

**CENTRO CULTURALE “CASTEL IVANO INCONTRI”**

**ASSOCIAZIONE “AMICI TARENTINI”**

*Adozioni Internazionali*

**“AFFETTIVITA’ E SESSUALITA’:  
PERCORSI DI CRESCITA  
NELL’ESPERIENZA ADOTTIVA.”**

Affettività e sessualità sono aspetti importanti  
per lo sviluppo della persona.

Nell’esperienza familiare condivisa, genitori e figli adottivi integrano le  
passate esperienze ponendosi  
in un atteggiamento di serena fiducia verso il futuro.

**Centro Internazionale di Cultura Castel Ivano  
Ivano Fracena (Trento)  
29 maggio 2005**

## **SOMMARIO**

SALUTO Patrizio Campone	pag. 2
INTRODUZIONE Dott.ssa Laura Ebranati	pag. 3
PREMESSA Dott.ssa Giuliana Gonella	pag. 5
EDUCAZIONE EMOTIVA, AFFETTIVA, SESSUALE. GENITORI E FIGLI CONFRONTANO LE ESPERIENZE, COSTRUISCONO INSIEME LA TRAMA DEL FUTURO. Dott.ssa Roberta Giommi	pag. 6
IL RACCONTO DELLA SESSUALITÀ E DELL’AFFETTIVITÀ DAL PUNTO DI VISTA DI UN GENITORE. Dott.ssa Giuliana Gonella	pag. 13
RISPOSTA DELLA DOTT.SSA GIOMMI ALLE DOMANDE DEL PUBBLICO E DIBATTITO	pag. 15
CRESCITA, SVILUPPO PUBERALE E PUBERTÀ PRECOCE NEI BAMBINI ADOTTATI DA PAESI IN VIA DI SVILUPPO. Dott. Raffaele Virdis	pag. 22
DIBATTITO	pag. 27
RISULTATI DELLA RICERCA: CRESCITA E SVILUPPO DEI BAMBINI ADOTTATI DALL’ESTERO Raffaele Virdis, Juliette Ndaka	pag. 30

## **SALUTO**

Patrizio Campone  
*Presidente dell'Associazione Amici Trentini*

Buongiorno e benvenuti a tutti.

Sono molto felice ed è un vero piacere per me aprire quest'anno il tradizionale Convegno, rivolto alle famiglie adottive e agli operatori impegnati nel campo delle adozioni internazionali, organizzato dall'Associazione Amici Trentini nella prestigiosa sede di Castel Ivano.

E' una tradizione della nostra Associazione, che proprio quest'anno compie 25 anni, nell'ambito del programma di incontri, che fino ad ora sono stati 21, di cui 11 a Castel Ivano, approfondire temi diversi legati all'adozione internazionale.

La nostra Associazione ha sempre vivo il forte desiderio di essere presente sul territorio e sente di avere il compito di promuovere il dialogo e il confronto e offrire opportunità di crescita e riflessione.

E' con grande piacere che desidero ringraziare:

- il prof. Staudacher, che ha messo a disposizione questa prestigiosa struttura;
- l'Associazione "Castel Ivano Incontri" e la Provincia Autonoma di Trento, oggi qui rappresentata dalla dott.ssa Maria Grazia Pensabene, che hanno patrocinato questo evento;
- i relatori, la dott.ssa Roberta Giommi - *psicologa e psicoterapeuta; direttore dell'Istituto di Ricerca e Formazione, Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze; presidente della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica* - e il dott. Raffaele Virdis - *professore associato di Pediatria, Università di Parma* - che ci aiuteranno ad affrontare il delicato tema di questa giornata di studio: "*Affettività e sessualità. Percorsi di crescita nell'esperienza adottiva.*";
- la dott.ssa Giuliana Gonella, moderatrice del dibattito.

Un particolare e sincero ringraziamento a tutte le persone che hanno ideato, progettato e contribuito a realizzare questa giornata e che danno inoltre sempre la loro piena disponibilità, perché credono che le attività svolte quotidianamente dall'Associazione non siano solo interessanti ma fondamentali.

Mi riferisco a:

- Teresa Stefani, Presidente Onoraria e fondatrice dell'Associazione Amici Trentini, sempre attiva nel portare avanti l'attività di solidarietà e cooperazione;
- i membri dei diversi Consigli Direttivi e i precedenti Presidenti dell'Associazione Amici Trentini;
- il personale, i collaboratori, i volontari, tutte persone di indiscussa professionalità ed esperienza che con il loro lavoro e con la loro presenza testimoniano attenzione e sensibilità alle nostre tematiche e alla nostra Associazione.

Ringrazio tutti i presenti per la partecipazione, che spero possa diventare attiva nel corso della giornata, e auguro un buon proseguimento.

Desidero ora passare la parola alla coordinatrice dell'Associazione, dott.ssa Laura Ebranati, per l'introduzione al tema che verrà trattato oggi e per la presentazione dei relatori.

## **INTRODUZIONE**

Dott.ssa Laura Ebranati  
*Coordinatrice dell'Associazione Amici Trentini*

Buongiorno a tutti. Le parole chiave con cui apriamo le porte di questa giornata sono *affettività* e *sessualità*, due concetti che rimandano alle sfere più intime, personali e profonde di ogni individuo. Si tratta di aspetti che trovano un'origine antica e precoce nella relazione tra il neonato e la sua figura di accudimento che, a seconda di come risponde alle richieste del bambino, instaura con lui una relazione unica. Il corpo diventa il veicolo fondamentale non solo per la soddisfazione dei bisogni di base, ma anche per la nascita di una relazione intima "a tu per tu" in cui l'essere allattato, toccato, accarezzato, tenuto in braccio, insieme alle altre infinite espressioni della cura e dell'affetto, diventano per il bambino la trama fondamentale su cui si basa la possibilità di costruire relazioni significative durante la crescita, in cui mettere in gioco anche le parti più personali e profonde di sé.

La relazione precoce, che per i figli naturali di solito coincide con l'occasione di godere di una vicinanza intima con la figura materna, assume spesso nella realtà dell'adozione internazionale sfumature e significati del tutto peculiari. Così, ad esempio, il bambino che vive le fasi precoci del suo sviluppo in un istituto, spesso sperimenta un'affettività allargata e condivisa, in cui il rapporto con i vari adulti di riferimento si costruisce in un contesto di socialità anziché di protetta intimità e dove, di conseguenza, anche la percezione del proprio corpo cambia, poiché il bambino riceve risposta alle sue esigenze fisiche, affettive e psicologiche con i tempi e le modalità che sono possibili e non sempre quando egli ne avverte il bisogno.

La radice affettiva che ogni bambino, prima dell'incontro con la sua famiglia adottiva, porta dentro di sé, trova quindi origine in queste esperienze precoci, che, pur essendo diverse da bambino a bambino, sono comunque inserite in un più ampio contesto di riferimento: un Paese natio e una cultura in cui "tutti i bambini" vengono accuditi, toccati, coccolati in un certo modo e dove l'espressione di sentimenti universali, come quello dell'amore e dell'affetto, passa attraverso comportamenti che possono essere molto diversi dai nostri.

Ricordo una bambina indiana che, tutte le volte che vedeva la sua mamma adottiva sedersi a terra con le gambe incrociate, si accovacciava in mezzo ad esse e vi si accoccolava, proprio come vengono tenuti i bambini piccoli in India. E la bimba, con questo semplice comportamento, "raccontava del suo passato", un passato in cui anche lei, evidentemente, aveva avuto qualcuno che l'aveva tenuta così, anche se non lo poteva ricordare né narrare con le sue parole, perché questo gesto di accudimento era avvenuto quando lei ancora era molto piccola, ma di certo si era registrato nella sua memoria emotiva. Ricordo anche il sollievo e la gioia di questa mamma che, di fronte al gesto della bambina, aveva capito che, quando ancora lei non c'era, qualcuno in India si era preso cura di sua figlia.

Credo che questo evidenzi anche come, nel genitore, ci sia il naturale bisogno di ricostruire, attraverso i comportamenti stessi del bambino, un passato spesso ambiguo, parziale o completamente sconosciuto, fatto di buchi da tollerare emotivamente, spesso generatori di fantasie, e anche con il compito di ricucirli per restituirli al bambino con un senso, insieme alle rassicurazioni di cui egli ha profondamente bisogno. Un passato che a volte è fatto anche di maltrattamenti e abusi al corpo e alla psiche, rispetto ai quali il genitore ha il difficile compito di aiutare il bambino a ricostruire un legame di fiducia in cui la corporeità, da "dimensione temuta", possa diventare uno spazio relazionale ricco e

gratificante, dove spesso sono proprio la vicinanza e lo scambio fisici a permettere di esprimere, nel pieno riconoscimento reciproco, quanto ci si vuole bene e quanto si è importanti l'uno per l'altro. E di solito, quanto più un figlio riesce ad abbandonarsi a questo tipo di relazione con i suoi genitori, tanto più riuscirà, nella crescita, a preparare il terreno dove costruire le basi di relazioni adulte speciali, in cui affettività e sessualità si intreccino armonicamente in un naturale scambio d'amore e siano percepite come risorse per prendere contatto con le parti più profonde di sé e dell'altro.

La giornata di oggi ruoterà intorno a questi grandi, delicatissimi temi, o, forse, sarebbe meglio dire che cercherà di coglierne "il cuore" e la profonda essenza, grazie al prezioso contributo della dottoressa Roberta Giommi, che ci accompagnerà in un viaggio in cui esploreremo il mondo dell'affettività e della sessualità nella relazione tra genitori e figli, e il dottor Raffaele Viridis, che condividerà con noi la sua consolidata esperienza di medico pediatra, con particolare riferimento alla maturazione puberale e ai casi di precocità dello sviluppo nei figli adottivi. Vorrei inoltre ringraziare la dottoressa Giuliana Gonella, che si è resa disponibile ad affiancare i relatori durante la giornata, ma soprattutto a condividere con tutti noi alcune riflessioni nate dalla sua esperienza quotidiana come mamma adottiva, dando ulteriore spessore e profondità, ma anche concretezza, a questi delicati argomenti.

Le lascio quindi la parola e auguro a tutti che questa giornata possa arricchire ulteriormente il bagaglio conoscitivo, ma soprattutto emotivo, che i genitori e gli operatori del settore costruiscono, giorno dopo giorno, con questi bambini straordinari, nell'obiettivo comune di comprenderli ancor più profondità e accompagnarli al meglio nella loro crescita. Grazie a tutti e buon lavoro.

## **PREMESSA**

Dott.ssa Giuliana Gonella  
*Moderatrice del convegno*

Buongiorno anche da parte mia e grazie alla dottoressa Laura Ebranati per questa bella introduzione che ci preannuncia i temi che tratteremo oggi.

Devo dirvi subito che stare da questa parte del tavolo per me non è facile, nel senso che, quando le psicologhe dell'Associazione mi hanno chiesto se ero disponibile oggi a intervenire in questa sede in qualità di moderatrice e riportare la mia esperienza, io subito volevo defilarmi e avrei preferito stare in mezzo a voi. Poi ho fatto le mie riflessioni e ho pensato che comunque il confronto con le altre coppie è sempre stato arricchente per me e che mi ha dato tanto. E' sempre stato uno scambio reciproco, quindi non mi pesa essere qui. D'altra parte voi siete tutti genitori adottivi, quindi persone con le quali condivido un'esperienza. Qualcuno magari è agli inizi, come ero io tre anni fa quando aspettavo ancora il mio bambino; qualcun altro invece ha fatto più strada di me. Comunque penso che il confronto sia proficuo e arricchente un po' per tutti.

Non è facile per me parlare di sessualità. Devo dire che è un tema che mi imbarazza molto. Io ricordo un'esperienza con la mia nipotina, che allora aveva cinque anni e una sera, mentre la stavo mettendo a letto, lei pensò bene che - visto che ero sposata da poco e si parlava di bambini - ero la persona più adatta per chiedere delle informazioni. E disse: "Zia, mi prendi quel libro dallo scaffale?". Era un libro che parlava, tra le altre cose, di educazione sessuale e lì mi ha fatto aprire la pagina. C'erano dei disegni molto semplici, molto tranquilli e ho cominciato a leggere mentalmente alcune righe. A un certo punto il testo recitava così: "...Per avere un bambino una mamma e un papà devono stringersi teneramente, ad un certo punto il papà mette il suo sesso in quello della mamma e nel momento in cui la felicità è più grande...". Chiusi il libro e dissi a mia nipote: "Va bene, adesso ti leggo un altro libretto!".

Poi, quando arrivano i figli non puoi sempre dribblare, devi metterti in gioco. Anche perché mi rendo conto che in quel momento di silenzio abbiamo perso un po' tutte e due: la mia nipotina la possibilità di chiarirsi dei dubbi con qualcuno a cui voleva bene e per me di instaurare una relazione un po' più stretta con lei, di aiutarla a crescere.

Alla maturità sessuale si arriva dopo un processo normale e naturale, ma sappiamo che conta molto cosa diciamo ai nostri figli, come li aiutiamo a crescere e come li aiutiamo a prendere consapevolezza del loro corpo, delle trasformazioni a cui andrà incontro e a porsi in un atteggiamento positivo verso le relazioni future che arricchiranno la loro vita. Questo coinvolgimento prevede la nostra capacità di rivedere la nostra storia, di rielaborarla, di confrontarla con i nostri figli e con le esperienze che loro ci portano. Credo che la sessualità sia un aspetto molto importante della vita di tutti noi e mi auguro che mio figlio possa crescere serenamente, armoniosamente ma soprattutto crescere integrando quegli aspetti di corpo, cuore e mente che faranno di lui una bella persona.

Lascio ora la parola alla dott.ssa Giommi, psicologa e psicoterapeuta, che dirige l'Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze, insegna attualmente al Corso di Specializzazione in Andrologia presso l'Università di Firenze, è presidente della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica, affianca l'attività clinica all'attività di insegnamento e formazione e partecipa a congressi in ambito nazionale e internazionale. E' autrice di numerosi testi e articoli pubblicati su riviste scientifiche accreditate. Cura settimanalmente una rubrica sull'inserto "Salute" di Repubblica e collabora a vario titolo con numerose e diverse testate. Buon lavoro e buona giornata a tutti.

