

Crescere sani al di fuori della famiglia

Dieci raccomandazioni
sull'assistenza sanitaria ai
minori che vivono in
istituti e famiglie affidatarie

Argomentario

Crescere sani al di fuori della famiglia

Dieci raccomandazioni sull'assistenza sanitaria ai minori che vivono in istituti e famiglie affidatarie

Argomentario

Sintesi

Questo argomentario integra le dieci raccomandazioni per un'assistenza sanitaria ottimale ai minori che vivono in istituti e famiglie affidatarie con specifiche informazioni di contesto ed esperienze pratiche, basandosi sulle attuali evidenze scientifiche. L'argomentario descrive il gruppo target e i relativi sistemi d'aiuto, il quadro giuridico e le conoscenze in materia di salute dei minori collocati al di fuori della famiglia. Facendo riferimento alla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, il presente documento evidenzia che ogni minore ha diritto alla migliore assistenza sanitaria possibile e formula raccomandazioni internazionali. Inoltre riporta le esperienze di professionisti della sanità nel contesto del collocamento extrafamiliare.

L'argomentario ribadisce l'importanza di un'assistenza medica continuativa per i minori collocati al di fuori della famiglia. Sottolinea la necessità di una stretta collaborazione fra tutti gli interlocutori: genitori biologici, genitori affidatari, professionisti in diversi ambiti, terapisti e autorità. Solo attraverso un continuo scambio di informazioni è possibile dare la giusta considerazione alle esigenze di salute di questi minori. Particolarmente importante è tenere conto del punto di vista dei bambini o degli adolescenti. Purché capaci di discernimento, i minori dovrebbero essere attivamente coinvolti nelle decisioni riguardanti la loro salute; qualora non lo fossero, il coinvolgimento deve avvenire con altre modalità, affinché il loro punto di vista sia comunque preso in considerazione.

Infine, le raccomandazioni e il presente argomentario si rivolgono a tutti i soggetti incaricati di garantire cure e assistenza ai minori in situazioni di affidamento – dal personale sanitario fino agli organi decisionali della politica. Entrambe le pubblicazioni chiariscono come mai sia tanto importante fornire ai minori interessati un'assistenza sanitaria continuativa, incentrata sui loro bisogni e strutturata in modo interdisciplinare. Le raccomandazioni dovrebbero non solo giovare ai minori in questione, ma anche aiutare i responsabili a comprendere e coordinare meglio il proprio ruolo nel sistema d'aiuto.

Indice

5	Introduzione
6	Informazioni di base
6	Descrizione del gruppo target
7	Quanti minori in Svizzera vivono in una situazione di collocamento extrafamiliare?
8	Condizioni giuridiche quadro del collocamento extrafamiliare
10	Sistemi d'aiuto coinvolti nell'assistenza sanitaria ai minori in affidamento
12	Lo stato di salute dei minori oggetto di collocamento extrafamiliare dal punto di vista internazionale e nazionale
14	Sondaggio fra i pediatri svizzeri sui minori collocati al di fuori della famiglia
17	Diritti dei minori sanciti dall'ONU in materia di assistenza sanitaria
18	Documenti di policy su tematiche sanitarie riguardanti specifici gruppi di minori in affidamento in Svizzera
19	Raccomandazioni e linee guida internazionali
19	Le raccomandazioni della American Academy of Pediatrics (AAP)
20	La situazione in Germania
21	Sistema di assistenza sanitaria per bambini e adolescenti in Svizzera
23	Rischi per la salute e sostegno alla salute nel collocamento extrafamiliare
23	Prima infanzia
23	Rischi per la salute e lo sviluppo
25	Misure di sostegno alla salute e allo sviluppo
25	Età scolare
25	Rischi per la salute e lo sviluppo
27	Misure di sostegno alla salute e allo sviluppo
28	Adolescenza
28	Rischi per la salute e lo sviluppo
29	Misure di sostegno alla salute e allo sviluppo
31	Sfide e ostacoli per un'assistenza sanitaria adeguata
31	Documentazione e comunicazione dei dati relativi alla salute
32	Ostacoli alle cure sanitarie causati dalla frammentazione dell'assistenza e della responsabilità fra diversi attori
34	Ostacoli alla collaborazione fra diversi sistemi d'aiuto
36	Insufficiente consapevolezza delle problematiche all'interno dei sistemi d'aiuto
37	Conoscenze specialistiche incomplete sulle questioni di salute specifiche dei minori in affidamento
38	Diritti di protezione della personalità, obbligo di segnalazione e diritti di informazione
41	Bibliografia

Introduzione

I minori che crescono in istituti o famiglie affidatarie anziché con i propri genitori hanno diritto a essere seguiti in tutto ciò che riguarda la loro salute con la stessa assiduità dei minori che vivono nelle proprie famiglie d'origine. Genitori, genitori affidatari, figure di riferimento, professionisti, curatori e autorità devono farsi carico di questa responsabilità. Questi minori necessitano di un'assistenza sanitaria completa che tenga conto degli specifici rischi cui sono esposti e che offra loro le necessarie opportunità di trattamento e di recupero. L'assistenza sanitaria prestata a questi minori deve anche tutelare il loro diritto alla partecipazione nelle questioni riguardanti la loro salute.

Il 19 settembre 2024, su incarico di pediatria svizzera e del Collegio di medicina di base, e con la partecipazione della società svizzera di psichiatria e psicoterapia infantile e adolescenziale (SSPPA) e di altre società specialistiche, organizzazioni e di esperti, sono state approvate dieci raccomandazioni per un'assistenza sanitaria completa ai minori soggetti a collocamento extrafamiliare in Svizzera. Le raccomandazioni sono state elaborate poiché vi era il forte sospetto che in Svizzera i minori interessati non ricevessero cure sufficienti e che ciò fosse causa di un'assistenza carente o inadeguata.

Le raccomandazioni si basano su modelli anglosassoni e prendono in considerazione i diritti dei minori interessati alla parità di trattamento nell'assistenza sanitaria. Descrivono anche le aspettative nei confronti dei professionisti della salute e includono proposte per la creazione di una rete interdisciplinare.

Le raccomandazioni intendono fornire ai responsabili, alle figure di riferimento e al personale curante dei minori collocati al di fuori della famiglia una guida su come garantire un'assistenza sanitaria che tuteli l'interesse, la salute e il benessere dei minori coinvolti nei processi di collocamento. Si prefiggono inoltre di definire i diritti in materia di salute dei minori interessati agli occhi degli organi decisionali politici e amministrativi.

Il presente argomentario integra le dieci raccomandazioni con informazioni tecniche di contesto ed esperienze pratiche. Basandosi sulle attuali evidenze scientifiche, prende in considerazione le condizioni quadro delle situazioni di affidamento in Svizzera nonché le specifiche esigenze di salute dei minori a seconda della loro età. Inoltre riporta le esperienze di professionisti della sanità nel contesto del collocamento extrafamiliare.

Informazioni di base

Descrizione del gruppo target

Le raccomandazioni per un'assistenza sanitaria completa e ottimale si riferiscono a tutti i bambini e adolescenti che non crescono con i propri genitori biologici, bensì al di fuori delle proprie famiglie d'origine¹. In questo gruppo rientrano bambini e adolescenti di tutte le età che vivono in famiglie affidatarie e istituti con diverse forme organizzative o che sono affidati a parenti.

Le possibili forme di collocamento e affidamento sono molto diverse fra loro. Alcuni minori con disabilità gravi sono affidati a istituti di pedagogia curativa; altri che presentano disturbi comportamentali ed esigenze didattiche speciali frequentano case-scuola, mentre altri vivono in istituti o famiglie affidatarie private o professionali a causa di situazioni familiari difficili o rischiose. Può trattarsi anche di neonati che, dopo essere stati ricoverati per sindrome di astinenza neonatale, sono collocati presso madri affidatarie in via emergenziale o temporanea, o vivono con la propria madre in case di accoglienza per madre e figlio. Necessitano di particolare protezione e sostegno sanitario anche gli adolescenti che vivono al di fuori della famiglia – compresi i richiedenti asilo minorenni non accompagnati o gli adolescenti collocati presso istituti per l'esecuzione delle misure – e i minori oggetto di procedure di adozione ancora in corso che, nel contesto di adozioni internazionali, hanno vissuto situazioni particolarmente gravose. Infine sono inclusi nelle raccomandazioni anche i neonati oggetto di adozione interna, che di norma rimangono presso una famiglia affidataria temporanea fino all'approvazione definitiva dell'adozione e che, a seconda della durata di tale permanenza, sono sottoposti a un forte stress per il precoce cambiamento delle figure di riferimento e dell'ambiente di vita.

Poiché anche i cosiddetti care leaver (adolescenti oggetto di collocamento extrafamiliare che hanno compiuto 18 anni e si trovano nella fase di transizione alla vita indipendente) in genere non ricevono il consueto sostegno familiare, le presenti raccomandazioni riguardano anche loro e il personale medico che li assiste.

Quanti minori in Svizzera vivono in una situazione di collocamento extrafamiliare?

In Svizzera non sono disponibili dati attendibili sul numero, sul tipo e sul decorso dei collocamenti e degli affidamenti extrafamiliari di soggetti minorenni. Per questo le raccomandazioni congiunte della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali (CDOS) e della Conferenza per la protezione dei minori e degli adulti (COPMA) rilevano quanto segue: «Nel 2015 il Comitato ONU per i diritti dell'infanzia ha pertanto raccomandato alla Svizzera di introdurre statistiche nazionali. Questa richiesta è stata accolta dal Consiglio federale nel 2018 nel rapporto sulle misure per colmare le lacune nell'attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia. Finché non sarà ultimata la realizzazione della Piattaforma per i collocamenti in istituti educativi e per l'affidamento familiare gestita dalla Confederazione (Casadata25), è necessario ricorrere a dati e stime settoriali (cfr. Nazioni Unite, Convenzione sui diritti del fanciullo).» (CDOS & COPMA, 2020, 15)

Secondo i dati dell'Organizzazione minori in affidamento e adozione (PACH), nel 2017 fra 18.000 e 19.000 minori vivevano presso famiglie affidatarie o istituti per l'infanzia e l'adolescenza (Seiterle, 2018), ossia circa l'1% della popolazione residente in Svizzera d'età compresa fra 0 e 18 anni. Queste cifre si basano su una stima effettuata su dati svizzeri incompleti relativi agli anni fra il 2015 e il 2017. In totale, al momento di raccolta dei dati circa un quarto dei minori interessati viveva in famiglie affidatarie con diversi gradi organizzativi. Queste famiglie private o professionali sono a volte – soprattutto nella Svizzera tedesca – organizzate in associazioni di categoria (fornitori di servizi di affidamento familiare, DAF) da cui vengono seguite negli aspetti specialistici. I restanti tre quarti dei minori vivevano in strutture stazionarie, da case di accoglienza per la prima infanzia a istituti di pedagogia curativa o speciale fino a istituti per l'esecuzione delle misure.

La COPMA pubblica ogni anno cifre nazionali sulle misure di protezione dei minori disposte in sede di diritto civile, che tuttavia non registrano il numero di collocamenti extrafamiliari volontari avvenuti senza il coinvolgimento di un'autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA) – ad esempio in caso di collocamento presso una casa-scuola. Benché le cifre della COPMA non rilevino né il numero totale né la tipologia esatta o la durata dei collocamenti, danno comunque un'idea dell'entità delle misure a tutela dei minori che si rendono necessarie quando l'integrità psicosociale o fisica del minore è a rischio o i genitori non sono in grado di garantirla. In base a tale principio, nel 2021 il diritto di determinare il luogo di dimora dei genitori (art. 310 CC) è stato revocato in 4.644 casi e l'autorità parentale (art. 311/12 CC) è stata revocata in

¹ Oggi viene prevalentemente utilizzato il termine «minori collocati al di fuori della famiglia» (secondo le raccomandazioni della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali (CDOS) e della Conferenza per la protezione dei minori e degli adulti (COPMA), 2020). Spesso si parla anche di «minori in affidamento». Si tratta di bambini e adolescenti collocati al di fuori della propria famiglia d'origine presso famiglie affidatarie, istituti, case d'accoglienza, case-scuola, strutture per disabili, istituti per l'esecuzione delle misure nei confronti di adolescenti o anche presso parenti. Fra costoro rientrano i richiedenti asilo minorenni non accompagnati, i minori oggetto di un procedimento d'adozione e i care leaver.

332 casi. L'importanza di un'assistenza sanitaria completa nei casi di protezione dei minori è ribadita dal fatto che nel 2021 in 333 casi è stata richiesta una curatela per l'attuazione di misure mediche.

I Cantoni di Berna e di Zurigo raccolgono sistematicamente i dati relativi ai collocamenti attraverso gli uffici per la gioventù cantonali incaricati di concedere l'autorizzazione a istituti e famiglie affidatarie e di esercitare la vigilanza. Negli altri Cantoni svizzeri sia la vigilanza che la registrazione dei collocamenti extrafamiliari sono regolamentate in modo alquanto eterogeneo. Per questo esistono ben pochi dati comparabili sul numero o sull'età dei minori collocati al di fuori della famiglia, così come sul setting di collocamento dal suo inizio al suo termine. Questi dati sarebbero invece necessari per analizzare le condizioni di salute e anche i successivi sviluppi come, ad esempio, la formazione scolastica (Oezdirek et al., 2021).

Condizioni giuridiche quadro del collocamento extrafamiliare

In Svizzera il collocamento extrafamiliare di un bambino o adolescente presso istituti o famiglie affidatarie avviene o volontariamente, per desiderio o con il consenso dei genitori titolari di autorità parentale, o con un provvedimento di protezione dei minori sancito dal diritto civile, con il quale viene revocata la custodia ai genitori. In quest'ultimo caso sono coinvolte anche le autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA) o i tribunali locali. Un collocamento in istituto può essere imposto anche nell'ambito dell'esecuzione delle pene e delle misure nei confronti di adolescenti o predisposto come misura educativa.

Che si tratti di collocamento volontario o imposto, l'Ordinanza sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione (OAMin) disciplina l'inserimento dei minori nel contesto extrafamiliare. Ai sensi della OAMin le famiglie affidatarie o gli istituti necessitano di un'autorizzazione cantonale. L'ordinanza stabilisce anche a chi spetti il compito di vigilare su istituti e famiglie affidatarie. In particolare, la OAMin distingue fra accoglimento in famiglia (art. 4–11 OAMin), a giornata (art. 12 OAMin) e in istituto (art. 13–20 OAMin). La OAMin indica anche le condizioni che le famiglie o gli istituti devono soddisfare e come queste vengano verificate. Nella OAMin gli aspetti legati alla salute sono menzionati riguardo agli istituti all'art. 15C – disponendo che negli istituti siano assicurati un nutrimento sano e variato e la sorveglianza medica, che venga tutelato il bene del minore e che questi venga coinvolto nelle misure in proporzione alla sua età.

