

Practice Parameter for the Assessment and Management of Youth Involved With the Child Welfare System

Terry Lee, MD, George Fouras, MD, Rachel Brown, MBBS, MPhil,
and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)
Committee on Quality Issues (CQI)

Tradotto e riprodotto con l'autorizzazione dell' American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (c) All Rights Reserved, 2019”.

Linee guida per la valutazione e la gestione dei minori all'interno dei Servizi Sociali

Queste linee guida presentano i principi per la valutazione della salute mentale e la gestione dei minori coinvolti nei Servizi Sociali*¹. Vengono descritte importanti definizioni, background, storia, epidemiologia, uso dell'assistenza sanitaria mentale e risultati funzionali. Vengono discusse le linee guida su valutazione e gestione del benessere dei bambini relative alla loro tutela.

Parole chiave: Linee guida, psichiatria del bambino e dell'adolescente, affidamento, servizio sociale, tutela.,

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(6):502–517.

Queste linee guida forniscono un'introduzione alle conoscenze, alle abilità necessarie e alle azioni importanti per un'efficace valutazione e gestione della salute mentale dei bambini e degli adolescenti coinvolti nel sistema dei Servizi Sociali. Gli psichiatri infantili e dell'adolescenza e altri professionisti o comunque parti interessate della comunità svolgono un ruolo importante nella vita di questi minori. Il lavoro in questo contesto richiede ai clinici di utilizzare l'intera gamma delle loro competenze professionali su valutazione e trattamento, sviluppo del bambino, sistemi di assistenza, competenza culturale e impegno dei minori e della famiglia. Comprendere le preoccupazioni dei minori, della famiglia e dei Servizi faciliterà l'interazione efficace con i minori stessi, le famiglie di origine, le famiglie affidatarie, gli operatori che si occupano degli allontanamenti, le potenziali famiglie adottive, il personale dei servizi per l'infanzia, i difensori dei minori, ulteriori agenzie di assistenza ai minori, il sistema educativo, i tribunali, altri fornitori di assistenza sanitaria e altre parti interessate. In queste linee guida, i termini "bambino" e "minore" sono usati in modo intercambiabile, salvo dove diversamente specificato. Il termine "famiglia" viene utilizzato in senso lato per includere parenti, amici di famiglia stretti e famiglie non tradizionali, mentre il termine "caregiver" include familiari e, quando specificato, altri fornitori di servizi di tutela dei bambini in collocamenti extra familiari.

METODOLOGIA

La bibliografia per queste Linee Guida è stata sviluppata ricercando sistematicamente diversi database elettronici: Cochrane, PubMed, PsycINFO, abstract dei servizi sociali e abstract del lavoro sociale. La ricerca è stata condotta nel febbraio 2012. Non sono stati inseriti limiti per età o per data. La ricerca è stata limitata agli studi americani e alla lingua inglese e ha utilizzato solo termini di

* Il Child Welfare System (CWS) negli Stati Uniti è una rete di Servizi il cui compito è promuovere il benessere dei bambini assicurando loro sicurezza e stabilità e promuovere il sostegno alle famiglie affinché possano occuparsi dei propri figli nel migliore dei modi.

Il CSW agisce fondamentalmente in 4 ambiti: accertamento della sicurezza dei minori, servizi e sostegno alle famiglie, affido e adozione. Il CSW, insieme ad altri servizi, garantisce che il bambino abbia adeguato accesso a cure, educazione e salute. Potrebbe essere quindi considerato analogo al nostro Servizio Sociale e ai nostri Servizi di Tutela. Pertanto in questa traduzione si useranno questi termini, quando non viene lasciato il termine americano. [NdT].

vocabolario controllati (ad esempio, titoli di argomenti clinici [MeSH] per PubMed e termini del Thesaurus per PsycINFO e abstract dei servizi sociali). Nel caso di PubMed per acquisire risultati specifici è stato applicato un filtro di clinical queries con un ambito ristretto.

Il Child Welfare è stato combinato con una serie di soggetti per comprendere con completezza l'argomento. Poiché l'affido è una componente chiave del Child Welfare, il termine è stato usato come sinonimo nella ricerca. Un esempio della strategia di ricerca su PubMed ha seguito questo schema: (Child Welfare [MeSH] OR affido a domicilio [MeSH]) E abusi sui minori (MeSH). I termini di ricerca combinati hanno incluso adozione, abuso sui minori, tutela dei minori, disturbi del comportamento infantile, assistenza all'infanzia, custodia dei figli, sviluppo del bambino, servizi sanitari per bambini, educazione dei figli, disabilità dello sviluppo, gruppi-casa, disturbi mentali, salute mentale, sindrome di Munchausen per procura e genitorialità. Ciò ha prodotto 2.635 riferimenti PubMed. Una simile combinazione di termini di ricerca è stata ripetuta in PsycINFO (2.172 riferimenti), abstract sui Servizi Sociali (1.791) e abstract sul lavoro sociale (166). Ciò ha comportato 6.729 riferimenti non duplicati. Sono stati rivisti gli abstract e / o i titoli di tutti i 6.729 riferimenti. La ricerca è stata rafforzata da una revisione di articoli nominati da revisori esperti e da un'ulteriore ricerca di bibliografia di articoli, libri rilevanti e siti Web pertinenti. È stato selezionato un totale di 314 articoli per la revisione full-text in base alla loro rilevanza per gli argomenti trattati in queste Linee Guida. I più pertinenti di questi 314 articoli sono stati selezionati per essere inclusi nella bibliografia.

DEFINIZIONI

I clinici che lavorano con i minori che sono coinvolti nei Servizi Sociali dovrebbero avere familiarità con alcuni termini comunemente usati. Questi termini sono definiti in senso lato perché le leggi e le procedure variano in base alle diverse giurisdizioni. Molte di queste definizioni sono informate dal glossario Child Welfare Information Gateway glossary ¹:

- *Child Welfare System (CSW)*. Un gruppo di servizi progettato per promuovere il benessere dei bambini garantendo sicurezza, continuità e rafforzamento delle famiglie affinché si prendano cura dei propri figli con successo. Il CSW non è una singola entità e coinvolge molte organizzazioni. Alcuni servizi di assistenza all'infanzia sono forniti dai dipartimenti statali e locali dei servizi sociali, mentre altri sono servizi privati
- *Maltrattamenti sui minori*. Non esiste una singola definizione accettata di maltrattamento sui minori. Ogni Stato fornisce le proprie definizioni all'interno di statuti civili e penali. La legge federale sulla prevenzione e il trattamento degli abusi sui minori recita "abuso e abbandono dei minori significa, come minimo, qualsiasi atto recente o incapacità di agire da parte di un genitore o custode che si traduca in morte, gravi danni fisici o emotivi, abusi sessuali o sfruttamento o un'azione o un'omissione che presenti un rischio imminente o un danno grave". Oltre all'abuso o alla trascuratezza fisica, emotiva e sessuale, il maltrattamento sui minori può comprendere una gamma più ampia di esposizione come la violenza domestica o l'abuso di sostanze da parte dei genitori. Qualsiasi forma di maltrattamento sui minori può portare a conseguenze traumatiche.
- *Servizi di protezione dell'infanzia (CPS)*. L'agenzia dei servizi sociali che riceve segnalazioni, conduce indagini e valutazioni e fornisce servizi di intervento e trattamento iniziali a bambini e famiglie quando si sospetta che si sia verificato un maltrattamento sui minori. Questo termine generico si riferisce a qualsiasi agenzia di servizi sociali dello Stato o della Contea che risponda e indagherà sulle segnalazioni di possibili abusi sui minori e prenda provvedimenti in base ai risultati.
- *Affido*. Un servizio per i bambini che non possono vivere con i loro genitori o tutori per un certo periodo; a volte è definito come assistenza fuori casa. La gamma di collocamenti può includere l'affido a parenti, l'affido extra-familiare, il trattamento o l'affido terapeutico, la Comunità, la Casa-famiglia, il trattamento residenziale stabile (secure residential treatment) e

la vita indipendente con supervisione. L'affido è destinato a essere di breve durata, con particolare attenzione al rientro al più presto a casa con i genitori o al dare famiglie permanenti attraverso l'adozione o la tutela (guardianship).

Assistente sociale. La persona responsabile della gestione dei casi dei minori in questione. Coordina i servizi per il bambino e la famiglia, compresi l'invio alle agenzie e ai servizi appropriati e monitora il collocamento dei minori. L'assistente sociale prepara anche la documentazione per i tribunali e rappresenta i servizi sociali in tutti i procedimenti giudiziari minorili.

- *Tribunale per i Minori (Dependency Court).* La parte del tribunale minorile che presiede le questioni relative al benessere dei minori.
- *Bambino sotto tutela (Dependent Child).* Un bambino posto sotto la custodia del Servizio Sociale dal Tribunale per i Minori, in genere a causa di maltrattamenti da parte dei caregiver. Durante la tutela i bambini potrebbero rimanere a casa con il controllo del tribunale o essere sottoposti a tutela fuori casa. Viene predisposto un progetto in cui si indica quando il minore potrà rientrare in famiglia, se è stato allontanato, e in quali circostanze il caso potrà essere archiviato dal tribunale.
- *Continuità (Permanency).* Un concetto basato sul valore che i bambini crescono meglio in un ambiente familiare che sia durevole, nutriente e stabile. Ciò è supportato da politiche e pratiche nel tribunale per i Minori e nei sistemi di affido. I collocamenti permanenti includono il ritorno alla famiglia biologica, l'adozione e la tutela legale (legal guardianship).
- *Kinship Care (Allevamento da parte di familiari).* Collocamento dei bambini presso parenti o amici stretti di famiglia, noti anche come "quasi parenti". Ciò è preferibile per i bambini allontanati dai loro genitori biologici perché mantiene i legami dei bambini con le proprie famiglie. La Kinship Care può essere informale (ad esempio, è la famiglia che decide che il bambino viva presso parenti) o formale (ad esempio è lo Stato ad allontanare un minore dai genitori e a collocarlo presso parenti). Quest'ultima soluzione prevede formazione, certificazioni e altre risorse di sostegno.
- *Guardianship.* I caregiver possono assumere la tutela legale di un bambino allontanato senza che vengano meno i diritti dei genitori. La guardianship fa uscire i minori dal sistema di tutela, consente al tutore o al caregiver di prendere decisioni importanti a nome del minore e garantisce assistenza a lungo termine per il minore stesso. I caregiver - parenti che desiderano offrire al bambino una collocazione permanente mantenendo relazioni con la famiglia allargata usano più frequentemente la guardianship.
- *Treatment (Therapeutic) Foster Care (Affidamento Terapeutico).* Affidamento familiare progettato per i bambini con gravi problemi emotivi e comportamentali. Fornisce supporto maggiore, inclusi fondi supplementari, supervisione e formazione. Gli standard dell'affidamento terapeutico variano in base alla giurisdizione.
- *Court-Appointed Special Advocate (CASA) (Curatore speciale designato dal Tribunale).* Una persona, di solito un volontario, nominato dalla Corte, che cerca di assicurare che siano garantiti i bisogni e gli interessi del bambino nei procedimenti giudiziari. Il Curatore speciale è parte nel caso e si batte per sicurezza, continuità e benessere. Al Curatore speciale vengono dati determinati poteri e può rappresentare il minore in tribunale. Non può dare il consenso al trattamento, ma, se specificamente incaricato, può agire come sostituto educativo a fini di educazione speciale,.
- *Guardian ad Litem.* Un avvocato o laico nominato dalla Corte per gestire gli affari, agire o parlare per conto di qualcuno coinvolto con la Corte. Nel Tribunale per i Minorenni il suo ruolo è rappresentare il migliore interesse del minore nei casi di maltrattamento. Può svolgere altri ruoli, tra cui investigatore indipendente, avvocato, consulente o tutore per il bambino. Il 'laico' che ricopre questo ruolo a volte è un CASA (Curatore Speciale). Non in tutti i casi ci sarà la nomina di un tutore ad litem: la decisione spetta al singolo bench officer (giudice).

BACKGROUND

Il Child Welfare System (CWS) è un gruppo di servizi progettati per promuovere il benessere dei bambini garantendone la sicurezza e la continuità e per sostenere le famiglie nel prendersi cura dei propri figli con successo ². Il numero di minori e di famiglie che hanno contatti con il CWS è significativo, con notevoli conseguenze sociali ed economiche. Nel 2011 circa 681.000 bambini sono stati vittime di maltrattamenti accertati e circa 400.000 minori risultavano collocati in affido. Si è stimato che il costo totale annuo dell'abuso e della trascuratezza sia di 80,2 miliardi di dollari.

Gli psichiatri infantili e dell'adolescenza e gli altri professionisti della salute mentale possono svolgere un ruolo importante nella vita di molti minori in affido. Più dell'80% dei giovani coinvolti nel CWS ha problemi di sviluppo, emotivi o di comportamento che richiedono un trattamento. Rispetto ad altri giovani idonei a Medicaid, i minori collocati in affido usano i servizi di salute mentale da 5 a 8 volte in più, le spese per la salute mentale sono da 8 a 12 volte maggiori e le varie pratiche per la prescrizione di farmaci psicotropi (ad es. psicofarmaci, farmaci antipsicotici e polifarmaci) sono da 2 a 8 volte maggiori ^{7,9 18}.