## **RELAZIONE**

**“Educazione emotiva, affettiva, sessuale. Genitori e figli confrontano le esperienze, costruiscono insieme la trama del futuro.”**

Dott.ssa Roberta Giommi

*Psicologa e psicoterapeuta; direttore Istituto Ricerca e Formazione, Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze; presidente Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica.*

Volevo ringraziare innanzitutto l'Associazione e le persone che in questo periodo hanno preceduto il mio arrivo qui e che mi hanno mandato suggerimenti e indicazioni interessanti rispetto al lavoro con voi. In particolare, mi piace lavorare con voi perché nella mia storia ci sono delle esperienze sia di lavoro con dei centri, che si occupano di fecondazione assistita sia da un punto di vista della gestione di alcuni servizi psicologici legati ai servizi sociali di realtà toscane sia una serie di esperienze di psicoterapie e consulenze sessuali con ragazzi e ragazze o con genitori, che incontravano nel percorso di crescita dei figli adottivi problematiche rispetto alla relazione con gli altri. Per me è un piacere incontrarvi e avrò anche molta gioia delle domande che mi farete, perché per me è un po' una crescita incontrare delle persone e ricevere dei feed-back che mi porterò dietro. Diciamo che lo spazio alle domande è per me molto importante.

Prima di entrare nello specifico volevo dirvi come mai mi occupo di sessuologia da tanti anni e che cosa abbiamo cercato di inserire nel concetto di educazione alla sessualità, all'affettività e ai sentimenti.

Nel nostro lavoro abbiamo messo in testa la sessualità perché dentro mettiamo tante cose diverse, che sono: crescere con il corpo, volergli bene, vivere bene con gli altri e vivere la dimensione del contatto con gioia. Bisogna sempre tenere presente che alcune persone possono aver fatto brutte esperienze. Dobbiamo anche stare attenti a volte che poniamo contro l'educazione alla sessualità il concetto di spontaneità, che si accompagna però solo al concetto di possibilità. Cioè, io posso essere spontanea soltanto per le cose che posso veramente usare. Cosa ci siamo posti in Italia? Ecco, dall'esperienza clinica abbiamo imparato che le persone a volte soffrono per delle cose piccolissime. Per esempio, noi abbiamo incontrato delle persone che facevano una vita chiusa in casa senza amici, senza la possibilità di trovare un amore, perché avevano delle paure che magari potevano essere sciolte con un colloquio. Questo ci ha fatto pensare che forse era importante fare prevenzione. Dall'85 ad oggi, viaggiando per tutta l'Italia, abbiamo pensato che parlare di educazione alla sessualità fosse un modo per aprire un dialogo da parte di adulti autorevoli, come i genitori o gli insegnanti, con quella vicinanza emotiva che permette di fare le cose giuste. Il racconto che ci ha fatto prima Giuliana è stato molto bello perché è quello che spesso succede a molti genitori. Noi abbiamo fatto dei libri con la Mondadori per diverse fasce di età di bambini, ma i genitori tendono a comprare per i loro figli i libri per i bambini più piccoli, cioè c'è il tentativo di "infantilizzare"; e poi la polizia ci dice che i ragazzi già undicenni si collegano a Internet e guardano i siti pornografici, quando magari non hanno neanche mai parlato di cose semplici con i genitori!

Questo è per noi un argomento molto importante anche perché l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha spiegato che "il benessere sessuale fa parte della salute". Il benessere sessuale è un mondo che si apre da piccolissimi, che è appunto il contatto, la possibilità di pensare agli aspetti ludici. Perché i bambini per me, se non sono stati feriti, sono maestri nell'aspetto ludico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ci ha raccontato che i bambini molto piccoli possono essere depressi e noi abbiamo pensato di allenarli alla loro intuizione, cioè fargli

capire quello che loro sentono con la pancia, scoprendo attraverso il nostro lavoro cosa gli piace mangiare e ascoltare - e cosa non vogliono né mangiare né ascoltare - continuando cioè a costruire un dialogo con loro che faccia la base della rassicurazione; rassicurazione di quello che sentono e la condivisione con l'adulto che quello che sentono prima va ascoltato, poi, eventualmente, si stabilisce un dialogo sulla cosa che sta accadendo.

Quindi l'allenamento è molto importante anche per voi. Può essere un recupero di momenti in cui non c'è stato tutto questo accudimento che poi siamo in grado di esprimere, a volte invece un recupero di situazioni in cui vi siano state delle ferite che hanno lasciato traccia - che poi possono essere ferite riconosciute e rese più dolci -. Io, da piccola, mi feci un taglio importante sulla mano, che poi, diventando grande, questa cicatrice divenne irrilevante per un fatto biologico. Le ferite psicologiche sono legate alla capacità di riparazione.

Noi raccontiamo la "favola bella" di essere al mondo, di poter passare attraverso un percorso che è legato alle figure adulte attraverso il fatto che ci sia restituito, come bambini e bambine, il nostro corpo come dono e che possiamo imparare piano piano cosa ci piace e cosa non ci piace, come possiamo stare in rapporto con gli altri tenendo presente che dobbiamo imparare a chiedere il permesso. Vale a dire che il rapporto con gli altri può non essere un permesso a voce alta o scritto, cioè non possiamo chiedere a una persona: "Scusa, posso darti un bacio? Posso toccarti?". Ecco, però noi adulti dobbiamo imparare a chiedere il permesso ai bambini o alle bambine quando vogliamo abbracciarli o toccarli. Se vedo che il bambino è un po' intimorito cerco di non stargli addosso, gli lascio i suoi spazi, offrendo delle occasioni di incontro e quando il bambino verrà verso di me potremo costruire un nostro rapporto.

Spesso i bambini sono abbastanza oppressi dagli adulti, che gli vanno incontro per toccarli e io li paragono un po' ai cagnolini quando vengono portati in giro e tutti si fiondano per accarezzarli e così il padrone dice di stare attenti, perché potrebbero mordere, per evitare che il cane sia circondato da persone estranee. Ecco, è un gioco di relazioni che si costruisce per prendere tempo, per creare un rapporto. Ecco che cosa possiamo incontrare da un punto di vista di quello che sarà il futuro della sessualità nei bambini che appunto adottiamo; quello che ci può essere è che sia successo qualche cosa sull'attaccamento - e quindi su quello che riguarda il contatto fisico e la presa in cura - e cioè questa competenza al contatto corporeo, alla nutrizione, agli spazi di libertà che dobbiamo montare e rismontare, come per creare un meccanismo che permetta di riparare e accogliere dei fatti, che possono essere nel nostro subconscio e che possono aver bisogno di una ricucitura.

L'altro discorso, che ci occupa dai tre anni in poi con dei momenti in cui viene ritoccato, è la *dimensione affettivo-sensoriale* e quindi "erotica" tra figli e genitori, cioè come costruire questo confine rappresentato da Edipo dal punto di vista freudiano, ma traducibile dal discorso che quando tocchiamo il corpo di un bambino, di un adolescente - e loro toccano il corpo della madre o del padre - c'è un momento in cui passano le emozioni e queste sono importantissime. Nel contatto corporeo però c'è un momento nella nostra vita in cui dobbiamo scindere le emozioni: il corpo della mamma è quello della mamma, il corpo del papà è quello del papà. A volte può non esserci stata la separazione dell'erotismo o della sessualità a causa di persone che non hanno avuto rispetto o attenzione del nostro corpo e ci hanno confuso su cosa vuol dire amare da un punto di vista affettivo. Non ci hanno fatto comprendere la distinzione fra affettività e sessualità.

L'altro discorso è qual è il *modello del genere*, cioè cosa vuol dire essere maschi o femmine. Noi abbiamo visto che spesso i bambini della scuola materna ed elementare possiedono ancora degli aspetti di neutralità, cioè non è vero che sono già segnati dal



genere. Una bambina di tre anni che corre, salta e che magari è un po' scatenata o un po' "ribelle" viene lasciata in pace, mentre un maschio che è un po' schivo, che sta spesso fermo, viene tormentato. Si ritiene spesso che un maschio debba essere "macho" fin da piccolo; infatti gli psicologi hanno molte domande dai genitori o dagli insegnanti per consultazioni su "maschi femminilizzati". Quindi le società hanno più preoccupazione per i maschi che per le femmine. Tempo fa, durante una consultazione, una donna mi disse che suo marito non era "un macho" perché era un tipo molto dolce e disponibile. Io le dissi che anche mio padre era una persona molto dolce e molto disponibile e ho sempre pensato che fosse un uomo; non mi è mai passato per la testa che, essendo educato, dovesse essere un "non-uomo". Quindi la signora doveva avere un po' di confusione in testa. Vi è quindi la tendenza ad abbinare al genere, all'essere bambino o bambina, degli aggettivi che però variano da cultura a cultura.

L'altro discorso è qual è il *modello di coppia*, cioè che cosa ci aspettiamo dalla coppia genitoriale, che sarà poi importante nei processi di identificazione quando io dovrò crescere diventando un uomo o una donna, quando dovrò scegliere cosa posso copiare e cosa no dalle figure genitoriali da un punto di vista della dimensione di coppia.

L'altro discorso è a che cosa serve il sesso. Il sesso può avere tanti scopi diversi. Diceva scherzosamente Pasini, che ha appoggiato la sessuologia in Italia, che "il sesso serve per dormire anche se non è la parte più esaltante". Negli adolescenti il sesso serve per fare amicizia, per essere accettati dal gruppo. Mi ricordo un film che mi ha colpito moltissimo, "Figli di un Dio minore", dove la ragazza sordomuta dice: "Non mi hanno mai invitato alle feste di giorno, mi hanno tenuta nel sotto scala dove cercavano di fare sesso con me e io in realtà accettavo perché era l'unico momento in cui mi consideravano.". Ecco, perciò a volte il sesso può essere un'arma di scambio, un tentativo di essere al centro del gruppo, di ricevere ammirazione ed essere accettati. Noi dobbiamo vedere quanto la sessualità risponde alla crescita - cioè faccio esperienze, mi scopro nel mio corpo - e quando il nostro passato o presente fa della sessualità un uso che centra poco con la gioia; cioè potrebbe essere il tentativo di essere interessanti o accettati o di ripetere gesti che ora facciamo da attivi - mentre una volta lo facevamo da passivi - e questo riguarda un po' cosa potrebbe succedere ai bambini nel loro presentarsi alla nostra vita, alla nostra storia.

L'altro discorso riguarda appunto la *storia dei genitori*. I genitori adottivi, prima di abbracciare il loro bambino, possono avere alle spalle un percorso doloroso. Potrebbe essere che l'adozione sia nata immediatamente come pensiero, ma può anche darsi che sia nata dopo un periodo d'attesa o dalla scoperta dell'impossibilità di fare dei figli o dopo una fecondazione assistita che non ha dato risultati. Ricordo una giovane signora che mi diceva: "Ma lo sa quante mestruazioni ci sono in 5 anni?". Questa persona mi aveva molto colpito sul piano emotivo perché, mentre faceva consultazione con me, le erano tornati in mente tanti momenti dolorosi passati in 5 anni. Quindi ci sono tante cose che possono essere state affrontate dalla coppia. C'è anche il lungo percorso per essere abilitati per il "bollino blu" e poi l'attesa per trovare l'incontro tra genitori e bambino; la coppia, nella sua dimensione relazionale, può dover affrontare tutta una serie di cose che portano a numerose riflessioni e a una responsabilità che è molto sottolineata. Ricordo un'amica che ha adottato un bambino moldavo e io le dicevo che era autorizzata a fare 10 errori al giorno e se ne faceva meno era stata bravissima. Era entrata in una grande ansia rispetto al fatto di sbagliare.

L'altro discorso è come costruire, attraverso il fatto che non c'è una maternità biologica, questa *differenziazione tra madre e padre*, cioè i "genitori culturali" che diventano "genitori del cuore", "della pelle" e che a volte possono avere paura di questo bambino che ha una sua storia e che ha vissuto con altre persone. Ecco, noi, come Istituto Internazionale di Sessuologia, abbiamo diviso le fasce di età dei bambini cercando di evidenziare le cose più importanti.

Nella fascia *da 3 a 6 anni* noi riteniamo che la cosa importante potrebbe essere la dimensione della *libertà della corporeità*, cioè il sentire la gioia della corporeità, il piacere delle sensazioni e delle emozioni che da grandi ci permetterà di assaporare il mondo e farà di noi persone capaci di non abitare le case che vediamo nei film americani - dove si vede uno che entra nella stanza buia, apre il frigorifero, si prende una cosa da bere, la appoggia sul tavolo e resta lì in completa solitudine -. Alcuni film raccontano questo e ci fanno paura, cioè ci fa paura la mancanza di sensazioni.

Noi abbiamo introdotto la frase "chiedere il permesso" proprio per dire che c'è il bisogno di stabilire delle negoziazioni dal punto di vista del toccarsi fra bambini, del fare esperienze; non per rompere la loro spontaneità ma per costruire la loro competenza relazionale. Quindi potrebbe essere importante in questa fase vedere quali sono le deprivazioni e poi le sensazioni di cosa vuol dire essere bambini, cioè che cosa vuol dire in termini anche del paragone fra culture, ma soprattutto anche questa capacità di vivere le emozioni come buone. Per esempio, io posso amare una persona e anche se non sono corrisposto il solo provare una sensazione così profonda è una cosa positiva. Io alle persone dico che è meglio essere innamorati infelici che non essere innamorati, perché da innamorati ci facciamo un sacco di fantasie, aspiriamo ad incontrare l'altra persona. Tutto questo può succedere anche ai bambini. Insegnargli a provare emozioni è una cosa buona, ma non sempre le emozioni si possono tradurre in consensi. Può darsi anche che gli altri bambini dicano no, non ci piace essere baciati oppure che i bambini vadano per conto loro. Ecco, questi sono i modi più frequenti di come i bambini usano "il loro" e riescono a metterlo in relazione.

L'altro discorso sono i bambini *dai 7 ai 10 anni*. Noi lo consideriamo un periodo molto delicato perché è un po' l'anticipazione di quello che potrà essere il connotarsi secondo il genere. Nelle feste di quinta elementare i maschi stanno da una parte e le femmine dall'altra e magari non si parlano nemmeno; però, a sentire loro, sono tutti fidanzati e sono felici di questa festa integrata, anche se ci sono delle distanze. Le bidelle delle scuole elementari raccontano che i maschi non mangiano i finocchi e li buttano via nel cestino per paura di non essere abbastanza maschi. Queste "paranoie" ci hanno fatto ridere e ci hanno permesso di discutere con i ragazzi e le ragazze rispetto alla definizione del genere che si definisce in tanti modi diversi, non certo mangiando solo certi tipi di verdura. E' una fascia d'età in cui elementi di solitudine, di socialità scarsa, di poca voglia di andare con gli amici, di "non-inviti" alle feste possono diventare tema di ansia dei genitori, proprio perché in quel momento si definisce un po' l'appetibilità sociale più che in altri momenti. Quindi un bimbo "socialmente appetibile" per i genitori è oggi molto importante. Io dico sempre che San Francesco e Leopardi sarebbero stati in terapia se fossero vissuti ai giorni nostri, perché ogni persona introversa e in generale un pochino più isolata viene considerata più a rischio. Eppure ci hanno regalato testi così belli che ci emozionano ancora; quindi, pur avendo un grande interesse per la socialità, non dobbiamo cadere nella trappola del consenso.