I risultati del progetto di ricerca «Minori in affidamento Next Generation» evidenzia, fra l'altro, la grande difformità nel sovvenzionamento e nell'accompagnamento specialistico dei genitori affidatari e nella loro supervisione, poiché le disposizioni della OAMin vengono interpretate e sovvenzionate in modo

molto diverso a seconda del Cantone (Schnurr et al., in Netz Spezial, 2024). Per questo, già nel marzo 2023 è stato depositato il postulato 22.4407 «Un quadro d'azione moderno per la custodia di bambini complementare alla famiglia» per chiedere al Consiglio federale di commissionare una revisione dell'attuale Ordinanza sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione. In futuro la OAMin dovrebbe incentrarsi maggiormente sui diritti dei minori e in particolare sui loro diritti di partecipazione, delineare procedure di collocamento extrafamiliare al passo con i tempi ed eliminare le difformità giuridiche fra i Cantoni.

Per ora le organizzazioni del sistema svizzero di affidamento – come l'associazione di categoria dei fornitori di servizi per bambini e adolescenti (YOU-VITA, www.youvita.ch), INTEGRAS o l'Organizzazione minori in affidamento e adozione PACH (<https://pa-ch.ch>) – offrono in parte consulenze per bambini e adolescenti in famiglie affidatarie e adottive, e in parte consulenza e formazione continua per genitori adottivi e affidatari e per i professionisti, effettuando anche perizie sul campo a scopi di assicurazione della qualità.

A causa della disomogenea amministrazione dei rapporti di collocamento da parte dei Cantoni, la COPMA e la CDOS, insieme a organizzazioni specialistiche come l'Associazione professionale per l'educazione sociale e la pedagogia speciale (INTEGRAS) hanno elaborato raccomandazioni e piani d'azione che definiscono i contenuti di base dei processi di affidamento secondo il principio della best practice e offrono un quadro di orientamento e informazioni sugli strumenti a sostegno della procedura (COPMA & CDOS, 2020; INTEGRAS, 2013). Queste raccomandazioni rimandano alla necessità di emettere un'indicazione per il collocamento extrafamiliare – ad esempio supportata da strumenti diagnostici sociopedagogici – nonché all'allineamento fra gli obiettivi fissati e il setting di affidamento – ad esempio in un istituto o una famiglia affidataria – e al rispetto dei diritti di partecipazione di tutti gli interessati. Inoltre raccomandano che il processo di collocamento sia accompagnato e valutato. L'obiettivo del collocamento extrafamiliare – si sostiene nelle raccomandazioni – è favorire lo sviluppo ottimale del minore. A tale scopo le raccomandazioni fanno riferimento al concetto diffuso, per quanto vago, di bene del minore, che viene parafrasato come «sano sviluppo del minore» (CDOS e COPMA, 2020) e che nell'attuale letteratura specializzata viene anche definito come «sviluppo positivo della personalità del minore» (Gabriel & Aebischer, 2013).

Sistemi d'aiuto coinvolti nell'assistenza sanitaria ai minori in affidamento

Nell'assistenza sanitaria ai minori che vivono in una situazione di affidamento extrafamiliare sono coinvolti vari sistemi d'aiuto (figura). Nella fattispecie, questi possono essere rappresentati dai genitori biologici che sono partecipi dello sviluppo e della salute del minore sin dalla gravidanza, ma anche da genitori affidatari o educatori sociali che seguono il minore e il suo sviluppo e conoscono le sue esigenze. Nella rete d'aiuto rientrano anche medici di diverse specializzazioni, in particolare pediatri e medici di famiglia, e, a seconda delle esigenze di salute e di sviluppo del minore, anche esperti di pedagogia curativa, logopedisti, fisioterapisti, professionisti della prima infanzia, della scuola e della formazione professionale, esperti in pedagogia speciale e educatori sociali, nonché psicoterapeuti con orientamento psicologico e psichiatrico. Diversamente dai minori che crescono nelle proprie famiglie d'origine, la salute dei minori in affidamento è seguita in via integrativa anche da persone di fiducia ed eventualmente da curatori o tutori legali. Se i genitori non sono nelle condizioni di prendersi cura dei problemi di salute del proprio figlio o dei propri figli, il trattamento può essere disposto dalle autorità competenti (APMA, tribunali, autorità di vigilanza). Nella pratica, il gran numero di attori coinvolti può già di per sé creare situazioni complicate e talvolta ostacoli a un'assistenza sanitaria continuativa. La figura mostra come può essere articolata la rete di aiuto e delle figure di riferimento per i minori che crescono al di fuori della famiglia e con cui i professionisti della salute si trovano a interagire nella pratica quotidiana.

Nella maggior parte dei casi l'autorità parentale rimane valida e con essa il diritto di determinazione delle cure mediche da parte dei genitori della famiglia d'origine. Pertanto, di norma è necessario il loro consenso in tutte le questioni legate all'assistenza sanitaria – fatti salvi i trattamenti d'emergenza che sono di competenza dei genitori affidatari o dell'istituto di accoglienza. In casi rari ai genitori viene revocato il diritto di determinazione nelle questioni mediche, che viene quindi attribuito a un curatore o tutore.

Negli istituti, all'ingresso del minore si richiede in genere l'esenzione dall'obbligo di segretezza e il consenso alle visite mediche e ai trattamenti d'emergenza. Nelle famiglie affidatarie la procedura può variare a seconda dell'organizzazione, associazione di categoria o degli accordi individuali. Esistono però famiglie affidatarie che non appartengono ad alcuna organizzazione e ciò solleva la questione di come, in questi casi, sia possibile garantire l'assistenza sanitaria ai minori. Nella futura revisione dell'Ordinanza sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione (OAMin) è previsto che l'assistenza sanitaria e i relativi controlli diventino una componente fissa dell'attività di vigilanza sulle singole situazioni di affidamento.

Figura
Complessità della rete di assistenza dei minori di tutte le età che crescono in un contesto extrafamiliare



Lo stato di salute dei minori oggetto di collocamento extrafamiliare dal punto di vista internazionale e nazionale

Numerosi studi condotti in diversi Paesi esaminano la situazione sanitaria di bambini e adolescenti che crescono in istituti o famiglie affidatarie (cfr. ad es. Keefe et al., 2022; McLeigh et al., 2021; Mackes et al., 2020; van IJzendoorn et al., 2020; Sonuga-Barke et al., 2017; Vasileva, 2016; Hillen & Gafson, 2014; Pears & Fisher, 2005; Clyman et al., 2002; Smyke, 2002). I risultati delle ricerche sono chiari: rispetto a bambini e adolescenti che crescono nelle proprie famiglie d'origine, i minori interessati presentano uno stato di salute fisica e psichica significativamente peggiore. Gli adulti che nelle prime fasi di vita sono cresciuti in condizioni difficili soffrono molto più spesso di obesità, malattie cardiovascolari, disturbi psichici o disagi sociali (Felitti, 2019; Egle et al., 2016; Fegert et al., 2021). Oggi siamo anche in grado di comprendere meglio i meccanismi neurobiologici che spiegano gli effetti a lungo termine delle avversità vissute nell'infanzia: si ritiene, ad esempio, che l'incuria sia particolarmente associata a deficit dello sviluppo cognitivo, linguistico e motorio, e che abusi e minacce influiscano soprattutto sull'elaborazione delle emozioni e sul controllo cognitivo (McLaughlin et al., 2014; Kavanaugh et al., 2017; Ellis et al., 2021).

In Svizzera però scarseggiano i dati sullo stato di salute di bambini e adolescenti collocati al di fuori della famiglia. Benché lo studio pubblicato nel 2020 dall'Osservatorio svizzero della salute (studio OBSAN) abbia analizzato la salute di bambini, adolescenti e giovani adulti nel nostro Paese e osservato gli effetti della famiglia, dell'ambiente e dei comportamenti riguardanti la salute, nonché le malattie acute e croniche, esso non fornisce dati sulla salute fisica e sullo sviluppo dei minori cresciuti al di fuori della famiglia. Nel rapporto OBSAN si fa solo riferimento a uno studio che ha individuato una netta prevalenza di anomalie psichiche e comportamentali fra gli adolescenti soggetti a collocamento extrafamiliare. Tali anomalie sono state poste in relazione con le condizioni disagiate delle famiglie d'origine causate da povertà, dipendenze o problemi psichici dei genitori e situazioni di violenza (Averdijk et al., 2018).

Alcuni studi svizzeri documentano l'elevato stress psichico cui sono sottoposti gli adolescenti che vivono in istituto o presso famiglie affidatarie. In particolare, il gruppo di ricercatori di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza della clinica universitaria di Basilea (UPKKJ) ha studiato, in collaborazione con la Clinica universitaria di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di Ulm, il maggior rischio di malattie psichiatriche, ADHD e trauma negli adolescenti collocati in istituto e le relative lacune diagnostiche e terapeutiche (Schmid et al., 2013; Schmid, 2016; Schmid, 2011). In uno studio longitudinale sul decorso della salute di adolescenti collocati in istituti per l'esecuzione delle misure o in altre strutture, il gruppo di ricerca ha analizzato le relazioni fra patologie corre-

late a traumi negli adolescenti soggetti a collocamento extrafamiliare e le alterazioni del sistema immunitario (Bürgin et al., 2022), sviluppando il metodo standardizzato di diagnostica iniziale e di follow-up EQUALS (Schröder et al., 2013).

Anche in uno studio longitudinale non ancora concluso sui procedimenti di adozione nel Cantone di Zurigo (Gabriel & Keller, 2020) i risultati preliminari indicano in molti casi un miglioramento del forte disagio psichico iniziale nei minori adottati, ma anche alcuni vistosi peggioramenti.

Sono disponibili anche i risultati a lungo termine di uno studio seminale sulla salute di neonati collocati al di fuori della famiglia, condotto fra il 1958 e il 1961 a Zurigo dalla Dr. Marie Meierhofer (Meierhofer & Keller, 1966). Ne è emerso che i bambini collocati in una casa di accoglienza per neonati manifestavano deficit dello sviluppo cognitivo, linguistico ed emotivo rispetto ai coetanei cresciuti in famiglia sin dalla nascita e oggetto dello studio longitudinale zurighese (ZLS: Zürcher Longitudinalstudien) (Sand et al., 2023). Nel Programma nazionale di ricerca 76 «Assistenza e coercizione», persone poco meno che settantenni nate fra il 1953 e il 1959 e collocate in case di accoglienza per neonati sono state ricontattate e intervistate sul loro percorso di vita (Lannen et al., 2021). I risultati di questo studio di coorte non selettivo indicano che chi era stato collocato in istituto da neonato presentava una maggiore mortalità rispetto al gruppo dello studio ZLS nella fascia d'età fra 15 e 30 anni. Inoltre, nel corso della vita di queste persone si evidenziavano una salute fisica e psichica peggiore, una minore soddisfazione riguardo alla propria vita, molteplici relazioni di coppia problematiche e deficit a livello di capacità cognitive e di autoregolazione emotiva. Gli intervistati che avevano avuto contatti con le proprie famiglie durante il collocamento nella casa di accoglienza per neonati manifestavano nell'età adulta problemi meno marcati a livello di sviluppo, salute e benessere (Lannen et al., 2024; Sand et al., 2024). A conclusioni simili riguardo all'elevato disagio psicosociale vissuto nell'età adulta dopo l'internamento in istituto è giunto anche uno studio qualitativo dell'Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW) su adulti collocati in istituti del Cantone di Zurigo fra il 1950 e il 1990 (Gabriel et al., 2021).

Uno studio clinico non rappresentativo su 16 bambini in età prescolare fra i tre e i cinque anni (Mögel, 2018), la metà dei quali viveva in istituti o famiglie affidatarie, ha evidenziato risultati comparabili a quelli dello studio della Dr. Marie Meierhofer e alle evidenze delle attuali ricerche internazionali su questa fascia d'età (Dozier et al., 2013). Il gruppo di bambini soggetti a collocamento veniva valutato dalle persone che li accudivano come meno disagiato dal punto di vista psichico e socio-emotivo rispetto a bambini dell'asilo cresciuti in famiglia (Heflinger, 2000; Smyke, 2002; Hillen, 2012). Il disagio risultava meno marcato se quei bambini così piccoli avevano vissuto in famiglie affidatarie o se vi erano stati regolari contatti plurisettimanali con una persona di fiducia a loro familiare.

Benché il sostegno allo sviluppo sia riconosciuto come componente essenziale di un collocamento (Gabriel, 2022), sono ancora pochi i dati sull'utilizzo e sul decorso di misure volte a sostenere lo sviluppo dei minori collocati al di fuori della famiglia – fra cui il sostegno pedagogico precoce, la logopedia e la pedagogia speciale. In particolar modo le scuole universitarie professionali svizzere stanno concentrando le proprie ricerche sul miglioramento della situazione di bambini e adolescenti sottoposti a collocamento extrafamiliare e dei care leaver. A tale riguardo, i risultati del progetto di ricerca «Minori in affidamento Next Generation» mostrano che gli adolescenti interessati, nonostante il loro diritto a una migliore partecipazione sia ampiamente accettato, spesso non si sentono ascoltati. Al contempo, sembra che spesso le figure di riferimento dei minori non siano in grado di inquadrare e affrontare adeguatamente i comportamenti problematici dovuti ai disagi vissuti (Kilde et al., 2024). Infine scarseggiano anche le possibilità per i genitori della famiglia d'origine di ricevere consulenza su come favorire il benessere dei loro figli durante tutto il processo di collocamento (Aeby et al., 2024).

In sintesi si può dire che attualmente in Svizzera sono disponibili prevalentemente dati sullo stato di salute psichica degli adolescenti e studi di lungo termine relativi al collocamento extrafamiliare. Per contro vi è una grande carenza di dati sulla salute fisica e psichica di minori più giovani, così come sul fabbisogno e sul decorso di misure di sostegno allo sviluppo dei minori che crescono in famiglie affidatarie o istituti (Werner & Stohler, 2024).

Sondaggio fra i pediatri svizzeri sui minori collocati al di fuori della famiglia

La carenza di dati in Svizzera solleva la questione di come gli interlocutori medici percepiscano l'assistenza sanitaria ai minori collocati al di fuori della famiglia. Per questo nel novembre 2021 la società svizzera di medicittna dell'infanzia e dell'adolescenza «pediatria svizzera» ha condotto un sondaggio online in tedesco, francese e italiano (Mögel & Jenni, 2023).

Al sondaggio hanno partecipato 187 pediatri (9,5%) fra i 1.964 membri di pediatria svizzera in attività. 122 (82%) esercitavano presso uno studio, 34 (22%) lavoravano a tempo pieno o parziale in istituti o ospedali. 24, quindi il 21%, prestavano assistenza medica in un istituto per bambini o per adolescenti. 120 partecipanti hanno inoltre colto l'opportunità di integrare le risposte con commenti.

Le condizioni fisiche dei minori trattati nell'ultimo anno dai pediatri venivano valutate per lo più come molto buone o piuttosto buone (65%). Le condizioni psichiche dei minori erano percepite come piuttosto disagiate da un terzo dei pediatri (34%). Solo in due casi venivano giudicate molte buone. Nei singoli commenti i pediatri facevano riferimento a un forte disagio nei neonati e bam-

bini piccoli collocati al di fuori della famiglia a causa di disturbi della regolazione e infezioni frequenti. Ciò si verificava soprattutto nei neonati trattati per sindrome di astinenza neonatale e il cui successivo accudimento da parte dei genitori affidatari era stato molto impegnativo.

