Coordinamento delle Associazioni familiari
Adottive e Affidatarie in Rete

UNO SGUARDO AGLI ASPETTI SANITARI NELL'ADOZIONE NAZIONALE E INTERNAZIONALE SPECIFICITÀ, CRITICITÀ E RICHIESTE DI INTERVENTO

Dossier del Coordinamento CARE[1]

[1] **Scritto in collaborazione con il dott. PIERO VALENTINI, Gruppo GLNBM-SIP.**

INDICE

1. I DATI Pag. 2
2. IL PERCORSO ADOTTIVO E LE CRITICITA' IN AMBITO SANITARIO Pag. 5
3. BUONE PRASSI SANITARIE Pag. 12
4. LE NECESSITA' E LE PROPOSTE Pag. 13
5. Il Coordinamento CARE Pag. 15

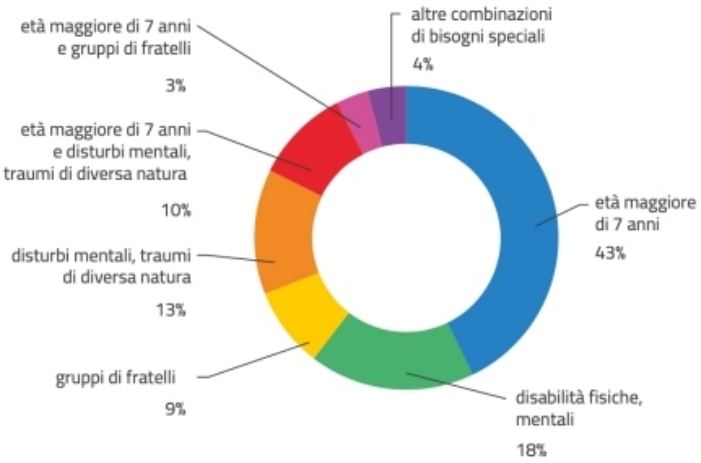
A distanza di otto anni dal primo Dossier (2017) dedicato dal Coordinamento CARE al tema adozione e salute è necessaria una revisione approfondita poiché, in questi anni, molti sono stati i cambiamenti che hanno riguardato l'adozione nazionale e quella internazionale e molte sono le questioni cui le famiglie non hanno ancora trovato risposta.

1. I DATI

Per comprendere l'adozione oggi in Italia è necessario considerarne l'evoluzione. Negli ultimi vent'anni, ad esempio, le adozioni internazionali sono diminuite drasticamente a livello globale; tuttavia, il calo in Italia[2] è stato più contenuto poiché, dopo la ratifica della Convenzione dell'Aja[3], il nostro Paese si è progressivamente orientato verso l'adozione di bambini e bambine con bisogni speciali.

Il Rapporto della Commissione Adozioni Internazionali "Dati e prospettive nelle adozioni internazionali" - Rapporto sui fascicoli dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025 evidenzia, infatti, che il 70% dei 664 minorenni adottati nel 2025 presenta almeno una condizione di bisogno speciale, riconducibile all'età superiore ai sette anni, alla presenza di fratrie o a disabilità fisiche e/o psichiche[4]. Fig.1 illustra la tipologia dei bisogni riscontrati[5].

Fig. 1 – Minorenni per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso e alla residenza in Italia con bisogni speciali secondo la tipologia (v%) Anno 2025



Fonte: *Dati e prospettive nelle adozioni internazionali. Rapporto sui fascicoli dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025*

[2] Nel 2012 le persone di minore età cui veniva concesso l'ingresso in Italia per adozione erano 3.106, nel 2025 il numero si è ridotto a 664 (Dati Commissione Adozioni Internazionali).
[3] Legge 476/1998.
[4] Nel contesto delle adozioni internazionali i bisogni speciali sono classificati in base a quanto indicato dal Permanent Bureau - Hague Conference on Private International Law (HCCH) secondo le seguenti macro-categorie che possono coesistere per uno stesso minorenne: età superiore ai sette anni (da 7 anni e un giorno); problematiche psico-fisiche di vario genere; minorenni che hanno subito gravi traumi o che presentano problemi di comportamento; gruppi di fratelli e/o sorelle (fratrie) costituite da tre o più minorenni.
[5] Per quel che riguarda la distribuzione rispetto ai continenti di origine risulta che il 35% di chi proviene dall'Africa, il 78% di chi proviene dall'America e dall'Europa e il 77% di chi proviene dall'Asia ha un bisogno speciale.

Si tratta di dati di per sé importanti cui va aggiunta la consapevolezza che le informazioni a carattere sanitario trasmesse dai Paesi di origine e presenti nella documentazione relativa ai minorenni adottati, possono essere, in alcuni casi, lacunose e solo parzialmente accurate. La minore descritta dalla scheda in Fig.2, ad esempio, non aveva, in realtà, ricevuto alcuna vaccinazione.