A volte anche piccoli isolamenti, divergenze, varianze possono essere dei modi per costruire delle individualità, cioè "io sono".

Il periodo che va *dagli undici ai quattordici anni* viene considerato da noi educatori alla sessualità il momento più delicato; infatti è proprio in questi anni che si indossa il *corpo sessuato* e dove il giudizio dei coetanei prende più peso. Se l'adolescente è in difficoltà con il proprio corpo, col proprio colore, modo di essere e di approcciare, possono iniziare delle solitudini molto pesanti, più di quelle che ci potrebbero essere in altre fasce di età. Ma questo periodo è anche quello del *rafforzamento delle esperienze*, in cui i "mal-apprendimenti" sul significato della sessualità possono anch'essi essere causa di difficoltà. Ricordo una collega che aveva una figlia adottiva di quattordici anni che viveva con loro da tre anni. Questa bambina, proprio per il desiderio di essere accettata, cominciò fin da subito ad avere esperienze precoci, anche se l'ambiente in cui stava crescendo era piuttosto chiuso dal punto di vista della sessualità. Questa cosa fece impensierire i genitori i quali mi chiesero aiuto. Con loro abbiamo dovuto ripercorrere la storia travagliata della bambina, adottata già varie volte senza successo, capire le differenze anche riguardo alla sfera della sessualità e affrontare e superare le difficoltà insieme. Infatti la bambina - sia col suo fare molto affettuoso sia con lo sviluppo precoce del corpo - attraeva gli altri e poteva essere fraintesa, ma inoltre ella stessa poteva fraintendere. Per questo è stato molto importante che i genitori abbiano affrontato senza indugi il problema e lo abbiano risolto prendendo per mano la bambina e percorrendo insieme l'ombra.

Un altro problema in questa fascia di età è il *cambiamento del rapporto tra genitori e figli*; infatti non vediamo più i nostri figli come bambini ma come piccoli uomini e a volte ci sentiamo in imbarazzo nel toccare e guardare il corpo ormai sviluppato dei nostri figli, ma la maggior parte delle volte sono proprio loro che ci salvano sbattendo per esempio la porta del bagno, scansandosi quando li vogliamo baciare o quando si chiudono in camera.

Il periodo *fra i quindici e i diciotto anni* è ancora più complicato: il confronto con il gruppo diventa ancora più forte, nascono le prime relazioni e chi, sviluppandosi in ritardo, non è al pari degli altri, può andare incontro a difficoltà. E quindi il nostro percorso accanto a loro deve continuare; proprio per questo mi sono sforzata per fare dei libri per dare un aiuto sia ai ragazzi sia ai genitori. Questi devono trovare la trama di quello che ci raccontano, affrontare insieme le loro paure e parlare anche della sessualità, perché bisogna ricordare che, se non lo facciamo noi, lo faranno tante altre persone al posto nostro. Infatti spesso i bambini già in prima media si scambiano informazioni, magari prese dalla pornografia - molto accessibile ai giorni nostri - si creano paure e insicurezze riguardo agli organi sessuali, si immaginano che tutte le donne abbiano determinati comportamenti sessuali che poi, se non riscontrati nella realtà, creano insicurezza. Quindi è importante capire che non basta la *comunicazione funzionale*, per la quale bastano pochi minuti, ma è necessario fare una *comunicazione emotiva* per rispondere alle paure silenziose o alla mancanza di comunicazione. Chiaramente le cose sono diverse se i nostri bambini hanno avuto storie tranquille, se sono arrivati da noi abbastanza presto o se invece hanno avuto storie difficili.

In ogni caso dobbiamo condividere con i bambini il nostro corpo e questo potrebbe essere il tema della *rassicurazione corporea*. Nel Decreto Americano, in merito alle valenze per essere "genitori di buon valore", c'è appunto l'accudimento corporeo, l'accudimento della pulizia e della nutrizione, l'accudimento del sonno, la costruzione un passo alla volta dell'autonomia.

Quindi l'obiettivo è ristabilire questo accudimento poco alla volta, già con i messaggi che i bambini molto piccoli ci mandano con la muscolatura, stabilendo già così una comunicazione.

Un'altra cosa fondamentale è quella di affrontare da subito il *tema della differenza* di colore e abitudini e la differenza che ogni bambino ha rispetto a un altro, che ogni paese ha rispetto a un altro e preparare il bambino alla pre-adolescenza e

all'adolescenza. Prepararli insomma ad affrontare i problemi, le situazioni, il rapporto con gli altri, a capire le cose sbagliate da quelle giuste. Questo è anche il periodo dove ci metteremo a rischio, essendo l'adolescenza il periodo di maggior scontro e dobbiamo essere pronti anche a questo. Io credo che tutto questo lavoro che faremo con i bambini nel raccontare la vita, la sessualità, il corpo, sia veramente un allenamento psicologico alla fase dell'adolescenza.

I nostri bambini vivono in un mondo a grossa velocità e la cosa che ci dovrebbe preoccupare è la bulimia e cioè innumerevoli stimoli che per alcuni bambini potrebbero essere non digeribili, perché distanti da alcuni modelli culturali.

Un altro grosso problema potrebbe essere quello di essere lasciati dai partner e quello di credere di non essere amati; in questa fase potrebbero rivivere la loro storia di figli adottivi lasciati da qualcuno e noi gli dobbiamo dire che li amiamo e che è per questo che sono con noi. Il pericolo è che trasportino questo meccanismo nel rapporto di coppia.

Credo inoltre sia fondamentale creare chiarezza sugli scopi non-sessuali della sessualità. Regalare sesso per avere affetto, l'accettare comportamenti non graditi solo per entrare a far parte di un gruppo è un problema che ci riguarda moltissimo e noi, con il nostro lavoro di prevenzione, dobbiamo stare attenti, perché la sessualità potrebbe essere un rinforzo narcisistico. Oggi si fa molta fatica a spiegare ai bambini di terza media che anche se alcune loro coetanee si vestono in modo succinto non hanno il diritto di allungare le mani perché nessuno li ha autorizzati. Il problema con queste bambine è che si vestono come se fossero adatte a sedurre, ma in realtà non lo sono affatto.

L'altro discorso che vi dicevo è la rassicurazione a essere accettati e l'altro è la rassicurazione di avere potere sugli altri. A volte attraverso il sesso si può avere potere sugli altri.

L'altro discorso riguarda le storie difficili. Io ho lavorato nella Commissione Ministeriale per le "Linee di Contrasto all'Abuso" in cui si cerca di fare un lavoro di prevenzione. C'è un libretto molto carino che viene dal Belgio dal titolo "Mimi fiori di cactus e il suo porcospino". Parla di una bambina delle elementari - anche se purtroppo le vittime di abusi sessuali sono spesso bambini di età minore - che incontra una serie di difficoltà; per esempio, riceve molestie da uno sconosciuto in piscina, da un amico di famiglia, ecc. riuscendo sempre a cavarsela. Questo libretto viene distribuito nelle scuole per insegnare ai bambini i pericoli che potrebbero correre. I bambini anche molto piccoli possono avere subito una confusione fra contatto affettuoso e uso del corpo del bambino a causa di promiscuità o molestie sessuali subite. Quello che noi cerchiamo di fare è proteggere il loro futuro perché persone remissive non ricevano altre violazioni, perché è come se avessero imparato a sottostare.

Un altro punto fondamentale è costruire il *concetto di evento*, cioè una violenza subita è un evento, non è la storia di una persona e io ci tengo a dire che "la sessualità si impara", quindi qualunque cosa vediamo fare ai nostri bambini e che può crearci difficoltà - come il loro toccare troppo, il loro voler ciucciare il seno pur essendo già grandi - dobbiamo sempre pensare che la sessualità si impara. Qualunque sia stato l'inceppo possiamo ricostruire le cose e io a questo ci credo moltissimo. Sono venticinque anni che faccio clinica in sessuologia e posso dire che la sessualità si impara anche dopo aver fatto un sacco di errori.

L'altro discorso è riuscire a regalare ai nostri bambini un *corpo buono* da piccoli e poi aiutarli ad indossare il *corpo sessuato* - cioè segnato dal genere - durante le fasi di crescita. Dobbiamo insegnare ai nostri figli che possono nascere nuove pulsioni verso l'esterno, insegnare loro il concetto di *seduzione buona*, cioè quella che permette di avere

amici ma anche storie di amore. I bimbi che hanno subito molestie devono capire che le loro esperienze future potranno essere salve dal passato che ha fatto loro tanto male, perché il passato è un evento, non la loro identità. E accompagnarli eventualmente sul fatto che costruire l'*identità sessuale* - essere maschi o femmine - potrebbe poi portarli a scegliere nuove dimensioni come l'omosessualità. La cultura occidentale è differente rispetto alla loro cultura che si portano dentro, quindi bisogna riuscire a tessere una rete tra le due culture per creare un ponte comunicativo che permetta a noi e a loro di comunicare col corpo e con le parole.

## **INTERVENTO**

### **“Il racconto della sessualità e dell’affettività dal punto di vista di un genitore.”**

Dott.ssa Giuliana Gonella  
*Madre adottiva*

Il mio bambino arriva dal Nepal, un paese che prima non conoscevo, ma che adesso ho imparato ad amare e conoscere perché ci ha dato questo dono speciale che è il nostro bambino.

Il bambino è arrivato qui a cinque anni e mezzo e per me era già grandino. Sentivo che mi mancava proprio quell’esperienza che si fa quando i bambini sono molto piccoli, attraverso il contatto corporeo, cioè quando vengono coccolati, accuditi, presi in braccio e si instaura una relazione di fiducia tra madre e figlio. A me all’inizio mancava non conoscere la storia di mio figlio, non sapere come era stato accudito, come la sua mamma poteva essersi presa cura di lui in un paese così povero e in guerra come è il Nepal. Ma sapevo che non potevo utilizzare quel canale privilegiato che è il contatto corporeo, o almeno non subito e non in dose massiccia. Ha ragione la dottoressa Giommi nel dire che bisogna chiedere il permesso. Io mi ricordo che quando arrivò mio figlio tutti i parenti e gli amici si sentirono in dovere di venirci a trovare o di invitarci da loro e tutti si sentivano in diritto di prenderlo in braccio, buttarlo per aria e questo mi colpiva molto, perché avrei preferito gli dessero più tempo per ambientarsi e conoscere le persone intorno a lui. D’altra parte io e mio marito avevamo fatto tutto un percorso ancora prima di avere l’idoneità in mano, grande era il nostro entusiasmo. Nel cuore eravamo già genitori, già avevamo adottato il nostro bambino. Invece il nostro bambino ci ha conosciuti il giorno in cui siamo andati a prenderlo ed era molto spaventato. Quasi un anno dopo è stato proprio lui a raccontarci che quel giorno aveva paura di prendere le botte. Poi, col tempo, ha cominciato a raccontarci la sua storia, a spiegarci com’era il suo paese, che per lui era costituito dal suo villaggio di undici case, sette cani, sei anziani, delle difficoltà che incontrava quando andava a prendere l’acqua e andava a scuola. Ho saputo che ha cinque fratelli e che non c’erano servizi igienici.

Ecco, da quel giorno ho capito che in quel momento potevamo incominciare; era il punto di inizio della nostra storia perché era come se noi avessimo agguantato quel filo che era la sua identità, la sua memoria e lo avessimo riagganciato con il presente. Io e mio marito siamo diventati i custodi della sua storia passata e abbiamo capito che lui è stato un bambino amato, che poi è finito in istituto proprio perché volevano che qualcuno si prendesse cura di lui. Da lì è cominciata la relazione di fiducia e il contatto corporeo, che all’inizio mi ha messo in difficoltà, perché per certi aspetti riconoscevo il suo essere grande e dall’altra c’era il mio desiderio inconscio di ricapitolare quei momenti della vita che si vivono con un bimbo piccolo. Un giorno lui mi ha restituito contemporaneamente queste due cose: mi ha chiesto di poter succhiare il seno ma io gli ho detto di no, che non c’era latte e lui era già grande, allora mi ha chiesto di poter baciare la mia pancia che è un modo per sentirci vicini. Ma una cosa che gli piace molto fare è annusare le nostre magliette usate. Credo che per lui gli odori e i sapori siano molto importanti. Io gli preparo il “dhal baat” - un piatto tipico nepalese a base di riso - e secondo lui non ne faccio mai abbastanza.

Una sera, invece, l’ho visto a letto che cominciava le prime esplorazioni sessuali e sono rimasta colpita perché lo ritenevo troppo piccolo. Poi ho cominciato a riflettere sul Nepal, che è un paese lontano con usi e costumi molto diversi dove il contatto corporeo è molto limitato e, per esempio, accarezzare la testa di un bambino è un atteggiamento

molto sconveniente. Il Nepal è un paese in guerra e ho anche pensato a quello che lui può aver visto o saputo, anche se non l' ha vissuto in prima persona. Un giorno si parlava di bambini e io gli ho detto che per fare un bambino ci vogliono di sicuro una mamma e un papà e lui mi sorprese dicendo: "Ma guarda che se i cattivi prendono, i bambini arrivano, sai!".

La sera piangevo e mi sentivo impotente, volevo aiutarlo a chiarire i suoi dubbi, a liberarlo da questi brutti ricordi ma non sapevo come. Ho pensato che il fatto che lui volesse raccontarmi la sua storia poteva già essere un modo per sollevarsi da questo peso. Condividere con qualcuno che gli vuole bene storie tristi del suo passato era per lui un atto terapeutico.

Un altro elemento con il quale mi sono dovuta confrontare è la netta distinzione fra i ruoli della figura maschile e femminile che mio figlio aveva. Un giorno gli chiesi un favore e lui mi rispose: "Ma guarda che sono maschio io!".

Ho voluto farvi partecipi della mia esperienza e ribadire soprattutto il valore del racconto, che per me ha significato molto, perché da lì è incominciato il nostro percorso di famiglia proprio tenendo tutta la sua storia in un diario, che lui controlla spesso per verificare che ci sia tutto. Molti mi dicono che il bambino dovrebbe capire che la famiglia di un tempo non c'è più ma c'è un'altra famiglia adesso. Questo non è ancora così per noi, credo che ci sia bisogno di un tempo che non è il nostro ma è quello del nostro bambino.

