



Con il sostegno finanziario del Programma DAPHNE III dell'Unione Europea

MANUALE DI POLITICHE E PROCEDURE PER LA CREAZIONE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA - MDS-CAN

CAN-MDS DATA COLLECTION PROTOCOL

This Protocol was developed in the context of the Daphne III Project "Coordinated Response to Child Abuse and Neglect via a Minimum Data Set" for the benefit of a CAN-MDS Surveillance System.

Published: [Date]

Agencies' Response to CAN Cases

1 RATIONALE

Child maltreatment is a major public health problem the magnitude and the characteristics of which are not sufficiently known. The CAN-MDS Surveillance System targets to monitor the problem at a national level based on contributions by various sources and, moreover, facilitate the coordination of actions among involved sectors, agencies and professionals.

NOTE: This manual is one of the components of the CAN-MDS Toolkit. Its usage should not supplant the practice of the Agency.

CAN-MDS SURVEILLANCE SYSTEM

e-CAN-MDS - Initial screen

The vertical column in the right side of the screen is actually a list of the MDS data elements that serves in multiple ways:

- indicates the sequence of data elements to be recorded
- indicates who records the necessary information, namely you (green boxes) or the system (orange boxes)
- provides you with an overview of the information already recorded and with the need for further information for potential Aggregators
- identifies the relationships among the different documents

YOU (the Operator)

Enter username and password.

Notes: Operators and Professionals are assigned Operators and Professionals and are assigned to the system and have access to the CAN-MDS data following procedures.

SYSTEM: Agency's and Operator's ID (ID auto-completes)

The system will enter the CAN-MDS system by using the username and operator's personal ID will be auto-completed.

NOTE: Please check the correctness of the data and if the data are not correct or if an error is needed, please contact your National Administrator.

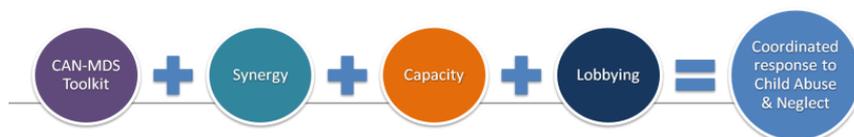
NOTE: The system will prompt you when to enter the data.

SYSTEM: Date of entry auto-completes

NOTE: If the system identifies a record for the same Child's ID it will notify you as follows:

OPERATOR: Enter [ID_C3] (i.e. period, e.g. 11/11/2011)

NOTE: This data element is completed by you. After you assign the ID by the national administrator. The date period, the assign a Child's ID (operator's ID) presented in the Director's Guide.



La presente guida fa parte del Toolkit MDS-CAN elaborato nel quadro del Programma DAPHNE III "Risposta coordinata all'abuso e trascuratezza in danno di minori (CAN) tramite un set minimo di dati (MDS)"

Organizzazione coordinatrice:

Istituto di Salute dell'infanzia, Dipartimetro di Salute mentale e Assistenza sociale - GRECIA

George Nikolaidis, Coordinatore del progetto

Athanasios Ntinapogias, Coordinatore del progetto /Ricercatore principale

Antonia Tsirigoti, Ricercatore

Eleni Mihalopoulou, Assistente di progetto

Organizzazioni partner:

Coördinatiecel Internationaal Kind en Gezin - Kind en Gezin Academie – BELGIO

Aneliese Hendrix, Coordinatore locale

Bert Van Poyenbroeck, Ricercatore

Università degli studi del Sud Ovest "Neofit Rilski",

Dipartimento di Scienze di Sanità pubblica e Sport – BULGARIA

Vaska Stancheva-Popkostadinova, Coordinatore locale

Stefka Chincheva e Elina Popova, Ricercatori

Università degli studi di Ulm, Dipartimento di Psichiatria/Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza - GERMANIA

Lutz Goldbeck, Coordinatore locale

Andreas Witt, Ricercatore

Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) – FRANCE

Gilles Séraphin, Coordinatore locale

Flora Bolter, Ricercatore

Istituto degli Innocenti – ITALIA

Donata Bianchi, Coordinatore locale

Silvia Mammini, Silvia Notaro, Ayana Fabris, Cristina Mattiuzzo e Lucia Fagnini, Ricercatori

Università degli studi Babes-Bolyai, Dipartimento di Sociologia e Lavoro sociale – ROMANIA

