

sociale; per contro la multiproblematicità non è sinonimo di dinamica maltrattante.

Non è certo casuale che nel Rapporto dell'ottobre 2002 dell'OMS su "Violenza e salute", in cui la violenza contro l'infanzia, o comunque nell'ambito della famiglia con ricadute sui bambini, occupa 4 dei sette capitoli dedicati ciascuno a una tipologia di violenza, il "da farsi" consideri in maniera abbastanza ristretta le politiche per ridurre povertà e ineguaglianze e per migliorare l'assistenza sociale, lo sviluppo economico, l'impiego ecc. ecc. Per quanto conquiste importanti, oggi sappiamo che questi interventi non sono sufficienti a scongiurare il rischio di importanti disturbi al percorso evolutivo del bambino. La trasformazione del disagio sociale in attacco alla prole necessita di anelli intermedi, tra cui il più significativo è il modello di funzionamento psicologico del o dei genitori, a sua volta derivato dalle precedenti esperienze infantili degli stessi. Quindi la disfunzione relazionale che danneggia i figli affonda le sue radici non in contingenze esterne, che pure possono porsi come fattori aggravanti e/o scatenanti, ma in modelli psichici che renderanno le condotte negative forzatamente perduranti.

Oltre ad estendere l'osservazione attenta e il supporto precoce in tutte quelle situazioni definite, come sopra detto, Esperienze Sfavorevoli Infantili e non più a tipologie troppo ristrette di famiglie a rischio, occorre affinarne gli obiettivi, valorizzando sempre più apporti psicologici oltre che sociali. Vale inoltre la pena di segnalare alcuni punti che non hanno finora ottenuto sufficiente attenzione.

b. La cronicità presunta

Di fronte a episodi di abuso all'infanzia, nelle sue varie forme, è fondato adottare un concetto di "cronicità presunta". Sovente quanto viene alla luce e cade nel raggio di attenzione dei servizi non è che la punta dell'iceberg di quanto è avvenuto.

A questo proposito preoccupano i risultati di un'interessante ricerca (Britner, Mossler, 2002) che ha confrontato le considerazioni espresse da quattro diversi gruppi di professionisti (giudici minorili, avvocati, assistenti sociali, psicologi) riguardo all'opportunità di procedere a un allontanamento del bambino dalla famiglia, e ai motivi correlati, in due casi esemplificativi forniti dagli intervistatori. Dai risultati si evince che, mentre i giudici ricercano gli elementi (improbabili) di prova piena prima di procedere, assistenti sociali e psicologi si pronunciano a favore della protezione del bambino in presenza, oltre che della gravità dell'abuso, di componenti come la recidiva e l'incapacità di giovare dei supporti erogati.

In sintesi, gli interventi incisivi vengono riservati ai casi già cronici, con ovvia caduta dell'efficacia: infatti i bambini hanno già subito danni ingenti.

Sarebbe opportuna una formazione in proposito degli operatori psico-sociali, che promuova un più corretto e tempestivo riconoscimento dei fattori di rischio e una precoce e approfondita valutazione dei danni psicologici presenti nel bambino, per instaurare precocemente quei supporti diretti sia alla famiglia sia al bambino che possono bloccare e invertire la progressione dei danni.

c. Precocità dell'esperienza traumatica come fattore di gravità nella normativa

Stupisce che nel panorama delle norme di tutela dei bambini non compaia il fattore della precocità delle esperienze negative come orientatore dell'intervento. Anche nello studio appena citato, la precocità dell'abuso non figura tra gli elementi in grado di concorrere a determinare la decisione protettiva.

Per contro sappiamo con sicurezza che lo stesso evento subito a 1 anno o a 6 anni avrà un impatto di gravità diverso, ovviamente provocando le peggiori conseguenze quanto più precoce è.

Va considerato inoltre che i primi anni di vita coincidono anche con la fase in cui il piccolo meno è in grado di autoproteggersi o di denunciare quanto gli accade nella ricerca attiva di protezione. In più, mancano in quel periodo abituali osservatori esterni alla famiglia, come accade viceversa quando il bambino arriva all'età almeno della scuola materna.

Anche l'OMS segnala che ricerche effettuate in diverse nazioni indicano che programmi di alta qualità diretti alla prima infanzia possono compensare disuguaglianze sociali ed economiche e migliorare la riuscita dei bambini sul piano evolutivo e scolastico, risultati che riducono anche l'incidenza della violenza giovanile.

II - La cura

Non va perduta la confortante conferma che guarire è possibile, anche nei casi più gravi di esperienza traumatica infantile

Ciò è possibile solo costruendo un modello di intervento complesso. Il Rapporto su "Violenza e salute" dell'OMS, nel caso specifico della violenza sui minori, orienta all'adozione di un modello "ecologico" di intervento, valutativo e terapeutico, che considera quattro aree concentriche interagenti nell'eziologia e nella riparazione del danno costituite da:

- *livello ontogenetico* o dei fattori individuali;
- *livello del microsistema* o dei fattori familiari;
- *livello dell'esosistema* o dei fattori sociali, economici, relativi alla comunità di appartenenza;
- *livello del macrosistema* o delle determinanti istituzionali e culturali.

Il 'modello ecologico' trova riscontro nelle più recenti conoscenze psicologiche circa i funzionamenti post traumatici e gli strumenti per modificarli positivamente.

Infatti la cura, nelle situazioni di trauma infantile, non può che articolarsi intorno a due pilastri sinergici: un intervento volto a mutare il sistema dei significati della vittima (la psicoterapia), cioè gli "occhiali" del 'mondo malevolo'; contemporaneamente agendo per la costruzione, e la concreta esperienza da parte della vittima, di un 'mondo benevolo' realmente possibile, in cui sentirsi al sicuro da quello da cui si è fuggiti e che promuova un'esperienza emozionale riparativa; pilastri che ben si accordano con gli articolati piani dell'intervento 'ecologico'.

Una risorsa importante: i gruppi

Un modo ancora poco praticato di integrare microsistema (famiglia) ed esosistema (comunità di appartenenza) al fine della amplificazione delle risorse positive è l'adozione di formati di gruppo per il sostegno dei datori di cura protettivi.

All'interno di un Progetto europeo Equal (TIAMA, Regione Lombardia) sono stati attuati per bambini vittime di abuso sessuale (intra ed extra familiare) dei trattamenti di gruppo, fortemente consigliati dalla letteratura sulla cura dei minori vittime di esperienze traumatiche e dei loro familiari, in quanto particolarmente efficaci, anche per creare riconoscimento e comunicazione.

Tre gruppi di bambini e bambine tra i 5 e i 10 anni, in tutto 21, sono stati condotti sperimentando due approcci tecnici diversi, con riferimenti sia a modelli teorici cognitivo-comportamentali specifici per vittime di abuso sessuale (gruppo di psicoterapia, su modello americano), sia a modelli di tipo psicodinamico sempre specifici (gruppo di favole, su modello francese). Un trattamento di gruppo è stato costruito anche per 6 adolescenti tra i 14 e i 18 anni che, vittime di esperienze sfavorevoli pregresse, sono diventati abusanti sessuali di altri bambini (di età tra i 4 e i 9 anni).

In parallelo agli incontri per i minori, in ogni tipo di trattamento di gruppo, si sono svolti altrettanti incontri degli adulti protettivi di riferimento, in gran prevalenza genitori (naturali, adottivi, affidatari) ma anche educatori, se il bambino era collocato in comunità.

Un analogo progetto è stato realizzato a Firenze dall'Associazione Artemisia, che opera in convenzione con il Comune di Firenze, qui sono stati organizzati gruppi di tipo psicoeducativo con bambini e bambine (dai 6 agli 12 anni) vittime di violenza assistita e fanno parte dei servizi di supporto stabilmente erogati i gruppi di sostegno psicosociale sulle competenze genitoriali con donne maltrattate, madri protettive di bambini vittime di violenza assistita e, in alcuni casi, anche di altre forme di violenza.