L'attenzione sugli alti tassi di prescrizione di psicofarmaci ai minori in affidamento è in crescita. Le ampie variazioni geografiche dei tassi di prescrizione suggeriscono che gli psicofarmaci possano essere sovra e sotto-prescritti e che le prescrizioni siano influenzate da fattori diversi dalla necessità clinica ^{19 22}. I giovani in affidamento hanno tassi più alti di disturbi di salute mentale, che potrebbero essere dovuti in parte agli effetti di maltrattamenti, traumi, allontanamento da casa e dalla famiglia, più collocamenti, interruzione di legami, povertà, esposizioni durante la gestazione e vulnerabilità genetica. Oltre a tassi più elevati di disturbi mentali, i fattori che potenzialmente possono contribuire ad aumentare i tassi di prescrizioni adeguate comprendono ottenere l'accesso all'assicurazione Medicaid, a screening e valutazioni sistematici e che i trattamenti indicati siano sostenuti da parte del sistema di tutela. Sebbene a tassi più elevati di disturbi mentali possano corrispondere tassi più elevati di prescrizione di psicofarmaci, non è chiaro se le cifre attuali relative alle prescrizioni elevate siano appropriate. Fattori che contribuiscono a prescrizioni di psicofarmaci potenzialmente inappropriate possono includere: insufficiente tempo e informazioni per valutazioni e rivalutazioni corrette da parte dei clinici e il supporto limitato per la collaborazione tra servizi e parti interessate, sotto-riconoscimento dell'eziologia traumatica nella formulazione del caso quando si presentano problemi complessi, accesso limitato a trattamenti psicosociali efficaci e specificamente mirati, classe medica non sufficientemente formata in quali siano i trattamenti psicosociali e psicofarmacologici efficaci, scarsa continuità delle cure, limitata integrazione delle cure, advocacy inefficace, speranza irrealistica che i farmaci possano stabilizzare una situazione psicosociale complessa, mancanza di fiducia nei training sulle capacità genitoriali (soprattutto quando la stabilità del collocamento non è chiara), mancanza di fiducia nella psicoterapia per i problemi complessi e risposta con interventi farmacologici alle crisi comportamentali e alle richieste urgenti. Affrontare molte di queste questioni preoccupanti richiede una riorganizzazione dei sistemi della salute mentale e della tutela dei bambini e di come questi sistemi si interfaccino. Questa ristrutturazione va oltre lo scopo di queste linee guida, ma fornisce opportunità per la promozione delle politiche pubbliche.

Sebbene non ci siano evidenze definitive per determinare l'adeguatezza dei tassi più elevati di prescrizione di psicofarmaci ai minori coinvolti nel sistema di tutela all'infanzia, varie parti interessate sono preoccupate. In un sondaggio sul benessere dei minori nel CWS, il Government Accountability Office degli Stati Uniti ha trovato che 15 Stati hanno identificato proprio l'eccessiva prescrizione di psicofarmaci come una delle questioni emergenti più importanti da

affrontare²³. Uno studio sull'opinione dei professionisti della salute mentale e della tutela circa la qualità dei servizi psichiatrici ricevuti dagli **utenti** del CSW ha mostrato preoccupazioni per l'uso eccessivo di psicofarmaci e per l'iper medicalizzazione dei minori. L'eccessivo uso è stato attribuito in parte alla mancanza di feedback clinico agli psichiatri da parte dei partner del Servizio Sociale²⁴. Un sondaggio su 47 Stati e il Distretto di Columbia sul monitoraggio degli psicofarmaci nei casi di bambini in affidamento ha rivelato che oltre la metà degli Stati classificava il proprio livello di preoccupazione sull'uso di questi farmaci come "Alto". La maggior parte di questi Stati ha registrato una tendenza crescente nell'uso di psicofarmaci, nello specifico un aumentato uso di antipsicotici, antidepressivi e farmaci per l'ADHD, aumento della poli-prescrizione, aumento dell'uso di farmaci nei bambini piccoli e maggiore affidamento a farmaci 'all'occorrenza' nelle strutture residenziali¹⁶.

Come risultato di queste preoccupazioni, sono stati sviluppati e catalogati diverse linee guida e protocolli per il monitoraggio dell'uso di farmaci psichiatrici nel sistema di tutela all'infanzia [16,17,25]. Nel 2005, l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) ha pubblicato una Position Statement on Oversight of Psychotropic Medication Use for Children in State Custody: A Best Principles Guideline [26] (Dichiarazione sul monitoraggio sull'uso dei farmaci psicotropi nei bambini di custodia statale: linee guida sui Best Principle) che è un insieme di raccomandazioni sul monitoraggio rivolto alle giurisdizioni e alle agenzie statali di Tutela. In sintesi, gli standard minimi richiedono che le giurisdizioni:

- Identifichino tempestivamente le parti abilitate a dare il consenso al trattamento dei bambini in custodia da parte dello stato
- Ottengano il consenso dei minori per i trattamenti psichiatrici quando possibile
- Stabiliscano linee guida per l'uso di farmaci psichiatrici per i minori in Tutela.

Gli *standard raccomandati* includono:

- Fornire materiale psicoeducativo per facilitare il processo di consenso
- Mantenere una cartella clinica aggiornata con storia medica e psichiatrica
- Stabilire un programma di consulenze di psichiatria infantile per:
 - Persone responsabili del consenso al trattamento psicofarmacologico
 - Clinici che lavorano con i minori coinvolti con il sistema di Tutela
 - Valutazioni faccia a faccia dei minori su richiesta degli interlocutori dei servizi di Tutela che hanno dubbi su uno specifico regime di trattamento psicofarmacologico.

Gli *standard ideali* comprendono:

- Stabilire requisiti di formazione per gli operatori della Tutela (CWS), il personale giudiziario e / o genitori affidatari per promuovere un **sostegno** più efficace per i minori che hanno in custodia per quanto riguarda l'assistenza sanitaria per questioni comportamentali, farmaci psichiatrici e monitoraggio.
- Creazione di programmi gestiti da psichiatri infantili per monitorare e valutare l'uso di farmaci per i minori in tutela statale a livello individuale e della popolazione.
- Creazione di un sito Web per fornire alle parti interessate un facile accesso a politiche e procedure pertinenti che regolano l'uso di farmaci psichiatrici e informazioni utili su diagnosi psichiatriche infantili e psicofarmaci.

Nel 2011 il Government Accountability Office degli USA ha raccomandato che il Department of Health and Human Services (Dipartimento della Salute e dei Servizi Sociali), l'agenzia federale incaricata della supervisione del benessere dei minori, promuova ulteriori indicazioni agli Stati sulle migliori pratiche per il monitoraggio delle prescrizioni delle sostanze psicotrope ai minori afferenti al Servizio sociale, ottenendo l'accordo del Dipartimento stesso¹⁸. In un'indagine presso informatori-chiave della Tutela dei minori e di agenzie affiliate di 47 Stati e del Distretto di Columbia,¹⁶ quattro

quinti degli Stati avevano o stavano sviluppando normative scritte o linee guida sull'uso di farmaci psicotropi. Due terzi degli Stati avevano adottato almeno un segnale di allarme (red flag marker) sottolineando la necessità di un maggiore controllo (la cui natura varia tra gli Stati). I segnali d'allarme più comunemente utilizzati (da quasi metà degli Stati) riguardavano: l'uso di psicofarmaci nei bambini piccoli (di età variabile tra 3 e 6 anni); l'uso simultaneo di più farmaci (definiti come 3-5 farmaci), sostenuto da due quinti degli Stati, e l'uso di più farmaci della stessa classe per più di 30 giorni, sostenuto da due quinti degli Stati. Il dosaggio superiore al massimo rispetto alle raccomandazioni (ad es. di produttore, professionista, federale o statale) e i farmaci incompatibili con le raccomandazioni attuali (ad es. linee guida professionali o statali) sono stati approvati come segnali d'allarme da oltre un quarto degli Stati. Queste azioni statali erano congruenti con le linee guida federali del 2012 relative al monitoraggio degli psicofarmaci nei bambini in affidamento (<https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/im1203.pdf>), che hanno identificato 3 pratiche di prescrizioni di psicofarmaci potenzialmente problematiche, designate come "troppi" (polypharmacy), "troppo" (dosaggi che superano le raccomandazioni) e "troppo piccolo" (prescrizione a bambini piccoli).

STORIA

Nel 1909, la prima conferenza della Casa Bianca sulla cura dei bambini sotto tutela (White House Conference on the Care of Dependent Children) ha raccomandato che i bambini fossero collocati con famiglie affidatarie locali selezionate piuttosto che negli istituti, come precedentemente avveniva. Il sistema di Tutela all'infanzia (CWS) è sempre stato dinamico, costantemente modificato dalla legislazione statale e federale, dal controllo statale e federale e dalle regole dei tribunali locali. Di conseguenza non esiste nessun sistema nazionale uniforme. Ogni Stato e Contea può avere diversi sistemi di tutela dei minori, regolati dalla legge federale e statale e informato da normative e pratiche sviluppate localmente. Il potenziale conflitto tra i diritti dei genitori di allevare i propri bambini senza interferenze governative e i diritti dei bambini di essere allevati liberi da maltrattamenti è un dilemma della società, così come quello sulla relazione tra i diritti dei genitori e il migliore interesse del bambino, esigenze di sicurezza e bisogni dello sviluppo inclusi. Possono sorgere differenze di opinione quando si considerino i diritti e gli interessi dello Stato, dei genitori, dei caregiver o dei minori. Più di 50 anni fa i Tribunali non riconoscevano che un bambino in custodia statale avesse dei diritti. Nel corso degli anni i principi del tribunale per Minori sono cambiati, passando prima al concetto della "tenera età" (tender years), che ha riconosciuto le esigenze di sviluppo dei bambini piccoli e poi negli anni '70 al concetto del "migliore interesse del bambino". Tutti gli Stati hanno leggi che richiedono che l'interesse superiore del bambino sia considerato almeno in alcuni aspetti del processo decisionale in materia di benessere dei minori, ma l'applicazione di questo concetto varia in modo significativo. Non esiste una definizione standard per "migliore interesse del bambino", ma il termine si riferisce generalmente al primato della sicurezza e del benessere.

La storia dell'affidamento negli Stati Uniti comprende esempi in cui i diritti dei genitori appartenenti a determinati gruppi etnici razziali sono stati indebitamente ignorati. Per esempio i bambini indiani d'America sono stati e continuano a essere allontanati dalle loro famiglie in percentuali elevate. Di conseguenza, l'Indian Child Welfare Act del 1978 impone che, se possibile, un tribunale tribale dia udienza a tutti i casi in tutela relativi al benessere dei minori indiani d'America. Lo stesso atto stabilisce anche linee guida specifiche per preservare l'identità culturale del minore indiano d'America in caso di affido.

Il Social Security Act (legge sulla sicurezza sociale) del 1935 ha istituito per la prima volta gli standard per la tutela dei bambini negli Stati Uniti e fornito sovvenzioni federali agli Stati per Servizi di Tutela. Il Child Abuse Prevention and Treatment Act (PL 108-6), originariamente emanato nel 1974 e modificato di recente nel 2010, fornisce finanziamenti a sostegno di prevenzione, valutazione, indagine, azione penale e attività terapeutica per i minori maltrattati. Identifica il ruolo federale nel sostenere ricerca, valutazione e raccolta dati sul benessere dei bambini da parte dei Servizi di Tutela.

L' Adoption Assistance and Child Welfare Act (Legge sull'assistenza all'adozione e sulla tutela dei minori) del 1980 (PL 96-272) ha creato il programma Title IV-E, che istituisce la revisione da parte del tribunale almeno ogni 6 mesi dello status di figlio in affidamento, stabilisce che il bambino debba essere collocato nel setting meno restrittivo e richiede che vengano fatti "sforzi ragionevoli" per impedire l'allontanamento. Quando i minori vengono allontanati, il PL 96-272 incoraggia il ricongiungimento con i genitori o i tutori legali e richiede la determinazione di un collocamento definitivo entro 18 mesi dall'entrata nel regime di affidamento. La legge fornisce anche assistenza finanziaria per i genitori adottivi.

Il Multiethnic Placement Act (Legge sul collocamento multi-etnico) del 1994 (PL 103-382) proibisce di ritardare, negare o discriminare in altro modo in base alla razza, al colore o all'origine nazionale del genitore o del bambino quando si prende una decisione di collocamento affidatario o adottivo, o quando si consente a una persona di diventare genitore affidatario o adottivo. Allo stesso tempo, la legge consente alle agenzie di prendere in considerazione il background culturale, etnico o razziale di un bambino e la capacità di un genitore affidatario o adottivo di rispondere alle esigenze culturali di un bambino. Il Multiethnic Placement Act richiede agli Stati di sviluppare piani per reclutare famiglie affidatarie e famiglie adottive che riflettano la diversità etnica e razziale dei bambini che hanno bisogno di una famiglia.