Fig. 2 – Esempio informazioni mediche

Situazione sanitaria Situation sanitaire	**- Vaccinazioni** (Vaccinations): _____**BCG+POLIO+PENTA 1.2.3.4.VAA-VAR**_____ **- Esito analisi** (Resultat analyse): (vedi scheda delle analisi fatte) (voire fiche des analyses) **- HIV:** _____**Negativo**_____ **- Epatite**(Hépatite): _____**NO**_____ **- Ricoveri ospedalieri:** (a été hospitalisé/e): **NO**
	Problemi particolari (Problèmes particulières): **Molto timida, ella non ama la confusione**
Sviluppo psico-motorio (Développement psycho-moteur)	**Sviluppo fisico** (Développement physique) : **Buona evoluzione**
	Sviluppo motorio (Développement moteur) : **Normale nessun problema**
	Sfera del linguaggio (Sphère du langage) : **Si esprime lentamente a causa della sua timidezza ma si esprime molto bene.**
	Sviluppo cognitivo (Développement cognitif) : **Molto bene**
	Capacità psico-attitudinali **(Capacités psycho- mentale et d'aptitude) Una buona evoluzione mentale**
Scolarizzazione: (Scolarisation)	**Valutazione didattica** (Évaluation didactique) : **Ella non ha molta resistenza per gli studi ma si districa con un poco più di attenzione quando si può concedere; ella farà meglio**
Storia personale (Histoire personnelle)	Ragazza madre: (*fille-mère*) …… Genitori separati: *(Parents séparée)*…… Genitori deceduti : *(Parents décédés)*…… Condizione materna *(Condition maternelle)* Condizione paterna *(Condition paternelle)*
	Esistenza fratelli e rapporti attuali: (*Existence des frères et sœur, rapports actuels)*
Tempo trascorso in famiglia (Temps passé en famille) de / / à / /	
Famiglia allargata e rapporti (Famille élargies et rapports) :	

Fonte: *Coordinamento CARE*

Per quanto concerne l'adozione nazionale, non sono attualmente disponibili dati che descrivano la situazione dei bambini e delle bambine, tuttavia, l'esperienza delle associazioni familiari evidenzia un'ampia presenza di persone di minore età con certificazioni ai sensi della Legge 104/1992, della Legge 170/2010 o individuate, in ambito scolastico, come aventi bisogni educativi speciali.

Nel 2019, inoltre, il Coordinamento CARE ha promosso una ricerca sul tema scuola e adozione: il 39,2% dei 1.907 genitori rispondenti ha dichiarato che per i propri figli era stato predisposto un Piano Didattico Personalizzato (PDP) o un Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Nel 2023, infine, una ricerca della Commissione per le Adozioni Internazionali sulle crisi nelle famiglie adottive (adozione nazionale e internazionale) ha evidenziato che, al momento dell'ingresso in famiglia, il 37,5% dei minori aveva un problema di salute certificato, con una incidenza del 61,1% tra gli alunni inseriti nella scuola primaria.
I bambini e i ragazzi adottati nel nostro Paese o all'estero condividono un passato di incuria che li ha portati ad essere dichiarati adottabili e, inevitabilmente, questo passato si riflette nelle loro condizioni di salute e di sviluppo psico-fisico. Tuttavia, i bambini adottati nazionalmente presentano un quadro sanitario migliore, in quanto o adottati da neonati (sempre meno) o già inseriti da tempo nel sistema sanitario nazionale al momento dell'adozione. I dati sanitari dei bambini adottati nazionalmente sono, dunque, maggiormente completi, ma dei vuoti informativi si possono verificare anche in questo caso. Infatti, possono esservi difficoltà nel ricostruire le anamnesi familiari e/o i dati prenatali e perinatali di bambini adottati in Italia, ma nati all'estero o di bambini non riconosciuti alla nascita per i quali dei difetti procedurali abbiano reso carente la raccolta dati[6].

2. IL PERCORSO ADOTTIVO E LE CRITICITA' IN AMBITO SANITARIO

Prima di adottare

Quando una coppia o una persona singola[7] decidono di adottare, presentano dichiarazione di disponibilità all'adozione nazionale e/o internazionale presso il Tribunale per i Minorenni di residenza ed iniziano un percorso formalizzato volto ad appurarne le possibili risorse[8]. Durante questo percorso, i servizi socio-assistenziali incaricati svolgono un'indagine conoscitiva della persona o della coppia aiutando ad acquisire consapevolezza del passo che si stanno apprestando a compiere, dei propri limiti e delle proprie disponibilità. Questo processo coinvolge inevitabilmente anche una riflessione sui potenziali aspetti sanitari, talvolta mediata attraverso questionari proposti dai Tribunali per i minorenni (Fig.3) non sempre di facile interpretazione.

[6] Qualora i dati relativi alla madre biologica siano anonimi, la raccolta dei dati sanitari del bambino e la loro inclusione nel dossier del medesimo è prevista dalla legge, mentre se il mancato riconoscimento avviene dopo la nascita, le prassi dei Tribunali dei Minorenni sono difformi. Può accadere, infatti, che non sia stata prevista l'inclusione dei dati sanitari acquisiti in ospedale nel dossier del bambino presso il tribunale.
[7] La sentenza n. 33 (21 marzo 2025) della Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 29-bis, comma 1, della legge n. 184 del 1983, nella parte in cui esclude le persone singole dalla possibilità di adottare persone di minore età straniere residenti all'estero aprendo così alle persone singole la possibilità di rendersi disponibili a percorsi di adozione internazionale.
[8] L'adozione in Italia è regolata dalla Legge 4 maggio 1983 n. 184.