Mentre si trovano riferimenti in letteratura sul lavoro di gruppo da svolgere con bambini e ragazzi, scarsissimi sono gli spunti relativi al lavoro da svolgere con i loro adulti di riferimento, campo in cui in Italia le esperienze in atto stanno sviluppando strumenti completamente nuovi. Un assunto di base nell'organizzazione dei gruppi con i genitori protettivi è che anche chi è impegnato ad accudire soggetti traumatizzati soffre dello stesso funzionamento post traumatico: con questa chiave di lettura il lavoro con i datori di cura risulta centrato, efficace e profondamente analogo a quello compiuto con bambini e ragazzi. Quindi, i temi chiave individuati per i bambini (sicurezza e

fiducia, contrasto della solitudine e della stigmatizzazione, autostima e capacità di fare scelte comportamentali e prendere decisioni appropriate, impotenza e colpa, imbroglio e tradimento, riattivatori traumatici, capacità di autoproteggersi) risultano adeguati anche per gli adulti, purché declinati in forma consona.

Sia nell'esperienza del Centro Tiamia, sia in quella dell'Associazione Artemisia, il gruppo è stato pensato alternando lo *'scambio di esperienze'*, valorizzato e riletto dalle conduttrici, con vere e proprie *'istruzioni'*, relative alle reazioni post traumatiche e loro correlati. Questo formato misto aiuta infatti ad ottimizzare il tempo limitato a disposizione e può evitare il rischio di un avvistamento del gruppo su se stesso, nella condivisione di vissuti ed esperienze in cui riconoscersi ma anche andare in stallo. Importante è invece trovare e sperimentare, nella pratica, soluzioni diversificate per affrontare il problema e concreti suggerimenti. Specialmente nel caso del Centro Tiamia, dove i gruppi erano specificamente destinati a genitori di bambini vittime di abuso sessuale, ciò è servito beneficamente a contrastare il sentimento di irreparabilità ("ormai è successo e niente potrà cambiarlo"), per spostare il focus dall'evento al combatterne le conseguenze, consolidando il concetto di una guarigione possibile come dopo una ferita, e concentrando le forze proprio intorno a quanto è più utile fare per garantire la migliore guarigione della ferita. I datori di cura hanno in ogni gruppo richiesto di poter continuare dopo la fine del Progetto, e hanno comunicato frequentemente sollievo e miglioramento sia personale che come genitore o datore di cura.

La leva potente del combattere perché i bambini ritrovino benessere è diventato così anche il miglior antidoto alle reazioni post traumatiche dei *caregiver*, facendo ritrovare loro la stima di sé e la speranza nel futuro: si continua a vivere, si è sopravvissuti all'esperienza sfavorevole, si può perfino imparare dall'esperienza.

Per questo secondo obiettivo di *'istruzione'* il Centro Tiamia ha inventato strumenti, come esercitazioni in seduta e a casa, schede informative e di aiuto alla riflessione. Se nella forma è stato un esercizio di creatività, nei contenuti è stato un faticoso ma benefico lavoro di divulgazione di concetti scientifici e di conoscenze tratte dall'esperienza clinica, che si iscriveva in una convinzione da tempo maturata: se non sappiamo aiutare i soggetti traumatizzati a capirsi e a prendersi cura di sé, non possiamo essere loro molto utili.

Quanto ai risultati di queste esperienze, sarebbe necessario svolgere un'indagine *ad hoc* per mapparle, conoscere le metodologie, le tecniche e i principi teorici sottostanti, per quanto riguarda le due esperienze citate, anche se le valutazioni finali per il progetto del Centro Tiamia sono ancora in corso, esse sono state indubbiamente positive: partecipazione assidua, intenso e crescente coinvolgimento emotivo e cognitivo, nonostante la variegata appartenenza socio-culturale dei partecipanti.

Le madri partecipanti al gruppo tenuto dall'Associazione Artemisia nel periodo settembre 2006 – luglio 2007 (una nuovamente partita) si sono anche rese parti attive di un progetto europeo finanziato nel quadro del Programma Daphne II, nel quale hanno elaborato i contenuti di una campagna radiofonica di comunicazione per facilitare l'accesso ai servizi alle madri vittime di violenza domestica e alle madri di bambini vittime di violenza, una campagna che è stata definita congiuntamente a donne partecipanti a gruppi di sostegno attivati in altri paesi europei (Grecia, Cipro, Germania e Portogallo). Questa attività ha permesso alle madri di assumere un atteggiamento pro – attivo che ha consentito di focalizzare in modo molto netto alcuni passaggi critici del percorso che le ha portate ad attivarsi per proteggere loro stesso e i figli, ripercorrendo vissuti traumatici che hanno ulteriormente aperto il contatto con l'esperienza e la traumatizzazione subita dai loro bambini.

BIBLIOGRAFIA CITATA

- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E., WALL, S. (1978) *Patterns of attachment*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1999) Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review, *Pediatrics*, 103 (1), 186-191.
- BAXTER, L., SCHWARTZ, J., BERGMAN, K., SZUBA, M., GUZE, R., MAZZIOTTA, J. ALAZRAKI, A. SELIN, C., FERNG, H., MUNFORD, P., PHELPS, M. (1992) Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder, *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- BELSKY, J. (1993) Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis, *Psychological Bulletin*, 114,3, 413-434.
- BRITNER, P.A., MOSSLER, D. G. (2002) Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse, *Child Abuse and Neglect*, 26, 317-332.
- DE ZULUETA, F. (1993) *From Pain to Violence*, Whurr, London.
- DI BLASIO, P. (2000) *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.
- DUNN, J., PLOMIN, R. (1997) *Vite separate. Perché i fratelli sono così diversi*, Giunti, Firenze.
- GLASER, D (2000) Child abuse and neglect and the brain-A review, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (1), 97-116.
- ROMITO, P. (2000) *La violenza di genere su donne e minori*, Franco Angeli, Milano.
- SAS, L.D., WOLFE, D., GOWDEY, K. (1996) Children and the Courts in Canada. In: Bottoms, B., Goodman, G. (ed) *International perspective on Child Abuse and Children's Testimony: Psychological Research and Law*, Thousand Oaks, London.
- SAUNDERS, B.E., BERLINER, L. HANSON, R.F. (2001) *Guidelines for the Psychosocial Treatment of Intrafamilial Child Physical and Sexual Abuse*, Charleston, SC: Authors.
- STERN, D. (1991) *Diario di un bambino*, Arnoldo Mondadori, Milano.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE (1983) *Report to the Nation on Crime and Justice: the data*, Washington D.C., U.S. Government Printing Office.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) *World Report on Violence and Health*, Geneva, Switzerland.

Sezione II. Una nuova sfida per i servizi: il supporto ai bambini adottati vittime di pregressi traumi da maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale

II.1. L'adozione: un fenomeno in crescita

Negli ultimi anni il fenomeno dell'adozione nel nostro Paese ha conosciuto una crescita costante e significativa. Un numero sempre maggiore di coppie che presentano difficoltà o impedimenti nel generare un figlio biologico trovano una risposta soddisfacente nell'istituto dell'adozione al loro desiderio di genitorialità. La percentuale di coloro che intraprendono il percorso dell'adozione non avendo figli biologici supera il 90% delle coppie candidate. Possiamo, quindi, sostenere con buona evidenza che la disponibilità ad adottare si è trasformata nel tempo, passando da essere una scelta con spiccate caratteristiche ideali, relativa ad un gruppo minoritario, ad opzione diffusa che interessa una fetta consistente della popolazione. Accanto a questa crescita quantitativa, si va registrando un progressivo cambiamento qualitativo, con l'aumento delle adozioni internazionali e il numero di Paesi da cui i minori provengono.