Via via che i bambini crescevano, le loro condizioni psichiche venivano valutate come fortemente disagiate. Per quanto riguarda gli adolescenti, nel sondaggio venivano fatti numerosi riferimenti al decorso problematico del loro sviluppo e occasionalmente all'assunzione incontrollata di medicinali e alla carenza di assistenza da parte dei medici di famiglia.

64 intervistati (57%) dichiaravano di aver diagnosticato ritardi dello sviluppo nei minori interessati. Un terzo dei partecipanti al sondaggio constatava soprattutto deficit dello sviluppo linguistico e cognitivo. La metà dei pediatri riferiva di problemi dei minori nei rapporti sociali. La maggior parte degli intervistati (71%) affermava di aver incontrato i bambini e adolescenti interessati principalmente durante visite di prevenzione, mentre circa un terzo (29%) dei consulti era avvenuto solo in situazioni di emergenza. Le misure di sostegno prescritte (quali, ad esempio, fisioterapia, ergoterapia, educazione pedagogica-curativa precoce o logopedia) in circa un terzo dei casi venivano interrotte o non venivano nemmeno messe in atto.

La continuità e l'affidabilità sia per quanto riguarda le cure acute sia nelle visite di prevenzione venivano giudicate non omogenee dal 48% degli intervistati, e quasi il 10% le definiva insufficienti a garantire un'assistenza sanitaria adeguata.

La carenza di informazioni sulla storia clinica e sui precedenti trattamenti dei minori, compresa l'anamnesi familiare, veniva indicata come un grande ostacolo alle cure. La collaborazione individuale con genitori, genitori affidatari, istituti, curatori e autorità veniva considerata prevalentemente buona dal 71% degli intervistati, eterogenea dal 27% e prevalentemente insoddisfacente dal 2%.

Alcuni intervistati riferivano della notevole quantità di tempo dedicato e delle difficoltà incontrate per procurarsi il consenso di genitori gravemente malati o difficilmente raggiungibili. I pediatri criticavano in particolar modo il fatto che i genitori conservano il diritto di decidere nelle questioni mediche anche se sottoposti a curatela o se possono esercitare il diritto di visita solo con restrizioni o sotto supervisione. In singoli casi ciò veniva ritenuto inconcepibile e addirittura nocivo per il bene del minore, soprattutto riguardo a vaccinazioni, trattamenti con metilfenidato (Ritalin) per ADHD o la necessità di interventi di psicoterapia.

Commenti tratti dal sondaggio fra i pediatri svizzeri

Interruzione del trattamento

Finché i minori si trovano in una situazione regolamentata, l'assistenza è prevalentemente buona. Creano difficoltà i mutamenti improvvisi nella situazione assistenziale, che in genere causano l'interruzione dell'accompagnamento da parte del medico. Spesso non veniamo informati dell'ulteriore decorso o di chi subentra nel fornire assistenza (trasferimento della cartella). Ciò capita soprattutto quando il passaggio avviene da un Cantone all'altro.

Visite di prevenzione in età scolare

Poiché in età scolastica non si tengono molte visite di prevenzione, i contatti con i medici sono sporadici. Per i minori collocati al di fuori della famiglia di solito ricordiamo gli appuntamenti, le visite di prevenzione o le vaccinazioni imminenti, e a volte gli appuntamenti fissati vengono dimenticati, presumo per una svista degli educatori.

Gli adolescenti come pazienti

Gli adolescenti hanno parecchie esigenze in materia di salute (ad esempio, riguardo a contraccezione, disturbi alimentari, rapporto con alcol, tabacco e droghe ecc.). Il loro desiderio di autonomia e di aiuto può, in situazioni assistenziali complicate, causare un'assunzione eccessiva o nociva di medicinali, come dimostra il seguente esempio tratto dal questionario.

«Ad esempio, durante un consulto specialistico ho visitato un'adolescente che mi era già nota in seguito ad un'emergenza per tentato suicidio. Al momento vive presso una famiglia affidataria, in un altro Comune rispetto alla madre. Per questo il suo attuale medico di famiglia è cambiato rispetto a un paio di mesi fa. Nessuno dei due medici ne è stato informato. L'adolescente dichiara di assumere 6 medicine diverse al giorno. Solo per una di esse risulta chiaro che sia stata prescritta dalla ginecologa. (Ho parlato per telefono con i 2 medici di famiglia, con la ginecologa e con il personale psichiatrico). Tutti gli altri medicinali erano di provenienza ignota e non prescritti (nessuno psicofarmaco).»

I risultati del sondaggio sopra riportati non sono rappresentativi per via delle valutazioni soggettive e del basso tasso di risposta. Inoltre non sono state prese in considerazione tematiche sanitarie importanti come la salute dentale, lo stato vaccinale e la frequenza delle infezioni. Tuttavia le valutazioni che parlano di frequenti ritardi dello sviluppo linguistico e sociale e gli ostacoli segnalati rispetto a un'assistenza sanitaria completa e continuativa corrispondono ai risultati degli studi internazionali (Vasileva & Petermann, 2018; Keefe et al., 2022; Espleta et al., 2023).

Diritti dei minori sanciti dall'ONU in materia di assistenza sanitaria

Le raccomandazioni internazionali e svizzere sull'assistenza sanitaria ai minori collocati al di fuori della famiglia fanno riferimento all'articolo 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, in cui si riconosce «il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione.» La Svizzera ha ratificato la convenzione nel 1997.

Gli articoli riportati di seguito sono particolarmente rilevanti nel sancire i diritti dei minori in affidamento a ricevere un'assistenza sanitaria completa, che comprenda anche il benessere psichico e la prevenzione delle malattie secondarie:

- Articolo sulla parità di trattamento (art. 2 CDI ONU): «Nessun minore deve essere discriminato, a prescindere da ogni considerazione di sesso, provenienza, lingua, religione o colore della pelle.» Nessun minore deve essere discriminato nel ricevere assistenza a causa del suo collocamento al di fuori della famiglia.
- Diritto alla salvaguardia del bene del minore (art. 3, CDI ONU): «In tutte le decisioni relative ai minori, il bene del minore deve essere una considerazione preminente. Questo vale sia in famiglia, che nell'operato dello Stato.» Durante il processo di collocamento, i minori interessati sono ripetutamente oggetto di decisioni di grande impatto da parte delle autorità e dei genitori titolari dell'autorità parentale, e tali decisioni si ripercuotono sul loro stato psicologico e sulla loro salute.
- Diritto alla vita e allo sviluppo (art. 6 CDI ONU): «Il minore deve essere sostenuto nel proprio sviluppo e avere accesso alle cure sanitarie e all'istruzione. Deve essere protetto dagli abusi e dallo sfruttamento.» Nei processi di collocamento il benessere, il sostegno allo sviluppo e l'accesso all'assistenza sanitaria possono essere negativamente influenzati dai disagi precedentemente vissuti e dal cambiamento delle figure di riferimento e del luogo in cui vive il minore.
- Diritto all'ascolto e alla partecipazione (art. 12, CDI ONU): «Il minore deve poter esprimere la propria opinione su ogni questione o procedura che lo riguarda. La sua opinione deve essere presa in considerazione al momento delle decisioni. Ciò include anche la necessità di informare il minore in modo adeguato alla sua età.» Questo vale particolarmente per i minori che, vivendo presso una casa di accoglienza o in un istituto o presso una famiglia affidataria, non nutrono (ancora) o non nutrono più sufficiente fiducia nelle loro figure di riferimento e necessitano di appositi canali di ascolto e partecipazione.

Documenti di policy su tematiche sanitarie riguardanti specifici gruppi di minori in affidamento in Svizzera

In Svizzera la COPMA si occupa del collocamento extrafamiliare dei minori in collaborazione con la CDOS. Nel 2020 queste due commissioni hanno pubblicato delle raccomandazioni per salvaguardare i diritti dei minori in situazioni di collocamento extrafamiliare (CDOS e COPMA, 2020). Tali raccomandazioni si fondano anche sui sopra riportati diritti dei minori sanciti in sede internazionale e riguardanti un'assistenza sanitaria ottimale (Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, 2023) e sulla OAMin. Con queste raccomandazioni si è gettata un'importante base per una migliore integrazione dell'assistenza sanitaria nella pianificazione e nell'accompagnamento dei processi di collocamento. Riguardo alla salute, allo sviluppo e allo stato d'animo dei minori collocati al di fuori della famiglia, le raccomandazioni stabiliscono che i concetti generici di «bene del minore» e di «interesse superiore del minore» racchiudono molteplici prospettive, ma si accompagnano sempre alla domanda: «di cosa ha bisogno un minore per poter crescere in modo sano e ciò è consentito dalle circostanze concrete?» (COPMA & CDOS, 2020).

CDOS e COPMA raccomandano ai Cantoni, nella prima fase del collocamento extrafamiliare, di determinare il bisogno di assistenza del minore per mezzo di una «accurata descrizione e valutazione delle condizioni di vita e di porlo in relazione con le opzioni di sostegno disponibili.» Fanno anche riferimento a strumenti di accertamento sociopedagogico come quelli messi a punto dalla scuola universitaria professionale di Berna e di Lucerna (COPMA & CDOS, 2020). Inoltre identificano come obiettivo della fase di sostegno al collocamento extrafamiliare che i minori «siano in grado di affrontare compiti evolutivi commisurati all'età e di elaborare la loro situazione di minore in affidamento – sia che siano collocati presso famiglie affidatarie che presso un istituto (COPMA & CDOS, 2020). Non viene approfondito da chi e con quali strumenti questo obiettivo debba essere rilevato e verificato.

In riferimento alle situazioni di disagio che portano a un collocamento extrafamiliare, le raccomandazioni di CDOS e COPMA individuano un bisogno di consulenza «oltre la maggiore età», di un eventuale sostegno finanziario in seguito all'uscita dall'affidamento e di una flessibilità delle offerte «per soddisfare le esigenze dei minori, quando possibile e necessario in collaborazione fra i Cantoni» (COPMA & CDOS, 2020).

In Svizzera gli specifici aspetti dell'assistenza sanitaria ai minori collocati al di fuori della famiglia sono oggetto anche di altri documenti di policy e fogli informativi: nel 2021 l'Associazione professionale per l'educazione sociale e la pedagogia speciale (INTEGRAS) e la Società svizzera di psichiatria e psicoterapia infantile e adolescenziale (SSPPA) hanno formulato otto raccomandazioni

congiunte sulla prassi e collaborazione interdisciplinare nell'assistenza psichiatrica e di educazione sociale a bambini e adolescenti collocati presso istituti o famiglie affidatarie (INTEGRAS e SSPPA, 2021)³.

Raccomandazioni e linee guida internazionali

Nel contesto internazionale esistono poche linee guida sull'assistenza sanitaria ai minori collocati al di fuori della famiglia. Solo in Gran Bretagna, negli Stati Uniti e in Australia sono state pubblicate linee guida e raccomandazioni esaustive per garantire assistenza sanitaria e prevenzione complete ai minori in affidamento. Ad esempio, i ministeri della salute e dell'istruzione della Gran Bretagna hanno redatto linee guida vincolanti sull'assistenza sanitaria ai minori in affidamento fondate su basi giuridiche (Department of Education & Department of Health, 2015). Negli Stati Uniti le raccomandazioni sull'assistenza sanitaria ai minori collocati al di fuori della famiglia sono state elaborate dall'associazione nazionale di pediatria (American Academy of Pediatrics, Council on Foster Care, Adoption and Kinship Care, 2015). Queste raccomandazioni sono illustrate in dettaglio nella sezione seguente poiché, proprio come le presenti raccomandazioni, sono state emesse da una società di medicina specialistica.

Le raccomandazioni della American Academy of Pediatrics (AAP)

La AAP raccomanda – in conformità con il sistema sanitario non obbligatorio degli Stati Uniti – una visita pediatrica completa entro 72 ore dalla presa in custodia, compreso uno screening dello sviluppo e del benessere. Nei primi tre mesi successivi al collocamento devono seguire altri controlli. Lo stato di salute così rilevato deve contribuire alla formulazione degli obiettivi del collocamento e i pediatri devono fornire consulenza psicologica ai genitori affidatari nella fase di inserimento del minore successiva al collocamento.

Altre raccomandazioni si riferiscono a un'assistenza sanitaria continuativa (follow-up) e alla stesura di una documentazione sanitaria approfondita che tenga conto anche delle condizioni psichiche dei minori. Particolare importanza viene attribuita al riconoscimento dei segni di maltrattamento. Inoltre i pediatri devono essere coinvolti in colloqui in loco e devono garantire una comunicazione costante con i responsabili del caso riguardo alle condizioni di

³ Sono disponibili molti altri documenti di policy, come ad esempio un foglio informativo sulla gestione dei minori bisognosi di protezione e talvolta non accompagnati provenienti dall'Ucraina (pubblicato nell'aprile 2022 da CDOS e COPMA in accordo con la Segreteria di Stato dell'immigrazione (SEM), l'Ufficio federale di giustizia (UFG) e l'Ambasciata ucraina). Il documento verte sulle esigenze specifiche di questi bambini e adolescenti, sui loro diritti di partecipazione, sul bisogno di contatto con le loro figure di riferimento, sui diritti di rappresentanza dei loro genitori e sui loro bisogni speciali di protezione nel caso in cui arrivino in Svizzera senza essere accompagnati da chi detiene l'autorità parentale.

salute del minore. Viene inoltre citata la possibilità di fornire assistenza medica a scopo preventivo ai care leaver fino al 21o o 26o anno d'età (la cosiddetta «Chafee Option»).

In origine la AAP aveva promosso la creazione di «Medical Homes» che, in qualità di centri pediatrici esperti in protezione dei minori e dotati di team interdisciplinari, avrebbero dovuto offrire la continuità dell'assistenza medica anche in caso di ricollocamento. Questa opzione si è però rivelata inattuabile.

L'alternativa è stata creare una rete sanitaria sotto forma di piattaforma online («Medical Home»). Questa piattaforma, ora consultabile sul sito web della AAP alla voce «Foster care», mette a disposizione dei pediatri, di altri professionisti sanitari, dei genitori e dei genitori affidatari una serie di risorse ad accesso gratuito (American Academy of Pediatrics, 2021).

Il profilo dei requisiti per poter fornire assistenza pediatrica a minori collocati al di fuori della famiglia all'interno della rete richiede: conoscenze in materia di protezione dei minori e delle condizioni quadro dei collocamenti nel proprio stato federale, disponibilità a fornire consulenza e sostegno per l'accesso alle risorse terapeutiche, la documentazione costante dei dati sanitari del minore e nozioni relative ai disturbi, ai trattamenti e alla pedagogia in ambito post-traumatico.