Fig. 3 – Esempio di scheda di disponibilità del Tribunale per i minorenni del Piemonte e della Val d'Aosta

TRIBUNALE PER I MINORENNI
DEL PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

10135 TORINO – C.SO UNIONE SOVIETICA, 325

TEL: 0116195725 – PEC: adozioni.tribmin.torino@giustiziacert.it – SITO WEB: www.tribunaleminori.torino.it

SCHEDA DISPONIBILITA'

DA CONSEGNARE COMPILATA AL GIUDICE IN SEDE DI UDIENZA

L'istante / Coniugi……

Disponibilità per:

Età:	☐ un minore	☐ fratelli	☐ gemelli
Mantenimento dei rapporti con:	☐ la famiglia affidataria ☐ fratelli inseriti in altre famiglie ☐ componenti della famiglia d'origine (genitori biologici, zii, ecc.)		
☐ Bambini di diversa origine etnica			
☐ Rischio Giuridico			
☐ Un minore per il quale non sono disponibili informazioni sulla storia familiare			

Siete disposti ad accogliere un minore che presenti:

Disturbi agli organi di senso	☐ compensabili parzialmente (ipovisione, ipoacusia) ☐ non compensabili (cecità, sordità)		
Disturbi legati all'alimentazione	☐ intolleranze alimentari gravi, celiachia		
Prematuranza	☐ moderato rischio ☐ alto rischio		
Bambini nati con	☐ Sindrome di Astinenza Neonatale ☐ Esiti di assunzione da alcol		
Sieropositività	☐ HIV	☐ HBV	☐ HCV
Patologie croniche	☐ trattabili (es. diabete, epilessia) ☐ guaribili (cardiopatie)		
Malformazioni e disabilità fisica	☐ Lieve	☐ Medio	☐ Grave
Sindromi geneticamente determinate	☐ (es. Anemia falciforme, Down, Williams, X fragile, fibrosi cistica, ecc.)		

Disturbi del comportamento alimentare	☐ obesità / anoressia / bulimia		
Comportamenti disfunzionali	☐ oppositività, inibizione, isolamento ☐ disregolazione emotiva (es aggressività)		
Ritardi nelle tappe evolutive	☐ (es. linguaggio, deambulazione, controllo sfinterico…)		
Ritardi negli apprendimenti scolastici	☐		
Disturbo di attenzione/iperattività ADHD	☐		
Disabilità cognitiva diagnosticata	☐ Lieve	☐ Media	☐ Grave
Disturbi dello spettro autistico	☐		
Maltrattamento / trascuratezza	☐		
Abuso sessuale	☐		

Figli di persone con:	☐ tossicodipendenza ☐ alcolismo ☐ disturbi psichiatrici maggiori (es. psicosi, schizofrenia, depressione maggiore, disturbo bipolare) ☐ disturbi di personalità ☐ disabilità cognitiva ☐ violenza sessuale ☐ incesto

Note: ……

……

……

Data ……/……/……

Firma dell'istante / coniugi: …… / ……

Firma per presa visione da parte del G.O.

……

Fonte: Tribunale per i minorenni del Piemonte e della Val d'Aosta

Poter accedere, in questa fase del percorso, ad un'informazione accurata da parte di un/a pediatra esperto/a può rivelarsi uno strumento prezioso per chi si avvicina all'adozione permettendo di comprendere il significato e le implicazioni delle patologie da cui il futuro bambino potrebbe essere affetto e nei confronti delle quali si può esser chiamati ad esprimere la propria disponibilità o meno.

Il percorso pre-adottivo include, inoltre, l'accertamento dell'idoneità sanitaria degli aspiranti all'adozione, richiedendo l'assenza di condizioni fisiche o psichiche tali da compromettere l'esercizio della responsabilità genitoriale (artt. 29-bis e 30). La legge, tuttavia, non definisce in modo puntuale la tipologia di accertamenti clinici da effettuare[9].
Il percorso valutativo termina con l'incontro con un giudice onorario incaricato del dossier.

Nel caso dell'adozione nazionale il giudice acquisirà le disponibilità della coppia come riportate dalla relazione stilata dai servizi socio-assistenziali, mentre nel caso dell'adozione internazionale, se il percorso valutativo avrà avuto esito positivo, verrà emesso un decreto di

[9] Poiché l'organizzazione dei servizi sanitari è demandata alle Regioni (art. 117 Cost.), le modalità operative, gli esami richiesti e i protocolli di valutazione medico-legale possono variare tra Regioni e tra diverse Aziende Sanitarie Locali, nel rispetto dei requisiti sostanziali fissati a livello nazionale.

idoneità della coppia o della persona singola all'adozione internazionale. Con tale decreto la coppia o la persona singola potranno conferire incarico ad un Ente Autorizzato[10] per proseguire le pratiche all'estero.

L'abbinamento

L'eventuale abbinamento tra coppia o persona singola e bambino/ragazzo si svolge secondo due canali differenti a seconda che si tratti di adozione nazionale o internazionale.

