



Stu*e*Ric*e*rche

Collana della 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

Istituto
degli Innocenti

**L'esperienza
delle famiglie**

Le famiglie e le informazioni sullo stato di salute dei bambini adottati

Nel questionario sull'indagine conoscitiva sulle coppie che hanno adottato nel corso dell'anno 2010 è stata introdotta, quale elemento innovativo e di approfondimento, una domanda inerente alle informazioni relative alla situazione sanitaria del minore precedente all'adozione.

Da un punto di vista normativo è necessario precisare che, così come previsto dagli art. 16 comma 1 e art. 30 comma 1 della Convenzione de L'Aja, lo stato di salute del bambino straniero adottato è indicato e conservato all'interno del suo *dossier personale* che raccoglie inoltre informazioni sulla sua identità e il suo trascorso. Tuttavia, da un punto di vista pratico, è necessario chiarire che spesso l'anamnesi sanitaria può essere incompleta o addirittura scarsamente attendibile, insorgono in proposito problematiche relative a diagnosi che a volte non sono giustificate e documentate da esami specifici. Si registra inoltre una certa difformità di informazioni a seconda del Paese di origine del minore. A tale riguardo, nonostante gli sforzi messi in campo durante la seconda Commissione Speciale sulla Convenzione de L'Aja che si è svolta nel settembre 2005, ancora non si è giunti alla realizzazione di una "scheda" informativa standardizzata, in grado di costituire un modello condiviso dai diversi Paesi di origine.

Nel corso della seconda Commissione Speciale sulla Convenzione de L'Aja sono stati riproposti alcuni principi condivisi e pronunciate due "raccomandazioni" molto importanti; in una prima la Commissione Speciale ravvisa l'importanza per gli Stati di origine di inviare informazioni agli Stati di accoglienza sui bisogni dei minori per meglio identificare i futuri genitori adottivi; nella seconda la Commissione Speciale stabilisce che venga riconosciuta come buona pratica la capacità delle Autorità degli Stati di accoglienza di cooperare con le Autorità degli Stati di origine con lo scopo di comprendere al meglio i bisogni dei bambini¹. Nel 2012, il Permanent Bureau ha pubblicato un ulteriore strumento di lavoro condiviso dalle Autorità centrali aderenti alla Convenzione, *Accreditation and adoption accredited bodies: general principles and guide to good practice*.

¹ HCCH, *Report and conclusions of the second Special Commission on the practical operation of the Hague Convention of 29 May 1993 on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption* (17-23 september 2005).

Uno degli obiettivi nel delineare le buone pratiche relativamente all'operato degli enti autorizzati prevede una forte presa di responsabilità e di capacità che i referenti delle associazioni devono dimostrare e mettere a disposizione. Tra i criteri di valutazione, al fine di essere autorizzati e accreditati (ove necessario), gli enti devono dimostrare di avere personale specializzato in grado di garantire l'assistenza professionale necessaria alle coppie che adottano minori con bisogni speciali, tra i quali rientrano eventuali patologie psicofisiche. Inoltre definisce come compito dell'ente quello di "selezionare" gli aspiranti genitori adottivi in base alle speciali capacità di accogliere un bambino grande d'età, fratricide e bambini con problemi fisici, mentali ed emozionali². Per tale attività gli enti hanno bisogno di incrementare la professionalità dei propri dipendenti, in modo che siano esperti nelle adozioni di bambini considerati con bisogni speciali.

Ora, se da un lato le buone pratiche pongono l'accento sulla sostanziale esperienza e sulla capacità di offrire un servizio di sostegno che l'ente ha l'obbligo di garantire sia all'estero sia nel post adozione in Italia, ancora poco si è fatto in merito alla possibilità di accesso a informazioni complete e veritiere sullo stato di salute dei bambini adottati, attività nella quale l'ente gioca un ruolo da protagonista.

È però corretto aggiungere che, come più volte ribadito dalla Commissione per le adozioni internazionali nei suoi rapporti annuali, la complessità della materia trattata rende necessaria una serie di considerazioni indispensabili per la comprensione del fenomeno. L'ente alcune volte, anche avendo a disposizione una serie di informazioni sulle condizioni di salute del minore, si trova davanti l'insorgere di problematiche riguardanti la diagnosi che non è provata o certificata da esami specifici. Altre volte ancora, i test sono stati compiuti in periodi molto precedenti all'adozione, andando a condizionare tanto l'attualità quanto l'attendibilità della diagnosi. È opportuno precisare che frequentemente le relazioni sullo stato di salute non sono corrette sul piano formale poiché esse sono redatte da personale non medico, ma di assistenza, che quindi riporta principalmente i sintomi manifestati piuttosto che vere e proprie diagnosi. Altre volte ancora il tipo di bisogno si manifesta una volta che il bambino è entrato in Italia, come per esempio in molti casi di abuso (di diverso tipo, fisico e psicologico).

² HCCH, *Accreditation and adoption accredited bodies: general principles and guide to good practice*, Guide No 2 under the Hague Convention of 29 May 1993 on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption, 2012, p. 21.