Un sondaggio condotto fra i genitori affidatari in svariati stati federali degli Stati Uniti ha evidenziato che, quando i pediatri attuano le raccomandazioni sopra riportate, i genitori affidatari sono soddisfatti e il decorso di salute dei minori è migliore (Espeleta et al., 2023).

La situazione in Germania

In Germania non esistono raccomandazioni specifiche, vi sono però svariate iniziative volte a migliorare l'assistenza sanitaria ai bambini e adolescenti interessati. Ad esempio, l'organizzazione mantello delle società di medicina dell'infanzia e dell'adolescenza ha preso posizione sulla bozza di una legge federale per una maggior tutela di bambini e adolescenti (KJSG: Kinder- und Jugendstärkungsgesetz) che affronta il tema «minori in affidamento». Si sottolinea in particolare la necessità di un «miglioramento delle prospettive dei minori in affidamento e della consulenza e del sostegno ai genitori della famiglia di origine e affidatari». Inoltre, le organizzazioni mantello in ambito medico hanno accolto con favore l'introduzione di un'integrazione alla legge che in futuro porrà in relazione la revoca del collocamento a lungo termine (Dauerverbleibsanordnung) ai seguenti aspetti concernenti il bene del minore: il bisogno, da parte di quest'ultimo, di «situazioni di vita continuative e stabili, di una qualità del rapporto con i genitori affidatari e i genitori, e la presenza di deficit di sviluppo per i quali è auspicabile che il minore resti nella famiglia affidataria.» (Mall et al., 2017). Nel 2019 avevano preso posizione sulla bozza di legge per una maggiore tutela dei minori sopra citata anche l'Associazione professionale

dei medici dell'infanzia e dell'adolescenza (BVKJ), la Società tedesca di medicina dell'infanzia e dell'adolescenza (DGKJ) insieme alla sua affiliata Società tedesca per la protezione dei minori nella medicina (DGKiM), la Società tedesca di pediatria sociale e di medicina dell'adolescenza (DGSPJ) e l'Accademia tedesca di medicina dell'infanzia e dell'adolescenza (DAKJ, associazione mantello di medicina dell'infanzia e dell'adolescenza). Le associazioni chiedevano anche una maggiore integrazione dei dentisti nella rete di protezione dei minori, poiché i referti dentistici possono essere indicatori di incuria e violenza (Karpinski et al., 2019).

In Germania, con la pubblicazione del manuale «Assistenza interdisciplinare di minori in affidamento nell'interfaccia dell'aiuto ai minori e del sistema sanitario» la Clinica universitaria di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di Ulm ha messo a disposizione uno strumento open source completo (Oswald et al., 2011). Questo manuale offre preziose indicazioni per la diagnostica psichiatrica e il trattamento dei disturbi post-traumatici.

Sistema di assistenza sanitaria per bambini e adolescenti in Svizzera

A oggi in Svizzera non esistono raccomandazioni specifiche o linee guida per l'assistenza sanitaria ai minori in affidamento, benché il nostro Paese, rispetto ad altri, disponga di un ottimo sistema sanitario per bambini e adolescenti (Jenni & Sennhauser, 2013).

Particolare importanza è attribuita alle visite di prevenzione. Pediatria svizzera ne raccomanda 17 dalla nascita ai 14 anni, otto delle quali nel primo anno di vita. A ciò fanno seguito controlli di prevenzione con una cadenza da semestrale ad annuale fino ai quattro anni (ingresso nella scuola dell'infanzia). Le esigenze di salute e sviluppo sono illustrate nei cosiddetti «libretti della salute» pubblicati da pediatria svizzera e distribuiti a tutti i bambini nati in Svizzera (per i dettagli delle visite di prevenzione cfr. Jenni & Holtz, 2024). La distanza fra la visita di prevenzione a sei anni (ingresso nella scuola) e la successiva, prevista a dieci anni, è tuttavia eccessiva per quei minori che proprio a questa età entrano in una famiglia affidataria o in un istituto o che vengono ricollocati.

Nella prima infanzia l'assistenza medica è integrata dal servizio di consulenza per genitori e bambini (MVB: Mütter- und Väterberatung) disponibile in tutta la Svizzera, che funge da principale punto di contatto per famiglie con neonati e bambini piccoli. Le sue consulenti, che sono per la maggior parte infermiere diplomate provviste di una formazione supplementare specifica per la prima infanzia, sono a disposizione delle famiglie locali dalla nascita dei figli fino al quinto compleanno per fornire una consulenza gratuita e confidenziale.

In Svizzera esiste anche un sistema ben strutturato di assistenza psichiatrica per l'infanzia e l'adolescenza e di pediatria dello sviluppo, disponibile presso strutture mediche e centri di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Riguardo all'accesso alla psicoterapia infantile e adolescenziale presso studi privati o ai trattamenti in regime stazionario esistono invece forti lacune, come dimostra un'iniziativa cantonale presentata nel 2022 per garantire l'offerta di assistenza psichiatrica infantile e adolescenziale.

Infine, per quanto concerne le misure di sostegno allo sviluppo, in Svizzera esiste una vasta rete cantonale di operatori che offrono un sostegno di pedagogia curativa o speciale negli istituti, negli studi privati e nelle scuole di tutti i livelli (Kronenberg, 2021).

Rischi per la salute e sostegno alla salute nel collocamento extrafamiliare

Prima infanzia

Rischi per la salute e lo sviluppo

La presenza dei genitori o di figure di riferimento primarie è indispensabile per un sano sviluppo di neonati e i bambini piccoli. Questi ultimi hanno bisogno delle premure, dell'affetto e della vicinanza di tali figure per imparare a conoscere se stessi e l'ambiente circostante e poter sviluppare un sistema di regolazione dello stress, di autogestione e di attaccamento resiliente. In particolare, la co-regolazione delle emozioni nel contesto di una relazione genitore-bebè costante e basata sulla fiducia è alla base di un'autoconsapevolezza coerente e quindi di uno stabile sviluppo psichico. Un'esigenza basilare nella prima infanzia è pertanto la disponibilità di figure di attaccamento amorevoli, conosciute al neonato, affidabili e comprensive all'interno di un ambiente sicuro (Bronfenbrenner, 2005; Jenni, 2024).

I rischi tipici della prima infanzia possono insorgere già prima della nascita, come nel caso di consumo da parte della madre di sostanze che creano dipendenza o di una gravidanza gravata da violenze domestiche, situazioni di fuga o simili (Jenni, 2024). Se i neonati e i bambini piccoli crescono in un ambiente caratterizzato da incuria e privazione, se sono abusati fisicamente, sessualmente o emotivamente o sono soggetti a violenza domestica, oppure se i loro genitori soffrono di gravi malattie psichiche e/o sovraccarico cronico e carenza di risorse familiari adeguate, ciò ha conseguenze a breve e lungo termine sullo sviluppo socio-emotivo, cognitivo e fisico del minore (Egle et al., 2016; Felitti et al., 2019). A seconda della durata e dell'entità dei disagi, la loro capacità di autoregolazione in caso di stress o di stringere relazioni può risultare fortemente compromessa (Ellis et al., 2022; Evans, 2013; Kavanaugh et al., 2017). Nella maggior parte dei casi è l'accumularsi di tali fattori di rischio a portare alla separazione del neonato o del bambino dalla madre e dalla famiglia e ad un collocamento extrafamiliare.

I collocamenti nella prima infanzia sono particolarmente complessi per vari motivi. Da un lato molte tappe dello sviluppo nella prima infanzia sono scandite da fattori genetico-biologici (Jenni, 2021). Queste tappe – come, ad esempio, la formazione di un sistema di attaccamento sicuro, che presuppone almeno una figura di attaccamento costantemente presente nella vita quotidiana del bambino – avvengono all'incirca fra i sei e i diciotto mesi, ossia in finestre temporali ben definite. Anche per un ulteriore sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo i bambini hanno bisogno di essere stimolati e rassicurati nell'ambito di una relazione genitore-figlio continuativa e stabile. A conferma di ciò, le

attuali ricerche neuroscientifiche e sui minori in affidamento documentano la straordinaria suscettibilità di neonati e bambini piccoli a una lunga separazione dalle figure di riferimento e dagli ambienti a loro noti – anche se nocivi (Dozier et al. 2013; Jenni, 2024; Sheridan et al. 2022; Ziegenhain et al., 2014). Anche se, in caso di collocamento extrafamiliare, i neonati e bambini piccoli hanno bisogno di ritrovare al più presto una figura di riferimento stabile, i collocamenti nella prima infanzia sono di natura provvisoria per motivi giuridici e amministrativi, in quanto associati al ripetuto passaggio fra molteplici figure di riferimento e luoghi di vita (Mögel, 2022; Ziegenhain et al., 2014). Per chi osserva dall'esterno non è sempre facile riconoscere l'ansia da separazione o il turbamento nei neonati e nei bambini piccoli (Ducieux & Neumanns, 2021). Inoltre si tendono a sottovalutare gli effetti dell'incuria emotiva, del trauma e della separazione dalle figure primarie di riferimento sullo sviluppo socio-emotivo e linguistico-cognitivo e sulla stabilità psichica nelle successive fasi di sviluppo (Leslie et al., 2002; Hillen & Gafson, 2014; Vasileva & Petermann, 2017; McLeigh et al., 2021; Sheridan et al., 2022). Ecco allora che, non di rado, alcuni comportamenti di neonati e bambini piccoli come ritrosia, socievolezza indifferenziata o esplorazione poco focalizzata vengono classificati come capacità di adattamento o spensieratezza, anziché essere visti come segnali di forte stress e ansia da attaccamento (Ziegenhain et al., 2014; Humphreys et al., 2017). Le anomalie comportamentali e le precedenti esperienze di disagio possono però compromettere una nuova relazione di affidamento e quindi anche l'integrazione in un ambiente più propizio (Lohaus et al., 2018).

In presenza di patologie psichiatriche post partum o di sovraffaticamento dei genitori, la necessità di salvaguardare la relazione genitore-figlio in questa fase così precoce è comprensibilmente marcata. Pertanto ai genitori dei neonati collocati al di fuori della famiglia viene spesso concesso un lungo periodo di riposo. Per i bambini in età neonatale è quindi possibile predisporre un affidamento temporaneo d'emergenza o il collocamento in istituto. I genitori tendono a preferire quest'ultima opzione – seppur contro le raccomandazioni dell'UNICEF e delle società specialistiche – per timore di perdere il proprio ruolo genitoriale. Se il rapporto genitore-figlio non viene coltivato in modo assiduo, esso rischia di logorarsi rapidamente, poiché i neonati sviluppano un attaccamento agli ambienti e alle persone che frequentano quotidianamente. In molti casi il ripristino del rapporto genitoriale non avviene in tempi brevi e ciò rende necessari ulteriori collocamenti verso la fine del primo o nel corso del secondo anno di vita. Di conseguenza questi bambini molto piccoli subiscono altre separazioni precoci che gravano ulteriormente e pesantemente lo sviluppo socio-emotivo (Dozier et al., 2013; Mögel, 2022; Ziegenhain et al., 2014).

Misure di sostegno alla salute e allo sviluppo

Le misure di sostegno alla salute in caso di collocamento extrafamiliare nella prima infanzia possono prevedere approcci diversi, fra cui interventi stazionari volti a recuperare il rapporto fra madre e figlio all'interno di apposite unità psichiatriche o case di accoglienza per madri e figli che offrono un sostegno socio-pedagogico. Un'altra misura consiste nel limitare i collocamenti provvisori a un breve periodo di quattordici giorni al massimo, senza il coinvolgimento intensivo di figure di riferimento di fiducia (Ziegenhain, 2014). Soprattutto nei collocamenti in istituto sono fondamentali interventi psicoterapici o psicoeducativi per consentire i contatti frequenti necessari a preservare o costruire un solido attaccamento del bambino verso i genitori.

È sempre importante valutare tempestivamente le condizioni del minore e la qualità del rapporto con i genitori e le figure di riferimento nel luogo di collocamento, per creare una base per eventuali ulteriori collocamenti.

Accompagnare e promuovere un attaccamento sicuro da parte del bebè o del bambino sia all'interno della famiglia affidataria che nel contatto con la famiglia di origine rappresenta una priorità. Offrire consulenza e accompagnamento ai genitori biologici e affidatari sulle sfide della genitorialità condivisa (co-parenting) contrasta la frammentazione del mondo in cui vive il bebè o il bambino e favorisce un senso di coerenza e appartenenza che nella prima infanzia è alla base di un sano sviluppo (Mögel, 2014; Zimmermann, 2020).

Infine, in presenza di ritardi dello sviluppo a livello di capacità esplorative e linguistiche o di altri compiti evolutivi tipici di quest'età, è necessario mettere tempestivamente a disposizione gli opportuni strumenti di sostegno.

Età scolare

Rischi per la salute e lo sviluppo

Nella prima fase e nella fase intermedia dell'età scolare, i minori sviluppano una rappresentazione della propria identità, in cui scoprono le proprie capacità e attitudini scolastiche, cercano il proprio posto nel gruppo dei coetanei ed esplorano il proprio ruolo nella famiglia (Jenni, 2021). Pur acquisendo sempre maggior autonomia, i minori fanno ancora forte riferimento a figure genitoriali positive e in caso di difficoltà cercano innanzitutto rassicurazione nei legami del loro sistema familiare. Nella prima età scolare possono anche manifestarsi, per le maggiori aspettative al di fuori dell'ambiente domestico, fragilità psichiche come ad es. ansia (ansia sociale o ansia di andare a scuola); anche i sintomi di ADHD si manifestano in modo più evidente in questo periodo rispetto all'età prescolare (Goemans et al., 2016).

I bambini in età scolare che non possono vivere con le loro famiglie non sono ancora in grado di inquadrare in prospettiva globale i complessi oneri parentali dei genitori. Non di rado reagiscono alle situazioni di grave disagio

dei genitori con senso di vergogna e di colpa, ribaltamento dei ruoli (ossia adottando comportamenti accudenti nei confronti dei genitori), conflitti di lealtà e abbattimento. Anche quando questi minori vengono allontanati da una quotidianità familiare altamente disagiata o caratterizzata da abusi, essi continuano a preoccuparsi per i loro familiari o se ne sentono responsabili. Inoltre la separazione dall'ambiente di vita abituale può comportare una grave perdita di risorse, rappresentate ad esempio da altre persone di cui il bambino si fida, dagli amici, dagli hobby praticati a scuola o in società sportive (Schofield & Beek, 2005; Schröder et al., 2017).

Diversamente dai loro coetanei, i minori in affidamento si trovano ad affrontare i compiti evolutivi necessari per integrare due contesti di vita diversi (Wolf, 2012). Hanno dunque bisogno di molto tempo per adattare le strategie di gestione apprese nel loro ambiente d'origine alle nuove situazioni, e per creare gradualmente rapporti di fiducia con le nuove figure di riferimento. Ciò impone loro di orientarsi in due mondi spesso molto diversi fra loro e di riconsiderare il proprio rapporto con i genitori.