Per le adozioni nazionali, un giudice onorario cura l'abbinamento sulla base delle disponibilità e delle capacità della coppia emerse nel corso dell'indagine conoscitiva effettuata dai servizi socio-assistenziali. Di solito, lo stato di salute ed almeno parte della storia sanitaria del bambino sono ben documentate, ma, in presenza di patologie o di situazioni che meritano attenzione, non è detto che il quadro e le eventuali implicazioni sanitarie siano sempre pienamente compresi dalla coppia.

> *"Durante l'incontro comparativo[11] il giudice non ha fornito informazioni sanitarie del bambino che però poi sono state comunicate dall'assistente sociale (che le aveva date anche al Tribunale) dopo l'abbinamento. Non erano informazioni sanitarie critiche ma erano comunque importanti e la coppia si è sentita spiazzata nell'averle ricevute solo post-abbinamento."*[12]

> *"I giudici hanno detto alla coppia che la bimba non era nata in astinenza; poi dalla lettera di dimissioni dall'ospedale della bimba sono state scoperte informazioni relativamente alla positività a sostanze e all'alcool."*[13]

Anche nella fase dell'abbinamento e del primo incontro in adozione nazionale, dunque, può essere importante potersi avvalere delle competenze di un/a pediatra esperto/a.

Nel caso dell'adozione internazionale, la coppia o la persona singola che hanno ottenuto il decreto di idoneità, hanno un anno di tempo per conferire l'incarico ad un Ente Autorizzato che curerà l'eventuale abbinamento a partire da quanto segnalato dalle autorità competenti nel paese di origine. L'Ente Autorizzato sulla base delle legislazioni dei paesi esteri accompagnerà la coppia o la persona singola nella fase dell'abbinamento.

---

[10] Gli Enti Autorizzati informano, formano, affiancano i futuri genitori adottivi nel percorso dell'adozione internazionale e curano lo svolgimento all'estero delle procedure necessarie per realizzare l'adozione assistendoli davanti all'Autorità Straniera e sostenendoli nel percorso post-adozione. La Legge 476/98 ha reso obbligatorio l'intervento dell'Ente Autorizzato in tutte le procedure di adozione internazionale.

[11] Spesso i Tribunali per i minorenni organizzano incontri, così detti comparativi, in cui propongono la situazione di uno stesso bambino a più coppie. Tra queste poi individuano la coppia definitiva per l'abbinamento.

[12] Testimonianza di una famiglia di una Associazione del Coordinamento CARE

[13] Testimonianza di una famiglia di una Associazione del Coordinamento CARE

Tuttavia, la completezza e l'accuratezza dei dossier sanitari dei bambini e dei ragazzi varia enormemente a seconda del Paese di provenienza. Se in Ungheria e in Colombia, ad esempio, sono molto dettagliati, lo stesso non è in altri Paesi.

> *"Ho adottato due anni e mezzo fa, una bimba nata in Sierra Leone. Dalla scheda sanitaria abbiamo saputo poco o nulla. Nulla sulle vaccinazioni, nulla su eventuali allergie."*[14]

Per tali motivi lo stato di salute e la storia sanitaria dei bambini potrebbero essere descritti e/o compresi insufficientemente o inadeguatamente. In questa fase, dunque, la consulenza di un/a pediatra esperto/a può essere fondamentale per poter prendere una decisione in maniera consapevole sulla base delle informazioni a propria disposizione.

L'arrivo in famiglia (situazione delle famiglie neo-formate)

Le bambine e i bambini che vengono adottati nazionalmente vivono in Italia e per questo sono già inseriti nel nostro sistema sanitario, tuttavia, nella fase dell'ingresso nella nuova famiglia adottiva sorgono delle importanti criticità poiché vengono inseriti in famiglia in "*collocamento provvisorio o in affido a rischio giuridico*[15]".

Si tratta della prima fase del processo di adozione nazionale, fase che può durare alcuni anni e durante la quale l'adozione non è ancora formalizzata e definitiva. In questo caso le famiglie possono trovarsi a vivere una pluralità di situazioni.

In alcune regioni viene attribuito al bambino un Codice Fiscale provvisorio, basato sul cognome dei futuri adottanti, con il quale le famiglie operano nei confronti della sanità. In altre regioni, invece, viene messo a disposizione solo un codice numerico che crea problematiche ingenti (perdita del pediatra di riferimento iniziale, ad esempio).

---

[14] Testimonianza di una famiglia di una Associazione del Coordinamento CARE

[15] L'affidamento "a rischio giuridico" rappresenta una prassi giurisprudenziale che trova la sua legittimità nell'art. 10 della legge 184/83 (novellata dalla legge 149/98) che consente al Tribunale per i Minorenni di affidare provvisoriamente ad una famiglia un minorenne per il quale sia stato aperto o concluso un procedimento per la dichiarazione di adottabilità. Tale procedura trova la sua ratio nell'esigenza di evitare al bambino successivi cambiamenti di famiglia nel caso che i genitori o altri parenti entro il quarto grado oppongano ricorso all'adozione. Considerati i tempi lunghi che il procedimento giudiziario impiega per giungere a termine, il Tribunale, per evitare che il bambino resti molti anni ad attendere una soluzione, con conseguenti gravi danni affettivi può affidarlo ad una coppia scelta tra quelle che si sono rese disponibili e già dichiarate idonee all'adozione. Il bambino viene, pertanto, dato loro in affidamento familiare (che non è ancora quello preadottivo e talvolta viene chiamato collocamento) e viene mantenuto (a differenza degli affidamenti familiari temporanei "classici") segreto alla famiglia di origine. In seguito, qualora la dichiarazione di adottabilità diventi definitiva, l'affidamento familiare è trasformato in affidamento preadottivo, evitando al bambino nuovi traumi da separazione.

