo familiare.

Si auspica da parte degli Enti Autorizzati una maggior omogeneità operativa e una esaustiva e continua trasmissione di informazioni, a fronte di una loro peculiare competenza, anche rispetto a conoscenze di tipo culturale, attraverso un fattivo coinvolgimento nel lavoro di rete anche nel post-adozione.

III Fase:

Protezione/Trattamento

Si tratta di funzioni specifiche e specialistiche di secondo livello che non possono essere limitate alle funzioni terapeutiche in senso stretto, ma devono includere risorse educative, sociali e prevedere se necessario un intervento dell'Autorità Giudiziaria.

Occorre che la fase di valutazione si concluda con la costruzione di un progetto di intervento che tenga conto della specificità del disagio e comprenda:

1. interventi educativi e sociali di sostegno;
2. interventi terapeutici orientati al bambino e all'interno del nucleo familiare;
3. qualora necessario interventi di protezione e tutela, inclusa la segnalazione al Tribunale per i Minorenni, con eventuale proposta di allontanamento e collocamento in struttura.

Per quanto sia estremamente delicato allontanare un minore adottato dalla famiglia, tale intervento risulta talvolta inevitabile per la gravità delle situazioni in atto e deve comunque essere sempre finalizzato a restaurare un buon equilibrio, rimodulando il mantenimento della relazione con i genitori adottivi. Tale impostazione metodologica dell'intervento deve essere rispettosa della sofferenza della famiglia adottiva senza stigmatizzarla come inadeguata, non sottovalutando che ha dovuto sostenere una pesante eredità di esiti traumatici pregressi.

Al di là degli specifici modelli tecnici che le singole équipe possono utilizzare si raccomanda l'adozione di un *modello ecologico* (Bronfenbrenner, 1979) che tenga conto: degli esiti traumatici di cui l'adottato è portatore, dell'eventuale sintomatologia, dell'impatto e delle conseguenze del trauma nella costruzione della relazione di attaccamento con i genitori adottivi, delle dinamiche relazionali strutturate nella famiglia, dell'analisi del contesto e dei cambiamenti intercorsi durante il tempo dall'inizio dell'adozione.

Osservazioni conclusive

I bambini traumatizzati e le loro famiglie si ritiene abbiano il diritto di essere presi in carico e supportati da servizi competenti; in particolare si è concordi nell'affermare che gli operatori che trattano le crisi adottive debbano avere conoscenze approfondite sullo sviluppo infantile, sulla teoria dell'attaccamento, sull'adozione, sulle teorie del trauma e della perdita.

Qualora l'intervento venga realizzato da altri servizi è necessario che la scelta di invio rispetti dei requisiti di qualità, garantendo una continuità operativa con l'équipe adozioni.

Si ritiene infatti che l'équipe adozioni sia da considerarsi l'équipe specialistica che assume un ruolo centrale in tutte le fasi del percorso adottivo, in quanto si occupa della formazione e preparazione delle coppie candidate all'adozione, dell'istruttoria pre-adozione, dell'accompagnamento, sostegno fino all'eventuale trattamento nel post-adozione. Alla luce di questa considerazione si reputa opportuno che l'équipe si possa sempre relazionare, integrandosi dove necessario, con i Tribunali per i Minorenni e gli Enti Autorizzati per svolgere l'importante compito a cui deve vertere di custodire e trasmettere le informazioni conosciute sulla storia del bambino.

Si sottolinea altresì l'approccio multidisciplinare dell'équipe la cui composizione minima deve prevedere l'assistente sociale e lo psicologo, con la possibilità di avvalersi della competenza specialistica di operatori di altri servizi socio sanitari.

Si evidenzia da ultimo la necessaria apertura e integrazione tra servizi e professionisti diversi, che deve avvenire sia sul piano dell'intervento sul caso sia sul piano dell'interazione istituzionale.

Bibliografia

- Bronfenbrenner U. (1979), *The ecology of human development. Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press, 1979, trad. it. Bologna, Il Mulino, 1986.
- Juffer F., Van Ijzendoorn M.H. (2005), "Behavior Problems And Mental Health Referrals Of International Adoptees. A Meta-Analysis". In *JAMA*, 283, Pp. 2501-2515.

**CISMAI – COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI CONTRO IL
MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA**

Sede Nazionale: corso Stati Uniti, 11H - 10128 Torino

Tel/Fax 011/5069037

e-mail: cismai@infinito.it