

## IL PEDIATRA ESPERTO DI ADOZIONI INTERNAZIONALI : IL SUO RUOLO NEL PERCORSO ADOTTIVO

**\*\*\*Giuseppina Veneruso**

I bambini adottati provenienti dall'estero necessitano di un'attenzione medica particolare e di un'accoglienza sanitaria specifica. Fin dagli anni 2000 nell'ambito del Gruppo Di Lavoro Nazionale del Bambino Immigrato ( GLNBI), formatosi nel 1992 in ottemperanza della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, è sorta una Sezione dedicata al bambino adottato all'estero. I componenti del GNLBI, a sostegno delle famiglie adottive, hanno istituito una rete di Centri di Riferimento e hanno formulato un protocollo diagnostico-assistenziale condiviso, denominato "*Accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero*". Il protocollo elaborato nel 2002 rivisto e ridotto nel 2007 è approvato dalla Commissione per le Adozioni Internazionali ( CAI ). Tali servizi offrono la possibilità di una valutazione dello stato di salute del bambino in tempi brevi, con un percorso unitario che comprende indagini di laboratorio, (tra cui alcune effettuabili solo in centri specializzati), strumentali e visite specialistiche che consentono, la diagnosi precoce di malattie infettive spesso asintomatiche ( tbc, epatiti, parassitosi), patologie neurologiche ed endocrinologiche.

Attualmente i Servizi sono circa 20 distribuiti fra **Nord, Centro e Sud-Italia**.

Il **Servizio dell'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze** è stato uno dei primi a sorgere, in considerazione dell'alto numero di adozioni internazionali già presenti alla fine degli anni novanta. Dagli inizi ad oggi oltre 3.000 bambini provenienti dall'estero sono stati sottoposti a screening e inseriti in follow-up specialistici, quando ritenuto necessario.

Negli ultimi anni è notevolmente cambiata la tipologia dei bambini che arrivano per adozione internazionale, sono minori in situazioni di particolare necessità psico-fisiche, fanno parte delle così-dette "*liste speciali*" "*special needs*", sono migliaia in tutti i Paesi , i primi destinatari dell' adozione internazionale anche per mancanza di interessamento a livello della propria nazione.

I bambini con "*bisogni speciali*" vengono classificati secondo quattro categorie:

1. Minori che hanno subito gravi traumi o che presentano problemi di comportamento (bambini che hanno subito gravi maltrattamenti o abusi, bambini iperattivi o con disturbi della condotta più gravi).
2. Minori con incapacità fisiche e mentali di vario genere.
3. Minori con età superiori ai sette anni.
4. Fratritie.

Nel 2009 sono state pubblicate le “Linee guida” che suggeriscono percorsi operativi per facilitare l’adozione dei minori inseriti in “*liste speciali*”( Board della Conferenza di Diritto Internazionale Privato dell’Aja ).

Non bisogna poi trascurare che c’è anche la possibilità, purtroppo tutt’altro che infrequente, che bambini non facenti parte delle liste speciali, rivelino, una volta adottati, a causa di diagnosi insufficienti o incomplete effettuate nei Paesi di provenienza, problematiche che possono venire rintracciate nelle liste “*special needs*”. Le schede che arrivano dai Paesi spesso sono insufficienti e scarse di informazioni mediche e psicologiche, a volte mancanti di eventuali diagnosi o della rilevazione di sindromi o problematiche specifiche

Alcune delle problematiche presenti nelle “*liste speciali*” si possono risolvere nel giro di qualche anno con cure mediche o psicologiche adeguate, altre con un’operazione chirurgica (labio-palatoschisi, amputazioni, ecc. ), altre ancora, come alcune forme di iperattività , possono scomparire con un sostegno psicologico adeguato. Ci possono essere tuttavia, anche situazioni di disagio o di malattie permanenti che non sono suscettibili di cambiamento attraverso cure specifiche.

E’ comprensibile pertanto, che di fronte alla eventuale decisione di accogliere un bambino con “*bisogni speciali*”, i futuri genitori adottivi che non conoscono il tipo di patologie segnalate e le loro ripercussioni nel tempo, possano trovarsi confusi e disorientati. Per chi non ha una specifica preparazione medico-psicologica è molto difficile a volte comprendere la terminologia delle liste e successivamente delle cartelle cliniche. Non sono esenti da dubbi tuttavia anche coloro che operano nel settore sanitario e che affrontano l’analisi delle patologie elencate con la proiezione verso una possibile genitorialità, anzi, in questi casi, le difficoltà sono maggiori perché più consapevoli delle ripercussioni a distanza e dei possibili percorsi di cura.

Le coppie in questo caso, si trovano a dover compiere delle scelte importantissime, sia **prima dell’abbinamento** ( analizzando le *check list* ed esplicitando la propria disponibilità al momento della preparazione del dossier), sia **successivamente** alla proposta, quando la disponibilità dichiarata sulla carta si materializza in una possibilità concreta. In questa fase del percorso adottivo il pediatra “*esperto di adozioni internazionali*” può rivelarsi un utile supporto nella difficile decisione che la coppia deve affrontare. Solo chi ha una esperienza acquisita “*sul campo*”, maturata dal confronto di un gran numero di documenti clinici con le reali condizioni cliniche dei bambini giunti al Centro di Riferimento per l’esecuzione del protocollo, può formulare un giudizio presuntivo di attendibilità o meno di quello che è segnalato nelle schede. Molte volte esiste già un rapporto di fiducia con le coppie nato durante gli incontri pre -adottivi organizzati dai Servizi territoriali, il pediatra è consapevole di non fare un vero e proprio atto medico, tuttavia si rende disponibile per sostenere la coppia in questi difficili momenti di scelta.