Maria Roth, Coordinatore locale

Imola Antal e Gabriela Tonk, Ricercatori

Partner associato

Università degli studi di Lucerna di Scienze e Arti applicate, Facoltà di Lavoro sociale - SVIZZERA

Andreas Jud, Coordinatore locale

Esperto di questioni etiche

Paul Durning

Ispettore esterno del progetto

Jenny Gray

with the kind contribution of International Experts

in evaluating the minimum data set for child abuse and neglect

Finkelhor, David (USA); Fluke, John (USA); Jones, Lisa (USA); Leeb, Rebecca (USA); Sedlak, Andrea (USA); Tonmyr, Lil (Canada); AlBuhairan, Fadia (Saudi Arabia); Lael-Szabo, Rachel (Israel); Sofuoglu, Zeynep (Turkey); Raithel, Kristy (Australia); Bertotti, Teresa (Italy); Bollini, Andrea (Italy); Clarke, Michele (Ireland); Mahaira, Rania (Greece); Vanderfaeillie, Johan (Belgium); Vostanis, Panos (UK); and Tuite, Margaret (EC DG Justice)

in developing eligibility criteria for CAN-MDS Operators

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – SPAIN

Castellanos Delgado, J. L. and Solis de Ovando, R.

Sommario

	Pagina
Prefazioni	
Presentazione	
Sistema di sorveglianza MDS-CAN	
Vision	
Mission	
Politiche	
Quadro delle politiche internazionali	
Quadro delle politiche nazionali	
MDS-CAN: Breve descrizione e caratteristiche	
Procedure	
A– Struttura & gestione	
B – Toolkit & operatività	
C – Fonte dei dati & risorse umane	
D – Formazione	
E – Gestione delle informazioni	
Appendici	
Rapporto con profilo Paese	
<hr/>	
Materiali	
Toolkit MDS-CAN (CD/USB, incluso altro materiale di supporto, rapporti, etc.)	

SISTEMA DI SORVEGLIANZA MDS-CAN MANUALE DI POLITICHE E PROCEDURE

PRINCIPI CHIAVE

IL BAMBINO E' UN PORTATORE DI DIRITTI E NON UN DESTINATARIO DELLE ATTIVITA' BENEVOLENTI DEGLI ADULTI (APPROCCIO DEI DIRITTI DEL BAMBINO)

GLI INTERESSI SUPERIORI DEL BAMBINO DEVONO ESSERE DI PRIMARIA CONSIDERAZIONE

IL BAMBINO HA IL DIRITTO DI ESSERE LIBERO DA OGNI FORMA DI VIOLENZA

PREFAZIONI

La violenza contro i bambini e le bambine è trasversale a tutte le età, razze, culture, condizioni sociali e luoghi. Essa avviene nelle case, nelle strade, nelle scuole, on-line, nei luoghi di lavoro, nei centri di detenzione e negli istituti per bambini. Per innumerevoli bambini e bambine di tutto il mondo, l'infanzia è descritta da una sola parola: paura.

L'esposizione dei bambini a violenza, abuso, trascuratezza e sfruttamento si manifesta in molte forme e la sofferenza si accompagna a deprivazione, alti rischi per la salute e comportamenti a rischio, bassi livelli di apprendimento scolastico, dipendenza a lungo termine dai servizi sociali, opportunità limitate di future entrate economiche in età adulta. Per bambini molto piccoli può avere conseguenze irreversibili sullo sviluppo cerebrale e sulla possibilità di avere successo nel corso della vita. Inoltre la violenza spesso è associata a leggi carenti e a una cultura dell'impunità; essa ha costi di lungo termine per la società, rallenta lo sviluppo economico ed erode il capitale umano e sociale della nazione.

Nella veste di Rappresentante speciale del Segretariato Generale delle Nazioni Unite sulla violenza contro i bambini ho avuto il privilegio di svolgere numerose missioni sul campo in diverse parti del mondo e sono sempre rimasta impressionata da un senso di urgenza sempre più crescente! Nonostante molto sia stato raggiunto nel mondo, per la protezione dell'infanzia, ancora tanto resta da fare per assicurare ad ogni bambina e bambino di poter godere di un'infanzia senza violenza. Una dimensione cruciale nella salvaguardia del diritto del bambino ad essere protetto da ogni forma di violenza è quella della raccolta e analisi dei dati, e il loro impiego per fornire informazioni a livello di leggi, politiche, decisioni economiche e azioni.