In tante altre, infine, ai bambini resta il Codice Fiscale iniziale con i dati originari. Questo rende tracciabili i dati dei bambini (talvolta le tessere sanitarie sono state addirittura inviate alle famiglie di origine o alle comunità invece che alle nuove famiglie).
Avere un/a pediatra che conosca le specificità dell'adozione, dunque, è, anche in questo caso, essenziale per garantire una buona accoglienza da parte di una famiglia alla quale molte informazioni possono mancare[16].

> *"I problemi sanitari del bambino sono essenzialmente legati all'aspetto comportamentale mentre da un punto di vista documentale ci hanno fornito alcuni referti di visite eseguite dalla casa-famiglia ed anche una copia del libretto vaccinale ma ci sono delle incongruenze rispetto a quanto il pediatra vede a sistema, per cui la difficoltà che riscontriamo ora è che non possiamo certo andare all'ASL di origine del bambino per chiedere chiarimenti."*[17]

Anche nel caso dell'adozione internazionale possono verificarsi problematiche burocratiche rilevanti in attesa della trascrizione[18] della sentenza estera da parte del Tribunale per i minorenni. Ci sono casi, purtroppo, in cui l'Agenzia delle Entrate si è rifiutata, in queste fasi, di dare alle famiglie il Codice Fiscale del bambino anche in contesti in cui erano presenti urgenti problemi sanitari da affrontare.

La complessità sanitaria, in adozione internazionale, è ampia e dovuta a molteplici fattori intrecciati tra loro tra cui la grande varietà delle provenienze geografiche, la possibile assenza, scarsità o inaccuratezza delle informazioni mediche dei dossier originari, la situazione vaccinale a volte incompleta e/o non affidabile[19] e la possibile presenza di età presunte non sempre corrispondenti all'età anagrafica con una differenza anche di 2 o 3 anni.

Particolarmente rilevante è l'attenzione da dare alla possibile difficoltà nel delineare quale sia il quadro vaccinale pregresso (caso Fig. 2). La legge[20] del 2017 che reintroduce l'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'iscrizione alla scuola dell'Infanzia, enfatizza ancora di più una chiara necessità: il bambino deve essere sottoposto ad un adeguato ciclo vaccinale, anche iniziandolo ex-novo, qualora non siano disponibili informazioni adeguate a riguardo, come

[16] Ad esempio, quando si tratta di bambini e ragazzi adottati nazionalmente ma arrivati in Italia per migrazione o per una adozione internazionale precocemente interrotta.
[17] Testimonianza di una famiglia di una Associazione del Coordinamento CARE
[18] Il bambino una volta entrato in Italia risulta comunque in attesa dell'adozione o della trascrizione dell'adozione straniera, gode di tutti i diritti attribuiti al minore italiano in affidamento familiare preadottivo, finché il provvedimento straniero di adozione non viene trascritto nei registri dello stato civile su disposizione del tribunale dei minorenni. Con la trascrizione il bambino diventa definitivamente un cittadino italiano. Competente a questa trascrizione è il Tribunale per i minorenni del luogo di residenza dei genitori o del genitore nel momento del loro ingresso in Italia con il minore anche se diverso da quello che ha pronunciato prima il decreto di idoneità.
[19] Nel 61% dei bambini c'è discrepanza fra il documento vaccinale e i risultati della verifica sierologica – Valentini P. et al. It. J. Publ. Health 2012;9(3):68-77.
[20] Art. 3-bis, comma 5, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119.

sottolineato anche nel documento Linee di indirizzo per il diritto allo studio delle alunne e degli alunni che sono stati adottati (2023), che chiarisce in tal senso il ruolo della Scuola su tale aspetto[21].

Di seguito vengono anche elencate alcune delle criticità sanitarie riscontrate nei bambini e nelle bambine adottati internazionalmente in questi ultimi venti anni:

- Malattie infettive: TBC[22]; Epatiti A, B (nell'Est Europa), C (Ucraina, Federazioppne Russa, Repubblica Popolare Cinese); Sifilide congenita (ex URSS ed Est Europa); HIV (raramente misconosciuta).
- Parassitosi[23]: Malaria (Plasmodium falciparum: America del Sud, Africa, Asia); Giardia, Amebe, Vermi (India, America del Sud, Africa e Asia); Cutanee (Scabbia, Pediculosi, Tigna) (Africa).
- Patologie da malnutrizione: Basso peso e statura; Anemia ferro carenziale[24]; Ipovitaminosi D[25]; Rachitismo.
- Malformazioni a volte non trattate o trattate impropriamente: Labiopalatoschisi[26]; Cardiopatie; Ano-rettali; Esofagee; Dismorfismi ortopedici; Genitali; Spina Bifida.
- Pubertà precoce.