Nel periodo 2001 - 2006 i minori per i quali è stata concessa l'autorizzazione all'ingresso in Italia, per adozione internazionale, sono quasi raddoppiati, passando da 1.797 a 3.188. È interessante notare che dei 16.604 bambini per i quali è stata concessa l'autorizzazione all'ingresso dal 16/11/2000 (data di avvio della legge 476) al 31.12.2006, solo 1.150 (pari al 7% del totale) aveva meno di un anno di età. Mentre ben 7.618 (pari a circa il 46%) si colloca sopra i 5 anni, di questi 1.694 (pari al 10% del totale) ha 10 o più anni. Questi dati non fanno che confermare un elemento sempre più evidente: l'età dei bambini che vengono adottati internazionalmente è piuttosto elevata e tende progressivamente a crescere. Conseguentemente, aumentano le problematiche sperimentate da questi minori nel corso della loro vita precedente all'adozione. Sono numerosi, infatti, i soggetti che hanno vissuto esperienze traumatiche quali la grave trascuratezza, il maltrattamento fisico e psicologico, l'abuso e lo sfruttamento sessuale, la violenza assistita. È significativo, a questo proposito, che nel 46,2% dei casi di adozione internazionale effettuati nel periodo 11.11.2000 - 31.12.2006, l'adottabilità è stata dichiarata per decadimento della patria potestà, causa che indica una grave inadeguatezza delle capacità di cura nei genitori biologici.

La crescita quantitativa e le variazioni qualitative delle adozioni deve indurre ad approfondire maggiormente i delicati e complessi meccanismi della filiazione adottiva per identificarne gli aspetti più significativi e sensibili, così da poter operare in termini di prevenzione, accompagnamento e cura in modo efficace e sostenibile.

Cos'è l'adozione

Per una corretta riflessione sui bisogni dei bambini e dei genitori adottivi, pare utile intendere lo strumento adozione come un intervento "riparativo" che sopperisce alla mancanza di un idoneo contesto familiare nel quale il bambino possa sperimentare relazioni rispondenti ai suoi bisogni, tali da assicurargli la possibilità di una crescita psico-fisica adeguata. In questo modo è possibile tenere in debita considerazione i bisogni di cui i figli adottivi sono portatori nel tempo, così da evitare di assumere un atteggiamento eccessivamente sbilanciato sulle legittime aspirazioni delle coppie candidate a diventare genitori, sottovalutando la complessità insita in tale esperienza di genitorialità. Un altro aspetto importante che contraddistingue l'adozione è la sua natura processuale. Essa, infatti, contrariamente a quanto spesso si è portati a pensare, non si caratterizza solo come evento puntuale che si verifica il giorno in cui il bambino viene inserito nella famiglia adottiva, ma è anche, e soprattutto, un percorso di costruzione di relazioni e gestione di temi complessi che si propongono e ripropongono lungo tutto l'arco della vita (Brodzinsky, 1990, 1992). Quindi, nel riflettere su quali esigenze caratterizzano i bambini adottivi e, di conseguenza, su quali possono essere i fattori di rischio del loro percorso di crescita, va utilizzata una prospettiva di largo respiro che tenga conto non solo dei bisogni a breve termine, ma più in generale le diverse tematiche e le criticità che contrassegnano le diverse fasi dello sviluppo.

II.2. L'incrocio tra adozione e abuso

Le equipe adozioni e i servizi che si occupano psicologicamente e socialmente di minori abusati/maltrattati devono tenere conto di alcuni cambiamenti rispetto al passato: l'incremento del dato numerico di bambini vittimizzati si collega allo sviluppo di maggiori competenze diagnostiche e a qualche possibilità prognostica in più rispetto agli effetti traumatici del fenomeno, permettendo di costruire migliori progetti riparativi.

La letteratura scientifica internazionale, a partire dalla ricostruzione di esperienze infantili traumatiche a sfondo sessuale emerse durante percorsi terapeutici di adulti trattati per disturbi di personalità o gravi disordini affettivi, riconosce all'abuso sessuale un ruolo patogeneticamente rilevante nell'insorgenza e nell'evoluzione di specifici quadri clinici (Horowitz, 1992), sottolineando che l'età della vittima è inversamente correlata alla gravità del danno psicopatologico subito: minore è l'età del bambino, maggiore è l'effetto del trauma.

In particolare, esperienze di abuso infantile sono rilevabili nei casi di disturbo di personalità associato a disturbi dell'alimentazione, a disturbi da abuso di sostanze ed impulsività. Alcuni sintomi, inoltre, come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'ideazione paranoide o le illusioni ottiche, presenti tra i borderline abusati, si associano frequentemente ad amnesie, fughe o problemi di concentrazione e si ritrovano spesso anche disturbo post-traumatico da stress.

Il lavoro clinico con il bambino abusato evidenzia tra i principali sintomi conseguenti al "trauma cumulativo":

- senso di colpa per aver contribuito alla perdita dei legami originari (attraverso una denuncia esplicita o implicita degli abusi subiti), con sentimenti di nostalgia, disperazione e rabbia
- presenza di funzionamento mentale dissociato o scisso
- tendenza ad un attaccamento insicuro/disorganizzato
- possibile sviluppo di disturbi dell'apprendimento e adattamento scolastico
- sviluppo di disturbi del sonno e dell'alimentazione
- sviluppo di fobie come risposte difensive allo stress post traumatico
- emergere di malattie psicosomatiche (con distorsione dello sviluppo psico-sessuale)
- disadattamento sociale (problemi di inserimento nel gruppo dei coetanei, strutturazione di un falso sé con oscillazione tra basso livello di autostima e un "sé magnifico")
- la presenza di aggressività e difficile controllo degli impulsi (iperattività)
- comportamenti sessuali inappropriati (coazione a ripetere le condizioni traumatiche, identificazione con l'aggressore).

Recenti contributi alla teoria del trauma in ambito psicodinamico (Borgogno, 1997) lo descrivono nei suoi aspetti psicologici ed emozionali, come una forma di privazione per eccesso o per difetto sul corpo e sulla mente in formazione e crescita, che deve essere sottratta al diniego e all'oblio. Gli eventi traumatici, come condizioni continuative o temporanee, cumulative o improvvise, spesso non riescono ad essere raccontati, non seguono un processo di simbolizzazione e verbalizzazione: non diventano "storia". In questo caso, il trauma si rende tale in due tempi: prima quando si verifica, poi quando viene disconosciuto e può rimanere nascosto per anni nella psiche e poi esplodere.

È importante quindi aver chiaro che l'inserimento di un minore in una famiglia adottiva costituisce un'operazione complessa e delicata che necessita di essere accompagnata e sostenuta con attenzione e competenza. L'esperienza e le ricerche sul campo hanno ampiamente dimostrato che il desiderio di diventare genitori e la possibilità di garantire un contesto familiare ricco di risorse ed opportunità non rappresentano automaticamente condizioni sufficienti alla riuscita dell'esperienza adottiva. Va, quindi, abbandonata l'idea, ancora purtroppo molto diffusa nell'opinione pubblica, che semplificando le procedure e facilitando l'inserimento dei bambini in stato di abbandono nelle famiglie disponibili all'accoglienza, si potrebbe, facilmente ed efficacemente, rispondere al bisogno di cure e protezione che questi bambini esprimono. Il desiderio di diventare genitori e la disponibilità ad amare come proprio figlio un bambino nato da altri costituiscono condizioni

importanti e necessarie, ma non sufficienti a garantire che il legame tra genitori adottivi e minore si costruisca correttamente. In altre parole, si tratta di abbandonare l'immagine del bambino abbandonato come soggetto bisognoso di cure e nutrimento affettivo e, dunque, felice e disponibile di riceverle nel momento in cui vi sono adulti disponibili ad offrirglieli. Al contrario è importante accedere ad una visione più complessa e realistica delle caratteristiche e dei bisogni del minore che va in adozione, cogliendo accanto alle potenzialità evolutive anche le sue fragilità. A questo proposito è interessante notare che vi è una sostanziale convergenza nelle ricerche sul campo nell'evidenziare che i soggetti adottati presentano, rispetto ai coetanei non adottati, livelli di adattamento psico-sociale inferiori. Normalmente il grado di riuscita dell'adozione viene "misurato" valutando la presenza-assenza di condizioni di problematicità e/o il livello di funzionamento rispetto a determinati indicatori ritenuti significativi dell'adattamento complessivo del soggetto. Solitamente gli indicatori maggiormente utilizzati sono:

- l'andamento scolastico;
- l'abuso di droghe e alcol;
- i problemi con la giustizia;
- la presenza di problematiche psicopatologiche;
- i comportamenti problematici e le difficoltà di relazione;
- le fughe da casa;
- la restituzione del bambino;
- i suicidi e i tentativi di suicidio;
- il quoziente intellettivo.