L' Adoption and Safe Families Act (legge sull'adozione e la sicurezza delle famiglie) del 1997 (PL 105-89) modifica il programma Title IV-E stabilendo chiaramente 3 obiettivi nazionali per la tutela dei minori: sicurezza, continuità e benessere. Il PL 105-89 fornisce anche supporto per le adozioni e altri collocamenti permanenti e incentivi per le adozioni definitive e specifica che il progetto sul caso debba includere "progetti contestuali" e "sicurezza del minore".

The Foster Care Independence Act (John H. Chafee FosterCare Independence Program) è stato firmato nel 1999 e fornisce agli Stati maggiori finanziamenti e maggiore flessibilità nella realizzazione di programmi progettati per aiutare la transizione del minore dall'affido all'autosufficienza. Le disposizioni principali di questa legge sono un ampliamento della capacità di uno Stato di fornire servizi per i giovani fino a 21 anni, compresa l'assistenza abitativa e l'ammissibilità al Medicaid. L'atto espande anche le opportunità per fornire servizi di istruzione, formazione, lavoro e sostegno finanziario per incoraggiare i giovani a prepararsi a vivere autonomamente.

Il Fostering Connections to Success and Increasing Adoptions Act del 2008 (PL 110-351) fornisce possibilità di nuovi supporti per la Kinship Care, i contatti familiari e i minori più grandi, compresi quelli in transizione verso l'età adulta e fuori dal sistema di Tutela. Il PL 110-351 migliora la continuità e le opportunità educative, fornisce incentivi e assistenza per l'adozione e offre alle tribù indiane l'accesso diretto alle risorse federali. La legge impone inoltre agli Stati di garantire il coordinamento dei servizi sanitari, compresi i servizi di salute mentale e dentistica, per i bambini in affidamento e di sviluppare monitoraggio e piani di supervisione per tutte le prescrizioni di farmaci, psicofarmaci inclusi.

Il Child and Family Services Improvement and Innovation Act (PL 112-34), legge del 2011, richiede agli Stati di sviluppare piani per la supervisione e il coordinamento di servizi di assistenza sanitaria per i giovani in affidamento. Richiede loro specificamente di delineare il monitoraggio e il trattamento del trauma associato al maltrattamento e all'allontanamento di un bambino da casa e di sviluppare protocolli adeguati sull'uso e il monitoraggio dei farmaci psicotropi. La legge chiede agli Stati di descrivere le attività volte ad abbreviare i tempi durante i quali i bambini di meno di 5 anni restano senza una famiglia stabile e per identificare quali popolazioni siano maggiormente esposte al rischio di maltrattamento e come i servizi siano mirati alle popolazioni maggiormente a rischio. La legge richiede anche un tutoraggio peer-to-peer e gruppi di supporto per genitori e servizi e attività progettate per facilitare i contatti dei bambini con i genitori e i fratelli.

Sebbene non riguardi specificamente la tutela dei minori, l' Affordable Care Act del 2010 (PL 111-148) consente ai minori che escono per età dal sistema di affido di rimanere idonei per Medicaid fino ai 26 anni, a partire dal 2014.

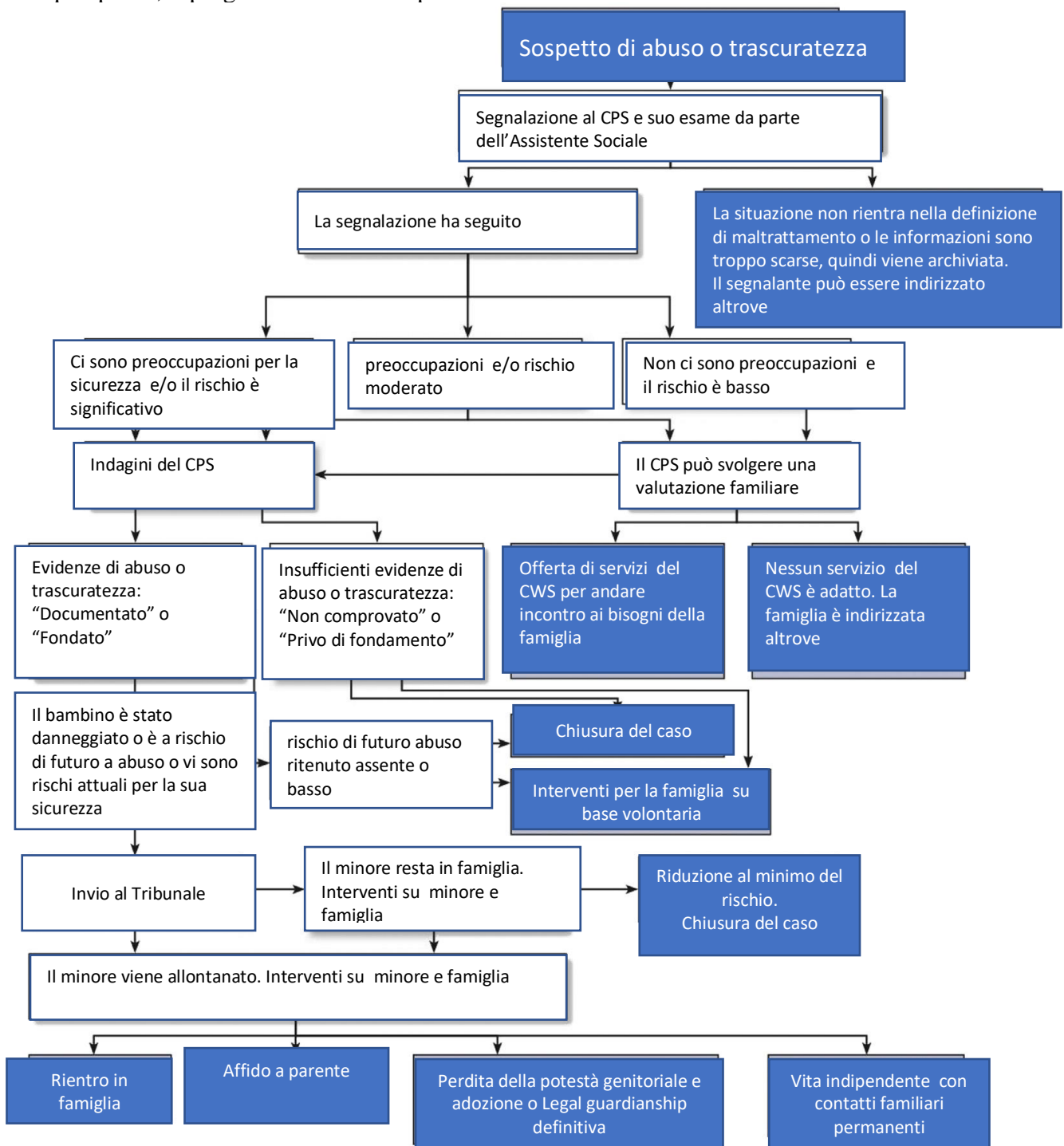
PRINCIPI

Principio 1. I clinici dovrebbero comprendere il processo di tutela all'infanzia e come minore e famiglia possono interfacciarsi con il sistema di Tutela

Il coinvolgimento del Servizio Sociale (Figura 1) in genere inizia con una segnalazione di sospetto maltrattamento al CPS, (Child Protection Service) anche se sono possibili altri percorsi di accesso, per es. genitori che cercano volontariamente sostegno nell'allevare i figli. Il personale del CPS esamina la segnalazione e decide se vi siano sufficienti informazioni per aprire un caso in base alla definizione statale di maltrattamento o di rischio. Per quei casi che non soddisfano i criteri per aprire le indagini, il segnalante e / o la famiglia potrebbero essere indirizzati a organizzazioni della comunità che erogano servizi su base volontaria. In situazioni a basso rischio, alcune giurisdizioni offrono una valutazione familiare più flessibile e coinvolgente per accompagnare le famiglie ai servizi. In genere, in queste situazioni l'intervento di valutazione familiare non comporta l'apertura formale del caso. Altri termini per intervento di valutazione familiare o servizi simili, includono alternative response, differential response, multitrack response or dual-track response [si tratta di interventi dei CPS che consistono nell'assegnare la famiglia segnalata per maltrattamento a due o più distinti percorsi di monitoraggio, per approfondimenti cfr <http://www.apa.org/divisions/div37/AdvocateFall2008.pdf>, NdT]

Le situazioni che soddisfano i criteri dei CPS locali per la sicurezza e / o preoccupazioni sul rischio comportano una risposta "urgente" o "regolare". I tempi dipendono dal livello di rischio, dai regolamenti statali e federali e potrebbero essere modificati in base alle regole locali o a situazioni specifiche. Alla fine dell'indagine il personale del CPS determina in genere se le accuse di maltrattamento siano "documentate" o "prive di fondamento". Alcuni Stati hanno categorie aggiuntive, come "impossibile determinare". Per i casi di maltrattamenti comprovati, nel 2011 le frequenze nazionali sono state: 78,5% trascuratezza, 17,6% abuso fisico, 9,1% abuso sessuale, 9,0% maltrattamento psicologico e 2,2% trascuratezza di cure mediche (medical neglect) (nota: le percentuali si sommano a più del 100% perché un bambino può subire più di un tipo di maltrattamento)³. A seconda del livello di rischio valutato, il caso potrebbe essere chiuso, inviato su base volontaria a servizi o inviato alla supervisione del Tribunale, attraverso il deposito di un ricorso. In alcune giurisdizioni esistono altre opzioni. Quando le accuse di maltrattamento sono comprovate, il CPS decide immediatamente se per il bambino è sicuro rimanere a casa o se debba essere preso in custodia da parte del CPS stesso. Ogni caso aperto è rivisto dal Tribunale. Un bambino messo sotto tutela dal Tribunale può essere "collocato" a casa o fuori casa. Se allontanato, il CPS dà la priorità al collocamento presso parenti (kinship care), quando possibile, per mantenere i legami familiari dei bambini. Quando vengono utilizzati collocamenti più formali, gli assistenti sociali cercano i meno restrittivi. In un determinato giorno del 2011, i minori allontanati fuori casa sono risultati collocati principalmente in affidamento non a parenti (47%) e a parenti (27%). I rimanenti erano in istituzioni (9%), case famiglia (6%), visite in prova a casa (5%), famiglie pre-adoptive (4%) o vivevano in contesto semi-indipendente (1%) o erano scappati (1%)²⁷. I minori in carico al Tribunale avranno un progetto di continuità, che specifica il piano per l'uscita dal sistema di Tutela e un progetto di servizio. A seconda della giurisdizione e delle caratteristiche della situazione, il minore potrebbe essere assegnato a un CASA (curatore speciale) o a un tutore ad litem che rappresenti il migliore interesse del bambino presso il Tribunale. Il CPS sviluppa un progetto di servizio dopo aver valutato le risorse e i bisogni del bambino e della famiglia. Questi progetti in genere riguardano esigenze di base (ad es. alloggio, cibo), gli ostacoli a una genitorialità efficace (ad es. uso di sostanze, capacità genitoriali) e i bisogni clinici, emotivi e comportamentali. L'assistente sociale supporta e monitora i progressi e rivede l'andamento del caso nel corso di udienze giudiziarie regolarmente programmate. Quando il Tribunale stabilisce che il progetto è stato completato correttamente, dimette il caso. In situazioni in cui le famiglie non fanno progressi sufficienti nonostante "ragionevoli sforzi" fatti per sostenerli, ogni giurisdizione ha statuti che prevedono la perdita della potestà genitoriale. La risoluzione dei diritti dei genitori può essere volontaria o non volontaria. Quando si considera quest'ultima, la maggior parte delle giurisdizioni impone al Tribunale di determinare se il genitore non è idoneo in virtù di prove chiare e convincenti e se la perdita della potestà sia nel migliore

interesse del bambino. La perdita della potestà genitoriale pone fine al rapporto legale genitore-figlio. A quel punto, il progetto definitivo da preferire è l'adozione.