Al tempo stesso i minori che crescono al di fuori della famiglia devono affrontare compiti tipici della loro età, come l'integrazione fra i loro pari e le aspettative in ambito scolastico (INTEGRAS & SGKJPP, 2021). Entrambi questi compiti richiedono competenze di autoregolazione, come una maggiore capacità di tollerare la frustrazione, di controllare le emozioni, di gestire gli impulsi e l'attenzione (Jenni, 2021). Non di rado però, a causa degli stress subiti che hanno portato al collocamento, i minori sono messi talmente a dura prova nella loro capacità di autoregolazione da manifestare un livello di sviluppo ed esigenze che li fanno sembrare «più piccoli» dei loro coetanei rimasti in seno alla famiglia (Vasileva & Petermann, 2018; Keefe et al., 2022). Eventuali comportamenti esternalizzanti (irrequietezza, impulsività, disattenzione o aggressività) possono rendere ancora più difficoltoso l'adattamento al contesto scolastico o sociale e non di rado celare i sintomi di disturbi altamente internalizzanti (ansia, depressione e preoccupazione). Anche l'insorgenza superiore alla media di anomalie dello sviluppo linguistico nei minori in affidamento è correlato alle avversità a cui sono stati esposti. (Golding et al., 2013; Vasileva & Petermann, 2018; Krier & Duren Green, 2018; Ellis et al., 2022).

Le aspettative complesse e i numerosi disagi possono sovrastimolare la capacità di resistenza del minore. I conseguenti disagi psichici, problemi comportamentali ed eventuali ulteriori difficoltà di apprendimento mettono a rischio non solo l'integrazione nel luogo di affidamento e a scuola, ma anche lo sviluppo di un'immagine di sé positiva. Per contrastare tutto ciò è necessario rispettare le loro esigenze individuali di partecipazione e i loro tempi di sviluppo, offrire loro risorse adeguate, incoraggiarne gli interessi e riconoscere e trattare tempestivamente eventuali problemi di salute.

Misure di sostegno alla salute e allo sviluppo

Le misure di sostegno alla salute in caso di collocamento extrafamiliare nell'infanzia possono includere aspetti diversi. Affinché i bambini in età scolare che crescono al di fuori della famiglia siano in grado di sviluppare, in linea con la propria età, un senso di autoefficacia, devono sentirsi accettati e integrati nella scuola e fra i loro pari. Hanno bisogno di rispetto per le loro particolari circostanze di vita e di tempo sufficiente per ambientarsi nella nuova situazione. In alcuni casi hanno bisogno anche di essere aiutati a gestire i contatti e il confronto con la famiglia d'origine, e a elaborare la loro biografia. In quest'ottica è importante rispettare le esigenze di partecipazione di ogni minore, garantire la prossimità alle persone e ai luoghi familiari e sostenerne le predisposizioni e le doti individuali.

I minori in età scolare che crescono al di fuori della famiglia e che vivono condizioni di disagio psichico o scolastico hanno particolare bisogno di essere rassicurati frequentemente, incoraggiati e seguiti individualmente (Schofield & Beek, 2005; Oswald et al., 2011; Keefe et al., 2022). Se indicato, hanno diritto alla continuità del sostegno medico o di pedagogico, ad esempio in caso di ricollocamento. Inoltre dovrebbero essere visitati regolarmente dal loro pediatra di fiducia. La minore frequenza delle visite di prevenzione raccomandate per l'età scolare nel libretto della salute potrebbe causare, in caso di ricollocamento, lacune nel monitoraggio terapeutico o nel riconoscimento precoce di eventuali problemi.

Qualora i minori manifestassero deficit a livello di competenze scolastiche, sociali e di relazione con i loro pari, o qualora presentassero i segnali di eventuali disabilità, è opportuno effettuare quanto prima una valutazione di pediatria dello sviluppo o di psichiatria pediatrica al fine di introdurre tempestivamente misure di sostegno adeguate. Inoltre è necessario fornire consulenza a genitori affidatari, genitori e educatori presso gli istituti su come gestire i problemi a scuola, e includerli in una rete composta dalle figure di riferimento e professionali in ambito scolastico ed extrascolastico.

Le misure in ambito psicoterapico, medico e di sostegno e la loro attuazione (ad esempio l'iscrizione all'assicurazione per l'invalidità, il sostegno pedagogico speciale o il sostegno scolastico integrativo) devono essere ben calibrate fra loro, concordate con tutte le principali figure di riferimento (genitori, genitori affidatari e professionisti) ed essere incentrate sul punto di vista del minore, sulle sue esigenze e sul suo stato d'animo.

All'occorrenza, il personale sanitario dovrebbe fornire sostegno anche nelle questioni relative al benessere emotivo del minore e restare in stretto contatto con psichiatri o psicologi dell'età evolutiva. È molto importante che i pediatri prestino attenzione all'eventuale insorgere di atteggiamenti ansiosi o di regressioni e di anomalie comportamentali. I disturbi emotivi e le varie forme di trauma devono essere approfonditi e trattati in modo adeguato (Oswald et al.,

2011). In presenza di una diagnosi di ADHD o di un disturbo dello spettro autistico bisogna prestare particolare attenzione alle frequenti comorbidità, ricorrendo a una diagnostica approfondita, a trattamenti continuativi e soprattutto a controlli accurati degli eventuali farmaci assunti (Kutcher et al., 2004). Soprattutto nel caso di minori in affidamento con disabilità è indispensabile effettuare una valutazione completa dello sviluppo e delle condizioni psichiche.

Adolescenza

Rischi per la salute e lo sviluppo

Lo sviluppo adolescenziale è il risultato di processi di maturazione biologica, sociale e psichica (Jenni, 2021). In questa fase il corpo riceve un'ultima grande «spinta» che, per effetto degli ormoni, porta a compimento il processo di crescita, le trasformazioni fisiche e la maturità sessuale. Anche il cervello cambia, e per questo l'adolescenza è caratterizzata da una radicale evoluzione a livello di pensieri, sentimenti e comportamenti. Questi cambiamenti consentono agli adolescenti di distaccarsi dai genitori e vivere in modo autonomo e autoresponsabile, stringendo rapporti profondi con altre persone, in particolare con i coetanei. In aggiunta a ciò, gli adolescenti si confrontano maggiormente con il futuro, soprattutto con le prospettive di studio e di lavoro. Sono in cerca della propria identità e sviluppano valori morali e un sistema di norme personali.

Anche occuparsi personalmente della propria salute nella fase intermedia e tarda dell'adolescenza rientra in questo percorso verso l'autonomia, ad esempio passando dal pediatra di fiducia a un medico di famiglia, scegliendo da sé uno psicoterapeuta o una ginecologa nel caso delle giovani donne.

In genere, la fase adolescenziale non è priva di crisi: molti giovani devono affrontare problemi di salute. Fra le patologie più diffuse in questa fase vi sono i disturbi alimentari, gli stati depressivi o i pensieri suicidi, un eccessivo consumo di alcol, tabacco o cannabis, comportamenti sessuali a rischio e altri problemi psicosociali e psicosomatici. Gli adolescenti in situazioni difficili che hanno vissuto esperienze negative o stanno programmando il proprio futuro scolastico e professionale continuano però a cercare il confronto con la madre o il padre e il sostegno dei genitori (Jenni, 2021).

Il processo di ricerca di autonomia e di identità tipico di questa fase dello sviluppo rappresenta una grande sfida sia per gli adolescenti collocati al di fuori della famiglia che per la loro cerchia. Ad esempio, i processi di distacco, tipici dell'età e necessari, possono scontrarsi con l'obiettivo dell'affidamento di consentire il recupero e il ritorno alla stabilità in un ambiente che offre supporto. Alcuni disagi vissuti nella prima infanzia sembrano favorire l'insorgenza di patologie depressive nella tarda adolescenza, nonostante inizialmente vi sia stato un buon recupero e anche nelle situazioni di collocamento stabili (Sonuga-Barke et al., 2017; Gabriel et al., 2021). Gli adolescenti che hanno subito

incuria all'interno di famiglie in difficoltà, maltrattamenti fisici o abusi sessuali, traumi o numerosi cambiamenti delle circostanze di vita hanno avuto esperienze di cura limitate o molto eterogenee e anche meno occasioni per sviluppare gradualmente la capacità di prendersi cura di sé tipica dell'età (Fegert et al., 2021; Schmid et al., 2017).

Anche le svariate pressioni riguardanti la formazione o la scelta di una professione creano particolari difficoltà agli adolescenti interessati e alla loro cerchia. Le crescenti aspettative da parte della loro cerchia di riferimento e le loro stesse esigenze di una vita più autonoma possono rapidamente creare situazioni di stress eccessivo. I comportamenti a rischio o l'instabilità psichica causati da traumi pregressi possono portare al ricollocamento, all'abbandono degli studi o all'ospedalizzazione, e sono espressione del lungo e complicato processo di guarigione e di crescita che gli adolescenti collocati al di fuori della famiglia devono affrontare (Nowacki & Schoelmerich, 2010; King et al., 2023).

Oltre a queste difficoltà psichiche e sociali gli adolescenti in affidamento sono in genere anche economicamente svantaggiati. Necessitano dunque di un aiuto in più nella formazione professionale e nel passaggio all'età adulta, poiché, diversamente dai loro coetanei, non possono contare sul sostegno sociale e finanziario della loro famiglia d'origine (Werner & Stohler, 2021). Ad esempio, l'associazione Careleaver segnala le difficoltà finanziarie nel preservare la salute fisica e dentale, dal momento che, a partire dai 18 anni, i care leaver possono fare ben poco affidamento sul fatto che la loro famiglia di origine si faccia carico dei costi sanitari o dei premi della cassa malati. In questo contesto, la non rara eventualità in cui, i genitori o i curatori per poter risparmiare disdicono le assicurazioni complementari durante la minore età, può successivamente causare grossi problemi ai giovani adulti in quanto le compagnie assicurative hanno delle riserve sui trattamenti di ergoterapia o psicoterapia effettuati durante la minore età.

Misure di sostegno alla salute e allo sviluppo

Le misure di sostegno alla salute di adolescenti sottoposti a collocamento extrafamiliare e care leaver sono determinanti per il loro benessere. Questi giovani e, con il loro consenso, anche le loro figure di riferimento o persone di fiducia dovrebbero ricevere una consulenza personalizzata sulle questioni riguardanti la loro salute e le cure di cui necessitano. Sono disponibili offerte sanitarie adeguate all'età e basate sugli interessi che tengono conto delle esigenze di autodeterminazione degli adolescenti durante tutto il percorso terapeutico, così da rafforzarne l'autonomia.

Oltre all'attenzione per la salute fisica e dentale, particolare riguardo va riservato anche al benessere psichico ed emotivo degli adolescenti. I disagi o le patologie di natura psichica o il rischio di sviluppare dipendenze vengono riconosciuti precocemente, dopodiché, se opportuno, i giovani pazienti ricevono

una consulenza mirata o vengono indirizzati al servizio specialistico competente al fine di ricevere il necessario sostegno. Altrettanto essenziale è fornire agli adolescenti informazioni esaustive sulla salute sessuale, in particolare su temi come la contraccezione, la protezione dalle malattie sessualmente trasmissibili e le pratiche sessuali potenzialmente pericolose. All'occorrenza viene organizzato un consulto ginecologico per verificare che sia stata adottata la giusta profilassi.

Un altro aspetto importante è rappresentato dalle questioni sanitarie relative all'integrazione scolastica e professionale. A tale scopo viene offerta una consulenza completa che, se necessario, include anche un aiuto a iscriversi all'assicurazione per l'invalidità (AI). Tale processo di integrazione deve tenere conto delle condizioni di salute dell'adolescente, così da accrescere le sue possibilità di completare con successo la formazione e inserirsi nel mondo del lavoro.

D'importanza decisiva è anche l'accompagnamento nel passaggio dal pediatra ad un medico di famiglia che fornisca cure adatte all'età. Inoltre vengono forniti chiarimenti sul finanziamento dei costi delle casse malati e su un'adeguata copertura assicurativa, nonché sulle esigenze e sugli obiettivi di assistenza sanitaria specifici per gli adolescenti interessati. Questi passaggi vengono affrontati con il dovuto anticipo rispetto all'ingresso nella vita adulta, affinché gli adolescenti, una volta lasciato l'istituto o l'affidamento, possano ricevere l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno.

Infine i giovani adulti al termine del collocamento extrafamiliare dovrebbero disporre di tutta la documentazione sanitaria relativa alla loro salute e avere la possibilità di discutere dei referti con personale medico di loro fiducia.

Tutte queste misure contribuiscono a tutelare la salute e il benessere a lungo termine degli adolescenti oggetto di collocamento extrafamiliare e ad agevolarne la transizione alla vita adulta.

Sfide e ostacoli per un'assistenza sanitaria adeguata

Il frequente susseguirsi di figure di riferimento, luoghi di vita, competenze amministrative e personale specialistico che caratterizza la crescita in ambienti extrafamiliari può causare lacune nell'assistenza sanitaria, come, ad esempio, l'interruzione dei trattamenti e delle terapie di sostegno, o lacune nella relativa documentazione. Queste due lacune possono ridurre di molto la fiducia e la compliance in caso di ulteriori trattamenti, nonché l'efficacia delle misure terapeutiche.

Di seguito elenchiamo le difficoltà tipiche dell'assistenza sanitaria ai minori in affidamento e come queste vengono descritte nelle raccomandazioni o linee guida anglosassoni. I casi addotti ad esempio derivano dal sondaggio fra i pediatri (Mögel & Jenni, 2023) e dall'esperienza pratica del reparto di pediatria dello sviluppo dell'Ospedale pediatrico universitario di Zurigo.

Documentazione e comunicazione dei dati relativi alla salute

In caso di collocamento extrafamiliare, che sia predisposto per ordine delle autorità o in accordo con i genitori, ci si deve occupare non solo di assegnare la custodia a nuove figure di riferimento e del trasferimento presso un nuovo domicilio, ma anche e soprattutto dell'assistenza medica. Spesso anche trattamenti e terapie già in corso devono proseguire in un nuovo contesto. La relativa responsabilità può essere onerosa, soprattutto in assenza di una curatela. La maggior parte dei genitori, infatti, continua a detenere l'autorità parentale e con essa il diritto di determinazione nelle questioni mediche, ossia la responsabilità dell'assistenza sanitaria prestata ai loro figli. Spesso, però, nel difficile momento di separazione dal figlio, i genitori non sono nelle condizioni di garantire tale assistenza o di richiedere ai medici curanti la documentazione sanitaria e le necessarie relazioni. Tuttavia è nell'interesse vitale di ogni minore collocato al di fuori della famiglia che il suo medico di base abbia accesso a tutti i documenti sanitari e dati dell'anamnesi familiare rilevanti per la sua salute.

Il personale medico che seguiva il minore in precedenza viene raramente informato del collocamento e dei nuovi interlocutori e, per una varietà di motivi, è restio a richiedere il consenso dei genitori a inoltrare la documentazione sanitaria. Prima che il minore venga portato da un nuovo pediatra, che chiederà ai genitori il permesso di consultare la documentazione sanitaria raccolta sinora, spesso intercorre tempo prezioso, come dimostra il seguente esempio.