Nella ricerca effettuata da Hjern, Lindblad, Vinnerljung (2002), *"Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study"*, forse una delle più estese mai realizzate, gli autori hanno utilizzato le informazioni dalla Swedish Register Population selezionando: un gruppo di adottivi composto da 11.320 soggetti (8.700 di origine asiatica e 2.620 di origine latino-americana); un gruppo di 2.343 fratelli biologici degli adottivi, un gruppo di 4.006 immigrati e la popolazione generale pari a 853.419 persone. Il gruppo degli adottati apparteneva a diverse fasce per quanto concerne l'età di inserimento in famiglia (si veda la tabella 1).

Età	Percentuale
Tra 0 e 1 anno	74%
Tra 2 e 3 anni	16%
Tra 4 e 6 anni	9%

I risultati hanno mostrato che gli adottivi hanno, rispetto alla popolazione non adottata, sei volte di più la probabilità di commettere suicidio, la possibilità da tre a quattro volte maggiore di avere disturbi mentali; cinque volte più probabilità di fare uso di droghe, da due a tre volte di abusare di alcol o commettere dei crimini. Nella stessa ricerca, però, si evidenzia come l'82% dei maschi e il 92% delle femmine si sono bene adattati, presentando un livello di "funzionamento" psichico e sociale nella norma. Altri studi concordano nell'indicare una presenza di maggiori difficoltà relativa ai soggetti adottati, soprattutto nel versante dei sintomi esternalizzanti. Ovviamente, non è l'esperienza dell'adozione a determinare un quadro di problematicità e/o deficit nel bambino adottato, quanto piuttosto le esperienze pregresse. Da qui l'importanza di porre attenzione alla complessità di eventi pregressi che il bambino ha vissuto, specialmente a quelli traumatici connessi a gravi violenze.

II.3. I fattori di rischio

Molti autori hanno lavorato nel tentativo di individuare dei fattori di rischio che possono influire in modo significativo nella riuscita dell'adozione. Tra questi uno dei più controversi è certamente quello dell'età al momento dell'adozione. Infatti, i risultati delle ricerche non sono unanimi nell'indicare una correlazione significativa tra l'età del minore al momento dell'inserimento in

famiglia e l'esito dell'adozione³. Ciononostante, prevale complessivamente la convinzione, sostenuta dagli studi più recenti⁴, che all'aumentare dell'età aumentino le difficoltà di adattamento, la presenza di comportamenti devianti, le difficoltà di apprendimento e la probabilità di un insuccesso dell'adozione.

Vi sono altri fattori di rischio che possono influire in modo negativo nell'adattamento del bambino. Gli studi ne hanno evidenziato alcuni particolarmente significativi. Tra questi ha un'indubbia importanza l'essere stati in istituto. E. W. Ames (1997) ha confrontato un gruppo di bambini adottati dalla Romania, precedentemente istituzionalizzati per almeno otto mesi, un gruppo ugualmente adottato dalla Romania senza previa istituzionalizzazione e bambini nati in Canada non adottati. Il confronto tra i tre gruppi mostra che il gruppo precedentemente istituzionalizzato aveva un più basso livello cognitivo, tanto più deficitario quanto maggiore era stata la permanenza nell'istituto.

Altro aspetto che deve essere tenuto in debita considerazione è quello relativo alle conseguenze che possono derivare allo sviluppo neuro-biologico del bambino a causa delle condizioni svantaggiate in cui si sono realizzate la gravidanza, il parto e i primi anni di vita. Le ricerche hanno ben evidenziato la correlazione esistente tra fenomeni quali l'assunzione di droga o alcol e condizioni di vita stressante durante la gravidanza, la malnutrizione, il parto prematuro e lo sviluppo neurologico del bambino. In questi casi sono state evidenziate connessioni con comportamenti problematici, iperattività, disturbi dell'attenzione, difficoltà di apprendimento, disturbi del sonno e dell'alimentazione (Streissguth, Conner, 2001). Se si considera che alcuni dati indicano che il 20% dei bambini nell'Europa dell'est nasce prematuramente (Jenista, 2000) e che la malnutrizione è una realtà endemica di molti Paesi da cui provengono i bambini adottati (UNICEF, 2001), è facile intuire la portata del rischio che questi bambini corrono nel presentare ritardi e/o alterazioni nello sviluppo psico-fisico.

Infine, citiamo le conseguenze problematiche che possono derivare, anche a lungo termine, dall'aver esperito situazioni di violenza e/o grave deprivazione. Sappiamo che tali esperienze provocano nel soggetto colpito reazioni post-traumatiche che ne influenzano significativamente sia lo sviluppo cerebrale, sia quello della personalità e delle caratteristiche relazionali. Tra le esperienze traumatiche, oltre a quelle propriamente dette, vanno aggiunte la separazione dai genitori biologici e da altre persone e contesti divenuti familiari.

Accanto agli studi citati, che evidenziano le difficoltà ed i rischi presenti nel percorso adottivo, sono stati pubblicati, negli ultimi anni, alcuni lavori che segnalano una differenza più contenuta nel confronto tra le performance complessive dei soggetti adottati e dei non adottati. Citiamo tra i più significativi quello di M. H. van IJzendoorn e F. Juffer (2006) e quello di J. Palacios (2005). Nel primo i due ricercatori olandesi hanno realizzato un'imponente lavoro di meta-analisi esaminando numerose ricerche effettuate in diversi paesi sull'andamento delle adozioni. Questo lavoro ha preso in esame un totale di 265 studi, relativi a 30.000 soggetti adottati e 155.000 non adottati considerati come gruppo di controllo. I risultati sono, per molti aspetti, sorprendenti. Gli autori, infatti, affermano che: *“Abbiamo trovato solo piccole differenze tra i bambini adottati e quelli non adottati... Gli adottati, paragonati ai non adottati, mostrano complessivamente maggiori problemi di comportamento, più sintomi esternalizzanti e internalizzanti, ma in quantità contenute”*. Il lavoro di Palacios (2005) evidenzia, invece, che laddove lo stato dei soggetti adottivi viene confrontato con quello di coloro che, a partire da una medesima condizione di abbandono, non hanno avuto un collocamento in una nuova famiglia rimanendo in istituto, i primi hanno performance clamorosamente migliori dei secondi.

Crediamo che questi risultati, apparentemente contraddittori, permettano di evidenziare alcune caratteristiche qualificanti la realtà dell'adozione:

- A. l'adozione non costituisce una condizione di svantaggio, con conseguenze simili per tutti gli adottivi. Essa, infatti, non rappresenta una categoria nosografica definita, con le sue

³ Si vedano, ad esempio, i lavori di Moore e Fombonne (1999), Barth e Brooks (1999), Brodzinsky e Palacios (2005).