Secondo i principi del benessere dei minori, i contesti familiari sono preferibili rispetto a collocamenti in strutture residenziali [comunità] o di gruppo, perché offrono ai bambini opportunità di attaccamenti duraturi e arricchenti, senso di appartenenza, impegno a lungo termine e futuro condiviso. In alcuni casi il progetto definitivo contempla soluzioni intermedie come la guardianship. Alcuni sistemi di tutela usano processi decisionali strutturati per determinare e per decidere. In questo approccio vengono definiti e analizzati dal punto di vista delle varie parti interessate gli obiettivi fondamentali per il benessere dei minori, i valori e i problemi in modo da sviluppare criteri decisionali chiaramente definiti. Le giurisdizioni che usano processi decisionali strutturati cercano di fare in modo che tali processi siano coerenti, trasparenti e che siano definiti obiettivi a ogni snodo principale del processo della tutela e che ci siano risultati positivi per i bambini e per le famiglie. A livello nazionale, nel 2010, il tipo più comune di uscita del bambino dal sistema di tutela era la riunificazione con i genitori o con i caregiver primari (52%), che si è verificata oltre il doppio rispetto all'adozione (20%), che è il successivo più frequente esito. I principali esiti rimanenti erano l'emancipazione (11%), la convivenza con altri parenti (8%), e la guardianship (6%). Per i giovani che escono dall'affido, la media e la mediana della durata della permanenza dei bambini in affidamento era 21,1 e 13,2 mesi, rispettivamente, con le lunghezze in mesi distribuite in meno di 1 (12%), da 1 a 5 (15%), da 6 a 11 (19%), 12-17 (15%), 18-23 (10%), 24-29 (7%), 30-35 (5%), 36-59 (9%) e oltre 60 (7%).²⁷

Principio 2. I clinici dovrebbero avere familiarità con i valori e principi fondamentali del Child Welfare System (CWS)

I sistemi di Tutela valorizzano e danno priorità al diritto di una famiglia di crescere i propri figli e al principio che i bambini sono di solito meglio allevati dalle proprie famiglie. Crescere nella propria famiglia è considerato come il migliore interesse del bambino, a meno che non vi siano validi motivi per porre fine ai diritti dei genitori. I sistemi di tutela condividono valori e principi fondamentali con altre organizzazioni al servizio dei bambini. Nel 1986 Stroule Friedman²⁸ ha descritto i concetti chiave di un sistema di assistenza per i minori con gravi disturbi emotivi. Questi concetti di fondo sono talvolta indicati come principi del Child and Adolescent Service System Program. Questi principi specificano che i Servizi dovrebbero essere incentrati sul minore, focalizzati sulla famiglia, basati sui punti di forza, culturalmente competenti e forniti nel contesto appropriato meno limitativo. Inoltre il sistema dovrebbe coinvolgere i minori e le famiglie come partner a pieno titolo, dovrebbe includere una gamma completa di servizi, adattare i servizi per ogni minore e ogni famiglia, sottolineare l'importanza della rilevazione e dell'intervento precoci e coordinare fornitori di servizi e sistemi. Identificare ed evidenziare la voce e le scelte della famiglia renderà più probabile che la pianificazione del servizio enfatizzi i valori, le priorità e la cultura della famiglia stessa.

I sistemi di Tutela valorizzano gli approcci e gli orientamenti basati sui punti di forza e sulla resilienza. Masten²⁹ ha definito la resilienza come una classe di fenomeni caratterizzata da buoni risultati nonostante gravi minacce all'adattamento o allo sviluppo e ha sottolineato che la resilienza è una caratteristica degli individui comune piuttosto che straordinaria. La resilienza evidenzia la tendenza di un essere umano verso lo sviluppo tipico, piuttosto che presumere inevitabili patologie. Un orientamento alla resilienza prevede un approccio basato sulle risorse che identifichi e migliori i fattori protettivi nell'ecologia del bambino. L'inquadramento del Center for Study of Social Policy's Strengthening Families (centro per lo studio delle politiche sociali di rafforzamento delle famiglie) organizza e affronta i fattori protettivi della resilienza dei genitori, le connessioni sociali, le conoscenze sulla genitorialità e sullo sviluppo del bambino, il sostegno concreto nei momenti di necessità e la competenza sociale ed emotiva dei bambini³⁰.

I clinici che utilizzano un approccio culturalmente informato cercano di comprendere i bambini e le famiglie nel loro contesto culturale. Alcuni gruppi minoritari, tra cui afroamericani e indiani d'America, sono sovra rappresentati a ogni snodo decisionale del sistema di assistenza all'infanzia^{31,32}. Allo stesso tempo, i minori di colore in affido sono sotto rappresentati nell'accesso ai servizi di

salute mentale^{33,34}. Minori lesbiche, gay, bisessuali, transgender e che mettono in discussione la propria identità di genere o l'orientamento sessuale (LGBTQ) sono sovra rappresentati nel sistema di assistenza all'infanzia. Oltre a maltrattamento, traumi, attaccamenti interrotti e perdite subiti da altri minori nel sistema di assistenza all'infanzia, i minori LGBTQ in affidamento devono affrontare altri problemi, come omofobia o transfobia, e sfide come dovere valutare la propria sicurezza nelle scuole, reti sociali, comunità e case e decidere se e a chi divulgare la propria identità LGBTQ³⁵.

I clinici dovrebbero essere consapevoli e sensibili rispetto a cultura, etnia, razza, lingua, orientamento sessuale, identità di genere e spiritualità del minore e della sua famiglia.

La sensibilità degli operatori alle differenze culturali facilita l'impegno con i giovani e le famiglie, migliora la qualità dei servizi e promuove processi decisionali culturalmente accettabili. I clinici dovrebbero fare emergere e tentare di comprendere il punto di vista del minore e/o della famiglia e il loro sistema di riferimento su comportamenti e preoccupazioni sulla salute, e il coinvolgimento del sistema di Tutela. Questo contribuirà a facilitare una progettazione del trattamento culturalmente appropriata. Una squadra di lavoro diversificata che comprenda operatori della stessa cultura della famiglia migliorerà la possibilità di capire il progetto e di aderirvi. In caso di collocamento extra-familiare, l'identità culturale dei bambini dovrebbe essere promossa e coltivata. I lettori consultino per avere ulteriori informazioni il Practice Parameter for Cultural Competence in Child and Adolescent Psychiatric Practice³⁶ e il Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents³⁷.

Molte delle parti in causa sostengono un approccio centrato sul trauma; tuttavia non esiste un'unica definizione accettata di cura orientata al trauma. Il termine si riferisce generalmente a un approccio organizzato e all'impegno nel riconoscere le manifestazioni del trauma nei bambini, negli operatori sanitari, nei caregiver ecc. e nell'affrontare gli effetti del trauma. La consapevolezza sul trauma permea tutti gli aspetti del funzionamento dell'organizzazione, incluso il portare le conoscenze sul trauma nelle politiche e l'affrontare l'impatto del trauma vicario e/o secondario sui clinici e sulle altre parti interessate. Inoltre i sistemi informati sul trauma effettuano screening di routine sull'esposizione al trauma e sui conseguenti sintomi, supportano i minori e le famiglie nella comprensione delle esperienze traumatiche, enfatizzano la sicurezza e la resilienza e i principi del programma del Child and Adolescent Service System.

I clinici dovrebbe avere una formazione specifica sull'impatto del maltrattamento e delle altre forme di trauma e su come riconoscere le risposte al trauma e al trauma complesso. Il sito Web Child Traumatic Stress Network fornisce un kit di formazione (Welfare Trauma Training Toolkit³⁸) per l'insegnamento di conoscenze, abilità e valori di base necessari per lavorare con i minori nel sistema di Tutela che hanno subito uno stress traumatico. I clinici sufficientemente formati nell'approccio centrato sul trauma e impegnati in tale senso sono meglio preparati a sostenere l'integrazione di questo orientamento con la pratica quotidiana e a sostenere le politiche di salute pubblica e le pratiche cliniche necessarie per fornire una buona assistenza.

Principio 3. I clinici devono essere a conoscenza dello stato legale attuale del minore in esame, incluso chi sia autorizzato a dare il consenso alla valutazione e al trattamento

Ogni bambino e adolescente in affidamento ha un rappresentante del CWS responsabile della gestione del suo caso. La questione del consenso dovrebbe essere affrontata prima del primo appuntamento. Ogni passo specifico nel processo di tutela (ad esempio, collocato ma non in carico al Tribunale, legal guardianship, servizi sociali condivisi / custodia della giustizia minorile, ecc.) ha implicazioni diverse circa il consenso, il rilascio di informazioni e il trattamento. I genitori biologici del bambino potrebbero conservare determinati diritti e, in alcune circostanze, i tribunali richiedono il loro consenso per la valutazione e / o il trattamento. L'individuo che ha la custodia fisica del bambino potrebbe non essere autorizzato a dare il consenso, perché ciò potrebbe spettare a chi ha la custodia legale e / o il consenso potrebbe spettare a un'agenzia di Tutela, al genitore biologico, o a qualche altra parte come il Tribunale o una persona nominata appositamente. La maggior parte delle giurisdizioni ha anche leggi e procedure specifiche per la prescrizione di psicofarmaci ai minori in

carico al Tribunale per i Minorenni. I farmaci psichiatrici non dovrebbero essere prescritti senza ottenere prima il consenso dall'autorità designata, sebbene nelle emergenze possano esserci delle eccezioni.

E' all'assistente sociale che si dovrebbero rivolgere le domande sullo status giuridico di un minore e richieste di consenso per valutazione e trattamento, consenso informato, liberatoria sulle informazioni e coordinamento del trattamento.

Principio 4. Prima di accettare un invio, il clinico dovrebbe chiarire le circostanze e gli obiettivi della consultazione e quali prestazioni possano e quali non possano essere fornite

Vari soggetti (ad es. genitore, assistente sociale, giudice) possono inviare un minore coinvolto nel sistema di Tutela per una valutazione psichiatrica. I clinici dovrebbero capire il motivo e la tempistica dell'invio. I servizi di psichiatria infantile nel sistema di assistenza all'infanzia comprendono:

- *Valutazione.* Molte Linee Guida e statuti federali richiedono uno screening generico precoce sulla salute mentale di tutti i giovani che entrano nel sistema di tutela, seguito da una valutazione più approfondita per coloro che risultano positivi³⁹⁻⁴¹. Screening e valutazioni devono includere valutazioni sull'esposizione al trauma e sui sintomi correlati al trauma usando tecniche di valutazione con affidabilità e validità adeguate.
- *Trattamento e team.* Come indicato, i clinici possono fornire assistenza psichiatrica continuativa ai minori nel sistema Tutela. Nel fornire cure cliniche, i clinici entrano nella squadra di lavoro del bambino e della famiglia, di cui fanno parte il bambino e la famiglia, i loro sostenitori all'interno della comunità (community supporters) e gli altri soggetti coinvolti, che si riuniscono per mantenere il bambino al sicuro e promuoverne la continuità e il benessere. Ricevere feedback da altri membri del team, coordinare l'assistenza, fornire psicoeducazione quando appropriato e comunicare con le altre parti interessate può migliorare i risultati. Lo spirito di squadra e un approccio basato sui punti di forza e orientato alla soluzione può tamponare alcuni ostacoli e migliorare la capacità del clinico di lavorare con i bambini sottoposti a tutela. I clinici della salute mentale che lavorano con questi bambini dovrebbero coordinarsi con i caregiver, i datori di cure primarie, gli educatori e le altre parti interessate. Alcuni minori potrebbero essere seguiti da altri operatori pediatrici, altri operatori di salute mentale, educatori dei servizi di educazione speciale e / o dal sistema giudiziario minorile [penale].
- *Raccomandazioni sul livello di cura.* A volte viene chiesto ai clinici di esprimersi sul livello di assistenza sanitaria mentale e / o sull'intensità del trattamento necessari per rispondere al bisogno di salute mentale del minore. Ciò può accadere per un minore con cui un clinico sta lavorando o all'interno di un ruolo specifico nella supervisione del sistema di cura per più minori. Per tutti i bambini, ma soprattutto per quelli con una storia di maltrattamenti, i clinici devono attentamente considerare gli effetti di collocamenti e interventi restrittivi, tra cui isolamento e contenimento.
- *Consultazione.* Agenzie e dipartimenti di assistenza all'infanzia si rivolgono sempre più ai clinici di salute mentale per richiedere consulenze / o valutazioni per i minori in carico ai Servizi e le loro famiglie. In vari sistemi di tutela, gli psichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza consultano e /o supervisionano il sistema stesso. I clinici possono fornire consulenza agli operatori e ai clinici curanti, consulenze specifiche per un dato caso o supervisioni più generali sull'uso di psicofarmaci e istruzioni ai vari soggetti coinvolti.²⁵
- *Consenso ai farmaci psichiatrici e supervisione.* Alcune giurisdizioni incaricano un'autorità centrale o regionale composta da clinici esperti a dare il consenso all'uso degli psicofarmaci per i minori in affido. Il consenso può essere accompagnato da consultazione e revisione. Alcune giurisdizioni monitorano l'uso degli psicofarmaci in questi bambini con programmi specifici. Esempi di programmi includono seconde opinioni, monitoraggio della aderenza alle normative pertinenti e / o revisione di esperti della salute mentale.

- *Valutazione forense.* È fondamentale che i clinici comprendano la distinzione tra ruolo terapeutico e ruolo forense quando si lavora con il Tribunale per i Minorenni e le differenze tra un testimone e un consulente tecnico. Qualche organizzazione professionale ha linee guida etiche indirizzate alla distinzione tra attività cliniche e forensi. I clinici devono essere consapevoli che non esiste un metodo riconosciuto per determinare la veridicità delle dichiarazioni di un bambino, quindi si deve porre attenzione a non sopravvalutare la propria opinione. Per più informazione e orientamento, i lettori possono confrontare AACAP Practice Parameter for Child and Adolescent Forensic Evaluations.⁴²
- *Promozione e sostegno.* I clinici dovrebbero sostenere lo sviluppo di sistemi che facilitino e promuovano un'efficace assistenza di salute mentale e la sicurezza, la continuità e il benessere dei minori coinvolti nel Servizio Sociale.