Il minore, infatti, una volta acquisito un certo livello di fiducia all'interno del nucleo familiare adottivo riesce a comunicare il suo passato o almeno a manifestare il disagio vissuto: tali situazioni quindi non possono essere registrate prima dell'adozione. Queste precisazioni permettono di considerare i numeri monitorati sottostimati rispetto alla realtà; c'è quindi una "zona grigia", impossibile da quantificare, ma che certamente esiste.

Nella realizzazione del questionario la raccolta dell'esperienza delle coppie adottive nella possibilità di accesso alle informazioni sullo stato di salute del bambino trova spazio nel rapporto con l'ente autorizzato, che come già evidenziato costituisce il tramite tra la coppia e l'autorità straniera.

Dalle risposte fornite alla domanda sul grado di soddisfazione per le informazioni ricevute dall'ente riguardo alla situazione sanitaria del bambino prima dell'adozione, è interessante notare come le percentuali più alte di soddisfazione si attestino sopra la sufficienza, nonostante le difficoltà evidenziate in precedenza. Inoltre, la piena soddisfazione riguardo alle informazioni ricevute registra la maggiore incidenza (25,3%).

Tavola 1 - Coppie adottive secondo il grado di soddisfazione per le informazioni ricevute dall'ente riguardo la situazione sanitaria del bambino precedente l'adozione - Anno 2010

Grado di soddisfazione	V.a.	In % sul totale
0	95	4,5
1	27	1,3
2	51	2,4
3	46	2,2
4	55	2,6
5	120	5,7
6	227	10,9
7	237	11,3
8	404	19,3
9	300	14,3
10	530	25,3
<i>non risposta</i>	35	-
Totale	2.127	100,0

Benché la valutazione media rilevata sulla scala di soddisfazione sia uguale a 8,2 per i numerosi apprezzamenti collocati sui punteggi maggiori, si riscontra una quota pari all'11% circa di coppie che, con un voto uguale o inferiore a 3, esternano tutta la loro insoddisfazione e insofferenza. Anche se numericamente poco incidenti, le denunce riguardano soprattutto la mancanza di informazioni ricevute direttamente dal Paese di origine.

Interessante è la proposta di una coppia di creare una casistica sanitaria dei bambini adottati: a tal riguardo occorre precisare che uno strumento simile è già stato pensato dalla Commissione per le adozioni internazionali e pubblicato all'interno del report annuale *Dati e prospettive nelle adozioni internazionali*, dove appunto i bisogni sono divisi per categorie e distinti per continente di origine.

La provenienza dei bambini con bisogni segnalati

Dalla lettura dei dati monitorati dalla Commissione per le adozioni internazionali nell'anno 2010 risulta che il maggior numero di bambini con bisogni segnalati proviene dall'Europa (30,8%, con un incremento percentuale pari al 6,2 sui casi riferibili all'anno 2009); come per gli anni precedenti, la diagnosi di massima incidenza riferisce di «ritardo psicologico o psicomotorio», spesso determinato da precoce e lunga istituzionalizzazione in ambienti poco stimolanti.

A differenza di quanto accade nell'Est europeo, le diagnosi dei bambini provenienti dai Paesi centro e sudamericani indicano malattie e bisogni da attribuirsi a carenze di nutrizione generale. La percentuale più alta di segnalazioni è registrata in Bolivia (16,7%); seguono Messico, Perù, Colombia e Cile. Pressoché lo stesso tipo di diagnosi è riportato per i bambini originari dell'Africa, per esempio da Kenya, Etiopia e Repubblica Democratica del Congo. Dalla lettura delle informazioni in materia è possibile aggiungere che nel continente africano – così come in Asia – le patologie registrate spesso sono causate anche da scarsa igiene.

Per ulteriori approfondimenti si veda:

http://www.commissioneadozioni.it/media/73255/d&p2_2010_commento_1.pdf

Sulla base dei dati raccolti relativi al servizio Linea CAI, è possibile aggiungere che la maggiore incidenza di richiesta di contatti è riferibile a coppie in procinto di partire per il Paese di origine, che si rivolgono al servizio soprattutto per avere chiarimenti circa le modalità giuste da seguire per conoscere meglio lo stato di salute del minore e capire come comportarsi rispetto a un rifiuto da parte delle autorità del Paese di origine. Altre volte ancora Linea CAI è contattata da coppie già rientrate in Italia con il bambino (si ricorda infatti che la linea telefonica dedicata non è raggiungibile

dall'estero) che esprimono preoccupazioni per il manifestarsi di disturbi comportamentali nei bambini e cercano assistenza e sostegno per individuare il soggetto migliore al quale rivolgersi. Diversi, inoltre, sono stati i casi che hanno riguardato coppie che, a seguito di informazioni sanitarie non chiare o più gravi di quanto prospettato, hanno rifiutato la proposte di abbinamento rientrando in Italia senza il bambino. Queste esperienze negative conducono spesso i coniugi a rivedere il progetto adottivo, poiché scoraggiati dal fatto che l'ente non potrà mai garantire loro l'adozione di un bambino sano.

Sarà interessante aggiungere nuove considerazioni sul tema, avendo proposto per l'indagine sulle adozioni realizzate nel 2011 nuovi quesiti che avranno il compito di allargare e rendere più completa la voce relativa all'esperienza delle famiglie adottive.