⁴ Si vedano i lavori di Moore, Fombonne (1999); Barth, Brooks (1999); Groothues, Beckett, O'Connor (2001); Hoksbergen (2001); Cavallo (1995; 1999); Palacios (2005); van IJzendoorn e Juffer (2006).

caratteristiche e la sua evoluzione nel tempo, bensì un “contenitore” all’interno del quale possiamo trovare realtà molto diverse, in quantità e qualità, lungo un continuum che va da situazioni complessivamente nella norma ad altre caratterizzate da gravi condizioni di patologia.

- B. Il percorso di crescita dei soggetti adottivi verso il traguardo rappresentato da una condizione adulta autonoma e consapevole, è spesso un cammino difficoltoso, caratterizzato da frequenti e rilevanti fasi critiche, ma che, nella maggioranza dei casi, ha un esito sufficientemente positivo.
- C. La riuscita dell’adozione, intesa come raggiungimento da parte dell’adottato di un funzionamento psicologico e comportamentale che gli consenta di condurre un sufficiente adattamento sociale, dipende da numerose variabili che interagiscono tra loro durante il percorso, rinforzandosi o compensandosi reciprocamente.
- D. Vi è un certo numero di casi (tra il 10 ed il 20% nelle adozioni difficili e tra l’1 ed il 3% nelle altre), nei quali la famiglia adottiva non è in grado di rispondere agli imponenti bisogni del figlio adottivo e il rapporto di reciproca appartenenza non si costruisce, con la conseguente rottura del legame genitori-figlio dando luogo a dei veri e propri fallimenti adottivi (disruption).

Da quanto riportato nei quattro punti sopra esposti si deduce chiaramente che le situazioni che hanno maggiori probabilità di andare in corso a gravi difficoltà e/o fallimento sono quelle in cui i fattori di rischio del bambino e quelli della coppia si incontrano, potenziandosi reciprocamente. Tra i più significativi la letteratura indica:

Fattori di rischio relativi al bambino

- età al momento dell’adozione
- problemi psicologici gravi
- problemi comportamentali gravi (esternalizzanti)
- esperienze traumatiche e/o storia particolarmente complessa
- aver sperimentato numerose collocazioni prima dell’adozione
- avere comportamenti che frustrano il ruolo dei genitori

Fattori di rischio relative al sistema istituzionale

- mancata preparazione pre-adozione della coppia
- risorse istituzionali carenti e/o inadeguate

Fattori di rischio relativi al nucleo che accoglie

- presenza di altri figli
- genitore single o divorziato
- alto livello socio-economico
- stile educativo rigido dei genitori
- disaccordo tra i coniugi sul progetto adottivo
- aspettative rigide nei confronti del bambino da adottare
- età avanzata della coppia
- motivazione “filantropica”
- mancata elaborazione della propria storia personale

II.4. Riflessioni da un'esperienza sul campo: l'impatto di pregresse, gravi esperienze traumatiche nel processo adottivo (contributo dell'Équipe Adozioni A.S.L.8, Moncalieri - Regione Piemonte)

L'esperienza degli operatori che da anni lavorano nelle équipe adozioni dei Servizi Pubblici fa registrare una generale complessificazione del fenomeno adozione (nazionale e internazionale) e delle dinamiche intrafamiliari ad esso collegate. Tutto ciò è in buona parte causato dalle condizioni fortemente problematiche in cui i bambini arrivano all'adozione, dovute alle esperienze traumatiche vissute nelle famiglie di origine e a volte anche nell'istituzione stessa che, in paesi ancora poco evoluti nei loro sistemi di tutela all'infanzia, non è in grado di proteggere a dovere i minori affidati alle sue cure (Farri, 2001).

Tra le condizioni più difficili da affrontare si registra un aumento delle esperienze traumatiche a sfondo sessuale, violenza psicologica e grave maltrattamento che, per i minori italiani sono quasi sempre già diagnosticate al momento dell'adozione, mentre per i minori stranieri, specialmente per quelli istituzionalizzati da anni, rimangono spesso solamente a livello di indicatori e/o di ragionevole sospetto, per poi rivelarsi magari più avanti, nelle fasi successive all'inserimento nella famiglia adottiva. Inoltre, i bambini che arrivano in adozione e di cui si conoscono gli abusi subiti sono numericamente più numerosi e più grandi che in passato.

Si comprende, di conseguenza, il diverso impatto che il fenomeno può avere sulla famiglia d'accoglienza e come si renda necessario, nella fase di informazione/preparazione degli aspiranti genitori adottivi, rappresentare tutti i possibili scenari dell'adozione nazionale e internazionale, prevedendo adeguati percorsi di accompagnamento e sostegno al nuovo nucleo familiare. Lo sviluppo degli studi scientifici su tali condizioni, così come la conoscenza degli effetti sintomatologici del trauma cumulativo (Martinetti, 2003), hanno determinato cambiamenti sociali, diagnostici e clinici anche nella prospettiva di individuare scelte correttive che hanno permesso di attribuire all'adozione una valenza riparativa rispetto alle situazioni traumatiche stesse, rendendo necessario anche un cambiamento epistemologico nell'area dell'intervento.

In particolare, le conoscenze teorico-cliniche e le prassi operative degli addetti ai lavori rendono oggi imprescindibile far riferimento all'analisi multifattoriale del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento e al paradigma della complessità, individuando i fattori da declinare singolarmente e in interazione con gli altri, a livello intrapsichico, relazionale e sociale:

- vulnerabilità biologica del minore;
- vissuto e significato soggettivo dell'esperienza traumatica e resilienza del bambino;
- caratteristiche psicologiche individuali e di coppia dei genitori adottivi e capacità di resilienza;
- caratteristiche del contesto ambientale di accoglienza (presenza di altri figli, nonni, scuola, ecc.);
- dispositivi istituzionali e reti di sostegno alla famiglia adottiva.

In questa prospettiva, il lavoro delle équipe adozioni si caratterizza dunque, per la ricerca di un'integrazione professionale che operi su più fronti e che sia in grado di accompagnare, formare e sostenere la genitorialità adottiva nell'accoglienza dei minori abusati, anche attraverso la costruzione di reti sociali allargate.

L'Adozione come Esperienza Riparativa

Dal punto di vista teorico e operativo l'adozione si configura come esperienza che può agire in senso riparativo, espressivo e solidaristico attraverso la ri-generazione di legami di attaccamento significativi (Farri, 2001; Fava Vizziello, 2000), tentando di ridare speranza al percorso evolutivo del minore così duramente provato. Tuttavia, come descritto in precedenza, la complessità di tale

processo è proporzionale al forte bisogno di ciascun membro dell'avventura adottiva e richiede tempi lunghi e interventi intensivi a favore della famiglia adottiva, proprio a causa delle specifiche dinamiche psicologiche e relazionali. I bambini che hanno vissuto esperienze traumatiche ed abuso tendono, infatti, a reagire immediatamente anche in presenza di stimoli non intensi a situazioni nuove che potrebbero produrre paura (Perry, 1995); in questi bambini è possibile che il sistema di attaccamento venga rapidamente e facilmente iperattivato, proprio a seguito della sperimentata rottura di molte relazioni affettive precedenti.

Nel caso di bambini adottivi che hanno esperito la scarsa accessibilità di genitori disturbati o sofferenti, il cambiamento di uno o più care-giver, la difficoltà di instaurare relazioni affettivamente significative in contesti di tipo istituzionale, l'aver subito esperienze traumatiche e di abuso (Stowall, 1998), provoca la messa in atto di meccanismi difensivi tali da impedire di fruire delle cure offerte dai genitori adottivi, rendendo talvolta costoro incapaci di attivare uno stile di parenting sensibile e protettivo.