Principio 5. I clinici dovrebbero comunicare con i referenti e gli operatori del servizio di Tutela per ottenere le informazioni necessarie per potere procedere con la valutazione

Prima dell'appuntamento iniziale, il clinico dovrebbe comunicare con la persona che effettua l'invio per garantire che le informazioni rilevanti arrivino prima o al momento dell'appuntamento iniziale. Il clinico dovrebbe chiedere che il minore sia accompagnato da persone che gli siano familiari e che ne conoscano il funzionamento recente e da cui il bambino si senta sostenuto. I clinici dovrebbero procedere solo qualora vi siano informazioni sufficienti e sia possibile accedere a persone con adeguata familiarità con il minore. Fonti di ulteriori informazioni che l'assistente sociale può fornire includono documenti e valutazioni del tribunale dei Minori, gli screening iniziali e successivi che la maggior parte degli Stati richiede su trauma, questioni pediatriche, sviluppo, salute mentale e uso di sostanze, così come le valutazioni pediatriche successive al primo collocamento (sempre richieste dalla maggior parte degli Stati); precedenti valutazioni sulla salute mentale e note sul trattamento, valutazioni e annotazioni scolastiche e valutazioni e documenti della corte minorile. La legislazione federale fornisce ulteriori fonti di informazione. Il Fostering Connections to Success and Increasing Adoptions Act del 2008 prescrive agli Stati di sviluppare piani per supervisionare e coordinare i Servizi Sanitari e il monitoraggio sull'uso dei farmaci. Il Child and Family Services Improvement and Innovation Act del 2011 richiede agli Stati di sviluppare piani analoghi di assistenza sanitaria per i minori in affidamento.

Principio 6. I clinici dovrebbero coinvolgere i membri della famiglia biologica e della famiglia sostitutiva nella valutazione e/o nel trattamento.

Sviluppare i punti di forza della famiglia come leve per il cambiamento e affermare la voce e la scelta dei genitori promuoverà impegno, motivazione e risultati positivi. La maggior parte delle giurisdizioni specifica che se le famiglie possono diventare sicure, ai genitori deve essere restituito il diritto fondamentale di allevare i propri bambini e che è nell'interesse di un bambino crescere nella propria famiglia, a meno che non ci siano ragioni convincenti per il venir meno dei diritti dei genitori. La collocazione stabile più comune per i minori in affido è il rientro nelle proprie famiglie²⁷. Alcuni stati incoraggiano specificamente il coinvolgimento della famiglia biologica nei percorsi terapeutici della salute mentale. Quindi le famiglie dovrebbe essere coinvolte nel trattamento a meno che vi siano evidenti ragioni perché ciò non debba avvenire.

Nella valutazione e pianificazione della salute mentale, i caregiver (biologici o affidatari o comunque sostitutivi) possono fornire informazioni in merito sia al funzionamento di un minore sia alle proprie preoccupazioni e queste informazioni serviranno all'attuazione dei piani di trattamento. I caregiver e gli operatori trarranno vantaggio dall'essere informati sulla valutazione dei punti di forza e dei bisogni del minore. Potrebbe essere appropriato coinvolgere fratelli o altri membri della famiglia biologica nella valutazione e / o nel trattamento.

Dopo aver affrontato i problemi di sicurezza immediati, alcuni servizi di Tutela utilizzano un "processo decisionale gruppo-familiare". In questo approccio, che potrebbe essere conosciuto sotto

altri nomi, facilitatori indipendenti e formati coinvolgono le famiglie e la loro rete di sostegno cercando di potenziare la loro collaborazione con i Servizi e gli operatori di modo da prendere decisioni e sviluppare progetti per promuovere la sicurezza, la stabilità e il benessere del bambino.

Principio 7. I clinici dovrebbero essere a conoscenza delle particolarità della valutazione e della gestione dei minori utenti dei servizi di tutela

Le valutazioni dovrebbero considerare la fase di sviluppo dei bambini, le questioni di salute generale e di salute mentale a essa correlate. I valutatori dovrebbero considerare la storia di maltrattamenti e di traumi, la complessità del maltrattamento e delle risposte al trauma, gli effetti della separazione dalla famiglia, gli effetti dell'interruzione degli attaccamenti, gli effetti della separazione dal contesto comunitario e scolastico, la traiettoria di sviluppo, il funzionamento attuale del minore e i fattori di rischio e di protezione nell'ecologia del minore stesso. La storia ottenuta da chi è in possesso delle informazioni dovrebbe includere le circostanze specifiche che hanno comportato l'ingresso dei giovani nella tutela, il numero di collocamenti, le circostanze e la qualità di ognuno di tali collocamenti, i motivi del passaggio da un collocamento a un altro, la risposta del minore a questi cambiamenti e gli attuali contatti con genitori, fratelli e famiglia estesa. L'assistente sociale di solito fornisce molte informazioni, con il contributo di altri soggetti interessati, tra cui genitori biologici e affidatari quando disponibili. I clinici potrebbero ascoltare pareri multipli e talora discordanti dalle varie fonti. Ciò richiede sensibilità per tutti i punti di vista e richiede di essere sufficientemente a proprio agio con ambiguità e mancanza di certezze. Anche le descrizioni dell'attuale funzionamento del bambino possono variare in base alla relazione con il bambino di chi dà le informazioni. Dati i molti potenziali punti di vista, motivazioni e interessi, diventa essenziale raccogliere informazioni da più fonti e da più contesti. Le Aree da tenere in considerazione nella valutazione e gestione dei bambini utenti dei servizi di tutela includono:

- *Stabilire la fiducia.* La fiducia è una componente fondamentale della relazione terapeutica. Non ci si dovrebbe aspettare che i minori con storie di maltrattamenti, trauma e attaccamenti interrotti si fidino di clinici sconosciuti. Essere guardinghi nello stabilire nuove relazioni è appropriato [viste le storie di questi bambini] quindi essere rispettosi e parlare di queste cautele del bambino può aiutare a sviluppare la relazione terapeutica. I clinici possono promuovere l'aggancio con una comunicazione aperta e autentica e con lo sviluppo di obiettivi terapeutici identificati dal bambino stesso. Le tecniche che facilitano la costruzione di un'alleanza includono l'attenzione ai segnali non verbali, l'ascolto attivo, la validazione, il calore, l'empatia, l'accettazione e una posizione non giudicante.
- *L'esperienza del minore nel coinvolgimento con il Servizio Sociale.* Oltre ai fatti relativi alla storia di un bambino, i clinici dovrebbero considerare percezioni, reazioni, emozioni e cognizioni legate all'esperienza con il Servizio Sociale. Questo può significare esplorare le credenze e sentimenti del minore riguardo al motivo per cui il Servizio Sociale è coinvolto, perché il bambino pensa di essere stato allontanato dai genitori, come vede il Servizio Sociale, cosa desidera che accada e quanto l'esperienza sia stata di aiuto o inutile. I valutatori dovrebbero prendere in considerazione le manifestazioni di dolore, perdita e trauma nei bambini e negli adolescenti e la gamma potenziale di reazioni relative alla separazione dalle figure di attaccamento. Il minore potrebbe sentirsi ambivalente rispetto alla separazione dai genitori che l'hanno maltrattato
- *Sviluppo tipico, attaccamento e disgregazione.* Conoscere lo sviluppo normale del bambino e dell'adolescente e l'attaccamento genitore-figlio e avere una formazione specifica sul trauma migliora la capacità del clinico di riconoscere i diversi e complessi effetti di maltrattamenti, traumi, separazione, collocamento fuori casa e altri aspetti della tutela. Durante la valutazione iniziale, il clinico dovrebbe considerare se, e in che misura, i sintomi di un minore siano legati a una lunga serie di preoccupazioni, problemi di attaccamento, separazione dai caregiver,

separazione dall'ecosistema familiare, dolore e perdita, collocamento fuori casa e / o maltrattamenti e trauma. I clinici possono fornire alle altre parti coinvolte informazioni importanti sui potenziali effetti di questi fattori.

- *Trauma.* I clinici dovrebbero riconoscere che maltrattamento e trauma possono essere complessi e cronici, che possono portare a una presentazione clinica confusa e confondente, che potrebbe essere difficile differenziare da altri disturbi mentali. Per ulteriori informazioni sugli effetti e le manifestazioni del trauma, fare riferimento alle Linee Guida AACAP per la Valutazione e il trattamento di bambini e adolescenti con Disturbo da Stress Post traumatico (PTSD)⁴³. Queste Linee Guida riconoscono che i minori con una storia di trauma possono presentare sintomi emotivi, fisici e /o disregolazione interpersonale senza soddisfare completamente i criteri per la diagnosi di PTSD, ma raccomandano di considerare il trauma e i suoi effetti nelle diagnosi differenziali con altri disturbi psichiatrici. Le Linee Guida sul PTSD prendono anche in considerazione che altri disturbi psichiatrici e fisici possano imitare la sindrome da stress post traumatico PTSD. Le storie di traumi dei minori utenti dei servizi Sociali in generale comprendono l'abuso e / o la trascuratezza e lo stress traumatico di essere allontanati dai propri caregiver primari e dal proprio contesto sociale e familiare.
- *Adattamento al collocamento.* L' adattamento individuale del bambino al collocamento dipende da numerosi fattori, che comprendono il funzionamento pre-allontanamento, le caratteristiche individuali, le circostanze dell'allontanamento, la stabilità e il supporto nell'attuale collocamento, accesso e sostegno avuto in precedenti contesti e come il minore vede le circostanze attuali.
- *Collaborazione.* I clinici che valutano e gestiscono il bambino devono collaborare e coordinarsi con gli altri servizi clinici e le altre parti interessate all'assistenza ai minori. L' assistenza sanitaria e il coordinamento dei servizi sanitari sono obbligatori in base alle linee guida federali specifiche. Il minore in affido dovrebbe avere un datore di cure primarie. Oltre ai problemi di salute mentale, i bambini in affido affrontano problematiche mediche a livelli significativamente più alti rispetto agli altri bambini, a volte come conseguenza delle circostanze che hanno portato al loro allontanamento da casa, problematiche talvolta esacerbate dalle loro esperienze in affido⁴⁴.
- *Funzionamento in più ambiti.* La valutazione e la pianificazione del trattamento si basano anche sulle informazioni sul funzionamento scolastico, sociale, comportamentale ed emotivo a scuola e il confronto tra il funzionamento a casa e a scuola. Il minore in Tutela ha un rischio maggiore di essere coinvolto in altri sistemi di assistenza all'infanzia, come la giustizia minorile [penale] o l'educazione speciale. I clinici devono capire lo status del minore in questi altri sistemi e collaborare con tutti gli interessati per coordinare l'assistenza e ricevere feedback sul funzionamento del bambino e su come questi risponda ai Servizi. I clinici dovrebbero anche occuparsi di come il minore funzioni in altri settori (come scuola, amici, casa e comunità) poiché i danni precedenti espongono i minori a maggior rischio di problemi in questi settori e i problemi in uno di questi ambiti possono mettere a repentaglio il collocamento attuale. Prove emergenti indicano che i comportamenti problematici dei minori ne mettono a rischio la stabilità dell'affidamento e aumentano la probabilità che possano presentare problematiche comportamentali dirompenti^{45,46}.
- *Percorso nel sistema di tutela.* I clinici devono capire lo status del minore all'interno del sistema di tutela, promuovere la comprensione del processo da parte del minore e affrontare i problemi associati al percorso nel sistema. I clinici lavoreranno spesso con più di un collocamento e di un sistema di assistenza. I progetti di continuità possono cambiare quando mutano le circostanze del bambino e della famiglia. Clinici che scelgono di lavorare con i minori del Servizio Sociale devono essere disposti ad accettare che le decisioni sul collocamento in definitiva spettano ai giudici del tribunale dei Minorenni e a dare udienza ai commissari governativi. Tuttavia i clinici possono schierarsi efficacemente al fianco dei bambini lavorando come membri del team del bambino e della famiglia e presentando chiare

indicazioni sulle decisioni da prendere. I clinici dovrebbero sostenere coerenza, collocamenti stabili e in grado di soddisfare i bisogni del bambino, cambiamenti clinicamente appropriati, interruzioni minime, mantenimento delle relazioni di supporto e dei setting familiari, continuità e benessere. Inoltre i clinici devono considerare e affrontare lo sviluppo e la transizione di un minore verso l'età adulta.

- *Autoconsapevolezza del clinico.* Le circostanze che riguardano i minori coinvolti con il sistema di Tutela (come abuso, trascuratezza, funzionamento familiare, credenze sull'educazione dei figli e interruzione degli attaccamenti) possono suscitare forti emozioni e differenze di opinione: i clinici dovrebbero essere consapevoli dei problemi di transfert e controtransfert.