Dobbiamo misurare ciò di cui facciamo tesoro! Dati adeguati sono cruciali per mettere fine all'invisibilità della violenza, sfidare la sua accettazione sociale, comprendere le sue cause e rafforzare la protezione per i bambini a rischio. I dati sono essenziali per supportare le politiche governative e la pianificazione di piani e risorse per servizi di protezione dell'infanzia universali ed efficaci, e per garantire lo sviluppo di leggi, politiche e processi di implementazioni basati sull'evidenza.

Nel 2013 il mio ufficio ha condotto una indagine a livello mondiale che conferma che l'informazione sulla violenza contro i bambini rimane scarsa e frammentata in tutto il mondo, con limitati dati disponibili sulla sua estensione e il suo impatto, sui fattori di rischio, gli atteggiamenti di fondo e sulle norme sociali che perpetrano questo fenomeno. Le risultanze indicano che all'interno di un singolo Paese ci possono essere una serie di istituzioni che raccolgono e gestiscono informazioni disperse, basate su diverse definizioni e indicatori. Laddove è presente una istituzione centrale, l'informazione è spesso raccolta da fonti limitate e non riesce a riguardare tutti i tipi di violenza contro i bambini, o tutte le circostanze in cui essa accade.

Inoltre, l'indagine ha mostrato che spesso c'è poco o nessun coordinamento tra gli enti statistici nazionali e le istituzioni responsabili per le politiche, i programmi e l'allocatione delle risorse per proteggere i bambini dalla violenza. In linea con uno studio delle Nazioni Unite del 2006, l'indagine raccomanda ai governi di riconoscere l'importanza cruciale di costruire sistemi forti di raccolta dei dati e di fornire prove evidenti per prevenire e affrontare la violenza contro i bambini, poiché strumenti di monitoraggio e indicatori devono essere sviluppati per rilevare e comprendere il fenomeno dell'esposizione dei bambini alla violenza.

A questo proposito, saluto calorosamente il progetto "Coordinated response to child abuse and neglect (CAN) via a minimum data set (MDS)". Esso riconosce la necessità di raccogliere dati sull'abuso e la trascuratezza ai danni dell'infanzia e sottolinea l'importanza considerare come una

priorità globale la raccolta di dati su questo fenomeno, in particolare all'interno dell'Europa a 28 membri.

Il MDS-CAN è un Sistema di Sorveglianza innovativo di registrazione degli eventi di abuso e trascuratezza in danno di minori, utilizza una metodologia comune tra i Paesi e soprattutto tra diversi settori, servizi e specializzazioni professionali all'interno dei Paesi. Esso avrà un'importanza significativa nel colmare le lacune nella nostra conoscenza sulla portata di questo problema, consentendoci di avere una migliore comprensione della sua natura e delle sue conseguenze e perciò di meglio prevenire la violenza contro i bambini

Il MDS-CAN è stato prodotto proprio quando gli Stati membri delle Nazioni Unite stavano disegnando un'agenda mondiale post-2015 sullo sviluppo sostenibile. Basandosi sugli Obiettivi di sviluppo per il millennio (MDGs), gli obiettivi per uno sviluppo sostenibile(SDG's) prevedono traguardi diversi per mettere fine a tutte le forme di violenza, abuso, trascuratezza e sfruttamento contro i bambini. Questo è un risultato significativo che darà un impulso enorme alla protezione dei diritti dei bambini in tutto il mondo.

L'approccio intersettoriale alla raccolta di dati adottato dal progetto MDS-CAN non servirà solo ad aiutare e supportare i bambini vittime e coloro a rischio di diventare o ritornare vittime, esso darà un contributo cruciale anche alle attività di monitoraggio e di reporting sull'andamento degli Obiettivi di sviluppo sostenibili dei 28 stati membri della UE. In particolare contribuirà in modo significativo a fornire dati per i rapporti annuali di incidenza per Paese, indicando i bisogni attuali per i servizi attivi nel campo, sottolineandone la relazione tra i fattori specifici e i tipi di maltrattamento infantile, e fissando le priorità delle azioni che devono essere prese a livello locale, nazionale e internazionale.

L'uso di questo importante strumento supporterà gli Stati nell'adempimento dei loro obblighi internazionali, e nell'essere efficaci nelle attività di implementazione e relazione sui progressi raggiunti nel mettere della violenza contro bambini nell'era post-2015.