Molti bambini sviluppano una serie di reazioni emotive e comportamentali tipiche di un "Reactive Attachment Disorder" (Howe, 2002) ed agiscono come se un buon accudimento da parte dei genitori adottivi fosse potenzialmente pericoloso. Nel lavoro dell'équipe un passaggio fondamentale è rappresentato dal rendere comprensibili ai genitori adottivi tali comportamenti e dar loro un senso, inserendoli nel contesto delle rappresentazioni che il bambino si è costruito con le precedenti figure di attaccamento e che condizionano le sue aspettative rispetto alle nuove interazioni affettive (Bowlby, 1989). I genitori adottivi sono sostenuti nel difficile compito di essere attenti, sensibili, vicini al bambino nella sua crescita per non perpetuare le condizioni originarie del trauma dovute a disattenzione, lontananza, insensibilità, indifferenza, svalorizzazione, con tutte le conseguenze sul processo di crescita. Nella nuova dinamica familiare gli operatori non devono sottovalutare le conseguenze di questi vissuti che influenzano non solo lo stile di relazione del bambino, bensì anche lo stile di parenting dei genitori (Howe, 2002).

Per i genitori adottivi, tuttavia, è difficile parlare con il bambino della sua storia. Se a livello razionale si concorda sul fatto che il bambino deve sapere e conoscere ciò che si sa dei suoi trascorsi, a livello emotivo profondo si teme di sollevare il velo sul passato, di creare turbamento perché magari non ci sta più pensando oppure ci si interroga su quale sia il momento giusto. L'adozione, quindi, non deve mettere ordine solo nel mondo esterno del bambino ma riordinare anche il suo mondo interno e anche i genitori più solidi possono vacillare di fronte ad alcuni comportamenti sessualizzati, di rifiuto, aggressività, ambivalenza e controllo manifestati dal figlio adottivo. È possibile, per esempio, che il genitore fiducioso cerchi di avvicinare il bambino e che quest'ultimo risponda con atteggiamenti di ostilità, evitamento, iperattività o isolamento, facendo pensare ad un rifiuto o ad una sfida nei suoi confronti. I bambini vittimizzati, invece, tendono a ripetere le antiche modalità di relazione che hanno permesso loro, a suo tempo, di resistere e sopravvivere nell'ambiente di vita precedente, ostile e pericoloso. Una volta inseriti nel nuovo contesto più rassicurante, non abbandonano automaticamente comportamenti che possono apparire disfunzionali ai genitori adottivi, come per esempio:

- salvare, nonostante le evidenze, l'immagine dei genitori biologici dai quali credono comunque di essere stati amati, per contenere il dolore della loro perdita definitiva;
- mantenere un'idea di normalità rispetto all'ambiente originario di vita, per apparire indipendenti, più distaccati e maturi agli occhi dei nuovi genitori;
- ripetere comportamenti precedenti ma ora disfunzionali quali isolamento, manipolazione, bugie e distacco per darsi il tempo di verificare l'affidabilità e la sicurezza del nuovo ambiente di accoglienza prima di abbandonarli del tutto;
- salvaguardare la valorizzazione di sé attraverso comportamenti quali il rifugiarsi in un mondo di fantasia, idealizzare legami affettivi con personaggi immaginari, mostrarsi indipendenti e poco bisognosi degli altri, mettersi in situazioni di rischio.

L'esperienza clinica degli operatori che hanno in carico questa tipologia di famiglie adottive

evidenza come alcuni dei comportamenti sopra descritti possano apparire meccanismi di difesa disfunzionali ai genitori adottivi, ma rientrare tra quelle strategie di resilienza dei bambini, che hanno permesso loro di sopravvivere a traumi così devastanti. Con il tempo e con opportuni interventi tali modalità, ormai inutili, potranno cambiare; tuttavia è opportuno non patologizzare il bambino e piuttosto sostenere nei genitori adottivi la capacità di affrontare apertamente gli eventi accaduti. Senza dubbio l'identificazione con l'esperienza traumatica vissuta dal bambino mobilita intrecci di emozioni e pensieri che vanno da sentimenti di rabbia impotente a solidale com-passione, dal pensiero inconfessato che forse *"sarebbe meglio dimenticare"* fino al senso di fallimento e alla negazione dei segnali di malessere, come per salvare la propria decisione di aver scelto di adottare. Tuttavia è necessario un percorso elaborativo delle vicende traumatiche attraverso l'attribuzione di un senso condiviso sul quale riprendere insieme il cammino evolutivo della propria vita.

Se l'adozione ripropone al minore il senso di un'esperienza riparativa, anche sul versante della coppia genitoriale essa rappresenta la potenziale riparazione degli aspetti di mancanza e perdita della creatività biologica, sanciti dalla condizione di sterilità che può rendere ambivalente il limite tra il bisogno (del figlio a tutti i costi) e il desiderio (di un figlio su cui investire anche se nato da altri, di cui prendersi cura senza riserve o rigide aspettative).

Bambino e genitori adottivi, quindi, condividono una comune peculiarità: entrambi sono chiamati a **riparare** qualcosa dentro di loro.

- * **per il bambino** è l'immagine di sé danneggiata dall'attacco al corpo oltre che dalla perdita degli affetti originari
- * **per i genitori** è l'immagine di sé legata al vuoto procreativo e al potersi legittimare come genitore di un bambino così danneggiato e sofferente.

In questa direzione la scelta adottiva può rappresentare veramente una buona riparazione, senza cedere alle sirene della idealizzazione, se realizza un'attitudine a rispondere ai bisogni dell'altro unita ad un forte sentimento di responsabilità e interesse nei suoi confronti. E ciò diventa verosimile a patto di non essere lasciati soli (genitori e bambino) ma accompagnati in un contesto di sostegno psicologico nel lungo percorso dell'anno affidò preadottivo e ben oltre il tempo prescritto dalla procedura. Una buona riparazione porta con sé, come inevitabile e necessario, il senso della consapevolezza dei propri limiti e del proprio potere, quello che lo psicoanalista Speciale Bagliacca chiama **senso tragico di responsabilità** (1997). Assumere questo vertice di osservazione significa accettare gli eventi tragici della vita, aiutando a recuperare il senso del limite del cambiamento e a prendere consapevolezza dolente del lutto nei confronti delle proprie "parti eroiche". Occorre ricordare ancora una volta che le vittime abusate, generalmente, pensano che l'accaduto sia proprio colpa loro e sono spesso annientate dal doppio dolore per il danno che hanno subito e per il danno che hanno procurato ad altri con la loro rivelazione. Una buona riparazione, quindi, ha bisogno di un tempo nel quale dispiegarsi, cioè di una processualità del fenomeno, con i suoi limiti, la sua temporalità, le ricadute e le ambivalenze. E il traghettamento verso nuovi oggetti di investimento affettivo (nel caso dell'adozione sono nuovi genitori a cui voler bene) non si presenta privo di conflitti ma popolato dal senso di colpa.