Principio 8. I clinici dovrebbero mantenere standard elevati nelle annotazioni, con la dovuta attenzione alle conseguenze sui minori e alla riservatezza

Il contenuto delle cartelle cliniche, i feedback specifici e i report scritti agli assistenti sociali dovrebbero essere attentamente considerati. La documentazione dovrebbe aggiungere valore alla comprensione della situazione del bambino e indirizzare il lavoro e il processo decisionale delle altre parti interessate. I clinici della salute mentale hanno uno status e un'influenza unici, che hanno il potenziale di condizionare notevolmente il percorso del Tribunale per i Minorenni. I documenti clinici dovrebbero essere chiari e inequivocabili di modo da non essere fraintesi o male interpretati nei contraddittori legali. I clinici devono prestare particolare attenzione alla tenuta delle cartelle ed essere consapevoli dei possibili conflitti tra le necessità di registrazioni dettagliate e i problemi di riservatezza o i problemi di privacy che possono sorgere per i minori coinvolti nei Servizi Sociali. Da un lato, la continuità del trattamento può fare molto affidamento sull'accuratezza e sui dettagli delle registrazioni che passano da un clinico a un altro. D'altro canto, le copie delle cartelle cliniche fornite agli assistenti sociali e alle altre parti interessate saranno letti da molti individui diversi. Durante le indagini del CPS, nella maggior parte degli Stati tutti i record potrebbero essere soggetti a divulgazione. I clinici devono essere consapevoli che i loro report possono far parte di procedimenti giudiziari, inclusa l'incriminazione di un presunto genitore maltrattante, senza la conoscenza o il consenso del paziente o del clinico. I clinici dovrebbero attribuire chiaramente le fonti di informazione e indicare quando l'informazione è stata di seconda o terza mano, in modo che un 'sentito dire' non diventi un fatto. Nel corso della valutazione o della terapia possono insorgere sospetti di maltrattamento. I professionisti che lavorano con i minori in affidamento devono ricordare che anche se è già stato aperto un fascicolo e/o il minore può già essere stato collocato fuori casa, ogni nuovo sospetto di abuso o trascuratezza deve essere segnalato.

Principio 9. I clinici dovrebbero avere familiarità con i problemi che comunemente presentano i minori inseriti nel Servizio Sociale

Studi sulla popolazione che utilizzano diversi metodi di accertamento e di valutazione hanno costantemente riscontrato che, rispetto alla popolazione generale, i minori inseriti nei servizi di Tutela hanno tassi significativamente più elevati di disturbi dello sviluppo, fisici, emotivi, comportamentali e di consumo di sostanze. Dal 30% al 65% di questi bambini in età prescolare hanno problemi di sviluppo e / o comportamentali⁴⁷⁻⁵⁰. Dal 50% all'80% dei minori in affidamento ha problemi di salute mentale, con alte percentuali di comorbidità, compresi elevati tassi di depressione, ansia, stress post-traumatico, comportamento distruttivo, disturbo da deficit di attenzione / iperattività, problemi di apprendimento, uso di sostanze e tentativi di suicidio^{6,51-56}. Anche i bambini che rimangono con la propria famiglia di origine o sono collocati presso parenti hanno alte percentuali di problemi mentale e di sviluppo^{6,48,57-59}. Rischi elevati relativi alla salute fisica, mentale e all'uso di sostanze persistono anche in età adulta, oltre all'aumento delle percentuali di basso rendimento scolastico, disoccupazione, basso reddito, disabilità, povertà, mancanza di assicurazione sanitaria, di essere senza tetto e di agire comportamenti illeciti^{56,60-65}.

Nonostante le linee guida per lo screening e la valutazione dei giovani che afferiscono al sistema di Tutela, le ben documentate alte percentuali di bisogni relativi alla salute mentale e i numerosi report sull'uso sproporzionato dei servizi di salute mentale e le spese sostenute, i bisogni relativi alla salute mentale di questi minori restano significativamente insoddisfatti. I National Surveys of Child and Adolescent Well-Being (NSCAW) (sondaggi nazionali sul benessere di bambini e adolescenti), due studi nazionali longitudinali sui minori in Tutela, hanno fornito informazioni utili per quanto riguarda i bisogni relativi alla salute mentale e il sottoutilizzo dei Servizi. Nel secondo NSCAW è stato riscontrato che in un sotto gruppo di bambini tra i 12 e i 36 mesi di età con problemi mentali, solo il 2,2% ha ricevuto un qualsiasi tipo di servizio di salute mentale. La percentuale è salita al 19,2% quando era stato incluso un training sulle competenze genitoriali ⁶⁶. Nel primo NSCAW, nei bambini sotto i 6 anni con problemi di sviluppo e comportamentali, meno del 25% ha ricevuto servizi. Rimanere nella famiglia biologica ed essere sotto i 3 anni sono risultati essere fattori associati a un sottoutilizzo dei servizi ⁴⁸. Nei giovani tra i 2 e i 14 anni con forte evidenza di bisogni clinici, solo circa il 25% ha ricevuto cure nei 12 mesi precedenti. In tutte le fasce di età la gravità della situazione e vivere al di fuori della famiglia biologica hanno aumentato la probabilità di ricevere assistenza sanitaria mentale specialistica. Dei bambini in età scolare, gli afroamericani avevano meno probabilità di ricevere servizi, mentre gli adolescenti che avevano un genitore con un grave disturbo mentale avevano maggiori probabilità di ricevere cure ⁶. Uno studio su un sottogruppo di minori dai 2 ai 15 anni collocati fuori casa per circa 12 mesi ha mostrato che circa il 25% di quelli con alti tassi di problemi mentali non aveva ricevuto assistenza. Gravità del bisogno, età più grande e storia di abuso sessuale erano associate all'accesso ai servizi di salute mentale, mentre una storia di trascuratezza ed essere di etnia afro-americana erano associate alla riduzione dell'uso dei servizi ⁵⁸. Pertanto è necessaria un'ulteriore azione di sostegno per garantire che i bambini che sono noti per essere a rischio di essere meno aiutati —tra cui i minori afro-americani, i bambini piccoli, i minori che restano in famiglia o affidati ai parenti e le vittime di trascuratezza — ricevano l'aiuto di cui hanno bisogno. Dato che dal 50% all'80% di tutti i bambini nel sistema di tutela ha esigenze di trattamento e solo dal 19% al 50% dei minori bisognosi di servizi di salute mentale riceve i servizi stessi, ^{6,66,67} i clinici dovrebbero battersi per screening e valutazioni della salute mentale appropriati all'interno del proprio sistema locale di assistenza all'infanzia e nelle strutture di assistenza primaria. Molte linee guida ^{39-41,68} e la normativa Fostering Connections to Success and Increasing Adoptions Act (PL 110-351) richiedono che i minori in affido ricevano screening sulla salute mentale all'inizio e in successivi follow-up. Gli screening dovrebbero includere una valutazione sull'esposizione a traumi e sui sintomi correlati. Viene raccomandato l'uso per lo screening e la valutazione di strumenti validati, adeguati allo sviluppo e applicabili ⁶⁹. Le linee guida generalmente richiedono che venga effettuato da parte di personale qualificato uno screening iniziale entro 24 -72 ore dall'accesso all'affido. Tale screening dovrebbe concentrarsi sull'identificazione dei giovani ad alto rischio per problemi di sicurezza, di fuga dal collocamento e che hanno necessità di servizi di salute mentale o per abuso di sostanze. Screening iniziali e successivi dovrebbero anche determinare la necessità di ulteriori valutazioni o di interventi immediati. Recenti linee guida richiedono che venga effettuato uno screening più completo entro 30 giorni, per valutare la necessità di accedere a servizi per la salute mentale e l'uso di sostanze e per valutare il funzionamento del minore nei vari ambiti rilevanti, come scuola e comunità ⁴¹. Entro 60 giorni, o prima dove indicato, i bambini risultati positivi allo screening dovrebbero ricevere una valutazione individualizzata e completa, che aiuterà a impostare il progetto sul trattamento e sulla continuità. Durante ogni visita dell'assistente sociale dovrebbero essere fatte valutazioni informali. Almeno una volta l'anno e ogni volta che c'è un cambiamento nel funzionamento o nel contesto si dovrebbero fare screening più formalizzati usando strumenti standardizzati. I minori dovrebbero essere rivalutati prima di uscire dal sistema di Tutela. Dato il loro aumentato rischio di non ricevere un'adeguata assistenza, bisognerebbe sottoporre a screening e valutazioni simili i minori che restano collocati nella propria famiglia biologica o presso parenti. Anche collaborare con i servizi di assistenza primaria e sanitaria e promuovere l'uso di screening

universali sulla salute mentale nelle strutture di assistenza primaria aiuterà a identificare i relativi bisogni.

Principio 10. I clinici dovrebbero conoscere quali sono gli interventi psicosociali evidence-based per i minori inseriti nel sistema di Tutela

I clinici dovrebbero seguire le linee guida professionali per la valutazione e il trattamento dei disturbi psichiatrici nei bambini e negli adolescenti sottoposti a Tutela. Ci sono state diverse recenti review sull'efficacia di vari interventi psicosociali per questi minori e per i bambini maltrattati 55,70-76. I formati delle review variano e criteri di rating diversi portano a differenze nella valutazione dei trattamenti individuali, ma tutte le review danno informazioni.

Alcune di queste revisioni includono la discussione sulla definizione di pratica basata sull'evidenza, sulla diffusione di interventi basati sull'evidenza e sul consenso degli esperti e sui vari ostacoli alla diffusione. Alcune pratiche "migliori" e "più promettenti" sono descritte di seguito, ma rappresentano solo una parte dei trattamenti empiricamente supportati per i minori coinvolti nella Tutela. Allo stesso tempo, la gamma e l'efficacia dei trattamenti deve essere migliorata.

La Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) (terapia di interazione genitore-figlio) è una terapia evidence-based per disturbi da comportamento dirompente che si concentra sul miglioramento della qualità della relazione genitore-figlio e sul cambiamento dei modelli di interazione genitore-figlio. Le due componenti principali del training sulle abilità ruotano attorno alle interazioni dirette dal bambino e alle interazioni dirette dai genitori. Viene fornito un coaching dal vivo. Il PCIT è stato originariamente sviluppato per i bambini dai 2 ai 7 anni con disturbo da comportamento dirompente. È stato adattato per i genitori fisicamente violenti e i loro bambini fino ai 12 anni e integrato con un modulo aggiuntivo sul miglioramento motivazionale. In un trial, ad un follow-up mediano di 850 giorni, le famiglie che avevano utilizzato il PCIT adattato per la Tutela avevano un tasso di recidiva di maltrattamento fisico del 19% rispetto al 49% del gruppo di controllo standard della comunità⁷⁷. In uno studio successivo sono stati utilizzati operatori di comunità formati e la progettazione dello studio ha comparato il miglioramento motivazionale rispetto al modulo usuale di orientamento dei servizi e il PCIT rispetto al comune training genitoriale. Le segnalazioni di maltrattamento da parte dei caregiver che avevano ricevuto un training combinato e sinergico di miglioramento motivazionale più PCIT sono diminuite in modo significativo⁷⁸.

Alternative for Families (Alternative per le famiglie) terapia cognitivo-comportamentale (in precedenza definita terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sull'abuso) è un trattamento evidence-based per migliorare le relazioni tra bambini e caregiver nelle famiglie coinvolte in coercizione fisica o violenta e conflitto o ostilità cronici. Il trattamento sottolinea il training sulle capacità intra e interpersonali per ridurre i fattori di rischio del bambino, dei genitori e della famiglia e le conseguenze dell'abuso fisico o del comportamento coercitivo. Questa terapia comprende due componenti: la terapia individuale cognitivo-comportamentale (CBT) per il bambino e per il genitore e la terapia familiare. Dopo aver confrontato le varie componenti separate con il treatment as usual, al follow-up di 1 anno la CBT individuale e la terapia familiare sono state associate con il miglioramento della violenza e del comportamento da esternalizzazione del bambino, del distress del genitore e del rischio di abuso e conflitto familiare e coesione. I tassi di recidiva degli abusi sono stati del 5% per la CBT individuale, 6% per la terapia familiare e 30% per il treatment as usual⁷⁹.

Trauma-focused cognitive-behavioral therapy (terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma) è un trattamento evidence-based originariamente sviluppato per i sintomi da stress post-traumatico derivanti da abuso sessuale dei bambini, che è stato applicato ai sintomi da stress post-traumatico correlati ad altri traumi. Inizialmente vengono effettuate sedute individuali con il bambino e con il genitore non maltrattante, per approdare poi a sedute congiunte. Il trattamento utilizza la psicoeducazione, le capacità di gestione del genitore, il rilassamento, le capacità di modulazione degli affetti, il coping cognitivo, la narrativa sul trauma, l'esposizione e il miglioramento della sicurezza personale. I minori trattati con CBT incentrato sul trauma hanno mostrato maggiori riduzioni nei sintomi da stress post-traumatico, da depressione, da ansia e nei sintomi comportamentali rispetto ai

minori che ricevono trattamenti diversi, mentre i caregiver hanno riferito meno sofferenza per le questioni genitoriali collegate all'abuso⁸⁰⁻⁸².