## **RISPOSTA DELLA DOTT.SSA GIOMMI ALLE DOMANDE DEL PUBBLICO E DIBATTITO**

La relatrice, dopo avere letto le domande che i genitori presenti hanno formulato per iscritto, suddivide i loro quesiti nelle seguenti categorie:

### **Tema dell'esplorazione corporea del corpo della mamma, del proprio e degli altri:**

- **della mamma:** l'interesse nei confronti del corpo dei genitori nasce fin da piccoli. Io credo che se i bambini stanno nel lettone fino a undici anni non c'è problema, perché siamo ancora in un periodo di neutralità, poi però li manderei nel loro. Elementi importanti sono anche la quantità del tempo e la qualità, cioè il modo in cui i bambini si appoggiano su un seno che può essere nudo o coperto. I bambini adottati potrebbero in un certo verso avere bisogno di più tempo rispetto agli altri, perché c'è la necessità di creare una sorta di ricucitura tra madre e figlio. I genitori con i figli in età adolescenziale dovrebbero essere come il mare che viene avanti e torna indietro e anche i figli devono andare avanti e tornare in dietro. Con i bambini piccoli il contatto corporeo deve dare, da un lato, la possibilità che loro vengano avanti verso di noi - o noi verso di loro - e poi la possibilità di tornare indietro e portare qualche piccola regola, per esempio coccole sì, ma non fino allo sfinimento. E' importante che i gesti non siano ambigui; quindi ogni contatto deve essere chiaramente di tipo affettivo, altrimenti si rischia la confusione.

- **del proprio corpo:** un altro discorso è quello della masturbazione. Spesso ci sono bambini della scuola materna o elementare che lo fanno in classe. In realtà la cosa che ci preoccupa maggiormente è la masturbazione compulsiva, cioè non fanno altro in tutto il giorno tra le nebbie del piacere. Io consiglio sempre alle maestre, che mi chiedono consiglio, di creare delle nuove attività per distrarli; non va bene soltanto sgridarli per quello che fanno. Credo inoltre che sia importante che i bambini capiscano i *concetti di pubblico e privato*. I bambini che si masturbano in classe spesso lo fanno per uscire da una situazione di disagio, però è logico che l'ambiente di riferimento poi rischia di puntargli il dito contro.

Io spesso chiedo agli insegnanti di utilizzare il metodo dello "sguardo fluttuante", cioè ti do il colpo d'occhio laterale e non sto a fissarti tutto il tempo, ma se vedo che è una pratica molto ripetuta, allora cerco di coinvolgerli in altre cose e cerco di farti capire che non hai bisogno di coccolarti da solo, perché ti abbraccio anch'io; non hai bisogno di coccolarti da solo perché ti fanno fare la lotta anche i compagni di scuola. Quindi è importante in questi casi insegnare ai bambini che ci sono altri modi per stare bene e per evitare che il bambino non trovi più risorse nel mondo che lo circonda o che venga segnato dal giudizio di qualcuno. Questo vale anche per i ragazzi più grandi, anche se con loro le cose possono essere un po' più complicate. Quindi fondamentale è costruire delle possibilità. Ci sono bambini che hanno un interesse sessuale che ci potrebbe far pensare che è troppo, perché magari guardano delle scene in televisione con troppo interesse o guardano delle pubblicità in cui la distinzione fra i sessi è confusa. Ecco, la sessualità potrebbe essere confusa, perché si fanno gesti sessuali verso i fratelli o verso i genitori o verso i compagni di scuola.

Un altro aspetto dell'educazione alla sessualità è creare un *confine*; cioè ci sono parti del corpo che i genitori possono voler tenere nella loro intimità, come è giusto che il tuo corpo non sia visto o toccato da altri se non si vuole. Il concetto di *privacy* andrebbe elevato al concetto di *confine*, che spesso non è stato creato. Questo percorso va dalla creazione delle regole - che è diverso dal concetto di repressione - al concetto di *privacy*, di pudore e richiesta del permesso.



### **Difficoltà del contatto in alcuni bambini.**

Le loro difficoltà del contatto possono raccontarci delle loro brutte esperienze. Possono essere bambini che hanno avuto esperienze cattive con le bambine o viceversa; brutte esperienze con donne giovani o mature o con i coetanei.

Quindi quando vediamo questo meccanismo di difesa è un evitamento che non ci è chiaro, ma dobbiamo subito fermarci e non lasciare il bambino in compagnia di persone che non gradisce. Inizialmente il bambino ha sempre ragione, in un primo momento dobbiamo assecondarlo, poi andremo a indagare sul problema. Cercheremo di sostituire i gesti che sono stati legati a una valenza negativa con gesti che con il tempo dimostrano di essere solo positivi. Noi, con i nostri baci e coccole, possiamo riparare e rendere felici, ma prima bisogna ascoltare i bambini.

### **Come spiegare ai bambini la sessualità?**

Ai bambini da tre a sei anni la si può spiegare usando parole un pochino trasformate, ma il concetto è che un uomo e una donna possono provare il desiderio di fare l'amore e quando lo fanno stanno vicini vicini e una parte del corpo dell'uomo, che è stata costruita apposta, si incontra con l'organo sessuale della donna e quando questo avviene le persone possono provare anche una grande gioia. Si spiega poi al bambino che se poi queste due persone, che stanno insieme e che hanno voglia di stare insieme e di fare l'amore, potranno in quel momento fare un bambino. Questo avviene perché il patrimonio che ha l'uomo - che sono gli spermatozoi - e il patrimonio che ha la donna - che sono gli ovuli - si possono incontrare e da questo può nascere un bambino. E' importante dire ai bambini che fare l'amore non vuol dire fare bambini; è importante creare questi due spazi ed è soprattutto necessario parlare di queste cose con i bambini. Loro sono continuamente bombardati da immagini e concetti che non capiscono; quindi vengono da noi per avere spiegazioni. Sarà compito nostro usare le parole più adatte.

### **Cosa succede quando si diventa adolescenti?**

In alcune persone può succedere che nel periodo adolescenziale sorgano problemi per il diverso colore della pelle. Può succedere che si sentano esclusi e isolati. Ecco, in casi gravi io consiglierei di fare un *rinforzo deduttivo*. Noi con gli adolescenti lavoriamo molto sulla *seduzione neutra* che è il creare una facilitazione nel rapporto con gli altri. Cioè quando parlo con qualcuno che può essere il giornalista, il fioraio,... sempre tiro fuori qualcosa per cui l'altro mi risponde in maniera positiva. Poi c'è la *seduzione focale*, cioè: "Mi piace Maria. Come posso fare per conoscerla meglio e ottenere un risultato?". Anche qui noi preferiamo la *seduzione forte*, cioè sapere di avere risorse dentro di noi ed essere in grado di raccontarci. Importante è la *capacità di narrazione*, cioè il rendersi interessanti raccontando qualcosa di sé. Quindi a volte la differenza di pelle può penalizzare degli adolescenti ma dico può, perché può esserci un caso diverso, che è quello del fascino per l'esotico. Un ragazzo o una ragazza possono avere molti ammiratori attratti dalla loro diversità. Questo può essere positivo perché rafforza la loro autostima ma può diventare una cosa negativa se l'adolescente dimentica chi è veramente, la sua personalità e non riconosce più che cosa è giusto per lui.

### **Adolescenti isolati.**

Non bisogna confondere gli adolescenti isolati con quelli introversi. Essere un po' introverso non è una cosa negativa; fa parte del carattere della persona. Se invece scopriamo che nostro figlio ha difficoltà nello stare in rapporto con gli altri, allora dobbiamo affiancarlo. Per esempio la vostra casa potrebbe essere più aperta della casa degli altri genitori; voi potreste rafforzare quelli che sono gli "status symbol" per gli adolescenti per cercare di farli emergere. Se hanno crisi di panico o paura ed è quindi un concetto di

chiusura, potrebbero aver bisogno di qualcosa di più specialistico. Quindi se l'introversione è intesa come il "mi piace stare da solo", si potrebbe dire che è una regola del vantaggio; se invece l'introversione è intesa come difficoltà o paura di stare con gli altri, allora bisogna porre riparo innanzi tutto rinforzando le capacità deduttive dei nostri figli con il nostro lavoro e poi, se vediamo che è necessario, portandoli da uno specialista.

### **Difficoltà di crescere un maschio.**

Spesso si crede che crescere una bambina sia difficile; invece negli ultimi anni lo è crescere un maschio. Crescere un ragazzo sta diventando molto difficile perché le ragazze sono entrate nell'area dell'attivazione, in senso buono; invece i ragazzi hanno guadagnato un "rinforzo di debolezza". Per esempio, nei consultori facciamo sempre più consulenza ai ragazzi per la loro prima esperienza sessuale, consoliamo maschi rispetto alla frustrazione di essere lasciati e rispetto al fatto di non saperci fare nella seduzione. Ora il sesso maschile è più debole perché lo stereotipo oggi è debole. Quindi, da una parte, è importante insegnare ai maschi ad assumere il maschile nella società attuale e, dall'altra, c'è da costruire sia nei maschi che nelle femmine il concetto di *complementarietà positiva*, cioè di dire maschi e femmine sono reciprocamente una risorsa. Devono imparare a dialogare tra loro perché ci siamo accorti che le coppie oggi si separano o passano un sacco di guai perché il dialogo non è passato. Questo è importante soprattutto per quei ragazzi che potrebbero anche essere svantaggiati dal genere del loro paese e il genere europeo o italiano da un punto di vista del presentarsi con gli attributi che vengono richiesti ai maschi piuttosto che alle femmine.

### **Se lo sviluppo dei ragazzi di altri paesi ha tempi diversi, è giusto intervenire con farmaci che rallentino questo processo?**

Credo che questo sia paragonabile all'asse dello sviluppo sessuale. Quando io avevo 15 anni ero nell'ultimo banco perché a scuola mi piaceva fare la trasgressiva, però ero piccolina, bassa e non ancora sviluppata. Eppure non venivo da un paese straniero. Credo che non ci sia da fare un intervento farmacologico; credo sia più importante verificare se ci sono somiglianze anche con altre persone, che possono avere come noi una differenza di sviluppo. Altro discorso è quando ci sono delle insicurezze da parte del genere; cioè ragazzi e ragazze possono avere organi sessuali esterni completi ma interni mancanti e in questi casi noi facciamo un accompagnamento che facciamo anche in altri casi, come nel transessualismo. Queste sono persone che addirittura, pur avendo organi normali da un punto di vista esterno, internamente ritengono però che gli sia stato attribuito un corpo sbagliato e quindi li accompagniamo verso un percorso di "ricostruzione dell'identità", che a volte può essere chirurgico e a volte no. Può essere un percorso lungo e difficile ma neanche troppo se si fa un buon lavoro e con competenza.

### **Il nostro pediatra vuole intervenire con i farmaci per ritardare lo sviluppo della bambina che, a suo dire, potrebbe perdere la voglia di "giocare a barbie" con le sue amiche.**

Mah, io sono una psicologa quindi ho difficoltà a dare una risposta. Forse il pediatra ritiene di proteggere la bambina agendo così perché a volte ci sono bambine che a 10 anni hanno già il seno e alle quali vengono fatte delle proposte, ma loro sono ancora bambine. Sono d'accordo nel dire che se il corpo cambia anche le relazioni con il mondo cambiano, però si può imparare un pochino prima che avendo un corpo diverso lo devo relazionare in un certo modo. Ecco, è un discorso che affronterei con una certa prudenza. Spesso vengono da noi ragazzi con la muscolatura e le dimensioni da ragazzini, che vivono male il fatto che il loro corpo non sia ancora quello di un uomo. Ma allora cosa facciamo? Diamo a tutti gli ormoni? Non mi sembra il caso.

### **Problemi della sessualità tra fratelli adottivi e biologici o altri membri della famiglia: il problema dell'incesto.**

Dunque, il contatto corporeo, le esperienze a volte nascono all'interno di un ambiente di riferimento, cioè i bambini possono vedere come è fatto un uomo o come è fatta una donna guardando i fratelli. Dunque, tra questo e il confusivo c'è una differenza, cioè possono esserci due tipi di problemi: uno è quello che può nascere tra figli biologici e adottivi che magari, essendo più avanti nello sviluppo sessuale, propongono esperienze sessuali con i fratelli verso i quali non c'è il *taboo dell'incesto*, perché magari vivono insieme da poco. Nella legge italiana il *taboo dell'incesto* è stato tradotto in "violenza sessuale". Non si possono avere rapporti sessuali con consanguinei e parenti stretti. Questo problema può anche nascere quando si mettono insieme due famiglie: per esempio, due divorziati creano una nuova famiglia, ma magari ognuno aveva già dei figli che si trovano a dover stare insieme pur non sentendosi già fratelli. Anche un bambino adottato può trovarsi in un momento di confusione sessuale perché lui o i suoi fratelli possono diventare oggetto di desiderio o di esperienze. Quindi bisognerebbe creare subito una distinzione di quali gesti sono sessuali e quali affettivi. Quando si crea una situazione confusiva - che può nascere perché le persone non hanno incorporato il *taboo dell'incesto* - allora fare un rinforzo sui due concetti *affettivo* e *sessuale* è importante.

### **Ma se si verifica un incesto fra bambini non più piccoli?**

Dunque, non è un problema semplice perché la struttura del super-io è abbastanza importante e complessa. Il lavoro che io faccio con le ragazze, che magari hanno subito delle violenze, è diviso in due. Inizialmente cerco di far capire che la violenza che si ha subito è un evento, non è la storia; bisogna sganciare questo evento e creare una storia futura nuova. Il problema è che la struttura del super-io - cioè il cosa è giusto o sbagliato - si è rotta. Poi se la cosa dovesse avvenire fra fratelli, allora io li metterei tutti intorno a un tavolo e parlerei di quello che è successo. Mi è capitato un caso del genere. Una ragazza aveva avuto rapporti sessuali ripetuti con il fratellastro e purtroppo è rimasta incinta e ha dovuto abortire. Abbiamo valutato quanto ci fosse di cattivo e quanto di "esperienziale ingenuo" e abbiamo capito non c'era stata violenza. C'era stata una fulminazione sessuale: erano entrambi in età fertile e dormivano nella stessa stanza e lui, che era più grande, aveva preso l'iniziativa e lei non l'aveva presa come un trauma. Abbiamo consigliato ai genitori di non farli più dormire insieme - dopo gli undici anni ognuno deve avere i propri spazi - e con il Tribunale abbiamo deciso di non intervenire con altri provvedimenti, visto che non c'era stata violenza.

Io consiglio ai genitori che hanno figli di quella età - in cui la spinta sessuale è più forte della saggezza - di "sentire con la pancia" se c'è qualcosa che non va o se c'è confusione verso i membri della famiglia.