Sono state poi riscontrate, sia nel caso dell'adozione internazionale che in quello dell'adozione nazionale, criticità legate a sindromi genetiche, patologie perinatali, patologie respiratorie ed endocrino metaboliche, disturbi legati a tossico-dipendenza materna, quadri di

[21] La scuola è tenuta ad accertare se sono state praticate agli alunni le vaccinazioni obbligatorie, richiedendo la presentazione della relativa certificazione. Se gli alunni ne sono privi, la famiglia può rivolgersi ai servizi sanitari perché definiscano la situazione vaccinale ed eseguano gli opportuni interventi sanitari, se necessari. E' importante che la scuola faciliti questo passaggio decisivo in termini di diritto alla salute. In ogni caso, la mancanza di vaccinazioni non può precludere per l'istruzione obbligatoria l'ingresso a scuola, né la regolare frequenza. Diverso è il caso della frequenza dei servizi educativi e della scuola dell'infanzia, dal momento che la mancata regolarizzazione della situazione vaccinale dei minori comporta la decadenza dall'iscrizione.

[22] Presente soprattutto come infezione latente nel 40% di bambini provenienti dall'Europa dell'Est, 13 % degli africani, 11 % degli asiatici e 9% dei sudamericani – Buonsenso D. et al. Eur. J. Pediatr. 2023; 182(5):2155-2167.

[23] Nei bambini provenienti dal Sud America è stata riscontrata la maggiore percentuale di test positivi per parassitosi (34,97%), seguiti dai bambini provenienti dall'Africa (30,8%), da quelli provenienti dall'Asia (25,41%) e da quelli di origine Est-Europea (21,36% - Chiappini E. et al. Pathogens 2022, 11, 354). I parassiti maggiormente rilevati sono stati la Giardia lamblia (12,16%) e il Toxocara canis (16,44%), con prevalenza decrescente con l'aumentare dell'età dei bambini. Analoga prevalenza globale (30%) è stata riscontrata in una indagine effettuata in Danimarca (Nielsen A.V. et al. Acta Paediatr 2020; 109(5):1004-1010), mentre valori più elevati sono stati riportati da Buonsenso D et al. (Pediatr. Infect. Dis. J. 2019;38(10):983-989) che hanno confermato un maggior rischio di parassitosi nei bambini di origine africana e sud-americana.

[24] Si trova quasi nel 42% dei bambini - Valentini P. et al. It. J. Publ. Health 2012;9(3):68-77.

[25] Oltre il 77% dei bambini adottati internazionalmente sono affetti da ipovitaminosi D di entità variabile da lieve a grave – Ceccarelli M. et al. Eur. J. Publ. Health 2019;30(3):522–527.

[26] Sono soprattutto riscontrate in bambini provenienti dalla Repubblica Popolare Cinese. Il dato, già segnalato nel nostro Paese [Totaro C, et al. J. Travel Med. 2018;25(1)], è stato confermato più recentemente in Svezia, dove è stata rilevata una prevalenza statisticamente significative di questo difetto nei bambini adottati all'estero [Schölin J.S. et al. J. Plast. Surg. Hand Surg. 2023;57(1-6):354-359].

FASD[27], disturbi dell'attaccamento, del comportamento, DSA, ADHD, autismo, altri disagi e patologie psichiatriche.
Sempre vanno considerate anche le conseguenze psicofisiche di abuso e maltrattamento.
La necessità, a fronte di tutto questo, di un approccio multidisciplinare efficace è evidente.

Dopo l'adozione
Anche a distanza di anni dall'inserimento in famiglia, dopo che tutti gli aspetti procedurali sono ormai terminati, possono emergere degli aspetti nelle condizioni di salute nel bambino/ragazzo con background adottivo tali da richiedere una attenzione specifica.
In età evolutiva è complesso riconoscere un potenziale disturbo psichiatrico in assenza della storia familiare, poiché alcuni sintomi possono sovrapporsi agli esiti di traumi pregressi. È, quindi, fondamentale considerare gli effetti a lungo termine che incuria e abbandono possono avere sullo sviluppo psico-fisico del bambino.

Sul lato fisico alcuni studi sembrerebbero rilevare una maggiore incidenza di pubertà precoce, probabilmente correlata al cambiamento dello stile di vita, sia sul piano affettivo che nutrizionale[28].

I traumi subiti nei primi anni di vita, l'esposizione intrauterina a sostanze tossiche (alcol, droghe, inquinanti, sostanze chimiche pericolose, ecc.) invece, sembrano tradursi, nella popolazione dei bambini con storie di adozione, in una maggiore incidenza di:

- Disturbi dell'attaccamento.
- Disturbi specifici dell'apprendimento.
- Disturbi del comportamento.

La presenza di questi disturbi comporta un impegno emotivo, psico-fisico ed economico ingente da parte della famiglia adottiva al fine di cercare di garantire il miglior sviluppo possibile per il proprio figlio. Spesso sulla gestione di questi aspetti si gioca l'equilibrio e la tenuta stessa della famiglia. E' quindi importante, per la famiglia adottiva, poter avere un facile accesso ad una rete di specialisti conoscitori degli aspetti appena descritti, per una eventuale presa in carico ed un sostegno continuato nel tempo.