Caso esemplificativo: finestra temporale per i trattamenti di sostegno

Il figlio cinquenne di una famiglia con difficoltà psichiche e sociali viene collocato in una casa di accoglienza per la prima infanzia in seguito ad un intervento di crisi. Poco prima, dopo un lungo periodo d'attesa, aveva iniziato le sedute di logopedia di cui aveva urgente necessità. Queste però vengono interrotte dalla presa in custodia. Non è disponibile una relazione di passaggio di consegne al pediatra subentrante e, nel nuovo luogo di collocamento, il bambino non viene nemmeno portato da un pediatra. Dapprima il disturbo del linguaggio è attribuito ai disagi vissuti in famiglia. Dopo qualche mese, il personale dell'istituto, sostenuto dalla maestra d'asilo, richiede un accertamento psicoterapeutico per il minore, che continua a manifestare disturbi. Quando la psicoterapeuta evidenzia il grave deficit di sviluppo del linguaggio già noto nell'anamnesi della famiglia d'origine e l'urgente necessità di un intervento logopedico, le risorse stanziare per la logopedia nell'anno scolastico in corso sono già esaurite da tempo.

Ostacoli alle cure sanitarie causati dalla frammentazione dell'assistenza e della responsabilità fra diversi attori

Il benessere fisico e psichico non solo dei neonati e bambini piccoli, ma anche dei bambini in età scolare e degli adolescenti necessita di tutta l'attenzione della cerchia di persone che li circonda. Tale attenzione comprende l'osservazione di cambiamenti nel comportamento e nello stato d'animo dei minori e presuppone da un lato sensibilità da parte della figura di riferimento e dall'altro familiarità di quest'ultima con il minore. Nel caso dei minori che non vivono con la propria famiglia, l'attenzione delle figure di riferimento può essere compromessa da...

- una familiarità ancora scarsa da parte di nuove figure di riferimento e di persone responsabili del minore o della sua salute e del suo sviluppo: ad esempio in caso di collocamenti d'emergenza o cambiamenti nel luogo di affidamento, nella curatela o nel personale coinvolto;
- stanchezza dei genitori affidatari nell'accudire minori fortemente disagiati o del personale esperto in pedagogia speciale negli istituti a causa del grande carico di lavoro;
- irreperibilità o scarsa compliance dei genitori titolari di autorità parentale che, a causa dei propri problemi, non sono in grado di occuparsi tempestivamente delle questioni di salute del figlio e, ad esempio, negano il proprio consenso a un accertamento o trattamento;

- disaccordi o conflitti all'interno della rete di aiuto e di riferimento, che monopolizzano l'attenzione distogliendola dall'assistenza sanitaria al minore;
- sovraccarico, in termini di compiti o di tempo, del personale sanitario alla luce delle problematiche e dei complessi sistemi d'aiuto che ruotano attorno a bambini e adolescenti collocati al di fuori della famiglia.

Anche a causa di questi ostacoli, le visite mediche e i controlli di prevenzione per i minori collocati in istituti o famiglie affidatarie vengono talvolta richiesti con minore urgenza o effettuati in modo meno accurato rispetto a quanto accade per i minori che crescono nelle proprie famiglie d'origine. Anche il fatto che i genitori affidatari e le figure di riferimento negli istituti sono tenuti a non intromettersi nel diritto di determinazione dei genitori riguardo alle questioni mediche suscita spesso irritazione nel personale sanitario. L'atteggiamento professionale e pertanto piuttosto distaccato dei genitori affidatari o degli esperti di pedagogia speciale può sollevare dubbi nel personale curante riguardo alla compliance al trattamento da parte di queste persone o alla loro dedizione al minore e al suo stato d'animo. Si tratta di un fenomeno già noto alla ricerca sui minori in affidamento e che può pregiudicare il buon esito del trattamento o il monitoraggio delle misure di sostegno (Unterberg et al., 2013).

Caso esemplificativo di pediatria dello sviluppo dell'Ospedale pediatrico universitario di Zurigo

Durante il controllo di pediatria dello sviluppo, la madre affidataria di un minore al primo anno d'asilo si mostra premurosa e partecipa nei confronti del bambino, che presenta anomalie comportamentali e ritardo dello sviluppo del linguaggio. Inoltre invoca con urgenza un esame e un consulto di psicologia infantile. Dopo che, con non poca fatica da parte del personale curante, si riesce a organizzare un consulto in tempi brevi, la donna chiede di rinviarlo di sei mesi perché ha parecchi minori in affidamento da accudire. Di fatto, si ripresenta in ospedale dopo un anno e solo su insistenza dell'asilo.

Davanti ad un bambino di sette anni con ben pochi legami, che nella sua casa di accoglienza ha creato un rapporto di fiducia con la sua figura di riferimento, la pediatra chiede un accertamento a causa di gravi ritardi nello sviluppo e in previsione dell'imminente ingresso nella scuola. La madre, che a sua volta presenta deficit cognitivi ed è sottoposta a curatela, detiene la completa autorità parentale. Per molto tempo la donna si rifiuta di concedere l'assenso dall'obbligo di segretezza necessario per consultare le autorità scolastiche, che suggeriscono il trasferimento ad un altro istituto perché nel comune vi è scarsa disponibilità di posti nelle scuole speciali. Intanto è

impossibile rintracciare la madre per organizzare un colloquio chiarificatore. Solo dopo un dispendio di tempo davvero enorme – rispetto ad altri pazienti – da parte della dottoressa incaricata dell'accertamento e da parte della rete d'aiuto del minore si riesce finalmente a ottenere il consenso della madre e ad effettuare l'accertamento e il colloquio di valutazione in presenza di quasi tutte le figure di riferimento e professionali. Nel frattempo però, il posto in una scuola speciale nelle vicinanze dell'istituto, di cui il minore ha urgentemente bisogno, è stato assegnato ad altri. Cambiare istituto sarebbe un grosso stress per il minore. Adesso che ne sarà della sua istruzione?

Ostacoli alla collaborazione fra diversi sistemi d'aiuto

La collaborazione fra sistemi d'aiuto può essere ostacolata dall'uso di linguaggi specialistici diversi, dal semplice numero di attori coinvolti, dalle procedure amministrative e da iter di accertamento basati su standard diversi; la diagnostica medica e di pediatria dello sviluppo, le valutazioni di pediatria e di pedopsichiatria, nonché quelle di natura psicoterapeutica e sociopedagogica, le misure di protezione dei minori sancite dal diritto civile si fondano su concezioni e linguaggi specialistici differenti (Ziegenhain et al, 2014, Biesel et al., 2017).

Il collocamento dei minori in istituti o famiglie affidatarie sono misure di protezione motivate sì da situazioni d'emergenza, ma sempre più spesso supportate anche da procedure di accertamento sociopedagogico (Blülle et al., 2013; Biesel et al., 2017; COPMA & CDOS, 2020). Non sempre i genitori autorizzano a richiedere i referti medici, inoltre procurarseli richiede un notevole dispendio di tempo per chi se ne fa carico (ospedale di nascita, pediatri e medici di famiglia, consulenti famigliari, fisioterapia ecc.). Spesso la documentazione completa di tutti i dati sanitari arriva in ritardo e, quando si tratta di valutare misure drastiche come il ricollocamento o il ritorno dai genitori, dopo un percorso ostico fatto di complesse perizie psicologiche, pediatriche o di psichiatria infantile (Leslie et al., 2002; Pedrina & Mögel, 2016).

Un valido esempio di collaborazione interdisciplinare all'interno della rete di aiuto, che tiene conto del punto di vista del minore, è offerto dal seguente commento al sondaggio di pediatria svizzera.

Commento di un pediatra tratto dal sondaggio di pediatria svizzera

«Il collocamento in istituto, che di solito è situato in un luogo diverso dal precedente domicilio del minore, comporta spesso il passaggio ad un altro pediatra. Ciò è comprensibile dal punto di vista dell'istituto, ma increscioso, perché spesso si tratta di casi complessi che l'attuale pediatra conosce molto bene, decisamente meglio dei nuovi medici.

In un caso un'educatrice sociale era convinta che il minore dovesse assolutamente restare in cura presso il suo attuale pediatra, che lo conosceva sin dalla nascita. Secondo l'educatrice quel pediatra era una delle poche costanti nella vita del minore e ne conosceva i trascorsi, avendoli seguiti di persona. Per questo l'educatrice aveva deciso di intraprendere personalmente il viaggio per recarsi dal pediatra, nella convinzione che ciò fosse nell'interesse del minore. Trovo questo suo comportamento un segno di buon senso e dedizione ».

Nel corso di trattamenti regolari o di misure di sostegno, nella rete d'aiuto emergono spesso lacune o difficoltà che sono d'ostacolo ad un'assistenza sanitaria ottimale.

Spesso, riguardo ai trattamenti o al ruolo svolto dai genitori nelle terapie, sorgono dubbi sulla partecipazione dei genitori e sul coinvolgimento delle figure di riferimento dei minori negli istituti o nelle famiglie affidatarie. Chi accudisce il minore nella quotidianità e quindi anche in caso di malattia? Chi lo accompagna quando deve usufruire di misure terapeutiche o di sostegno e chi si fa carico dei compiti che in tale contesto spettano ai genitori? Quale persona ha tale confidenza con il minore e con il suo punto di vista da poter osservare e valutare tanto i peggioramenti quanto i miglioramenti nel suo stato fisico, psichico ed evolutivo? Chi può, ad esempio nel caso di un neonato o un bambino piccolo non ancora in grado di esprimersi verbalmente, rappresentarne il punto di vista anche davanti a terzi?

Quale figura professionale nelle rete d'aiuto può avere una visione d'insieme di tutti questi aspetti? E viceversa: il personale curante, i genitori e le figure di riferimento, con i loro diversi ruoli e punti di vista riguardo al minore e al suo stato di salute, sono disponibili a farsi coinvolgere nel trattamento? Eventuali figure di riferimento con cui il minore ha familiarità devono essere coinvolte nel trattamento o nelle decisioni anche contro il volere dei genitori?

Inoltre bisogna chiarire riguardo a quali questioni di salute e prevenzione i bambini d'età scolare capaci di discernimento o gli adolescenti desiderino o non desiderino coinvolgere i propri genitori, genitori affidatari o figure di riferimento e persone di fiducia.

Spesso ci si chiede quale consulenza venga fornita alle figure di riferimento – ossia a genitori, genitori affidatari o educatori sociali – presso le strutture che erogano assistenza sanitaria ai minori e come sia possibile sensibilizzare queste persone riguardo alle loro esigenze. Soprattutto nei casi in cui queste persone non sono in grado, disposte o legalmente autorizzate ad assumersi una responsabilità di tipo pedagogico.

La sola regolamentazione del diritto di determinazione nelle questioni mediche non è sufficiente ad assicurare che le esigenze di salute dei minori collocati al di fuori della famiglia vengano completamente considerate e soddisfatte. È determinante che tutte le persone interessate – genitori, figure di riferimento e professionali – si confrontino e collaborino assiduamente sulle questioni sopra elencate. Solo così si potrà garantire centralità alle esigenze di salute del minore e fare in modo che tutte le parti coinvolte comprendano il proprio ruolo in questo processo.

Insufficiente consapevolezza delle problematiche all'interno dei sistemi d'aiuto

I sistemi d'aiuto reagiscono alle difficoltà dei minori interessati nel contesto delle loro conoscenze specialistiche, del loro ruolo e delle loro competenze. Non potendo sempre presumere che possiedano specifiche conoscenze in ambito sanitario, è indispensabile che i minori vengano seguiti in modo continuativo da un medico, che i referti vengano inoltrati e le terapie di sostegno vengano sistematicamente monitorate.

Gli aspetti dell'assistenza sanitaria sono disciplinati in modo diverso a seconda del setting di collocamento. Nelle case d'accoglienza e negli istituti, all'ingresso del minore ci si procura un esonero generico dall'obbligo di segretezza e il consenso alle visite mediche e ai trattamenti d'emergenza; nelle famiglie affidatarie la procedura varia a seconda del grado di organizzazione o dell'adesione a un'organizzazione di famiglie affidatarie, oppure è disciplinata da accordi individuali. Nelle famiglie affidatarie, che non aderiscono ad alcuna organizzazione, dovrebbero vigere accordi sulle modalità di assistenza sanitaria e sui relativi controlli effettuati su base annuale nell'ambito dell'attività di vigilanza, che è regolamentata in modo diverso da Cantone a Cantone. La creazione di standard vincolanti potrebbe essere oggetto dell'auspicata revisione della OAMin. L'ancoraggio dell'assistenza sanitaria nel sistema d'aiuto – sia a livello di pianificazione del collocamento extrafamiliare che di vigilanza sull'affidamento – dovrebbe colmare le lacune sopra descritte. Nella prima infanzia, ad esempio, solo ostetriche, pediatri e medici di famiglia hanno accesso ai dati biografici e sanitari del minore che durante la sua crescita potrebbero rivestire grande importanza in uno o più setting di collocamento extrafamiliare.

Commento di un pediatra tratto dal sondaggio di pediatria svizzera

«Come studio pediatrico ci occupavamo di un istituto per madri tossicodipendenti. Non appena una di esse lasciava l'istituto, il trattamento diventava di competenza del pediatra nel luogo di domicilio della madre. Spesso le dimissioni della madre dall'istituto avvenivano senza consultare noi pediatri. Avevamo la sensazione che altri attori (assistenti sociali, curatori ecc.) fossero ritenuti più importanti e che i pediatri non venissero affatto considerati ...»

Conoscenze specialistiche incomplete sulle questioni di salute specifiche dei minori in affidamento

Molti pediatri e medici di famiglia, psichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, psicoterapeuti dell'infanzia e dell'adolescenza, consulenti famigliari, specialisti in sostegno precoce di pedagogia curativa, logopedisti, fisioterapisti e psicoterapeuti non vengono istruiti a sufficienza sul contesto giuridico e amministrativo dei collocamenti extrafamiliari in Svizzera durante il loro percorso di formazione di base e continua. Sempre in sede di formazione, essi acquisiscono ben poche conoscenze cliniche sui possibili rischi per la salute e sulle opzioni di trattamento dei minori altamente disagiati (Leslie et al., 2002; Scott Heller et al., 2002; Glennen, 2022). Tuttavia oggi esistono iniziative e metodi diagnostici consolidati che consentono di adattare la formazione di medici e psicologi alle specifiche condizioni ambientali e situazioni di disagio in cui vivono i minori in affidamento (Oswald et al., 2011; Mögel, 2019; Hofer & Fellingner, 2022).

Caso esemplificativo verificatosi nello studio di un pediatra di base

Un bambino di due anni viene accompagnato nello studio pediatrico dalla figura di riferimento nella casa di accoglienza. Mentre gli vengono esaminate le orecchie, il bambino si addormenta d'improvviso. La situazione si ripresenta in varie occasioni. Il pediatra, già esperto nell'occuparsi di bambini piccoli collocati in una casa di accoglienza, riconosce questo comportamento insolito (sudden sleep onset) come segno di un trauma, ossia come un'allarmante forma di ripiegamento a scopo protettivo. La sua osservazione suggerisce di esplorare l'anamnesi del bambino in cerca di un evento traumatico e soprattutto di dedicare grande attenzione al suo bisogno di sicurezza.