Le Istituzioni e gli Enti già da tempo stanno operando per accompagnare le coppie attraverso un percorso pre-adoattivo, ma il rapido cambiamento della tipologia dei bambini che arrivano per adozione internazionale impone la necessità di una revisione delle prassi operative. Pertanto ciò che in passato si poteva “gestire” affrontando il caso singolo, oggi invece, richiede una specifica preparazione sia degli operatori che della coppia.

E' necessario infatti, che nella fase pre-adoattiva siano fornite le informazioni indispensabili per conoscere più in dettaglio il “rischio sanitario” perché possano accogliere i loro futuri figli con maggiore consapevolezza.

E' fondamentale inoltre non abbandonare la famiglia che rischia ad un certo punto del percorso post-adoattivo di trovarsi sola a dover affrontare delicate situazioni psico-fisiche che possono avere ripercussioni sull'apprendimento ed in generale sull'inserimento sociale del bambino adottato.

Gli obiettivi attuali dovrebbero mirare a rendere costantemente adeguati al mutevole quadro delle adozioni internazionali i Servizi di Riferimento, attuando strategie condivise tra le figure-chiave del percorso post-adoattivo : i pediatri di famiglia, gli assistenti sociali, gli psicologi dei servizi socio-sanitari, gli educatori.

Per affrontare il percorso adottivo nel caso di bambini con *bisogni speciali* diviene sempre più urgente formare *equipes multi-professionali formate da*: operatori dei Servizi Territoriali, assistenti sociali, educatori, neuropsichiatri infantili, psicologi e pediatri. In questo lavoro di “rete”, fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi, la figura professionale del pediatra “*esperto di adozione internazionale*” si rivela molto utile sia per la diffusione della **cultura dell'adozione** sia per la **funzione di raccordo** che può svolgere fra i vari componenti della rete stessa.

Particolarmente utile può rivelarsi il suo intervento per far conoscere le specificità cliniche di alcune sindromi, non sempre ben delineabili, come la **sindrome fetto-alcolica**, che può tuttora rappresentare un grave problema medico e sociale in bambini adottati dall'Est Europa. In questi bambini infatti, raramente è presente il deficit intellettuale, ma il rendimento scolastico è gravemente ostacolato dall'incapacità a concentrarsi e di conseguenza a partecipare ad attività finalizzate. La diagnosi precoce è importante perché deve essere impostato un programma pedagogico adeguato, finalizzato a favorire nel bambino la capacità di attenzione per tempi progressivamente più lunghi in ogni tipo di attività, a cominciare dal gioco.

Negli ultimi anni specialmente in bambini provenienti dall'Africa e dal Sud-Est Asiatico è emerso un problema che può comportare notevoli ripercussioni nella vita sociale specialmente per l'inserimento scolastico. In alcuni casi, sempre più numerosi, esiste nella certificazione una evidente **discrepanza fra età cronologica ed anagrafica**. In alcuni Paesi infatti, i bambini non vengono registrati alla nascita, spesso la registrazione viene fatta quando sono portati in Istituto ed attribuita arbitrariamente. In questo caso il pediatra esperto può indirizzare i genitori adottivi

verso percorsi medici specialistici che rendono possibile attraverso una valutazione di diversi parametri *auxologici* un'attribuzione dell'età più vicina possibile a quella cronologica, permettendo così l'inserimento scolastico in una classe adeguata.

Nei mesi successivi all'arrivo in Italia, di solito, si assiste nel bambino a un rapido incremento staturale-ponderale dovuto alle migliorate condizioni di vita, all'alimentazione più ricca e variata e non ultimo, al beneficio psicologico di sentirsi al centro di una relazione affettiva esclusiva. Dopo questa iniziale "impennata", si ha, di solito, una stabilizzazione della crescita: in alcuni casi tuttavia, soprattutto nelle bambine, si può verificare una **pubertà precoce** o quantomeno anticipata. Un eccessivo ritardo nella diagnosi di sospetta pubertà precoce può recare alla bambina grave danno sia fisico che psicologico, da un lato impedendogli di raggiungere una statura adeguata, dall'altro rendendola oggetto, anche per questo evento fisico, di ulteriore discriminazione. Una persona esperta, a conoscenza del fenomeno, anche in questo caso può essere utile per indirizzare i genitori verso un centro specialistico dove effettuare gli accertamenti del caso, senza minimizzare o attribuire la precoce maturazione alla differente etnia.

Da quanto esposto appare evidente la necessità di una formazione continua degli operatori per accompagnare la coppia in tutte le fasi del percorso adottivo e per consentire ai bambini un buon inserimento familiare e sociale

**\*\*\*BREVE CURRICULUM di GIUSEPPINA VENERUSO**

**Laurea in Medicina e Chirurgia - Università di Firenze  
Specializzazione in Pediatria - Università di Firenze**

**Specializzazione in Malattie Infettive - Università di  
Firenze**

***Dottorato di ricerca in Scienze Pediatriche Università  
La Sapienza - Roma***

**Responsabile Ambulatorio Bambino Immigrato e  
Adottato proveniente dall' estero Ospedale Meyer  
2003-2015**

**Consigliere nel Direttivo del Gruppo di Lavoro  
Nazionale Bambino Immigrato  
( GLNBI) nel triennio 2009-2011**

**Docente al corso di Perfezionamento 2013-2014, 2015-  
2016 : NODI e SNODI nel Percorso Adottivo Università  
di Firenze- Dipartimento di Scienze politiche e Sociali**

***Consigliere A.N.F.A.A ( Associazione Nazionale  
Famiglie Adottive Affidatarie) Firenze***