Multidimensional treatment foster care (MTFC) (trattamento multidimensionale dell'affido) è un trattamento intensivo, evidence-based, basato sulla comunità, originariamente sviluppato per i giovani coinvolti nel sistema giudiziario [penale], che è stato adattato per più popolazioni, compresi i minori in Tutela che necessitano di collocamento extra-familiare. MTFC fornisce formazione comportamentale ai genitori e supporto intensivo per i genitori affidatari, terapia familiare per la famiglia biologica, training sulle capacità e terapia di supporto per i bambini, oltre a interventi comportamentali in ambito scolastico e supporto accademico. Un adattamento del MTFC per i bambini in Tutela - Keeping Foster Parents Trained and Supported -(Formazione e supporto continuativi per i genitori affidatari) è stato valutato in uno studio controllato randomizzato da cui è risultato utile nel ridurre i problemi di comportamento del bambino, aumentare la riunificazione con le famiglie biologiche e diminuire le interruzioni degli affidi^{83,84}. Il MTFC è stato adattato per bambini in età prescolare coinvolti nel sistema di Tutela (MTFC-P), chiamato anche Early Intervention Foster Care. È stato dimostrato che l'intervento aumenta la probabilità di collocamenti stabili (90% rispetto al 64% del regolare controllo degli affidatari)⁸⁴ e modifica l'attività del cortisolo che diventa simile a quella dei minori non maltrattati⁸⁵.

La terapia multisistemica è una terapia intensiva supportata empiricamente, basata sulla comunità, originariamente sviluppata per i giovani coinvolti nel sistema giudiziario minorile [penale], che è stata adattata per più popolazioni, tra cui i minori abusati fisicamente e le loro famiglie. In un trial con follow-up di 16 mesi la terapia multisistemica per l'abuso e la trascuratezza è risultata più efficace dei servizi ambulatoriali nel ridurre i sintomi di disagio mentale dei bambini, il disagio psichiatrico dei genitori, il comportamento dei genitori associato al maltrattamento e gli allontanamenti da casa e i cambiamenti di affido. I minori abusati e trascurati trattati con la terapia multisistemica avevano meno probabilità di essere ri-abusati, ma i tassi di base erano bassi e la differenza non ha raggiunto la significatività statistica⁸⁶.

Oltre ad essere informati sull'efficacia dei trattamenti, i clinici dovrebbero essere consapevoli degli interventi potenzialmente dannosi. La AACAP Policy Statement su Coercive Interventions for Reactive Attachment Disorder (Dichiarazioni dell'AACAP sugli interventi coercitivi per il disturbo reattivo dell'attaccamento) evidenzia il pericolo, la mancanza di prove dell'efficacia, la violazione dei diritti umani fondamentali e l'aumento del numero di decessi associati alla cosiddette tecniche di "rebirthing" e all' "holding" e chiede che questi interventi non siano più utilizzati⁸⁷.

Principio 11. I medici dovrebbero avere familiarità con regolamenti e procedure per la prescrizione dei farmaci psichiatrici ai minori coinvolti nel sistema di tutela e dovrebbe seguire nelle prescrizioni le best practice e quelle basate sull'evidenza.

L'autorità per il consenso ai farmaci psichiatrici varia a seconda della da giurisdizione e dello status del minore nel processo di intervento di tutela. L'autorità che può disporre può risiedere nel minore, nei genitori biologici, nel servizio di tutela, dal tribunale o in altre parti in causa, e potrebbe esserci un ulteriore controllo da parte di un'altra agenzia statale attraverso consulenza tecnica sul trattamento mentale e sulla psicofarmacologia. I medici devono essere consapevoli delle leggi e degli standard locali prima di prescrivere farmaci. Oltre a ottenere il consenso legale appropriato, i medici dovrebbero ottenere il consenso del minore stesso, anche nel caso in cui quest'ultimo non sia formalmente autorizzato a darlo. Il medico, usando un linguaggio appropriato allo sviluppo del bambino, dovrebbe discutere il ruolo del farmaco nel trattamento dei sintomi, i potenziali effetti positivi e negativi del farmaco, compreso quale tipo di aiuto il farmaco possa dare e le opzioni di trattamento alternative. Il medico dovrebbe anche rispondere a qualsiasi domanda e preoccupazione del minore. Molti minori credono di avere scarso controllo o scarsa influenza sulle decisioni del servizio di Tutela⁸⁸⁻⁹⁰. Coinvolgendoli nella decisione di provare i farmaci si afferma che hanno un ruolo nel proprio trattamento e ciò può migliorare l'ingaggio nella prova e nel trattamento in generale.

Strumenti appositi (toolkit) rivolti ai minori possono aiutare i ragazzi più grandi nel prendere decisioni per la propria salute mentale e sugli psicofarmaci ⁹¹. I caregiver dei bambini dovrebbero essere coinvolti in modo simile, se indicato.

Le richieste per un trattamento psicofarmacologico potrebbero presentarsi come urgenti o come un'emergenza, ma prima di prescrivere i medici hanno bisogno di informazioni sufficienti per sostenere la valutazione psichiatrica e la pianificazione del trattamento. I medici dovrebbero anche stabilire se ci sono livelli adeguati di struttura, supervisione e stabilità nella attuale situazione di vita del minore per gestire i farmaci psichiatrici. Gli psicofarmaci sono solo uno degli elementi di un intervento globale e devono essere coordinati e integrati con interventi psicosociali. Le terapie evidence-based per i minori spesso richiedono la partecipazione dei caregiver in particolare nell'affrontare comportamenti dirompenti dei minori. Se il collocamento è transitorio o non è stabile i genitori affidatari o i parenti presso i quali è collocato il bambino potrebbero essere meno inclini a partecipare al training sulle abilità genitoriali. I medici possono svolgere un ruolo consistente nel sostenere l'importanza degli interventi psicosociali come trattamento di prima linea o in coordinamento con l'inizio dell'assunzione di psicofarmaci. La mancanza di efficaci trattamenti psicosociali può portare a un'enfasi inappropriata sulla prescrizione di farmaci psicotropi. I clinici si riferiscano alle linee guida dell'AACAP sull'uso di farmaci psichiatrici per bambini e adolescenti ⁹² per i principi generali di prescrizione, e dovrebbero essere a conoscenza dei segnali di rischio stabiliti dal loro Stato. La prescrizione dovrebbe basarsi sulle migliori evidenze disponibili sulla sicurezza ed efficacia e dovrebbe essere coordinata con il caregiver primario.

LIMITAZIONI

Le linee guida dell' AACAP sono sviluppate per aiutare i clinici nel processo decisionale in campo psichiatrico. Queste Linee guida non hanno lo scopo di definire un unico standard di cura, pertanto non devono essere considerati comprensivi di tutti i metodi di cura appropriati né escludono che ci siano altri metodi di cura volti a ottenere i risultati desiderati. Il giudizio definitivo sulla cura di un particolare paziente deve essere formulato dal clinico alla luce di tutte le circostanze presentate dal paziente e dalla sua famiglia, delle opzioni utilizzabili di diagnosi e di trattamento e delle risorse disponibili.

This Parameter was developed by Terry Lee, MD, George Fouras, MD, Rachel Brown, MBBS, MPhil, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI): Heather J. Walter, MD, MPH, and Oscar G. Bukstein, MD, MPH, co-chairs, and Christopher Bellonci, MD, Scott Benson, MD, Allan Chrisman, MD, John Hamilton, MD, Munya Hayek, MD, Helene Keable, MD, Carol Rockhill, MD, Ulrich Schoettle, MD, Matthew Siegel, MD, and Sandra Stock, MD. The AACAP Practice Parameters are developed by the AACAP CQI in accordance with American Medical Association policy. Parameter development is an iterative process among the primary author(s), the CQI, topic experts, and representatives from multiple constituent groups, including the AACAP membership, relevant AACAP committees, the AACAP Assembly of Regional Organizations, and the AACAP Council. Details of the Parameter development process can be accessed on the AACAP Web site. Responsibility for Parameter content and review rests with the author(s), the CQI, the CQI Consensus Group, and the AACAP Council. AACAP develops patient-oriented and clinician-oriented Practice Parameters. Patient-oriented Parameters provide recommendations to guide clinicians toward best assessment and treatment practices. Recommendations are based on the critical appraisal of empirical evidence (when available) and clinical consensus (when not) and are graded according to the strength of the empirical and clinical support. Clinician-oriented Parameters provide clinicians with the information (stated as principles) needed to develop practice-based skills. Although empirical evidence might be available to support certain principles, principles are based primarily on clinical consensus. This Parameter is a clinician-oriented Parameter. The primary intended audience for the AACAP Practice Parameters is child and adolescent psychiatrists; however, the information contained therein also might be useful for other medical and mental health clinicians. The authors acknowledge the following experts for their contributions to this Parameter: Emilie Becker, MD, Marilyn Benoit, MD, Joan Daughton, MD,

Michael Naylor, MD, Lesley Siegel, MD, Enrico Suardi, MD, Laurel K. Leslie, MD, Peter Pecora, PhD, the Child Welfare League of America, and Angela Lee, MSW, MLS. An earlier draft of the Parameter was reviewed by the following experts: Christine Davidson, PhD, Ronald Davidson, PhD, April Fields, MD, J. Matthew Orr, PhD, Guy Palmes, MD, Alvin Rosenfeld, MD, Alan Rushton, PhD, Moira Szilagyi, MD, and Jill Welte, LCSW. Jennifer Medicus served as the AACAP staff liaison for the CQI. This Practice Parameter was reviewed at the Member Forum at the AACAP Annual Meeting in October 2012. An earlier draft of the Parameter was reviewed at the Member Forum at the AACAP Annual Meeting in October 2009. From April 2014 to September 2014, this Parameter was reviewed by a consensus group convened by the CQI. Consensus group members and their constituent groups were Heather J. Walter, MD, MPH, co-chair; Oscar G. Bukstein, MD, MPH, Sandra Stock, MD, and Carol Rockhill, MD (CQI); Laurel K. Leslie, MD, and Michael Naylor, MD (topic experts); Judith A. Cohen, MD, and Jeanette M. Scheid, MD, PhD (AACAP Child Maltreatment and Violence Committee); Elise Leonard, MD (AACAP Assembly of Regional Organizations); and Aradhana "Bela" Sood, MD, and Warren Y.K. Ng, MD (AACAP Council). This Practice Parameter was approved by the AACAP Council on January 21, 2015. This Practice Parameter is available on the Internet (<http://www.aacap.org>). Disclosures: Terry Lee, MD, George Fouras, MD, and Rachel Brown, MBBS, MPhil, have no financial relationships to disclose. Oscar Bukstein, MD, MPH, co-chair, has intellectual property with Routledge Press. Heather Walter, MD, MPH, co-chair, has no financial relationships to disclose. Correspondence to the AACAP Communications Department, 3615 Wisconsin Avenue, NW, Washington, DC 20016. 0890-8567/\$36.00/2015 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2015.03.005>