### **Può succedere che i figli considerino anche i gesti affettuosi o la sessualità dei genitori come qualcosa di brutto.**

Potrebbe succedere che questi gesti ricordino al bambino delle situazioni che lui ha vissuto, visto o sentito. E' importante spiegare al bambino che purtroppo a volte può succedere che delle persone possano usare la sessualità in modo cattivo, per far male e che le cose che lui ha visto sono cose cattive, che possono ancora succedere fra persone che non hanno capito la parte bella del fare l'amore. Quindi non negare e non dire che non succederà più, ma spiegare che c'è anche il lato buono e bello. E' sempre bene spiegare quali sono le condizioni, perché la sessualità può essere bella fra un uomo e una donna con l'elemento del "sentirsi pronti", di aver incontrato la persona giusta, di aver completato lo sviluppo sessuale, ecc. Qualcuno ritiene utile utilizzare l'*Albero della Vita* che è un testo canadese che utilizza due orsi per spiegare l'uomo e la donna. E' vero che parlare di orsi è

più facile che parlare di un uomo o una donna, ma io credo che la cosa più importante, quando si guarda una cassetta o si legge un libro, è stare insieme al bambino. Stare accanto ai bambini è molto rassicurante per loro.

Un altro discorso è quello di trovare in bambini di 7 anni l'Edipo dei 3 anni. Quando era piccolo mio figlio diceva che da grande si sarebbe seduto lui vicino a me in macchina e il papà lo avrebbe mandato dietro. Ecco, possono nascere momenti di gelosia nei confronti del padre; quindi vogliono stare sempre in mezzo a noi e sono gelosi delle coccole che si scambiano mamma e papà.

### **Far raccontare e sapere la storia del bambino è sempre giusto?**

Io sulla narrazione mi permetto di decidere volta per volta. Spesso ci sono narrazioni difficili che parlano di violenze, incesti o altre storie tristi che non sempre siamo pronti ad ascoltare o che magari proprio non vogliamo sapere. Ci vuole anche un'età adatta; forse i bambini molto piccoli non hanno un'elaborazione così sufficiente per sopportare certe verità. Se il bambino le sa già, allora le si affronta, ma se non sa nulla non è detto che debba sapere proprio tutto. Io vi inviterei a "pattinare" su esperienze che possono essere troppo forti o motivo di vergogna per il bambino.

### **Come ci si comporta nel sesso con i coetanei quando veniamo da culture che, almeno nell'inconscio, sono stratificate in maniera diversa?**

C'è un libro intitolato "Infanzia e Società" di un analista freudiano di nome Erickson, che racconta come affrontano l'amore le diverse culture e come possono nascere fraintendimenti fra le persone. Possono poi esserci varie situazioni: positive o negative. Una ragazza o un ragazzo possono riscuotere molto successo fra quelle persone che sono attratte dal "diverso" e quindi qui non ci sono problemi. Altri invece possono sentirsi a disagio per delle loro differenze fisiche, come il colore della pelle, o per diverse modalità nell'approccio. In questi casi è utile fare un discorso di *traduzione* connotando la differenza in narrazione. La traduzione riguarda i gesti e le forme con cui questo mondo, che ora abito, si relaziona fra le femmine e i maschi; la traduzione è la narrazione degli adulti o insegnanti delle tradizioni belle nel fare l'amore o nel conoscersi in altri paesi. La traduzione dei codici è importante per gli adolescenti perché l'adolescenza è caratterizzata dall'omologazione e quindi vi è il rischio di essere fraintesi.

### **Se il bambino è piuttosto timido, come fare?**

Io la timidezza la risolverei con la *seduzione neutra*. Se voi mettete qualsiasi timido nella condizione di non avere una *seduzione focale*, che è difficile, ma neutra, vedrete che col tempo riuscirà ad aprirsi e sarà pronto per la "seduzione focale". Per mantenere un rapporto direi che la base è la sicurezza; se manca l'autostima, è più facile che si costruisca un rapporto di dipendenza dolorosa. Per fortuna ci sono anche persone innamorate delle persone timide o deboli. Spesso mi viene chiesto perché una persona deprivata sceglie sempre soggetti difficili. Ecco, tenete presente che in quel momento c'è un desiderio di riparazione, come se uno amasse una persona che va curata raccontando ancora una ferita aperta.

### **Se il bambino è oggetto di scherno da parte dei compagni.**

I bambini non devono farsi giustizia da soli quando c'è un "contenitore" di adulti. Il genitore deve parlarne con gli altri genitori, utilizzando magari la *seduzione neutra* se non sono disposti a collaborare. Si può anche intervenire sui nostri figli aiutandoli a combattere la loro debolezza.

### **E' difficile adottare un bambino?**

Ecco, sì, è una cosa molto bella, ma difficile, perché è come se dovessimo costruire questa competenza d'accogliere attraverso un lungo percorso che può portarci ad essere genitori molto più consapevoli dei genitori biologici.

### **Come spiegare a una bambina di 8 anni, alla quale sta crescendo il seno, che uscire di casa con certe magliette non è opportuno? E' giusto proibire certe cose o si rischia di crearle un "taboo"?**

Importante è la differenza fra "taboo" e regole. Vi proibirei di mettere "taboo" - a parte quello dell'incesto, che deve essere un divieto forte - ma costruire delle regole, nel limite del possibile, non è una cosa sbagliata. Se una bambina ha già la nascita del seno e lei lo considera neutro, perché dentro di sé ha ancora un'idea da bambina - però gli altri comunque potrebbero vederlo come un seno - un discorso di costruzione di regole io lo farei. Le direi che sta andando verso lo sviluppo, che lei mette delle cose in modo ingenuo - e va benissimo - però ci sono delle persone che potrebbero fraintendere; quindi è meglio che quando esce metta certe cose piuttosto di altre. Quindi dare delle regole può essere una tutela. Non va bene proibire e basta, bisogna spiegare ai figli il perché delle cose. Spiegare che c'è un momento in cui il corpo subisce dei cambiamenti che gli altri potrebbero leggere come un corpo di donna, che non si è più in una condizione neutra. Poi, se la bambina continua ad avere un certo atteggiamento, la si accompagna, si pratica la cosiddetta *pedagogia bianca*, cioè l'accompagnare senza opprimere. Però è vero che alcune cose di tipo protettivo non sono poi così neutre. Per esempio, per me è fondamentale che le ragazze siano attive nel sesso sicuro; io non ho piacere che una ragazza faccia sesso sicuro solo se il maschio ha la testa per farlo. Le patologie che ho riscontrato nel mio lavoro sono legate alla vergogna. E' molto sbagliato dire a un bambino: "Che disgusto che provo per te, come hai potuto fare una cosa del genere?". Dichiarazioni di questo tipo possono portare a un sacco di guai. Dare invece delle regole - come può essere rientrare a casa entro le undici di sera - non ha mai creato problemi a nessuno. Posso capire che spiegare a una bambina certe cose può non essere facile, che si possono trovare un po' di difficoltà nel trovare le parole giuste, ma è molto importante spiegare i cambiamenti del corpo e cosa possono comportare, perché la cronaca ci dice che le vittime di abusi sessuali sono proprio i bambini fra gli 8 e gli 11 anni. Direi alla bambina: "Tu sei molto tranquilla perché giochi, vai in giro e non ci pensi, ma sappi che il seno rappresenta un po' un elemento d'attrazione quando si diventa più grandi, quindi in questo momento io ti regalo una prudenza e magari impara a dare delle belle gomitate a chi pensa che il tuo seno sia oggetto delle loro mani. Se proprio ti piace fartelo toccare e tu ne sei consapevole, una piccola prudenza perché...". Ecco, io direi così, cercando sempre di usare le parole giuste. Ricordate, il dialogo è importante, non dobbiamo pensare che ai bambini non si possa dire nulla fino ai 18 anni, perché potrebbe essere troppo tardi. Ho conosciuto ragazzini che hanno avuto la loro prima esperienza sessuale a 12 anni. I consultori ci dicono che chi si rivolge di più a loro sono i tredicenni che nel fine settimana escono e si cacciano nei guai.

### **Il senso del pudore nei bambini. Può creare problemi al bambino andare in un campo di nudisti con i genitori?**

Rispondo prima con una storia che mi è capitata tempo fa mentre stavo facendo un corso per i genitori alla scuola media inferiore. Una madre mi disse: "Dottoressa, guardi, io vengo da un'educazione repressiva e ho fatto una fatica per essere nuda, per girare per casa nuda o per riuscire a fare i bisogni senza chiudere la porta del bagno. Poi, un giorno, mio figlio di tredici anni mi ha detto: "Oh mamma, ora vestiti perché così nuda in giro per casa...non se ne può più!". Io dissi alla signora che l'educazione sessuale non è girare

nudi per casa. Un'altra storia che ricordo è quella di una bambina che ha chiesto alla mamma: "Mamma, mi fai vedere la tua passerina e il coso del papà? Posso toccarlo?". E il papà: "Eh no, io non ho voglia, basta!". Poi un giorno a casa della nonna: "Ma quella della nonna com'è?". E la nonna: "Eh no, calma ragazzi, io non faccio vedere niente a nessuno!".

Questo per dire che a volte il nudismo può essere un modo per non avere tutto questo pudore terrificante che avevamo prima, però non è l'educazione sessuale! Potrebbe essere un qualcosa che crea confusione nel momento dello sviluppo: quando io provo imbarazzo nei confronti degli organi genitali preferirei che i genitori fossero vestiti. Oppure tutta questa dimestichezza potrebbe essere faticosa per i genitori e per figli. Il campo dei nudisti, poi, è una scelta culturale; il sesso resta fuori. Quindi una famiglia di nudisti può darsi debba allevare in casa dei nudisti "in erba", però potrebbe anche essere che i figli stiano vestiti tutta la vita proprio per contestare l'ideologia dei genitori. Quindi secondo me la regola potrebbe essere garantire la privacy e la differenza anche in casa.

## RELAZIONE

### “Crescita, sviluppo puberale e pubertà precoce nei bambini adottati da Paesi in via di sviluppo.”

Dott. RAFFAELE VIRDIS

*Professore Associato di Pediatria, Università di Parma.*

Grazie e buongiorno a tutti. Vi voglio mostrare un disegno che mi fece una bambina che all'epoca andava in terza elementare. Il disegno raffigura lei ed io che ci teniamo per mano nel mio ufficio. Questo preambolo per dire che uno dei compiti fondamentali del pediatra è anche l'amore, amore che bisogna dare e che si riceve.

Io oggi vorrei parlare della crescita di questi bambini, dei problemi non tanto della crescita, perché ogni bambino ha la sua crescita che dipende dalla sua genetica, dalle sue caratteristiche o anche da qualcosa che può aver agito durante l'infanzia o adolescenza.

Tanti fattori possono influenzare la crescita di qualcuno. Il fattore più importante è l'*aspetto genetico*, per cui come crescita il fatto che sia alto, basso, magro o alto dipendono dalla sua genetica, che l'ha presa dai genitori, ma non necessariamente uno è uguale ai genitori. Un figlio può assomigliare di più ai genitori adottivi che a quelli naturali, così come due genitori alti possono avere figli bassi. Sono pochi i caratteri determinati da un solo gene. Per esempio, il colore degli occhi è dato da tanti geni, per cui due genitori con occhi chiari possono avere figli con occhi scuri. Se io, che ho gli occhi chiari, ho 10 geni che me li fanno diventare chiari e 3 scuri e passo a mio figlio i 3 scuri e mia moglie, pure con gli occhi chiari, gli passa i suoi 3 geni, quei 6 rispetto ai 10 sono dominanti e mio figlio avrà gli occhi scuri. Mi sono interessato di bambini adottivi perché mia sorella, circa 20 anni fa, ha adottato una bambina italiana. Circa 15 anni fa ho notato che alcuni bambini che venivano da noi per pubertà precoce, per lo più bambine, erano di origine asiatica. Al terzo, quarto caso ho cominciato a interessarmi ai bambini adottati per tutti i problemi clinici, epidemiologici e preventivi.

Quando un bambino viene adottato viene fatta una *valutazione dello stato di nutrizione e dei suoi parametri auxologici* (di crescita) cioè peso, altezza, ecc.. per eventuali segni di denutrizione proteico-energetica, cioè una nutrizione con un'insufficiente apporto calorico e proteico che fa crescere poco il bambino e che tende a gonfiarlo. Un miliardo e mezzo di persone al mondo soffre di gravissime forme di denutrizione. Ci possono poi essere delle mancanze specifiche di vitamine. Una è il rachitismo, che è causato dalla mancanza di vitamina D; la mancanza di vitamina A può portare alla cecità; la mancanza di oligoelementi come sali minerali, litio, rame, ecc.. A volte vediamo bambini africani con i capelli biondi o verdastri a causa di gravi forme di disvitaminosi.

Un problema importante è lo *stato vaccinale*. La maggior parte di questi bambini arrivano con certificati in cui si dichiara che hanno fatto tutto, ma bisogna fare dei controlli perché spesso i bambini che arrivano da Paesi tropicali sono stati vaccinati con sostanze conservate male che hanno perso la loro efficacia. Altri bambini provenienti dall'Est Europa arrivano con libretti che dichiarano vaccinazioni in realtà mai fatte, perché i gestori di qualche istituto si sono intascati i soldi dei vaccini. Altra cosa da valutare sono le precedenti malattie che possono essere congenite o acquisite e valutare se si sono verificate violenze o privazioni.

In alcune nazioni non esiste l'anagrafe, quindi può capitare che ci sia una *denuncia alterata dell'età*. Noi possiamo fare un' esame, che è la radiografia della mano, che ci dà l'età ossea; cioè noi diamo un'età al bambino in base all'ossificazione dei nuclei ossei della mano.

E' giusto fare poi una *valutazione neurologica e morfologica* per escludere una microcefalia, cioè una circonferenza del cranio troppo piccola che può essere causata da abuso di alcolici in gravidanza. Ho visto, in base ai documenti d'arrivo, bambini cui venivano dichiarati gravi danni neurologici che non esistevano; questo soprattutto nell'Est europeo. Forse questo avviene perché un istituto che dichiara di avere tanti bambini con gravi danni neurologici riceve più fondi. Queste diagnosi pesanti che si rivelano fasulle portano anche a sottovalutare quello che viene denunciato. Allora dei genitori possono adottare un bambino che ha diversi problemi, credendo che in realtà siano minori e questo può causare grossi problemi. Vengono anche fatte analisi sulla funzionalità tiroidea. In quelle zone dove c'è una denutrizione diffusa la carenza di iodio porta a una maggior incidenza di malattie della tiroide e di ipotiroidismo congenito. Altre analisi sono compiute su udito e vista e su segni di sospetta malattia genetica. Nei bambini provenienti da paesi tropicali sono più frequenti problemi di rachitismo, problemi nutrizionali e carenze generali. Il rachitismo è dato dalla mancanza di vitamina D, che si trova nell'uovo o che l'uomo riesce a sintetizzare sulla pelle che viene esposta ai raggi ultravioletti. Un aspetto importante è che la pelle scura fa passare meno i raggi ultravioletti rispetto alla pelle chiara.