In generale, il/la pediatra che seguirà il bambino dovrà essere consapevole di tali aspetti specifici e non potrà disporre di una anamnesi familiare, né di informazioni sulle condizioni

[27] Si tratta dell'esposizione in utero all'alcol per abuso materno: 50% dei bambini provenienti da Russia ed Ucraina presentavano caratteristiche compatibili con diagnosi di FASD (Colom. J., et al. Int. J. Environ. Res Public Health 2021, 18, 1388) che comporta spesso complessi profili caratterizzati da deficit nella comunicazione sociale, in alcune aree neurocognitive (in particolare la memoria di lavoro ed il linguaggio) e nell'autocontrollo (Carrera P, et al. Alcohol Clin. Exp. Res 2025;49:1248–1262).
[28] Proos LA, Hofvander Y, Tuvemo T. "Menarcheal age and growth pattern of Indian girls adopted in Sweden. I. Menarcheal age". Acta Paediatr Scand. 1991 Aug-Sep;80(8-9):852-8.]

prenatali e perinatali: dovrà, quindi, essere in grado di allertare o tranquillizzare, a seconda dei casi, i genitori o il genitore single riguardo allo stato di salute psico-fisica del bambino anche in assenza di tali dati.

3. BUONE PRASSI SANITARIE

Un'accoglienza sanitaria appropriata dei bambini con background adottivo richiede una solida competenza, da parte della rete dei pediatri di libera scelta, sulle specificità dell'adozione nazionale e internazionale. Per le adozioni internazionali è, inoltre, indispensabile il coinvolgimento di servizi pediatrici qualificati, dotati di un protocollo unitario di screening da effettuare tempestivamente dopo l'arrivo in Italia, indipendentemente da età, Paese di origine o presenza di sintomi, con eventuale personalizzazione sulla base del quadro clinico.

In questo ambito sono già attive, a livello territoriale, numerose esperienze positive e protocolli consolidati. Tra questi:

- Il Protocollo della Regione Emilia-Romagna per la tutela della salute psico-fisica dei bambini adottati (Reg PG 2007 n.297667 del 22.11.2007).
- La Deliberazione della Giunta Regionale 30/12/2009, n. 22-12964 "Azioni a favore dell'area sanitaria inerente le adozioni internazionali e nazionali" della Regione Piemonte in BUR N. 4 del 28/01/10.
- Il Protocollo Provinciale ASL6-Pordenone sull'adozione Nazionale e Internazionale del 2011.

Particolarmente rilevante è stata l'azione del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GNLBM-SIP, già GNLBI), che già dagli anni '90 ha promosso la nascita dei Centri di Riferimento per le Adozioni Internazionali. Nel 2002, in occasione del 58° Congresso della Società Italiana di Pediatria e della riunione del Gruppo a Montecatini, è stato presentato il primo Protocollo di accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero, approvato nello stesso anno dalla Commissione per le Adozioni Internazionali e successivamente aggiornato e semplificato (Pisa, 2007).

Negli anni successivi il protocollo è stato esteso anche all'accoglienza di minori di recente immigrazione provenienti da Paesi a rischio e integrato con le Indicazioni del GLNBI-SIP per l'accoglienza sanitaria al minore migrante (2013). L'evoluzione dello scenario delle adozioni internazionali ha, inoltre, imposto ulteriori approfondimenti, tra cui la gestione delle età presunte e il fenomeno delle pubertà precoci.

Attualmente i Centri di riferimento GLNBM per l'accoglienza sanitaria dei minori adottati all'estero sono 18, di cui solo 3 nel Sud Italia: sostenere e ampliare questa rete, aggiornando e

diffondendo il protocollo elaborato, rappresenta una priorità strategica per garantire un'assistenza equa e qualificata a tutte le famiglie adottive.

Le esperienze maturate in questi anni dimostrano che un'accoglienza sanitaria competente è possibile. La sfida è ora renderla un diritto garantito e uniforme per tutti i bambini e le bambine con background adottivo, indipendentemente dal territorio in cui vivono.

4. LE NECESSITA' E LE PROPOSTE

Il quadro delineato è certamente di alta complessità, rispetto alla quale risulta ancora insufficiente la consapevolezza di parte dei professionisti sanitari che incontrano le famiglie adottive.

Emerge la mancanza di una formazione strutturata e specifica rivolta ai pediatri e agli operatori sanitari, che consenta loro di conoscere adeguatamente il contesto dell'adozione nazionale e internazionale, di comprendere le implicazioni sanitarie, psicologiche e relazionali che tali percorsi possono comportare e di comunicare con le famiglie in modo competente e rispettoso, evitando stereotipizzazioni e domande improprie sulle storie pregresse delle persone di minore età. Le famiglie riferiscono con frequenza di accessi ai servizi sanitari caratterizzati da domande inopportune, talvolta poste in presenza dei figli, riguardanti dati di nascita non noti, gravidanze o genitori di origine; segnalano, inoltre, casi di bambini chiamati con il cognome di origine in contesto sanitario, poiché l'adozione non è ancora definitiva, nonché criticità nell'assegnazione del pediatra.