Caratteristiche dei genitori adottivi

Il lavoro clinico maturato nell'ambito del fenomeno abuso e maltrattamento ha permesso agli operatori dell'équipe di individuare attitudini e caratteristiche dei genitori aspiranti all'adozione, orientando in modo più preciso la fase di valutazione delle coppie aspiranti e poi quella successiva di abbinamento con il bambino. Risultano particolarmente importanti:

- la capacità di favorire una buona riparazione e di tollerare il lungo tempo necessario per traghettare il bambino verso nuovi oggetti di investimento affettivo (nel caso dell'adozione sono "nuovi" genitori) ;
- la capacità di accompagnare e sostenere il minore verso la consapevolezza che non era possibile per lui fare molto di più o di diverso, prendendo coscienza e accettazione dei suoi limiti (da solo non aveva, infatti, il potere di opporsi all'imbroglio affettivo

- perpetrato);
- la capacità di riconoscimento, contatto e tolleranza verso i sentimenti negativi, repulsivi/disgustosi e imbarazzanti attivati dal tipo di trauma subito dal bambino;
 - la capacità di condividere e collaborare (superando la tentazione di secretare), superando la vergogna, anche insieme ad altri genitori, nei luoghi preposti al sostegno post-adottivo soprattutto attraverso l'attivazione di gruppi di confronto e di psicoterapia;
 - una adeguata maturità ed equilibrio psico-sessuale individuale e di coppia;
 - l'accettazione consapevole e responsabile del rischio prognostico evolutivo (poiché la ri-attivazione dei sentimenti connessi al trauma può essere aperta nei passaggi vitali quali l'adolescenza) a partire dalla resilienza degli adottivi e del bambino. occorre tener presente che il recupero psicobiologico individuale è ovviamente condizionato dai danni psicobiologici subiti, al di là di ogni possibile stimolazione;
 - la tendenza a non drammatizzare le situazioni ma anche a non negarle né idealizzarle;
 - la capacità di ascoltare il passato del bambino per ri-costruire una storia personale coerente che consenta di lasciar andar via il passato, accantonandolo senza perdere l'integrità di sé nel processo di crescita;
 - l'aver e il poter utilizzare buone relazioni con l'ambiente familiare allargato quale risorsa di sostegno alla coppia e alla famiglia.

Il Progetto Riparativo

Un progetto che abbia l'obiettivo di riparare traumi così profondi e lesivi dell'integrità psicofisica è inevitabilmente complesso perché richiede competenze specifiche, da articolare a seconda delle età e delle risorse del minore nonché delle caratteristiche delle famiglie. Per tali motivi, esso non può che essere sviluppato attraverso una rete professionale e sociale secondo coordinate spazio/temporali che vanno inevitabilmente oltre i tempi giuridici dell'adozione. Non è quindi pensabile che il periodo post-adottivo consenta di esaurire tutte le necessità riparative del minore né può essere pensabile lasciare le famiglie, pur competenti rispetto alle funzioni genitoriali, prive di sostegno di fronte ad un compito così delicato e lungo quale è la riparazione da un trauma.

Nell'esperienza di lavoro sul campo maturata in questi anni, si è reso evidente che per costruire un progetto riparativo occorre tenere conto di tre direttrici fondamentali:

1. la valutazione delle risorse residuali del minore, in funzione della sua storia passata, per preparare e stimolare il bambino ad un cambiamento evolutivo strutturale, rispettoso dei suoi tempi ma fondato sulla possibilità di dare un significato alle esperienze subite per poterle digerire ed accantonare. Sappiamo che non spiegare ad un bambino, anche relativamente piccolo, che cosa stia accadendo della sua vita o fornirgli mezze verità anche nel periodo di definizione del rischio giuridico e quindi dell'attesa di certezze aumenta il livello di ansia e confusione, potenzia la distorsione delle percezioni, incrementa il senso di colpa e di tradimento. Occorre quindi investire sulla valutazione della resilienza e sulla preparazione del bambino con la speranza di una possibilità riparativa attraverso nuovi legami affettivi che si affianchino e integrino in modo sostitutivo le identificazioni primarie.
2. L'individuazione delle coppie più idonee nello svolgere questa funzione che va oltre l'accoglienza, prevede l'affiancamento genitoriale e richiede una competenza riparativa. Al di là della sicurezza dell'attaccamento nella nuova famiglia, ci devono essere spazi di chiarificazione, accompagnamento, sostegno e talvolta anche di cura rispetto alle disfunzionalità emotive e relazionali che vengono attivate dai bambini abusati.
3. La necessità di articolare un contesto di intervento ampio e duttile, attraverso una rete sociale che offra contenimento, decodificazione dei sintomi, azioni cura.

Le aree di intervento sopra citate possono rappresentarsi attraverso la seguente tabella:

SUL MINORE	SUI GENITORI	SUL CONTESTO
Valutare le risorse residuali del minore in funzione della sua storia passata per:	Individuare la coppia più idonea e seguirla nel post-adozione per:	ALLARGATO Servizi sanitari, sociali, scuola, tempo libero
1) Creare una possibilità riparativa attraverso nuovi legami affettivi 2) Preparare il b/o ad un cambiamento evolutivo rispettoso dei suoi tempi e basato sulla significazione dell'esperienza (l'assenza di spiegazioni e le mezze verità aumentano il livello di ansia e confusione, la distorsione delle percezioni, il senso di colpa e di tradimento)	1) Accompagnare, formare alla genitorialità adottiva e all'accoglienza del minore traumatizzato 2) Sostenere la coppia all'accoglienza 3) Curare il nuovo nucleo familiare sino alla completa elaborazione individuale e del sistema stesso	Prevedere una rete sociale che offra contenimento, decodificazione dei sintomi, interventi di cura

II.5. Conclusioni

Da quanto esposto fin qui appare chiaro che l'adozione costituisce un fenomeno complesso che richiede risposte complesse. Sono tante le variabili che contribuiscono a determinarne l'esito nel tempo. I numerosi fattori di rischio che possono caratterizzarla richiedono, come abbiamo visto, l'attivazione di interventi di accompagnamento e sostegno puntuali, articolati e competenti. Negli ultimi anni molti passi avanti sono stati fatti in questa direzione e non vi è dubbio che la qualità dei servizi offerti alle famiglie adottive, a partire dall'approvazione della legge 476/2001 di ratifica della Convenzione de L'Aja, è notevolmente cresciuto sia sul piano organizzativo che nel merito degli interventi.

Ma c'è ancora molto da fare nella direzione dell'integrazione di modelli culturali e operativi diversi tra Servizi ed Enti, che devono definire e rispettare le proprie competenze professionali, nell'assunzione di una responsabilità a cui non ci si può sottrarre. Una più efficace collaborazione tra questi soggetti si dovrebbe realizzare:

1) nella **fase di informazione/preparazione** delle coppie aspiranti: poiché molto è stato fatto, ma occorre consolidare la presenza degli Enti accanto agli operatori dei Servizi;

2) nella **fase dell'abbinamento**: poiché si apprende anche dagli errori commessi ed è in questa fase che si gioca, molto spesso, l'esito di un'adozione. Nell'adozione nazionale i tribunali tendono generalmente a coinvolgere gli operatori dei servizi sulla proposta di abbinamento alla coppia, mentre i Servizi, pur conoscendo limiti e risorse delle coppie stesse, non vengono chiamati a confrontarsi con l'Ente, che è l'unico mediatore con le Autorità Straniere in grado di raccogliere le notizie della storia di vita del bambino, delle condizioni fisiche e psicologiche in cui fino a quel momento è stato cresciuto. Ancora troppo spesso il profilo del bambino risulta oscuro ed incompleto, senza possibilità di acquisire maggiori conoscenze e/o di verificare l'adeguata preparazione al trapianto adottivo, rischiando di sottovalutare o negare realtà fortemente problematiche. Ogni abbinamento dovrebbe fondarsi su una precisa valutazione delle risorse, cioè dei punti di forza e punti di debolezza sia del bambino che delle aspiranti coppie adottive, soprattutto poi nei casi di abuso sessuale e grave maltrattamento.

3) nella **fase del post adozione**: poiché si rende necessaria la definizione di un progetto di

lavoro integrato a sostegno del minore e della coppia, con la specificazione di tempi e contenuti, anche a livello del contesto sociale e scolastico. Sarebbe auspicabile, per esempio, attivare percorsi specifici di sostegno post adottivo per tipologie diverse di traumi, come l'abuso sessuale, il maltrattamento o la grave trascuratezza.