*L'abuso sessuale* è molto frequente nei Paesi del Sud Est asiatico, mentre nei Paesi dell'ex Unione Sovietica è frequente l'abuso di alcolici in gravidanza.

Ci sono problemi a distanza dall'adozione, da pochi mesi ad anni: persistenza degli effetti dovuti a un' *inadeguata igiene di vita* come il rachitismo - che è lento da curare - e spesso i bambini che vengono in Italia non diventano onnivori, ma scelgono degli alimenti della nostra dieta e mangiano solo quelli. La carie è un problema importante che non va trascurato. Ad un convegno di odontoiatria sociale ho scoperto che i bambini inglesi, soprattutto scozzesi, hanno problemi di carie e la situazione orale di questi bambini è simile a quella dei nostri bambini extracomunitari.

*Recupero accrescitivo troppo rapido e insufficiente*: questo sarà il tema della mia relazione.

*Obesità, fame atavica* - la definisce qualcuno - bambini che erano denutriti prima, che mangiavano poco, a orari fissi, quando lo diceva l'orfanotrofio o quando lo trovavano, soprattutto i bambini del Sud America o altro, qui hanno libero accesso al cibo e vi è una tendenza all'obesità; però poi, facendo uno studio sui miei 50-70 casi, ho trovato che già un 20% arriva in lieve soprappeso, che però poi si accentua successivamente. Il problema che poi mi ha fatto avvicinare a queste problematiche è quello della *pubertà precoce*.

Poi i *problemi psicologici di adattamento* genitori e figli, secondo me non bisogna negare che esistono. Parlando con la dottoressa Cavallo mi sono meravigliato di alcune denunce che lei faceva e pur essendo io mezzo sardo, cioè mezzo meridionale, mi sono alzato dicendo che secondo me questi problemi sono più del Sud che del Nord e lei mi ha dato ragione: " Sono più del Sud che del Nord, ma esistono anche nel Nord". Problemi di adattamento prima con la società, con la scuola, con le maestre, ma anche problemi con i genitori che magari si aspettano qualcosa e non l'hanno ottenuto.

Sempre fra i problemi a distanza, *crisi psicologica adolescenziale, ricerca e crisi di identità, autolesionismo*. Ecco, segnalo il processo legale di riduzione dell'età anagrafica. Non so se agli "Amici Trentini" sia successo, a me è successo già due volte. Un maschio e una femmina arrivati a un'età probabilmente aumentata - per quella vecchia legge dei 40 anni - si trovano, all'età dichiarata di 17 anni, a fare la prima o la seconda media; le loro amiche hanno 11 o 12 anni. Da qui nascono problemi psicologici.

Problemi di *anoressia nervosa* e questi influiscono sulla crescita o su altre cose, però sono così diffusi che non penso ci sia una frequenza maggiore nei ragazzi adottati rispetto agli altri.



*Bassa statura* legata a problemi genetici, etnici, non razziali: anche in Italia ci sono grosse differenze regionali, anche se con il benessere diffuso le differenze sono minori di quelle di 50 anni fa.

*Irsutismo e oligomenorrea* (mestruazioni ogni 40-60 giorni) ma anche il 20-30% delle donne italiane hanno questo problema; anzi, spesso bambine provenienti da etnie caucasiche sono meno irsute delle nostre.

Oltre la metà dei bambini sono arrivati con un peso e una statura inferiori a una deviazione standard; non è moltissimo, però oltre il 50% arrivano con questo valore. In Italia la percentuale che ha questo valore è inferiore al 25%.

Un 21% dei bambini stranieri arriva in Italia già soprappeso (non so se sia un dato specifico di quel ristretto numero di bambini che ho osservato io o se sia un numero in generale). Nel mio campione la maggior parte di bambini proviene dall'Est Europa

Dal momento dell'adozione si è osservata una *rapida crescita staturale e ponderale* con un aumento medio del 37° percentile per la statura e del 30° per il peso. Cioè questi bambini nel giro di 6 mesi/1 anno sono tutti cresciuti in statura e in peso, ma non perché hanno un'età in cui si continua a crescere, ma proprio perché hanno passato il canale. Adesso farò vedere come avviene questo passaggio di canale.

La maggior parte dei bambini arriva con statura sotto la media, ma crescono di molto. Il frequente riscontro di un troppo veloce recupero staturale ponderale in seguito al miglioramento nutrizionale è ulteriore motivo di un'attenta osservazione per il rischio di una pubertà precoce; quello che io ho osservato una quindicina di anni fa, trovando dati in proposito anche in altre realtà, soprattutto in Svezia. I medici devono dare indicazioni corrette anche in relazione alle precedenti abitudini alimentari dei bambini. Io provengo da una regione molto politicizzata, non so come sia il Trentino. Molti genitori dicevano: "Questo bambino è indiano e gli indiani sono vegetariani. Continuo una dieta vegetariana." La dieta vegetariana italiana è una dieta a base soprattutto di carboidrati e di farinacei che fanno diventare obesi in quattro e quattr'otto il bambino, senza dare molte proteine per la crescita. Fagioli, ceci, si dice, ma alla fine non se ne consumano molti; invece bisogna cercare di arrivare a una dieta generale. E poi devono - sempre i medici - saper riconoscere tempestivamente i primi segni di allarme per evitare i successivi problemi di crescita e di adattamento psicologico.

Apro un'altra parentesi. So che pochi bambini in Trentino vengono dall'Est Europa. Dall'Est Europa c'è il problema dell'*alcohol in gravidanza*. Qualcuno di voi magari ha sentito parlare della "sindrome fetalcolica". E' una definizione che io bandirei. Mentre preferisco parlare di effetti dell'alcohol in gravidanza. L'alcohol in gravidanza ostacola la crescita, compresa quella del cervello, per cui il bambino che è nato con una mamma che abusava, anche saltuariamente, di alcohol, può avere dei problemi di bassa statura. Questi bambini nascono più corti e hanno la circonferenza cranica più piccola; questa poi non migliora, non recuperano col tempo.

Io mi sto interessando di questo problema da anni e ricordo un articolo sulla principale rivista medica del 1981, che diceva che l'alcohol è nel mondo occidentale la prima causa di ritardo mentale. Alcuni bambini che indicavamo come bambini affetti da "sindrome fetalcolica" hanno ancora questa diagnosi infamante nel loro libretto sanitario. Anche perché tutti questi bambini non sono affetti da ritardo mentale: l'alcohol riduce il loro quoziente di intelligenza. Invece di ingegnere farà il commerciante, ma potenzieranno altre capacità. Perciò io, quando rilevo questa sindrome, lo dico ai genitori, ma poi dico sempre di non parlarne più. Infatti vedo molti di questi bambini che crescono con una vita perfettamente normale, sia dal punto di vista sociale che da quello lavorativo.

Ritorno ora ai problemi della pubertà. Dicevo che 15-18 anni fa ho cominciato a vedere i primi bambini. Vi fu uno studio in Svezia che analizzava lo sviluppo delle bambine indiane adottate in Svezia su un campione di 107 bambine. Si evidenziò che la crescita

staturale era inferiore non solo alle bambine svedesi (bella forza! Sono tra le popolazioni più alte!) ma anche delle bambine indiane cresciute in India presso famiglie benestanti. La prima mestruazione delle bambine indiane adottate in Svezia era 11 anni contro i 13 anni delle svedesi, i 12.8 delle indiane ricche e i 14.4 delle indiane che vivevano nelle zone rurali. Poi queste 107 erano state divise in base all'età di adozione: quelle che erano state adottate più giovani - e quindi avevano avuto una crescita simile alle svedesi - si sviluppavano più tardi rispetto a quelle adottate fra i 3 e i 6 anni o più di 6 anni, che avevano un'età media del menarca fra gli 11 e gli 11 anni e mezzo. Perché questo? Perché, come dicevo prima, fra i 5 e i nove anni, che è l'inizio fisiologico, c'è un maggior rischio di sviluppo della pubertà se succede un fatto nuovo.

Quelle adottate sotto i 4 anni io le osservavo a un'età media di sette anni e mezzo, ma avevano già un'età ossea di quasi undici anni; è una pubertà precoce tipo quella di bambini italiani, che all'inizio sfugge.

Quelle adottate dopo i quattro anni hanno un'età ossea normale, pur essendo osservate alla stessa età, perché queste bambine erano arrivate con un ritardo dell'età ossea, ritardo che hanno conservato fino all'inizio della pubertà; poi mi venivano mandate per pubertà precoce, l'età ossea era avanzata già di due o tre anni rispetto a quella che avevano due o tre mesi prima, però era ancora buona. In base a questa età ossea la prognosi di crescita - che è un calcolo che noi facciamo in base alla statura in quel momento, all'età del bambino e all'età ossea - cioè l'età biologica era di un metro e 50 per le bambine, che in un certo senso sono state viste un po' tardivamente perché avevano un'età ossea di quasi 3 anni e mezzo, superiore alla cronologica.

A distanza di qualche anno ho fatto questo calcolo. Quelle che erano state trattate avevano una prognosi di 1.52 e avevano raggiunto 1.52, perciò mi dicevano: "Non avete ottenuto nulla.", invece, quelle non trattate, che avevano una prognosi di 1.58 metri media, perdevano 4 centimetri.

La mia conclusione è che non tutti i bambini che iniziano prima degli 8 anni vanno trattati, ma la scelta va fatta caso per caso da una persona competente del problema.

L'inizio dello sviluppo puberale è la prima *comparsa del seno*. Il *bottone mammario* è l'inizio dello sviluppo puberale. Il *bottone mammario*, poi, io lo posso avere anche per altri problemi. C'è il *telarca prematuro* che non è un inizio dello sviluppo puberale in cui c'è un bottone, però va riconosciuto; un medico con una visita non riesce a differenziare le due situazioni. Io non li tratto tutti immediatamente; spesso aspetto 4-6 mesi e vedo come avanza l'età ossea.

Perché c'è questa *pubertà precoce*? Ci sono varie ipotesi. Nessuna è certa. Io penso che intervengano tutte.

1) C'è un *precoce raggiungimento di un peso critico*. Faccio un esempio. Le bambine americane iniziano la pubertà a 34 kg; le bambine italiane la iniziano a 32 kg; le bambine indiane la iniziano a 27 kg. I 34 kg la bambina americana magari li raggiunge a 8/9 anni, mentre la bambina indiana raggiunge i 27 kg a 12 anni.

Quando si cresce di peso, soprattutto all'inizio, aumenta anche il *tessuto adiposo*. Il tessuto adiposo è capace di trasformare gli *androgeni* - che vengono normalmente da una ghiandola che abbiamo sul rene che viene chiamata *surrene* - in *estrogeni*, che sono gli ormoni femminili. Questa ghiandola comincia a produrre ormoni maschili dai 5-6 anni in poi e quindi una bambina di 6/7/8 anni produce ormoni maschili; è una cosa fisiologica, tutte le donne producono ormoni maschili. Gli ormoni maschili sono importanti per lo sviluppo del pelo ascellare, del pelo pubico e anche per la libido (la libido è androgeno dipendente). Questi estrogeni prodotti vanno a dare un imprinting, vanno a stimolare poi gli organi periferici, ma anche il cervello.

Con la rialimentazione, se c'è stato un periodo di minor nutrizione prima, aumenta la secrezione di tutti gli ormoni, compreso l'*ormone della crescita* - l'EGF1 - che sono gli ormoni che dipendono dall'ormone della crescita, che stimolano l'ovaio a produrre estrogeni e anche a svilupparsi. Vi è poi un altro ormone, la *leptina*, che è importante per l'inizio della pubertà. Un bambino denutrito non ha leptina; basta rialimentarlo e ricomincia a riprodurre leptina.

2) C'è poi l'*aspetto affettivo*. Il benessere generale e soprattutto il benessere mentale sono un potente stimolatore per la nostra crescita. Io faccio sempre l'esempio di una delle nostre bambine che era stata adottata da una famiglia che aveva tre maschi e voleva una femmina. Poco dopo il suo arrivo la mamma è rimasta incinta. Dal momento in cui la mamma ha saputo che aspettava una femmina ha cominciato ad aver minore interesse per la bambina adottata e la lasciava spesso ai tre fratellini che non l'avevano nemmeno gradita tanto; bambina maltrattata dai fratelli, un po' trascurata dai genitori, il Tribunale perciò la toglie alla famiglia. Non trovano un'altra famiglia adottiva ed è stata messa in un centro d'accoglienza per bambini disadattati tenuto da una coppia che si è subito affezionata a questa bambina e ha deciso di adottarla. Nel momento in cui hanno iniziato le pratiche questa bambina, che era già in Italia da tempo, ha iniziato lo sviluppo puberale in anticipo. Anche l'aspetto affettivo è quindi molto importante.

3) C'è un *ipotesi razziale*: un tempo vedevamo soprattutto bambine indiane, adesso ne vediamo di tutto il mondo. Adesso, per esempio, ci sono molti africani che arrivano denutriti e fra di loro la pubertà precoce è molto frequente.

Come dobbiamo comportarci? Dobbiamo capire se è una situazione fisiologica e se la crescita è compromessa - e quanto è compromessa - per decidere se bloccare o meno lo sviluppo puberale. Il fine principale del blocco in un bambino italiano è la statura, per permettergli di raggiungere una statura consona al suo potenziale familiare. Se uno ha due genitori di 1,80/1,90 metri non possiamo lasciare che diventi un metro e 50... Pur non avendo in questi casi i dati familiari, dobbiamo vedere se la statura raggiunta è soddisfacente oppure no. Con tutti i limiti che però abbiamo, perché arrivano con un'età ossea ritardata e il nostro calcolo si basa sull'età ossea. Ecco perché il mio consiglio è di valutarlo in due tempi, non iniziare la terapia subito - a meno che la bambina non abbia meno di sei anni - però vedere se tende a perdere questo nel giro di 6 mesi/1 anno.