La sensibilizzazione e la formazione continua delle categorie mediche sul tema della salute dei minori collocati in famiglie affidatarie o istituti è estremamente importante per garantire a questi minori la migliore assistenza sanitaria possibile. A tale scopo è necessario che medici e terapeuti acquisiscano conoscenze specifiche sui disagi vissuti dai minori in affidamento: ad esempio sui segni e sulle conseguenze dei traumi, sull'incuria, sull'abuso, sulla separazione dalle figure di riferimento e dai luoghi di vita, nonché sulla maggiore suscettibilità allo stress che ne consegue. Dovrebbero anche imparare come questi disagi possano essere trattati e affrontati in situazioni di affidamento propizie.

Un altro aspetto importante è la capacità di riconoscere precocemente il potenziale di sviluppo, anche in condizioni avverse, e di sostenerlo con risorse adeguate. I professionisti devono imparare a coinvolgere attivamente i minori nelle misure terapeutiche e nelle decisioni che li riguardano e a tenere conto delle loro risorse individuali. Inoltre, per creare un ambiente capace di offrire sostegno, è indispensabile fornire una consulenza adeguata alle figure di riferimento e professionali che seguono il minore.

Documentare i dati sanitari in modo responsabile e sistematico è altrettanto importante affinché gli adolescenti e i care leaver possano avere in futuro una visione d'insieme del loro percorso di salute. Infine, per garantire un approccio coordinato all'assistenza sanitaria, i trattamenti dovrebbero essere effettuati con il consenso delle figure di riferimento e dei sistemi d'aiuto interessati. Queste misure contribuiscono a ottimizzare l'assistenza sanitaria ai minori in situazioni di vita particolari e a soddisfare meglio le loro esigenze.

Diritti di protezione della personalità, obbligo di segnalazione e diritti di informazione

Il segreto medico, i diritti di vigilanza sui procedimenti da parte delle autorità e i diritti di partecipazione dei minori di tutte le età costituiscono, insieme ai diritti genitoriali, un bene giuridico sensibile e quindi una sfida nella gestione dei dati sanitari dei minori. Le persone nella cerchia del minore sono tenute a rispettare l'obbligo di segretezza – in modo diverso a seconda del loro ruolo (segreto professionale per il personale medico, segreto d'ufficio per le autorità, ad es. accordo di non divulgazione per genitori, genitori affidatari e personale degli istituti o delle case di accoglienza ecc.).

L'obbligo di segretezza riguarda tutti i dati e tutte le informazioni raccolti nel contesto dell'assistenza sanitaria ai minori collocati al di fuori della famiglia, serve a tutelarne la sfera privata e rappresenta un'importante base per il necessario rapporto di fiducia all'interno della rete d'assistenza.

Qualora venisse appurato che nell'ambito del trattamento è stato messo in pericolo o lesa il bene del minore, ossia la sua integrità fisica, psichica o ses-

suale, ai sensi dell'art. 314d del CC le persone che esercitano un'attività ufficiale o i professionisti nel campo della medicina e della psicologia sono obbligate a segnalarlo alle autorità di protezione dei minori competenti qualora non siano in grado di trovare aiuto nell'ambito della loro attività.

Viceversa, ai sensi dell'art. 20d cpv. 5 della OAMin, le autorità hanno il diritto e l'obbligo di richiedere la documentazione e i chiarimenti del caso. Ciò può riguardare l'obbligo di segnalazione di quanto rilevato e disposto dai medici e il parere del minore nelle decisioni importanti. Le autorità di vigilanza sono autorizzate ad appurare «quali disagi psichici (diagnosi) affronta un minore e se sia stato adeguatamente coinvolto nelle decisioni che avranno un forte impatto sulla sua vita» (COPMA & CDOS, 2020).

Commento di due pediatri tratto dal sondaggio di pediatria svizzera

«Non mi è chiaro perché i genitori biologici continuino ad avere il diritto di decidere riguardo a misure mediche o terapeutiche di altro genere (ad esempio dopo aver perpetrato abusi) e perché queste misure non possano essere predisposte direttamente dai genitori affidatari, eventualmente con il beneplacito del curatore».

«Fatico ad accettare che genitori con problemi psichici siano liberi di decidere se sottoporre o meno a vaccinazione i propri figli collocati al di fuori della famiglia. Poiché in Svizzera non vige l'obbligo di vaccinazione, il tutore non impone tale misura a due miei pazienti e così facendo, a mio avviso, nuoce al bene del minore.»

Esempio tratto dalla pratica psicoterapeutica

Un bambino di otto anni dichiara arrabbiato che, d'ora in poi, racconterà solo «balle» all'avvocata minorile. Le aveva infatti riferito che il padre lo aveva picchiato due volte. Per questo ora deve restare nella famiglia affidataria senza poter tornare dal padre, cosa che invece vuole assolutamente fare. Sostiene che una volta anche il padre affidatario gli ha fatto male. La settimana dopo, però, il minore nega quanto affermato. Solo dopo aver verificato, nel lungo corso, che la terapeuta non riferisce ad altri nulla di ciò che lui le dice, il minore si lascia convincere ad ascoltare l'avvocata minorile. Quest'ultima può così spiegargli che la motivazione da lei addotta a sostegno della necessità di un collocamento non erano i ceffoni del padre, ma la malattia di quest'ultimo, da cui era derivato uno stato di incuria. Anche se il minore continua a voler tornare dal padre, questo messaggio lo solleva dai laceranti sensi di colpa. Durante la terapia riesce a parlare più liberamente dei momenti difficili nella relazione con il padre e con il padre affidatario, e alla fine permette alla terapeuta di confrontarsi sulla questione con entrambi.

I diritti di partecipazione dei minori, il permanere dei diritti genitoriali di genitori fortemente disagiati, l'obbligo di segretezza professionale e la protezione dei minori definiscono la complessa situazione di vita dei minori che non hanno la possibilità di crescere sotto la custodia dei propri genitori. I professionisti della sanità possono avvalersi del lavoro interdisciplinare della protezione dei minori e degli adulti, sviluppare canali e metodi volti a riconoscere e conciliare gli interessi e le esigenze contrapposti delle persone interessate (Stucky & Wider, 2018; Blum et al., 2022).

I tipici conflitti di interesse nella complessa assistenza sanitaria ai minori in affidamento si attenuano quando i professionisti medici e il personale trattante si assicurano sin dall'inizio del trattamento che vi sia il consenso dei genitori titolari di autorità parentale o di chi li rappresenta e che la condivisione di informazioni con le figure di riferimento del minore risulti ben chiara. All'inizio di una situazione di affidamento che quasi sempre comporta il passaggio a un nuovo pediatra o medico di famiglia, i professionisti competenti dovrebbero chiarire con i genitori titolari di autorità parentale come verranno garantiti e gestiti il consenso genitoriale ai trattamenti medici programmati e imprevisi e il flusso di informazioni all'interno dei sistemi d'aiuto. Fra gli aspetti da considerare vi sono anche la gestione dell'obbligo di segretezza nello scambio di informazioni con le figure di riferimento nella quotidianità e professionali (ad esempio in ambito scolastico), nonché la consultazione dei dati relativi alla salute del minore.

Tenendo conto dei desideri del minore capace di discernimento, il personale curante deve coltivare lo scambio con l'intera rete d'aiuto di cui fanno parte i genitori, le figure di riferimento presso il luogo dove risiede il minore ed eventuali altri professionisti o persone di fiducia. Soltanto così queste persone potranno costruire un rapporto di fiducia con il minore, inquadrare le loro valutazioni nel contesto della complessa situazione di vita del minore e comprenderne meglio le esigenze di salute.

Bibliografia

- AAP American Academy of Pediatrics. Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care, Committee on Adolescence, and Council of Early Childhood. (2015). Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. *Pediatrics*, 136(4), e1131–e1140. Siehe auch auf der AAP Plattform «Foster Care» 2025, <https://www.aap.org/en/patient-care/foster-care/>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles*. University of Vermont Department of Psychiatry.
- Aeby, G., Reimer, D., & Etienne, M. (2024). Begleitung von Herkunftseltern kaum geregelt. *Netz Spezial*, 1, 16–21.
- Averdijk, M., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2018). The long-term effects of out-of-home placement in late adolescence: A propensity score matching analysis among Swiss youths. *Longitudinal and Life Course Studies*, 9(1), 30–57.
- Biesel, K., Jud, A., Lätsch, D., Schär, C., Schnurr, S., Hauri, A., & Rosch, D. (2017). Nicht Entweder-oder, sondern Sowohl-als-auch? Zur Kombination des Berner und Luzerner Abklärungsinstruments zum Kinderschutz und des Prozessmanuals zur dialogisch-systemischen Kindeswohlklärung. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 2, 139–155.
- Blum, S., Brunner, S., Grossniklaus, P., Herzig, C. A., Jeltsch-Schudel, B., & Meier, S. (2022). *Kindesvertretung: Konkret, partizipativ, transdisziplinär*. transcript Verlag.
- Blülle, S., Cassée, K., & Diethelm, K. (2013). *Leitfaden Fremdplatzierung*. INTEGRAS. Bronfenbrenner, U., (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bürgin, D., Clemens, V., Vargheses, N., & Schmid, M. (2022). Adverse and traumatic exposures, post-traumatic stress disorder, telomere length, and hair cortisol – Exploring associations in a high-risk sample of young adult residential care leavers. *Brain Behaviour & Immunity-Health*, 26(49), 100524.
- Clyman, R., Harden, B. J., & Little, Chr. (2002). Assessment, Intervention and Research with Infants in Out-Of-Home Placement. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 435–453
- Department of Education, & Department of Health (Eds.). (2015). *Statutory guidance on promoting the health and well-being of looked after children*. DCSF. <https://www.gov.uk/government/publications/promoting-the-health-and-wellbeing-of-looked-after-children--2>
- Dozier, M., Zeanah, C., & Bernard, K. (2013). Infants and Toddlers in Foster Care. *Development Perspectives*, 7(3), 166–171.
- Ducreux, E., & Puentes-Neumann, G. (2020). Adaptation of babies in three types of placement: An ethological approach. *Infant Mental Health Journal*, 1–13.

- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – Ein Update. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1247–1254.
- Ellis, B. J., Abrams, L. S., Masten, A. S., Sternberg, R. J., Tottenham, N., & Frankenhuis, W. E. (2022). Hidden talents in harsh environments. *Development and Psychopathology*, 34(1), 95–113.
- Espeleta, H. C., Bakula, D. M., Cherry, A. S., Lees, J., Shropshire, D., Domm, K., Ruggiero, K. J., Mullins, L. L., & Gillaspay, S. R. (2023). Caregiver perceptions of the pediatric medical home model to address the health services needs of youth in foster care. *Children and Youth Services Review*, 150, 106964.
- Fegert, J. M., Sachser, C., & Witt, A. (2020). Adverse Childhood Experiences (ACE) – belastende Kindheitserlebnisse. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad, & T. Legenbauer (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 1–10). Springer Berlin Heidelberg.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56, 774–786.
- Gabriel, Th., & Keller, S. (2020). Soziale Elternschaft und soziale Zugehörigkeit: Reflexionen der Zürcher Adoptionsstudie. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 23, 295–322.
- Gabriel, Th. & Aebischer, M. (2013), Einleitung, in: INTEGRAS Leitfaden Fremdplatzierung, 7–9,
- Gabriel, Th., Keller, S., Bombach, C., Stohler, R., & Ibrahimi, B. (2015). *Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Angeboten im Kanton Zürich*. ZHAW.
- Gabriel, T., Keller, S., & Bombach, C. (2021). Vulnerability and Well-Being Decades After Leaving Care. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Gabriel, Th. (2022). Aufsicht über Pflegefamilien. *Netz. Pflegekinder-Aktion Schweiz*, 1, 8–10.
- Gesundheitsheft Schweiz: <https://www.paediatricschweiz.ch/unterlagen/gesundheitsheft/>
- Glennen, S. (2002). Language Development and Delay in Internationally Adopted Infants and Toddlers: A Review. *American Journal of Speech – Language Pathology*, 11(4), 333–339.
- Goemans, A., van Beem, M., Vedder, P., & van Geel, M. (2016). Developmental Outcomes of Foster Children: A Meta-Analytic Comparison With Children From the General Population and Children at Risk Who Remained at Home. *Child Maltreatment*, 21(3), 198–217.
- Golding, S., William, C., & Leitão, S. (2013). Speech and language development: Knowledge and experiences of foster carers. *ACQ*, 13(1), 12–20.
- Goldman, P. S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Bradford, B., Christopoulos, A., Ken, P. L. A., Cuthbert, C., Duchinsky, R., Fox, N. A., Grigoras, S., Gunnar, M. R., Ibrahim, R. W., Johnson, D., Kusumaningrum, S., Agastya, N. L. P. M., Mwangangi, F. M., Nelson, C. A., Ott, E. M., Reijman, S., van IJendoorn, M. H., Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children: Policy and practice recommendations for global, national, and local actors. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 606–633.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to Determine the Clinical Status of Children in State Custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55–73.
- Hillen, T., Gafson, L., Drage, L., & Conlan, L. M. (2012). Assessing the Prevalence of Mental Health Disorders and Mental Health Needs among Preschool Children in Care in England. *Infant Mental Health Journal*, 33, 411–420.
- Hillen, T., & Gafson, L. (2014). Why good placements matter: Pre-placement and placement risk factors associated with mental health disorders in pre-school children in foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 486–499.
- Hofer, J., & Fellinger, J. (2022). 3/m – Pflegekind mit Hyperaktivität und deutlich eingeschränkter Sprachentwicklung. Vorbereitung auf die Facharztprüfung: Fall 101. *Monatsschrift Kinderheilkunde, Suppl* 6, 545–552.
- Humphreys, K., Nelson, C. A., Fox, N., & Zeanah, C. (2017). Signs of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder et age 12: Effects of institutional care history and high-quality foster care. *Development and Psychopathology*, 29(2), 675–684.
- INTEGRAS Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik, & Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP). (2021). *Empfehlungen für eine gute interdisziplinäre Praxis zwischen Sozialpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Kontext ausserfamiliärer Unterbringungen*. <https://www.integras.ch/de/aktuelles/904-integras-und-die-sgkjpp-veroeffentlichen-neue-standards-empfehlungen-fuer-eine-gute-interdisziplinare-praxis>
- Jenni, O. & Sennhauser, F.H. (2016). Child Health Care in Switzerland. *Journal of Pediatrics*, 177, 203–212.
- Jenni, O. (2021). *Die kindliche Entwicklung verstehen*. Springer-Verlag.
- Jenni, O. & Holtz, S. (2024). Vorsorgeuntersuchungen. In S. Meyer (Ed.), *Duale Reihe Pädiatrie* (pp. 55–69).
- Jenni, O. (2024). *Entwicklungsstörungen verstehen*. Springer Verlag.
- Kantonale Programme zur Gesundheitsförderung: <https://promozionesalute.ch/programmi-dazione-cantionali/temi-e-pubblicazioni/temi/promozione-della-salute-nella-prima-infanzia>