Un lavoro così strutturato si ispira a criteri organizzativi, contenuti e metodi di alta qualità e tutto ciò, tuttavia, richiede tempo, fatica e risorse da impegnare sia da parte degli operatori che delle istituzioni preposte, nella convinzione che continuare a “fare e confrontare le esperienze” su questo tipo di interventi accresce la conoscenza/competenza rappresentando un utile contributo a chi quotidianamente è chiamato a decidere, di fatto, sulla vita di bambini già così duramente provati da non consentire più di sbagliare nei loro confronti.

La riflessione sui contenuti dell'adozione è, in Italia, ancora recente. Molti sono i temi che appare necessario approfondire e sui quali è importante incrementare la conoscenza teorica per poi individuare strategie di gestione adeguate, tra questi l'impatto delle pregresse esperienze traumatiche sul processo adottivo, in particolare sulla costruzione di nuovi legami di attaccamento e sulla possibilità per il bambino di sperimentare relazioni ed esperienze riparative. Il lavoro di accompagnamento e sostegno rivolto ai bambini, l'adolescenza, la dimensione etnica sono, solo per citarne alcuni, temi sui quali appare importante sviluppare riflessioni e conoscenze adeguate. In questo senso c'è da augurarsi che vi sia un incremento delle ricerche sul tema, attualmente ancora piuttosto rare. Tra i temi “sensibili” un posto di evidente rilievo è occupato dal tema del rapporto tra il bambino la sua famiglia di origine sia nelle adozioni nazionali che in quelle internazionali. È indubbio, infatti, che nella cultura e nella prassi italiana, l'adozione viene considerata come evento che “volta pagina” e pone un diaframma invalicabile tra il prima ed il dopo. Concetti come quello di “seconda nascita” o la tendenza, purtroppo ancora molto radicata nel nostro Paese, di cambiare il nome al bambino adottato, costituiscono chiari esempi di un approccio all'adozione come evento che azzerava il passato e dà luogo ad una nuova vita.

Sappiamo che tale impostazione, oltre ad essere errata e fortemente pregiudizievole per il bambino, è via via meno applicabile in situazioni di minori che, sempre più spesso, vengono adottati “grandicelli”. È, quindi, necessario, accedere ad una visione dell'adozione diversa, come di un evento che segna un cambiamento importante, ma che non cancella quanto successo in precedenza. Continuità nella discontinuità (Chistolini, 2003) ci sembra un concetto particolarmente utile per inquadrare correttamente gli effetti dell'adozione. In questa logica forme di adozione più aperte e flessibili appaiono necessarie per meglio rispondere ai bisogni dei bambini in stato di abbandono sia in Italia, sia all'estero.

BIBLIOGRAFIA

- Ames E. W., (1997) , “The development of Romanian orphanage children adopted to Canada”, Final report to Human Resources Development, Canada.
- Andresen I.L. (1992), “Behavioral and school adjustment of 12-13 year-old internationally adopted children in Norway”, A research note *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 427-439.
- Barth R. P., Brooks D. (1999), “Adults transracial and in racial adoptees: effects of race, gender, adoptive family structure and placement history on adjustment outcome”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 87-99.
- Barth R.P., Berry M., (1988), “Adoption and disruptions: Rates, risks and responses”, New York: Aldine de Gruyter.
- Bertetti B., Chistolini M., Rangone G., Vakilong F. (2003), “L'adolescenza ferita: un modello di presa in carico integrata nelle gravi crisi dell'adolescenza”, Franco Angeli Milano.
- Borgogno F., 1997, Un contributo di Ferenczi alla psicoanalisi infantile: la responsabilità del trauma e del traumatico, in «Richard e Piggie», n.3/97

- Bowlby J. (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bramanti D., Rosnati R. (1998), *Il patto adottivo*, F. Angeli, Milano.
- Brodzinsky D. M., Schechter M. D. (1990), *The psychology of adoption*, Oxford University Press, New York.
- Brodzinsky D. M., Schechter M. D., Marantz Henig R. (1992), *Being adopted, the lifelong search for self*, Anchor Books Doubleday.
- Brodzinsky D., Schechter M. D., A.L. Braff and L.N. Singer (1984), "Psychology and academic adjustment in adopted children", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 59, 4, pp. 587-590.
- Brodzinsky D. M., Palacios J. (a cura di), (2005), *Psychological issues in adoption. Research and practice*. Oxford University Press, New York.
- Cavallo M. (1995), (a cura di), *Adozioni dietro le quinte*, F. Angeli, Milano.
- Cavallo M. (a cura di) (1999), *Viaggio come nascita. Genitori e operatori di fronte all'adozione internazionale*, F. Angeli, Milano.
- Chistolini M. (2003), "Il decreto di idoneità: motivazioni ed indicazioni", in *Adozioni internazionali sul territorio e nei servizi*, a cura dell'Istituto degli Innocenti. Collana della Commissione per le Adozioni Internazionali. 2003.
- Chistolini M. (2003), "Le informazioni nell'adozione: quale significato nella crescita del bambino", *Minorigiustizia*, n°3/2003. F. Angeli, Milano.
- Chistolini M. (2006a), "Adozione e scuola. Linee guida e strumenti per operatori, insegnanti, genitori". F. Angeli, Milano.
- Chistolini M. (2006b), "Il passaggio del bambino dalle strutture residenziali alla famiglia adottiva", *Minorigiustizia* n° 4/2006, F. Angeli, Milano.
- Cyrułnik B. (2001), "Le paure che ci aiutano a crescere", Frassinelli, Milano.
- Di Blasio P. (a cura di) (2005), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*; Edizioni Unicopli, Milano.
- Farri M. et al., 2003, «*I corsi di informazione e preparazione all'adozione nell'esperienza di una équipe sovrazionale*», in «*Minori e giustizia*», Milano, Franco Angeli, 3/2003
- Farri M., Pironti A. e Fabrocini C., 2006, *Accogliere il bambino adottivo, Indicazioni per insegnanti, operatori e genitori*, Trento, Erickson
- Farri M., Pironti A., 2000, *La diagnosi clinica delle funzioni genitoriale nella disponibilità all'adozione*, in «*Minori e giustizia*», Milano, Franco Angeli, 4/2000
- Farri M., 2001, *Adozione e Abuso sessuale*, in «*Prospettive Sociali e Sanitarie*», 18/2001
- Farri M., Simonetto A., 2004, *Essere per Fare: genitori tra natura e cultura*, Torino, Bollati Boringhieri
- Farri Monaco M., Niro M.T., 1999, *Adolescenti e adozione*, Torino, Centro Scientifico Editore
- Farri Monaco M., Peila Castellani P., 1994, *Il figlio del desiderio: quale genitore per l'adozione*, Torino, B. Boringhieri
- Fava Vizziello G., Simonelli A., 2004, *Adozione e cambiamento*, Torino, Bollati Boringhieri
- Fonagy P. et al, 1994, *Theory and practice of resilience*, in «*Journal of Child Psychology and Psychiatry*», 35, 231-257
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, R. Cortina, Milano.
- Galli J., Viero F. (2001), *Fallimenti adottivi, prevenzione e riparazione*, Armando editore, Roma.
- Ghezzi D. (1997), "Il bisogno di sapere come si è nati nella prospettiva psicologica", in *Minorigiustizia*, 2/97, F. Angeli.
- Green A.H (1994), *La violenza sessuale infantile: conseguenze immediate e a lungo termine e loro trattamento; Terapia Familiare*, n° 46.
- Groothues M., Beckett J., O'Connor H., (2001), "Successful outcomes: a follow-up study of children adopted from Romania into the UK"; *Adoption Quarterly* n° 2.
- Hjern P., Lindblad K., Vinnerljung M. (2002), "Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study", *The Lancet*.
- Hodges J., Steele M., Hillman S., Henderson K., Kaniuk J. (2005), *Change and continuity in mental*