Mentre un bambino italiano io non riuscirei a metterlo in terapia se ha già più di 8 anni, una bambina italiana l'ho messa in terapia anche se aveva più di 8 anni, perché mi è arrivata con un fisico da bambina di 4-6 anni e quindi dovevo tenerne conto. Poi devo vedere anche l'aspetto psicologico, sia per la bambina che per i genitori. Parlo sempre di bambine perché sono il 90% dei casi; i maschi sono molto meno interessati.

Io ho avuto richieste pressanti di genitori che mi dicono: "Noi volevamo adottare un bambino e adesso ci troviamo un adolescente in casa.". D'altra parte questi bambini non anno avuto un'infanzia prima e far partire tutto è abbreviare la loro infanzia.

L'*aspetto psicologico* è dunque importante e, quando io non sono convinto del mio punto di vista di non trattarle, chiedo anche il parere dello psicologo che aiuti la famiglia a fare una scelta.

Un altro motivo è vedere anche l'*ambiente* in cui vivono il rischio che corrono, perché la violenza sulla strada è più sui bambini fra gli 8 e 12 anni.

Il rachitismo è un altro grosso problema, soprattutto in un clima freddo come quello del Trentino con estati molto calde. Un tempo si dava sempre la vitamina D, ora questo non avviene e abbiamo un 30% anche di bambini italiani affetti da rachitismo, per mancanza di vitamina D e per poca esposizione al sole.

## **DIBATTITO**

*Dottorressa Gonella:* volevo ringraziare il professor Virdis per questa illustrazione di quello che deve essere il principale compito del pediatra: amare i bambini.

Forse il pediatra è la prima figura esterna che il bambino incontra quando arriva in Italia e di solito il pediatra prescrive tutta una serie di esami da fare, che avvengono proprio quando il bambino è impegnato in quella delicata e faticosa fase di inserimento in famiglia. Per il mio bambino non è stato facile, anche perché probabilmente questi esami li aveva fatti anche prima di entrare in Italia; quindi portarlo di nuovo dal pediatra è difficile. Io credo che sarebbe auspicabile una maggiore sensibilità da parte di tutti i pediatri in questo senso.

Io direi che possiamo dare inizio alle domande.

*Dottor Virdis:* io intanto, mentre passa il microfono, vorrei dire che non sono d'accordo con Lei. Gli esami fatti nel paese di origine non sono esami. Dipende dalle nazioni dove vengono fatti: noi abbiamo trovato bambini HIV positivi con tutti gli esami fatti in patria negativi oppure con vari altri problemi. Per certi Paesi è un obbligo fare quegli esami e ci guadagnano. Non ci si può fidare. Io consiglierei di andare subito in un centro specialistico per evitare esami inutili.

Noi italiani inoltre abbiamo una paura pazza della medicina, delle punture e degli esami. Occorre fidarsi del proprio pediatra. Un prelievo non ha mai ucciso nessuno! Mentre un dilazionare il problema vuol dire ritardare una diagnosi e le diagnosi sono importanti. Sono molti infatti i problemi che un bambino all'arrivo può avere con sé: infettare la famiglia (parassiti, ecc.). Occorre ovviamente scegliere il luogo adatto.

*Domanda:* io volevo sapere se il trattamento presenta controindicazioni. E poi se ci sono ricerche sullo sviluppo riguardante il Nepal.

*Dottor Virdis:* ricerche sul Nepal non ci sono, Le parlo della mia esperienza: ho un solo bambino maschio - cosa strana - in trattamento, del Nepal. Io ho fatto i primi studi negli anni '80 con i colleghi di Trento e Bolzano e poi li ho mandati in America, da dove mi hanno risposto che non ne avevano mai sentito parlare e perciò, secondo loro, non esisteva questo problema. Oggi invece la causa più frequente di pubertà precoce è considerata l'adozione internazionale.

Gli effetti collaterali sono di due tipi: il primo è che io sto bloccando uno sviluppo e una crescita rapida nel momento di massima crescita, perciò, se sbaglio il momento, poi questa crescita rapida non l'avrà più. Se quel bambino fosse comunque cresciuto bene, io in quel momento interrompo e quindi non lo saprò mai.

Altro effetto collaterale è che, avendo bloccato questo e non avendo più un'accelerazione, dopo devo prolungare il trattamento. Allora, se le bambine italiane sui 10 anni /10 e mezzo in media partono e qualcuna anche prima, io arrivo a 12, 12 e mezzo, anche 14, perché prima, pur crescendo poco, crescono; poi, quando sono vicino a una statura che è soddisfacente, interrompo. Un trattamento più prolungato mi può portare a un'osteoporosi successiva. Qualsiasi persona che ha un anticipo puberale soffrirà meno di osteoporosi di quelle che si sono sviluppate a 15/16 anni fisiologicamente.

Inoltre, una volta che interrompo, lo sviluppo riprende come prima; non ci sono effetti collaterali da questo punto di vista. A un certo momento si è visto - ma questo non solo nei bambini adottati, in tutti - che ci può essere un'incidenza di irsutismo, oligomenorrea o policistosi ovarica, ma questo non dipende dalla terapia.

Infine ci può essere un'allergia; però quando noi iniziamo il trattamento lo facciamo per migliorarne la statura, predisponendolo maggiormente all'osteoporosi.

*Domanda:* lo scopo allora è solo l'altezza?

*Dottor Viridis:* no, lo scopo principale è l'altezza. Secondo è lo scopo psicologico, però c'è anche chi si sviluppa in quarta o quinta elementare e non ha nessun problema. Un conto però è svilupparsi in quarta o quinta elementare avendo raggiunto una statura soddisfacente; un conto è avere invece un fisico da bambina di sette anni e allora il problema psicologico aumenta. In certe regioni inoltre il motivo può essere quello di prevenire il rischio di molestie sessuali.

*Domanda:* da quando parte il bottone mammario quali sono i tempi delle successive fasi?

*Dottor Viridis:* dunque, se il bottone mammario parte all'età giusta, nel giro di due anni si ha la prima mestruazione, il menarca. Il menarca non è la fine dello sviluppo puberale; in media dopo il menarca si cresce ancora circa 4 cm. Mentre nel maschio l'accelerazione della statura è tardiva e inizia un anno dopo il primo inizio puberale, nella femmina va di pari passo.

*Domanda:* sono sempre punture mensili?

*Dottor Viridis:* dunque, è una puntura al mese o ogni 3 settimane; c'è allo studio una puntura ogni tre mesi.

*Intervento:* nostra figlia indiana è affetta dalla sindrome di Turner.

*Dottor Viridis:* a che età ha iniziato l'ormone della crescita?

*Risposta:* A 7 anni.

*Dottor Viridis:* e come percentile per la sindrome di Turner?

*Risposta:* è centrale.

*Dottor Viridis:* l'età ossea non è mai certa. Io tarderei con l'inizio degli estrogeni, perché gli estrogeni portano a buona maturazione delle ossa, al punto che anche ai maschi, per farli crescere più a lungo, è stato tentato di dargli degli estrogeni. Io ho trovato una situazione diversa.

I genetisti un tempo non volevano usare l'ormone della crescita e io mi sono trovato ad avere un ambulatorio di genetica, perché il mio collega genetista che dava l'ormone della crescita solo alle sindromi di Turner - solo al 10/20 % - perché in linea di massima era contrario, è morto. Io ho iniziato l'ormone della crescita anche con ragazze di 15 anni perché avevano un'età ossea di 11/12 anni con un buon risultato. In queste però ho ritardato gli estrogeni anche a 16/17 anni pur sapendo che più si tarda più si va incontro a un'osteoporosi.

*Domanda:* quando si trovano nelle gambe delle cicatrici che sembrano bruciate di sigarette è la scabbia?

*Dottor Viridis:* da dove arriva la bambina?

*Risposta:* Nepal.

*Dottor Virdis:* secondo me sono terapie tradizionali. Lei ha mai sentito parlare della moxibustione, che è una specie di agopuntura che si fa mettendo dell'incenso sulla pelle? E' una forma di agopuntura cinese che si fa mettendo dell'incenso sulla pelle.

Le bruciature sono molto diffuse. Non le so dire. Secondo me, poiché è una cosa riscontrata su tanti bambini è una cosa o rituale o rituale-medica. Io ho un'esperienza in Africa dove, in base alla distribuzione delle cicatrici, i medici locali risalgono alla malattia.

Le faccio un esempio un po' raccapricciante. Quando ero in Somalia un giorno cercavo un bambino che non era nel suo letto e mi dicono: "E' andato via in permesso.", "Come", rispondo, "in permesso?". Mi è tornato il bambino la sera con 75 cicatrici di bruciature. I genitori credevano in queste cose, agli stregoni locali.

Io sono anche professore di storia della medicina. Io ho una riproduzione di una pergamena del 1800 che illustrava le bruciature dei medici longobardi, perciò erano terapie diffuse anche da noi.

*Intervento:* io intervengo per dare la mia esperienza. Anche mio figlio ha queste bruciature sulle gambe. E' del Nepal ed è stato adottato piuttosto grande, perciò ha presente la sua vita e la sua storia. Ha una bruciatura in viso, che si è causato da solo. Ha inoltre delle macchie sulle gambe, in relazione alle quali un pediatra di Verona mi ha spiegato che sono causate da difficoltà di cambiamento di pelle. Vi è infatti un fungo diffuso in Nepal che lascia delle croste sulla pelle. Quando la crosta si toglie, continua a diffondersi intorno lasciando macchie rosate che non si colorano con l'abbronzatura. Le ho avute anch'io e in particolare sulle gambe. Inoltre sulla loro pelle le cicatrici sono molto più evidenti. La loro pelle è molto delicata pur essendo più scura. I medici infatti mi hanno sollecitato ad utilizzare creme solari e idratanti molto forti.

*Dottor Virdis:* io vengo da un Congresso sul Bambino Immigrato organizzato dall'ISMOC - Fondazione Cassa di Risparmio delle Province Lombarde - che da anni si interessa di immigrazione, perché ha capito prima degli altri che l'immigrazione è ricchezza, che gli immigrati saranno quelli che pagheranno le nostre pensioni. In Associazione, con la Società Italiana di Medicina delle Immigrazioni, il cui presidente è quel Gerace che forse avrete visto in televisione; è uno abbastanza giovane che ha organizzato una fantastica rete di ambulatori per gli immigrati illegali a Roma. E' citato in tutto il mondo. Ho scoperto poi che c'è anche l'opera San Francesco di Milano che fa 78000 visite l'anno - cioè più di un pronto soccorso di una città media -. Ecco il primo numero di un documento finale: c'è la richiesta dell'esenzione del ticket per i bambini delle adozioni internazionali dopo l'arrivo in Italia.

*Intervento:* il problema non è il ticket, è che il bambino all'arrivo in Italia è privo di libretto sanitario finché non è stato accettato dalla questura; perciò possono passare 4/6 mesi, che sono i primi in cui vengono fatti tutti gli accertamenti sanitari e la famiglia è dunque costretta a pagarsi tutto.

*Dottor Virdis:* secondo me è questione della volontà delle autorità locali. A me è capitato che nel giro di un giorno arrivasse il bambino con il libretto sanitario.

*Dottoressa Gonella:* direi che possiamo concludere. Ringrazio la dottoressa Giommi e il dottor Virdis e spero che questa giornata di studi sia stata interessante per tutti.

## RISULTATI DELLA RICERCA:

### “CRESCITA E SVILUPPO DEI BAMBINI ADOTTATI DALL’ESTERO.”

*Raffaele Viridis, Juliette Ndaka*

Dipartimento Età Evolutiva, Università di Parma

La valutazione della crescita staturale-ponderale rappresenta un momento importante nel bilancio di salute del bambino adottato dall'estero; poiché sono soggetti di razze diverse dalla nostra, con potenzialità genetiche specifiche, risulta utile avere a disposizione dei percentili di riferimento della etnia di provenienza del bambino. L'aspetto genetico tuttavia rappresenta solo uno dei fattori in grado di influenzare l'accrescimento di un soggetto; per poter fare una previsione più accurata sarebbe infatti necessario conoscere almeno il decorso della gravidanza, il peso alla nascita e le condizioni ambientali, l'andamento della crescita precedente all'adozione (1).

I bambini adottati da paesi in via di sviluppo spesso presentano, all'arrivo in Italia, segni di malnutrizione o, quanto meno, peso corporeo e statura ai limiti inferiori della norma. Nei mesi successivi, le migliorate condizioni di vita, di alimentazione e psicologiche determinano nella maggior parte di essi un'accelerazione della crescita con rapido incremento ponderale e staturale e notevole miglioramento del percentile dell'altezza (*recupero accrescitivo o catch-up growth*). In alcuni soggetti, soprattutto femmine, questo fenomeno fisiologico continua con un vero sviluppo puberale che, data l'età, è da considerare precoce o, quanto meno, anticipato. Le sempre più frequenti segnalazioni di questi casi stanno rendendo questo evento molto comune al punto da rappresentare forse la causa più frequente di pubertà precoce nei paesi occidentali.

Le prime osservazioni sull'argomento sono state fatte in Svezia alla fine degli anni ottanta in bambine adottate dall'India (2,3). In un vasto studio epidemiologico, pubblicato a più riprese, Proos osservava che le bambine indiane adottate in Svezia avevano un'età media del menarca inferiore sia a quella delle bambine svedesi sia a quella delle bambine indiane di classe sociale elevata (cioè senza problemi di alimentazione e senza disagio sociale) cresciute in patria. La minore età di comparsa del menarca (11 anni, rispetto a 13 anni delle svedesi e 11,8-12 anni delle indiane benestanti) era dovuto ad una tendenza generale di tutte queste ragazze a svilupparsi in anticipo sulla media svedese, con un'elevata percentuale di bambine con menarca prima dei 10 anni e quindi con pubertà precoce (2,3). Quasi contemporaneamente anche noi abbiamo osservato bambine indiane adottate con pubertà precoce o anticipata, iniziata poco dopo l'arrivo in Italia (4,5). Il ripetersi delle nostre osservazioni, l'esperienza svedese e la segnalazione da parte di altri colleghi italiani di simili casi ci portavano a considerare tali eventi non fortuiti ma collegati al noto fenomeno del *catch-up growth* (21). In quegli anni anche in Belgio veniva segnalato che una notevole percentuale (circa il 30%) di pazienti affetti da pubertà precoce (PP) era rappresentata da bambini adottati da paesi stranieri in via di sviluppo (6). Da allora il fenomeno è ben noto anche se le segnalazioni e l'interesse per il problema varia da paese a paese. Se all'inizio delle nostre osservazioni la maggior parte delle bambine interessate era di origine indiana e si potevano ipotizzare anche, o soprattutto, fattori etnici alla base di questo anticipo puberale, successivamente l'anticipo puberale è stato descritto in bambine di tutte le etnie compresi molti soggetti dell'Europa dell'Est ed in qualche maschio.