BIBLIOGRAFIA

1. Child Welfare Information Gateway. Glossary. <http://www.childwelfare.gov/admin/glossary/index.cfm>. Accessed February 27, 2014.
2. Child Welfare Information Gateway. How the child welfare system works factsheet. www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/cpswork.cfm, 2011. Accessed February 27, 2014.
3. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment 2011. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2011>. Published 2012. Accessed February 27, 2014.
4. Gelles RJ, Perlman S. Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect. Chicago: Prevent Child Abuse America; 2012.
5. Trupin EW, Tarico VS, Low BP, Jemelka R, McClellan J. Children on child protective service caseloads: prevalence and nature of serious emotional disturbance. *Child Abuse Negl.* 1993;17:345-355.
6. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, et al. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43:960-970.
7. Becker M, Jordan N, Larsen R. Behavioral health service use and costs among children in foster care. *Child Welfare.* 2006;85:633-647.
8. Pecora PJ, Jensen PS, Hunter Romanelli L, Jackson LJ, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare.* 2009;88:5-26.
9. Halfon N, Berkowitz G, Klee L. Mental health service utilization by children in foster care in California. *Pediatrics.* 1992;89:1238-1244.
10. Takayama JI, Bergman AB, Connell FA. Children in foster care in the state of Washington. Health care utilization and expenditures. *JAMA.* 1994;271:1850-1855.
11. Zima BT, Bussing R, Crecelius GM, Kaufman A, Belin TR. Psychotropic medication use among children in foster care: relationship to severe psychiatric disorders. *Am J Public Health.* 1999;89:1732-1735.
12. Harman JS, Childs GE, Kelleher KJ. Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:1114-1117.
13. dosReis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL. Mental health services for youths in foster care and disabled youth. *Am J Public Health.* 2001;91:1094-1099.
14. Raghavan R, Zima BT, Andersen RM, Leibowitz AA, Schuster MA, Landsverk J. Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2005;15:97-106.
15. Zito JM, Safer DJ, Sai D, et al. Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics.* 2008;121:e157-e163.
16. Leslie LK, Mackie T, Dawson EH, et al. Multi-state Study on Psychotropic Medication Oversight in Foster Care. Boston: Tufts Clinical and Translational Science Institute; 2010.
17. Medicaid Medical Directors Learning Network and Rutgers Center for Education and Research on Mental Health Therapeutics. Antipsychotic Medication Use in Medicaid Children and Adolescents: Report and Resource Guide from a 16-State Study. New Brunswick, NJ: MMDLN/RutgersCERTS Publication; 2010. http://rci.rutgers.edu/wcseap/MMDLNAFKIDS/Antipsychotic_Use_in_Medicaid_Children_Report_and_Resource_Guide_Final.pdf. Accessed April 22, 2015.
18. US Government Accountability Office. Foster Children: HHS Guidance Could Help States Improve Oversight of Psychotropic Prescriptions. GAO-12-270T. Washington, DC: Government Accountability Office; 2011; <http://www.gao.gov/assets/590/586570.pdf>. Accessed February 27, 2014.
19. Raghavan R, Lama G, Kohl P, et al. Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreat.* 2010;15:121-131.
20. Leslie LK, Raghavan R, Hurley M, et al. Investigating geographic variation in use of psychotropic medications among youth in child welfare. *Child Abuse Neglect.* 2011;35:333-342.
21. Rubin DM, Feudtner C, Localio R, et al. State variation in psychotropic medication use by foster care children with autism spectrum disorder. *Pediatrics.* 2009;124:e305-e312.
22. Raghavan R, Gyanesh L, Kohl P, Hamilton B. Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreat.* 2010;15:121-131.
23. US Government Accountability Office. Child Welfare: Improving Social Service Program, Training, and Technical Assistance Information Would Help Address Longstanding Service-level and Workforce Challenges. GAO-07-75. Washington, DC: Government Accountability Office. <http://www.gao.gov/assets/260/252443.pdf>. 2006. Accessed February 27, 2014.
24. McMillen JC, Fedoravicius N, Rowe J, Zima BT, Ware N. A crisis of credibility: Professionals' concerns about the psychiatric care provided to clients of the child welfare system. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 2007;34:203-212.
25. Naylor MW, Davidson CV, Ortega-Piron DJ, Bass A, Gutierrez A, Hall A. Psychotropic medication management for youth in state care: Consent, oversight, and policy considerations. *Child Welfare.* 2007;86:175-192.
26. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP position statement on oversight of psychotropic medication use for children in state custody: a best principles guideline. http://www.aacap.org/galleries/PracticeInformation_FosterCare_BestPrinciples_FINAL.pdf. Accessed April 22, 2015.

27. Administration on Children, Youth and Families (US Department of Health and Human Services). The ACFARS report preliminary FY 2011 estimates as of July 2012. <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/afcarsreport19.pdf>. Accessed May 15, 2013.
28. Stroul B, Friedman R. A system of Care for Children with Serious Emotional Disturbances. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health; 1986.
29. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001;56:227-238.
30. Center for the Study of Social Policy. The protective factors framework. <http://www.cssp.org/reform/strengthening-families/the-basics/protective-factors> Accessed March 29, 2013.
31. Shaw TV, Putnam-Hornstein E, Magruder J, Needell B. Measuring racial disparity in child welfare. *Child Welfare.* 2008;87:23-36.
32. Magruder J, Shaw TV. Children ever in care: an examination of cumulative disproportionality. *Child Welfare.* 2008;87:169-188.
33. Snowden LR, Cuellar AE, Libby AM. Minority youth in foster care: managed care and access to mental health treatment. *Med Care.* 2003;41:264-274.
34. McMillen J, Scott L, Zima B, et al. Use of mental health services among older youths in foster care. *Psychiatr Serv.* 2004;55:811-817.
35. Child Welfare Information Gateway. Supporting your LGBTQ youth: a guide for foster parents. <http://www.childwelfare.gov/pubs/lgbtqyouth.pdf>. 2013. Accessed May 2, 2014.
36. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52:1101-1115.
37. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:957-974.
38. Child Welfare Trauma Training Toolkit. <http://www.nctsn.org/products/child-welfare-trauma-training-toolkit-2008>. 2008. Accessed March 29, 2013.
39. American Academy of Pediatrics. Developmental issues of young children in foster care. *Pediatrics.* 2002;106:1145-1150.
40. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Child Welfare League of America. AACAP/CWLA policy statement on use of alcohol/drugs, screening/assessment of children in foster care. http://www.aacap.org/aacap/Policy_Statements/2003/Mental_Health_and_Use_of_Alcohol_and_Other_Drugs_Screening_and_Assesment_of_Children_in_Foster_Care.aspx. Published 2003. Accessed April 22, 2015.
41. Hunter Romanelli L, Landsverk J, Levitt JM, et al. Best practices for mental health in child welfare: Screening, assessment, and treatment guidelines. *Child Welfare.* 2009;88:163-188.
42. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for child and adolescent forensic evaluations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50:1299-1312.
43. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:414-430.
44. American Academy of Pediatrics. Health care of youth aging out of foster care. *Pediatrics.* 2012;130:1170-1173.
45. Newton RR, Litrownick AJ, Landsverk JA. Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse Negl.* 2000;24:1361-1374.
46. Aarons GA, James S, Monn AR, Raghavan R, Wells RS, Leslie LK. Behavior problems and placement change in a national children welfare sample: a prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:70-80.
47. Leslie LK, Gordon JN, Lambros K, Premji K, Peoples J, Gist K. Addressing the developmental and mental health needs of young children in foster care. *Dev Behav Pediatr.* 2005;26:140-151.
48. Stahmer AC, Leslie LK, Huriburt M, et al. Developmental and behavioral needs and service use for young children in child welfare. *Pediatrics.* 2005;116:891-900.
49. Casanueva CE, Cross TP, Ringeisen H. Developmental needs and individualized family service plans among infants and toddlers in the child welfare system. *Child Maltreat.* 2008;13:245-258.
50. Scarborough AA, Lloyd EC, Barth RP. Maltreated infants and toddlers: predictors of developmental delay. *J Dev Behav Pediatr.* 2009;30:489-498.
51. Garland AF, Hough RL, McCabe KM, Yeh M, Wood PA, Aarons GA. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:409-418.
52. McMillen JC, Zima BT, Scott LD, et al. Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:88-95.
53. Pilowsky DJ, Wu L. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adolesc Health.* 2006;38:351-358.
54. White CR, Havalchak A, Jackson LJ, O'Brien K, Pecora PJ. Mental Health, Ethnicity, Sexuality and Spirituality among Youth in Foster Care: Findings from the Casey Field Office Mental Health Study. Seattle: Casey Family Programs; 2007.
55. Landsverk JA, Burns BJ, Stambaugh LF, Reutz JA. Psychosocial interventions for children and adolescents in foster care: Review of research

- literature. *Child Welfare*. 2009;8:50-69.
56. Pecora PJ, Kessler RC, Williams J, et al. *Improving Family Foster Care: Findings from the Northwest Foster Care Alumni Study*. Seattle: Casey Family Programs; 2005.
57. Pilowsky D. Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatr Serv*. 1995;46:906-910.
58. Leslie LK, Hurlburt MS, Landsverk J, Barth R, Slymen DJ. Outpatient mental health services for children in foster care: a national perspective. *Child Abuse Negl*. 2004;28:697-712.
59. Leslie LK, Gordon JN, Meneken L, Premji K, Michelmore KL, Ganger W. The physical, developmental, and mental health needs of young children in child welfare by initial placement type. *J Dev Behav Pediatr*. 2005;26:177-185.
60. Courtney ME, Piliavin I, Grogan-Kaylor A, Nesmith A. Foster youth transitions to adulthood: a longitudinal view of youth leaving care. *Child Welfare*. 2001;80:685-717.
61. Kessler RC, Pecora PJ, Williams J, et al. The effects of enhanced foster care on the long-term physical and mental health of foster care alumni. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:625-633.
62. Ahrens KR, DuBois DL, Richardson LP, Fan MY, Lozano P. Youth in foster care with adult mentors during adolescence have improved adult outcomes. *Pediatrics*. 2008;121:e246-e252.
63. Pecora PJ, Kessler RC, Williams J, et al. *What Works in Family Foster Care? Key Components of Success from the Northwest Foster Care Alumni Study*. New York: Oxford University Press; 2010.
64. Cuisick GR, Havlicek JR, Courtney ME. Risk for arrest: the role of social bonds in protecting foster youth making the transition to adulthood. *Am J Orthopsychiatry*. 2012;82:19-31.
65. Zlotnick C, Tam TW, Soman LA. Life course outcomes on mental and physical health: the impact of foster care on adulthood. *Am J Public Health*. 2012;102:534-540.
66. Horwitz SM, Hurlburt MS, Heneghan A, et al. Mental health problems in young children investigated by U.S. child welfare agencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51:572-581.
67. Hurlburt MS, Leslie LK, Landsverk J, et al. Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1217-1224.
68. American Academy of Pediatrics. *Fostering health*. <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/healthy-fostercare-america/Pages/Fostering-Health.aspx>. Published 2005. Accessed April 22, 2015.
69. Levitt JM. Identification of mental health service need among youth in child welfare. *Child Welfare*. 2009;88:27-48.
70. Chaffin M, Friedrich B. Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children Youth Serv Rev*. 2004;26:1097-1113.
71. Kauffman Best Services Project. *Closing the Quality Chasm in Child Abuse Treatment: Identifying and Disseminating Best Practices: Findings of the Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal from Child Abuse*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center; 2004.
72. Saunders BE, Berliner L, Hanson HF, eds. *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Revised report April 2004. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center; 2004.
73. Lee S, Aos S, Miller M. *Evidence-based Programs to Prevent Children from Entering and Remaining in the Child Welfare System: Benefits and Costs for Washington*. Document 08-07-3901. Olympia: Washington State Institute for Public Policy; 2008.
74. Shipman K, Taussig H. Mental health treatment of child neglect: the promise of evidence-based practice. *Pediatr Clin North Am*. 2009;56:417-428.
75. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare Website. <http://www.cebc4cw.org>. Accessed February 15, 2012.
76. National Child Traumatic Stress Network Website. <http://www.nctsn.org>. Accessed February 15, 2012.
77. Chaffin M, Wilovsky JF, Funderburk B, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychology*. 2004;72:500-510.
78. Chaffin M, Funderburk B, Bard D, Valle LA, Gurwitch R. A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *J Consult Clin Psychology*. 2011;79:84-95.
79. Kolko DJ. Individual cognitive behavioral therapy and family therapy for physically abused children and their offending parents: a comparison of clinical outcomes. *Child Maltreat*. 1996;1:322-342.
80. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: one year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl*. 2005;29:135-145.
81. Deblinger E, Manarino AP, Cohen JA, et al. A follow-up study of a multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuserelated PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:1474-1484.
82. National Child Traumatic Stress Network. *Trauma-focused cognitive behavioral therapy*. http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/promising_practices/TF-CBT_fact_sheet_3-20-07.pdf. Published 2007. Accessed February 15, 2012.
83. Chamberlain P, Price J, Leve LD, Laurent H, Landsverk JA, Reid JB. Prevention of behavior problems for children in foster care: outcomes and mediation effects. *Prev Sci*. 2008;9:17-27.

84. Fisher PA, Burraston BO, Pears K. The early intervention foster care program: permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreat*. 2005;10:61-71.
85. Fisher PA, Stoolmiller M, Gunnar MR, Burraston BO. Effects of a therapeutic intervention for foster preschoolers on diurnal cortisol activity. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32:892-905.
86. Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW, Faldowski R, Mayhew AM. Multisystemic therapy for child abuse and neglect: a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol*. 2010;24:487-507.
87. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Policy statement on coercive interventions for reactive attachment disorder. http://www.aacap.org/cs/root/policy_statements/coercive_interventions_for_reactive_attachment_disorder. Revised 2014. Accessed February 15, 2012.
88. Unrau YA, Seita JR, Putney KS. Former foster youth remember multiple placement moves: a journey of loss and hope. *Child Youth Serv Rev*. 2008;30:1256-1266.
89. Hyde J, Kammerer N. Adolescents' perspectives on placement moves and congregate settings: complex and cumulative instabilities in out-of-home care. *Child Youth Serv Rev*. 2009;31:265-273.
90. Dunn DM, Culhane SE, Taussig HN. Children's appraisals of their experiences in out-of-home care. *Child Youth Serv Rev*. 2010;32:1324-1330.
91. Children's Bureau. Making health choices: a guide on psychotropic medications for youth in foster care. Washington, DC. www/nrcyd.ou.edu/publication-db/documents/psychmedyouthguide.pdf. Published 2012. Accessed September 9, 2014.
92. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter on the use of psychotropic medication in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:961-973.