- Karpinski, H., Peter, S., Rodeck, B., Thyen, U., & Trost-Brinkhues, G. (2019). *Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ e.V.) mit ihrem Konvent – Mitglied Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ e.V.) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ e.V., Dachverband der Kinder- und Jugendmedizin) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG)*. <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahme-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-261020.pdf>
- Kavanaugh, B. C., Dupont-Frechette, J. A., Jerskey, B. A., & Holler, K. A. (2016). Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment: Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. *Applied Neuropsychology: Child*, 6(1), 64–78.
- Keefe, R. J., Cummings, A. D. L., Greeley, C. S., & Van Horne, B. S. (2022). Mental Health and Developmental Disorder Diagnoses of Foster and Nonfoster Children Enrolled in Medicaid. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 43(5), e296–e303.
- Kilde, G., Köngeter, S., & Moser, L. (2024). Partizipation: Dem Erlebten Sinn geben. *Netz Spezial*, 1, 11–15.
- King, L. S., Guyon-Harris, K. L., Valadez, E. A., Radulescu, A., Fox, N. A., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2023). A Comprehensive Multilevel Analysis of the Bucharest Early Intervention Project: Causal Effects on Recovery From Early Severe Deprivation. *The American Journal of Psychiatry*, 180(8), 573–583.
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES). (2019). *Melderechte und Meldepflichten an die KESB nach Art.314c,314d,443 sowie 453 ZGB*. https://www.kokes.ch/application/files/7815/4843/1295/Merkblatt_Melderechte-Meldepflichten_definitiv_Version_25.1.2019.pdf
- Krier, J., & Duren Green, T. (2018). Youths in foster care with language delays: Prevalence, causes, and interventions. *Psychology in the Schools*, 55(5), 523–538.
- Kronenberg, B. (2021). *Sonderpädagogik in der Schweiz: Bericht im Auftrag des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) im Rahmen des Bildungsmonitorings*. SBFI und EDK. <https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/it/home/servizi/pubblicazioni/banca-dati-pubblicazioni/pedagogia-speciale.html>
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., Findling, R. L., Fisman, S., Greenhill, L. L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, D., Taylor, E., & Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1), 11–28.
- Lannen, P., Sand, H., Sticca, F., Gallego, R., Bombach, C., Simoni, H., Wehrle, F., & Jenni, O. (2021). Development and Health of Adults Formerly Placed in Infant Care Institutions – Study Protocol of the Life Stories Project. *Front Human Neurosci*, 14(611691).
- Lannen, P., Simoni, H., & Jenni, O. (2024). Heimplatzierung von Kleinkindern in der Schweiz – 60 Jahre danach. In H. Liebsch, E. Flemming, & C. Spitzer (Eds.), *Wochenkrippen und Säuglingsheime: Institutionalisierte Fremdbetreuung im frühen Kindesalter* (pp. 143–156). Psychosozial-Verlag.
- Lannen, P., Sticca, F., Sand, H., Bombach, C., Simoni, H., & Jenni, O. (2024). «Lebensgeschichten». Säuglingsheimplatzierung und ihre Bedeutung über die Lebensspanne. In A. Knüsel, A. Grob, & V. Mottier (Eds.), *Schicksale der Fremdplatzierung. Behördenentscheidungen und Auswirkungen auf den Lebenslauf*. (Vol. 3, pp. 27–38). Schwabe Verlag.
- Leslie, L. K., Gordon, J., Ganger, W., & Gist, K. (2002). Developmental Delay in Young Children in Children Welfare By Initial Placement Type. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 496–516.
- Lohaus, A., Kerkhoff, D., Chodura, S., Möller, C., Symanzik, T., Rueth, J. E., Ehrenberg, D., Job, A.-K., Reindl, V., Konrad, K., & Heinrichs, N. (2018). Longitudinal relationships between foster children's mental health problems and parental stress in foster mothers and fathers. *European Journal of Health Psychology*, 25, 33–42.
- Mackes, N. K., Golm, D., Sarkar, S., Kumsta, R., Rutter, M., Fairchild, G., Mehta, M. A., Sonuga-Barke, E. J. S., & on behalf of the ERA Young Adult Follow-up team. (2020). Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(1), 641–649.
- Mall, V., Horacek, U., & Oberle, A. (2017). *Stellungnahme der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften zum Bereich Pflegekinder*. <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/stellungnahmen-der-dgkj/stellungnahmen-fuer-medizinische-fachkreise>
- McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annu. Rev. Dev. Psychol.*, 1, 277–312.
- McLeigh, J. D., Tunnell, K., & Lazcano, C. (2021). Developmental Status of Young Children in Foster Care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 42(5), 389.
- Meierhofer, M., & Keller, W. (1966). *Frustration im frühen Kindesalter* (3. Auflage 1974). Hans Huber.
- Merkblatt zum Umgang mit schutzbedürftigen Kindern aus der Ukraine: https://www.kokes.ch/application/files/3116/4924/1223/SODK-KOKES_Merkblatt_Kinder_aus_Ukraine.pdf
- Mögel, M. (2014). Sinn und Gestaltung von Besuchskontakten in der frühen Kindheit. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht*, 143–145.
- Mögel Wessely, M. (2019). «Sie wären eine lange Familie gewesen» Das Zugehörigkeitserleben in Obhut genommener Vorschulkinder in der MacArthur Story Stem Battery [Konstanz]. <https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/45806>

- Mögel, M. (2021). Selbst- und Beziehungsentwicklung in ungewissen Lebenswelten. Platzierungen in der frühen Kindheit. *Frühförderung Interdisziplinär*, 40, 201–212.
- Mögel, M., & Jenni, O. (2023). Die gesundheitliche Versorgung von Pflege- und Heimkindern in der Schweiz. *Prim Hosp Care*, 23(9), 268–270.
- National Health Service & Department for Education. (2015). *Promoting the health and wellbeing of looked after children. Statutory guidance for local authorities, clinical commissioning groups and NHS England*. <https://www.gov.uk/government/publications/promoting-the-health-and-wellbeing-of-looked-after-children--2>
- Nowacki, K. & Schoelmerich. (2010). Growing up in foster families or institutions: Attachment representation and psychological adjustment of young adults. *Attachment & Human Development*, 12, 551–566.
- Oezdirek, M., Tschäppeler, B., Guarise, C., Fried, G., Kapp, J., Horber, P., & Reimer, D. (2021). *Standards Qualité des processus dans le placement d'enfants et adolescents en famille d'accueil*. Verlag Integras.
- Oswald, S. H., Ernst, C., & Goldbeck, L. (2011). *Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Praxismanual*. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Downloads/Praxismanual_Stand_Juni2011.pdf
- Pears, K., & Fisher, P. (2005). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool-aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 112–121.
- Pedrina, F., & Mögel, M. (2016). Soziale Elternschaft: Geteilte Verantwortung bei der Gestaltung von Übergängen von Kleinkindern in Pflegefamilien. In *Elternschaft: Klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven* (Vol. 5, pp. 226–249). Brandes & Apsel.
- Raby, K. L., Freedman, E., Yarger, H. A., Lind, T., & Dozier, M. (2019). Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. *Developmental Science*, 22(2), e12753.
- Rausser, G., Meierhofer, K., Reimer, D., Tausendfreund, T., & Gabriel, Th. (2021). *Implications of a child centered research, policy and practice*. 16th International Conference of the European Scientific Association on Residential & Family Care for Children and Adolescents (EuSARF), Zürich.
- Reimer, D. (2021, May). *Peer Review on «Furthering quality and accessibility of Foster Care service» Thematic Discussion Paper Better Quality in Foster Care in Europe – How can it be achieved?* Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Website: <https://digitalcollection.zhaw.ch/items/28597d6a-bb3b-4925-8a83-7c052b5542f5>
- Royal Australasian College of Physicians RACP. (2006). Health of children in «out-of-home» care. <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/health-of-children-in-out-of-home-care.pdf>
- Sand, H., Sticca, F., Eichelberger, D., Wehrle, F., Simoni, H., Jenni, O., & Lannen, P. (2024). Raised in conditions of psychosocial deprivation: Effects of infant institutionalization on early development. *Children and Youth Service Review*, 163, 107718.
- Schmid, C. (2018). *Kindeswohlgefährdung in der Schweiz. Formen, Hilfen, fachliche und politische Implikationen* (UBS Optimus Foundation, Ed.). <https://www.kinderschutz.ch/it/offerte/scaricare-ordinare/studio-optimus-2018>
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry* 13:3.
- Schmid, M. (2011). *Gute und schlechte Verläufe in der Heimerziehung. Welche Heranwachsenden erreichen ihre pädagogischen Ziele? Ergebnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ)*. BKJPP-Jahrestagung, Friedrichshafen.
- Schmid, M., Pérez, T., Schröder, M., & Gassmann, Y. (2017). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung von Pflegefamilien. In S. B. Gahleitner, Th. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schnurr, S., Rein, A., Galle, S., Ramsauer, N., & Schoch, A. (2024). Zuständigkeiten klären und Begleitung verankern. *Netz Spezial*, 1, 23–28.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Risk and Resilience in Long-Term Foster-Care. *British Journal of Social Work*, 35, 1–19.
- Schröder, M., Jenkel, N., & Schmid, M. (2013). EQUALS – ein teilstandardisiertes Instrument zur interdisziplinären Zielvereinbarung und Unterstützung des Hilfeplanverfahrens in der Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch, & D. Hillenbrand (Eds.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 171–187). Kohlhammer.
- Schröder, M., Perez, T., Buderer, C., & Schmid, M. (2017). Bindungsauffälligkeiten und psychische Belastung bei Kindern aus der Pflegekinderhilfe und Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 118–126.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Peter, C., Diebold, M., Delgrande, M., Dratva, J., Kickbusch, I., & Stronski, S. (2020). *OBSAN Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hogrefe. <https://www.obsan.admin.ch/de/jahresbericht-2020>
- Scott Heller, S., Smyke, A., & Boris, N. (2002). Very Young Foster Children and Foster Families: Clinical Challenges and Interventions. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 555–575.

- Seiterle, N. (2017). *Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2015*. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz.
- Seker, S., Bürgin, D., d'Huart, D., Schmid, M., Schmeck, K., Jenkel, N., Fegert, J. M., Steppan, M., & Boonmann, C. (2022). Der Verlauf von psychischen Problemen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen bis in deren Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 9–21.
- Sheridan, M., Mukerji, C. E., Wade, M., Humphreys, K., Garrisi, K., Goel, S., Patel, Fox, N., Zeanah, C. H., Nelson, C., & McLaughlin, K. (2022). Early deprivation alters structural brain development from middle childhood to adolescence. *Neuroscience*, 8, 1–13.
- Smyke, A., Zeanah, C., Fox, N., & Nelson, C. (2010). Placement in Foster Care Enhances Quality of Attachment Among Young Institutionalized Children. *Child Development*, 81, 212–223.
- SODK & KOKES. (2020). *Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES) zur ausserfamiliären Unterbringung*.
<https://www.kokes.ch/de/dokumentation/empfehlungen/platzierung>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., Maughan, B., Schlotz, W., & Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet*, 389(10078), 1539–1548.
- Spangler, G., Bovenschen, I., Jorjadze, N., Zimmermann, J., Werner, A., Riedel, N., Gabler, S., Kliewer-Neumann, J., & Nowacki, K. (2019). Inhibited symptoms of Attachment Disorder in children from institutional and foster care samples. *Attachment & Human Development*, 21(2), 132–151.
- Stucky, M., & Wider, D. (2018). Peer-Arbeit als Form der Partizipation – auch im Kindes-/Erwachsenenschutz! *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 4, 304–310.
- Tottenham, N. (2014). The importance of early experiences for neuro-affective development. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 109–129.
- Turney, K., & Wildeman, Ch. (2016). Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*, 138(5), e20161118.
- UNICEF. (2013). *UN-Kinderrechtskonvention*.
<https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>
- Unterberg, A., Schröder, M., Perez, T., Di Gallo, A., & Schmid, M. (2013). Der Zusammenhang von elterlichem Stress, Bindungsproblemen und psychischer Belastung von Pflegekindern. *Familiendynamik*, 4, 278–288.
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703–720.
- Vasileva, M., & Petermann, F. (2018). Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 443–458.
- Werner, K., & Stohler, R. (2021). Berufliche Integration von Jugendlichen in Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe – Herausforderungen und Unterstützung. *Gesellschaft-Individuum-Sozialisation. Zeitschrift für Sozialisationsforschung*, 2(1).
- Wieber, F., Zysset, A., & von Wyl, A. (2022). *Central concepts in mental health promotion programs for children and adolescents: Evidence and examples from Switzerland*. Abstract citation ID: ckac129.451.
- Windsor, J., Benigno, J. P., Wing, C. A., Carroll, P. J., Koga, S. F., Nelson, C. A., Fox, N., & Zeanah, C. H. (2011). Effect of Foster Care on Young Children's Language Learning. *Child Development*, 82(4), 1040–1046.
- Wolf, K. (2012). *Sozialpädagogische Interventionen in Familien*. Beltz Juventa.
- Zeanah, C.H. & King, L.S. (2022): Practice and Policy Regarding Child Neglect: Lessons from Studies of Institutional Deprivation, *Annual Review of Developmental Psychology* 4(1), 399–422
- Ziegenhain, U., Fegert, J., Petermann, F., Schneider-Hassloff, H., & Künster, A. (2014). Inobhutnahme und Bindung. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 248–259.
- Zimmermann, J. (2020). *Förderung positiver Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien Implementierung des bindungsbasierten Beratungsprogramms Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC) für Pflegefamilien in den Regelstrukturen der Kinder- und Jugendhilfe*. Fachtagung Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/Pflegefamilien/ACB_Fachtag_2020_Zimmermann.pdf

Impressum

Edito da:
pediatria svizzera,
Collegio di medicina di base (CMB),
Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia
Infantile e dell'Adolescenza (SSPPIA)

Autori:
Dr. rer. nat. Maria Mögel e
Prof. Dr. med. Oskar Jenni
Abteilung Entwicklungspädiatrie,
Universitäts-Kinderspital Zürich

Revisione e correzione bozze:
Stefanie Wolff-Heinze

Traduzione in italiano:
Patricia Moritz, delicatext gmbh

Layout:
Michael Stahl Visuelle Kommunikation

Stampato da:
Valmedia AG, Pomonastrasse 12, 3930 Visp

Indirizzo di riferimento:
pediatria svizzera
Rue de l'Hôpital 15, 1700 Friburgo
E-Mail: segretariato@pediatriasvizzera.ch

Copyright:
pediatria svizzera,
Collegio di medicina di base (CMB),
Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia
Infantile e dell'Adolescenza (SSPPIA)

Questa pubblicazione può essere scaricata da
<https://www.paediatricschweiz.ch/fremdplatzierte-kinder-it>