## Aspetti clinici

Uno studio clinico, auxologico ed ormonale su 19 bambine adottate da paesi in via di sviluppo ha permesso di descrivere con una certa precisione la storia clinica di questa particolare forma di PP centrale (7). In base a questi dati, confermati da successive osservazioni su oltre 50 pazienti, la PP può comparire sia in bambine adottate precocemente (entro i 2-3 anni) sia in quelle adottate successivamente (fra i 4 e i 7 anni) ma le modalità e caratteristiche cliniche ed auxologiche sono differenti. In particolare vi è una progressione della pubertà più veloce nelle seconde, che possono presentare il menarca anche pochi mesi dopo l'adozione.

Le bambine adottate più tardi presentano all'arrivo in Italia maggiori segni di denutrizione, ritardo accrescitivo staturale e disagio psicologico e, di conseguenza, una più evidente e spettacolare ripresa accrescitiva con "impennata" delle curve ponderali e staturali ed aumento in pochi mesi di numerosi chilogrammi e centimetri. All'arrivo mediamente il difetto ponderale è circa del 10% con un ritardo staturale fra -1 e -2,5 deviazione standard; in pochi mesi molte di queste bambine hanno recuperato completamente e sono addirittura già in eccesso ponderale, annullando quasi sempre il ritardo staturale. In alcune bambine adottate dopo i 4-5 anni di età, questa ripresa accrescitiva continua con l'accelerazione staturale dovuta ad un avvio puberale spesso passato inosservato, perché la crescita del seno è in parte mascherata dall'adipe e perché la comparsa della peluria pubica è tardiva e di scarsa entità (e talvolta mascherata dalla pigmentazione cutanea). A questo proposito, più volte abbiamo osservato la comparsa del menarca (con buona maturazione del seno) prima della crescita di una vera peluria pubica. Nelle bambine adottate prima di 2-3 anni di età la pubertà precoce è pure frequente, ma con caratteristiche simili a quelle di altre bambine non adottate, cioè una progressione più lenta e regolare delle caratteristiche puberali. In molte di queste bambine sia la prognosi accrescitiva molto scarsa sia l'immaturità psicologica (dovuta all'età e anche alle precedenti carenze affettive) sia la rapidissima progressione dello sviluppo puberale, con ingravescente peggioramento della prognosi staturale, rendono utile o necessario un intervento terapeutico di blocco della pubertà con analoghi del GnRH. Tale terapia, quando intrapresa, da quasi sempre buoni risultati nelle bambine adottate precocemente con frequente miglioramento della prognosi di crescita iniziale. Nelle pazienti adottate dopo i 4-5 anni, giunte da poco - con probabilmente una maturazione ossea in ritardo rispetto all'età anagrafica a causa della precedente malnutrizione - la risposta alla terapia solitamente non migliora la prognosi di crescita iniziale, perché nonostante il blocco ormonale il fenomeno del *catch-up growth* continua facendo progredire anche l'età ossea, ma viene raggiunta ugualmente una statura soddisfacente per il potenziale accrescitivo (familiare e/o etnico) della paziente. In particolare segnaliamo che in qualche caso giunto in ritardo alla nostra osservazione, abbiamo prolungato la terapia con analoghi del GnRH oltre i 12.5 anni di età ossea generalmente consigliati, con risposta soddisfacente e notevole miglioramento della prognosi staturale iniziale, in alcuni casi sotto i 140-145 cm. Infatti, una volta sospesa la terapia, non si assiste a nessuna accelerazione staturale conseguente all'aumento degli ormoni sessuali, perché già avvenuta in precedenza con l'iniziale *spurt* adolescenziale ed ancor prima con il *catch-up growth* post-adozione (7).



## Ipotesi fisiopatogenetiche

Numerose sono le ipotesi che possiamo avanzare per spiegare questo fenomeno, escludendo in partenza che queste bambine fossero già destinate ad una precocità sessuale.

Un ruolo importante è svolto senza dubbio dalla dieta, direttamente e indirettamente tramite le variazioni metaboliche e somatiche che implica quali stimolo alla produzione di sostanze endogene (ormoni, neurotrasmettitori, proteine citoplasmatiche ed extracellulari) e modificazioni corporee importanti per l'avvio dello sviluppo puberale. Il conseguente ingrassamento sottolinea il possibile ruolo del tessuto adiposo, specie nelle bambine adottate dopo i 5 anni, nelle quali si assiste ad un notevole incremento della massa adiposa in breve tempo, come avviene durante lo sviluppo puberale fisiologico. Gli adipociti sono, infatti, in grado di aromatizzare gli androgeni surrenali (già fisiologicamente presenti per l'età ed ulteriormente stimolati dal *refeeding*) in estrogeni con precoce sensibilizzazione (*priming*) dei centri ipotalamici (7). Le migliorate condizioni alimentari aumentano la produzione endogena di somatomedina (IGF-1) che favorisce la maturazione puberale stimolando direttamente la crescita ovarica, la maturazione follicolare e la produzione di estrogeni, e favorendo tutto il processo puberale tramite un'aumentata secrezione di GnRH a livello ipotalamico. Un normale apporto nutritivo favorisce, inoltre, la secrezione di leptina, importante regolatore dei processi puberali, e regola il peptide Y inibitore degli stessi (6,7).

Anche fattori etnici e psicologici sembrano svolgere un certo ruolo nella determinazione di questo fenomeno. Numerose sono, infatti, le bambine indiane che, se alimentate bene (come quelle delle classi sociali più ricche) hanno anche in patria un'età media del menarca fra le più basse al mondo (11.2-12.8 anni rispetto a 12.6 delle italiane, 13.0 delle europee del Nord, >14 delle indiane povere e della maggior parte delle ragazze dei paesi in via di sviluppo) (8). Inoltre il peso e la statura media presentata dalla popolazione indiana al momento dell'inizio puberale, indipendentemente dall'età e dalla classe sociale, sembrano essere minori di quelli delle bambine occidentali (peso 27 rispetto a 33 kg; statura 137 rispetto a 142 cm) con un peso simile a quello medio delle bambine adottate indiane osservate da noi (25.5 Kg) (8). L'importanza di fattori psicologici è sottolineata dalla tempestività dell'inizio puberale subito dopo l'adozione e dal caso emblematico di una bambina adottata a 2 anni, ma successivamente trascurata e maltrattata al punto da essere tolta alla famiglia adottiva e affidata a 6 anni ad altri genitori, con immediato avvio del processo puberale (7).

## Diagnosi e terapia

La diagnosi è semplice e spesso non sarebbe necessario ricorrere ad esami: qualche caso, però, di telarca e pubarca prematuri consiglia di eseguire sempre o per lo meno spesso un GnRH test per documentare il reale avvio puberale.

Parimenti non sarebbe necessario eseguire sempre una RMN cerebrale per escludere forme organiche di PP centrale, ma il riscontro in un caso (maschio) di una neoplasia cerebrale ed in altri casi di lesioni cerebrali non note al momento dell'adozione (cisticercosi cerebrale, malformazioni minori ed idrocefalia compensata) nonché la possibilità di precedenti traumi, infezioni parassitarie, batteriche o tubercolari del SNC, spingono all'esecuzione di questa indagine, specie se le notizie anamnestiche sono insufficienti.

Il problema principale non è tanto la scelta terapeutica quanto il dubbio se trattare o non. In linea di massima ci si comporta come in altri casi di pubertà insorgente dopo i 5-6 anni: decidendo di trattare se la prognosi di crescita è bassa o se tende a diminuire con la progressione della pubertà. Quest'ultima evenienza è più probabile e frequente nelle

bambine adottate tardivamente, nelle quali lo sviluppo puberale è quasi sempre molto rapido. Naturalmente bisogna tener conto anche dalla statura di partenza: non è necessario ricorrere alla terapia in bambine con ottima prognosi di crescita iniziale, mentre in qualche caso abbiamo iniziato la terapia anche dopo gli 8 anni di età anagrafica, perché la pubertà progrediva troppo velocemente e la predizione staturale era molto bassa e/o tendeva ad abbassarsi ulteriormente. In queste ragazze abbiamo ottenuto buoni risultati prolungando la terapia oltre i classici 12-13 anni di età ossea raccomandati per la sospensione della terapia. Infatti in queste bambine, come già detto, non c'è da aspettarsi una sensibile crescita post-terapia.

Infine ricordiamo che alcuni tendono a sottovalutare questo fenomeno, inviando tardivamente le pazienti ai centri competenti, per la convinzione, condivisa da molti - compresi medici, missionari ed agenzie di adozione - che sia normale una PP in bambine provenienti da paesi tropicali. Alcuni, invece, pensano che la precocità sia spesso dovuta ad errori anagrafici dovuti alla mancanza di certificati di nascita o ad altri problemi burocratici e che le bambine siano molto più vecchie dell'età dichiarata: in realtà è più frequente incontrare bambini adottati con un'età maggiorata che non diminuita, per la necessità, in passato, di non superare i 40 anni di differenza fra il bambino ed i genitori adottivi. La recente abolizione di questa disposizione di legge dovrebbe aver ormai eliminato il problema.

### **Altri aspetti e conclusioni**

Fra le conseguenze psicologiche di questa precocità sessuale segnaliamo l'imbarazzo di molte bambine nei confronti delle compagne di scuola, spesso molto più giovani di loro anagraficamente, e il desiderio di prolungare l'infanzia da parte di bambine che in precedenza non avevano avuto affetto e calore familiare e che ora si vedono proiettate verso l'età adulta. In queste pazienti, più che in altre con PP, abbiamo notato rifiuto della crescita del seno, che viene nascosto e simulato sotto i vestiti, sconforto per i flussi mestruali, manifesta paura di essere abbandonate o rifiutate perché non più "bambine". Il disagio causato da un'età cronologica - vera o falsa - superiore a quella delle compagne di classe ha portato alcuni genitori, sostenuti da noi, alla richiesta in sede legale del riconoscimento di un'età anagrafica inferiore di 2-3 anni a quella dichiarata, con indubbi benefici sulla salute mentale dell'adolescente.

Fortunatamente non tutti i bambini adottati dall'estero hanno questi problemi, ma la ripresa accrescitiva è un fenomeno quasi costante, anche se negli ultimi tempi, soprattutto grazie all'adozione dai paesi dell'Est, arrivano bambini di statura normale e talvolta già in lieve o modico sovrappeso. Nonostante ciò, anche nelle migliori condizioni di arrivo si assiste ad una quasi costante accelerazione di crescita staturale, da mettere in relazione alle migliorate condizioni psicologiche e causa talvolta di un viraggio verso l'obesità.

Per concludere, è doveroso accennare alla possibilità della presenza di altri problemi accrescitivi e/o endocrini in una minoranza di questi bambini. Fra i problemi congeniti più frequenti dobbiamo segnalare la possibilità di ritrovare nei bambini segni di esposizione all'alcool durante la vita fetale (bassa statura e basso peso alla nascita, crescita rallentata, microcefalia e perdita di qualche punto di quoziente di intelligenza con caduta, nei casi più gravi, nel range del ritardo mentale). Questo succede soprattutto in bambini provenienti dall'Europa dell'Est, soprattutto da paesi un tempo parte della Unione Sovietica. Poiché l'evoluzione a distanza di questi bambini è in genere buona - gran parte dei problemi iniziali sono superati o risolti e raramente è presente un franco ritardo mentale - solitamente noi consigliamo di evitare di porre una diagnosi "infamante" di sindrome feto-alcoolica. Inoltre ai genitori, ai quali doverosamente abbiamo espresso il dubbio, consigliamo di non parlarne anche con i parenti ed amici più prossimi, per evitare

inutili pettegolezzi o anche solo un'inutile pietà o compianto e di rifiutare una tale diagnosi scritta da sanitari impreparati dal punto di vista psicologico e con poca sensibilità umana.

Altro rischio endocrino è la possibile presenza di problemi tiroidei sia per l'esposizione a radiazioni (come nei bambini provenienti da regioni prossime a Chernobyl) sia perché nati e cresciuti fino a quel momento in zone a carenza cronica di iodio, aggravata, nei paesi più poveri, da malnutrizione proteico-energetica e vitaminica. Di conseguenza nel protocollo di esami consigliati al momento dell'adozione devono essere presenti quelli di funzionalità tiroidea.

In conclusione, i bambini adottati da paesi emergenti possono presentare alcuni problemi di crescita staturo-ponderale e di sviluppo puberale, e nel loro follow-up i curanti devono conoscere i rischi ed i disturbi che possono comparire. Questi problemi devono essere noti anche ai genitori, perché anch'essi siano in grado di sospettarli e segnalarli tempestivamente al curante. Naturalmente questa sorveglianza non deve essere vissuta con ansia o paura, ma deve essere espressione dell'amore con cui solitamente si vigila sui propri figli.

- 1) Gabrielli O., Rocchi E., Viridis R.: "Le adozioni Internazionali". In: Bona G. "Il bambino immigrato", Editeam, Cento, 2003, pp.97-109.
- 2) Proos L.A., Hofvander Y., Tuvemo T.: "Menarcheal age and growth pattern of Indian girls adopted in Sweden: Menarcheal age.", *Acta Paediatr Scand* 1991,80: 852-8.
- 3) Proos L.A., Hofvander Y., Tuvemo T.: "Menarcheal age and growth pattern of Indian girls adopted in Sweden: Catch-up growth and final height.", *Indian J pediatr* 58: 105-114,1991.
- 4) Viridis R., Madoglio E., Ghizzoni L., Zampolli M., Volta C., Terzi C., Street M., Bernasconi S., Giovannelli G.: "Precocious puberty in Indian girls adopted in Italy.", 31st Ann. Meeting ESPE, 1992. *Horm. Res.* 37(S4): 33,1992.
- 5) Pezzini B., Radetti G., Viridis R., Volta C., Bernasconi S.: "Puberta' precoce in bambine indiane adottate.", 8° Congr. Naz. SIEDP, Verona 1991, p.121.
- 6) Bourguignon J.P., Gerard A., Alvarez Gonzales L., et al.: "Effects of changes in nutritional conditions on timing of puberty: clinical evidence from adopted children and experimental studies in the male rat.", *Horm Res* 1992,37(S1): 97-105.
- 7) Viridis R., Street M.E., Zampolli M., et al.: "Precocious puberty in girls adopted from developing countries.", *Arch Dis Child* 1998,78: 152-54.
- 8) Qamra S.R., Metha S., Deodar S.D.: "A mixed-longitudinal study on pattern of pubertal growth: relationship to socioeconomic status and caloric intake.", *Indian Pediatr* 1991, 28: 147-56.