Particolarmente rilevante appare il tema della protezione dei dati delle persone di minore età in collocamento provvisorio o in affido a rischio giuridico. La gestione disomogenea del Codice Fiscale determina conseguenze significative sul piano sanitario e amministrativo, con ricadute concrete anche sull'accesso tempestivo alle cure sanitarie, talvolta ritardato o ostacolato da difficoltà burocratiche. In tale contesto si sono verificati episodi di indebita tracciabilità dei dati, con tessere sanitarie inviate alle famiglie di origine o alle comunità di accoglienza invece che alle nuove famiglie, compromettendo la tutela della riservatezza e la continuità assistenziale.

Accanto a tali criticità, si ritiene opportuno evidenziare che nell'ambito dell'adozione internazionale sono stati recentemente attivati specifici dispositivi di sostegno economico[29] mentre misure analoghe non risultano tuttavia attuate in modo strutturato per l'adozione nazionale, nonostante quanto previsto dall'art. 6, comma 8, della Legge n. 184/1983, che

[29] Decreto del Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità del 5 settembre 2025 https://www.commissioneadozioni.it/media/a3jhrtoa/decreto-del-ministro-per-la-famiglia-la-natalit-á-e-le-pari-opportunit-á-del-5-settembre-2025.pdf

consentirebbe allo Stato, alle Regioni e agli enti locali di intervenire con specifiche misure di carattere economico, anche a sostegno della formazione e dell'inserimento sociale delle persone di minore età adottate, nei limiti delle rispettive competenze e disponibilità finanziarie, con conseguenti e rilevanti disomogeneità territoriali.
Al fine, dunque, di uniformare le politiche sanitarie relative ai bambini e ai ragazzi con background adottivo e alle loro famiglie, il Coordinamento CARE sottolinea la necessità di:

- promuovere spazi di confronto strutturati tra il sistema sanitario e il mondo delle famiglie adottive e affidatarie;
- avviare la definizione di Linee Guida nazionali in ambito sanitario che facciano tesoro dell'esperienza dei Centri GNLBM e delle best practices territoriali, da realizzarsi attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro ristretto formato dal Ministero, da medici esperti e dall'associazionismo familiare, in coerenza con quanto già realizzato in ambito scolastico attraverso le Linee di indirizzo per il diritto allo studio delle alunne e degli alunni che sono stati adottati (2014, aggiornate nel 2023) e le Linee guida per il diritto allo studio delle alunne e degli alunni fuori dalla famiglia di origine (2017);
- sviluppare percorsi di formazione diffusa rivolti ai professionisti della salute;
- identificare prassi uniformi, a livello nazionale, in merito alle indagini mediche affrontate dalle coppie e dalle persone singole che si rendono disponibili all'adozione nazionale e internazionale;
- identificare prassi uniformi, a livello nazionale, di raccolta dei dati sanitari per i bambini non riconosciuti alla nascita;
- affrontare in modo sistematico il tema delle prassi amministrative e della tutela dei dati delle persone di minore età in collocamento provvisorio a rischio giuridico;
- individuare criteri per sostenere economicamente le famiglie che hanno adottato un bambino o una bambina con bisogni speciali.

Investire nella salute delle bambine e dei bambini con background adottivo significa investire nella qualità dell'accoglienza, nel sostegno alle famiglie e nella piena attuazione dei diritti dell'infanzia. Le esperienze delle famiglie, il contributo dei professionisti e il dialogo con le istituzioni dimostrano che migliorare è possibile. Il Coordinamento CARE continuerà a mettere a disposizione dati, esperienze e proposte affinché la salute diventi una priorità condivisa nelle politiche pubbliche e nella pratica quotidiana dei servizi.

5. IL COORDINAMENTO CARE

Il Coordinamento CARE, www.coordinamentocare.org, è un Ente del Terzo Settore che supporta e promuove l'associazionismo familiare adottivo o affidatario, sostiene le famiglie adottive e affidatarie e tutela i diritti delle bambine e dei bambini in stato di abbandono o provenienti da famiglie in difficoltà. Il Coordinamento CARE si è costituito in Associazione il 15 ottobre 2011 a Roma, ma è operativo fin dal 2009 e si configura come una associazione di secondo livello, in cui i soci sono le associazioni familiari.

Attualmente sono soci del Coordinamento CARE 40 associazioni familiari. L'attività di advocacy (Commissione Adozioni Internazionali, Autorità Garante Infanzia e Adolescenza, Ministero dell'Istruzione e del Merito, ecc.) istituzionale esercitata dal Coordinamento CARE promuove e indirizza politiche, programmi, pratiche e allocazioni di risorse a beneficio e sostegno dell'attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il Coordinamento CARE è componente della Commissione Adozioni Internazionali e del Forum nazionale delle associazioni dei genitori della scuola (Fonags). E' in rete con: Tavolo Nazionale Affido, Alleanza Infanzia, Rete ARCE – Rete per lo sviluppo delle comunità educanti, Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC), Tavolo Scuola Famiglie in dialogo.

Per informazioni, approfondimenti, collaborazioni istituzionali o segnalazioni sui temi affrontati nel dossier è possibile contattare il Coordinamento CARE ai seguenti recapiti:

Anna Guerrieri
Presidente del Coordinamento CARE
E-mail: presidente@coordinamentocare.org

E-mail generale: info@coordinamentocare.org

PEC: coordinamentocare@pec.it

Sito web: www.coordinamentocare.org

Coordinamento CARE
c/o CSV Lazio
Via Liberiana, 17 – 00185 Roma