Marta Santos Pais, UN Special Representative of the Secretary General on Violence against Children

Come stabilito dalla Convenzione sui diritti del fanciullo (UNCRC), ratificata da quasi tutti i Paesi nel mondo, tutti i bambini hanno diritto ad essere protetti da ogni forma di violenza (articolo 19). La realizzazione di questo diritto richiede sforzi concertati, procedure efficaci e coordinamento e collaborazione tra gli attori istituzionali e non dei sistemi integrati di protezione dell'infanzia.

Il Progetto "Coordinated response to child abuse and neglect (CAN) via a minimum data set (MDS)", promosso dall' Institute of Child Health della Grecia, è stato cofinanziato dal Programma UE DAPHNE1, che si concentra sulla prevenzione e la risposta alla violenza contro i bambini, i giovani e le donne.

La raccolta di dati elementari è essenziale per fornire informazioni utili alla prevenzione, identificazione, segnalazione, rinvio, indagine, trattamento, coinvolgimento giudiziario e follow-up dei casi di violenza all'infanzia e per prevenire la ri-vittimizzazione dei bambini. I dati aggregati sono essenziali per identificare tendenze, misurare le risposte e alimentare lo sviluppo di politiche. Ha senso sviluppare strumenti che facilitano un coordinamento e una collaborazione veloci tra professionisti. Il progetto MDS-CAN ha un chiaro valore aggiunto europeo poiché pone sfide che sono comuni a molti Paesi membri della Ue, compreso l'utilizzo di definizioni e terminologie condivise, un registro elettronico pronto all'uso per registrare fatti e i rischi legati ai bambini e per condividere informazioni tra settori e tra professionisti che hanno necessità di conoscere il fenomeno. Il sistema software permette il collegamento di tutti i fatti relativi ad un determinato bambino. Infine lo strumento serve come mezzo per fornire dati e statistiche comparabili e affidabili.

Accolgo con favore il fatto che ci sia stata un'ampia consultazione di esperti durante il progetto e che il lavoro sia basato su norme internazionali (Articolo 19 della UNCRC e Commento generale n. 13 del Comitato ONU sui diritti del bambino) e standard ISO. Lo strumento è stato realizzato in inglese ed è stato già adattato per l'utilizzo in sette Paesi partner. Uno studio recente della Ue mirante a raccogliere dati sul coinvolgimento dei bambini nei procedimenti giudiziari penali ha mostrato che nel 2010 esistevano dati comparabili sui bambini vittime di reati violenti in soli 11 paesi su 28 della comunità europea².

Al nono Forum europeo sui diritti del bambino, tenutosi nel giugno 2013, ci siamo concentrati sulle modalità di coordinamento e collaborazione nei sistemi integrati di protezione dell'infanzia e abbiamo proposto 10 principi guida⁴. Il MDS-CAN supporta l'implementazione di questi 10 principi.

Il MDS-CAN può aiutare a fare molti passi in avanti per la prevenzione e la risposta alla violenza contro i bambini e incoraggiare gli Stati membri ad adottarlo e usarlo adattandolo alla loro struttura governativa laddove necessario⁵.

Margaret Tuite, European Commission coordinator for the rights of the child

¹ http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/programme/daphne-programme/index_en.htm

² <http://bookshop.europa.eu/en/summary-of-contextual-overviews-on-children-s-involvement-in-criminal-judicial-proceedings-in-the-28-member-states-of-the-european-union-pbDS0313659/?CatalogCategoryID=WTQKABsteF0AAAEiKpEY4e5L>

³ http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/rights-child/european-forum/ninth-meeting/index_en.htm

⁴ http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/2015_forum_roc_background_en.pdf

⁵ Dal Giugno 2015, il Sistema software è pronto per essere usato nella formazione degli operatori e future operatori dei sette paesi partecipanti al progetto, ed è disponibile per essere testato come Sistema di raccolta. Per paesi aggiuntivi, è possibile l'adattamento specifico se non è già disponibile.

PRESENTAZIONE

Il **Manuale di Procedure e Politiche MDS-CAN** si rivolge primariamente ai luoghi dove vengono elaborate le politiche e agli attori che lavorano in qualsiasi settore che sia impegnato nella gestione dei casi di abuso e trascuratezza in danno di minori, così come ogni parte interessata nella loro prevenzione.

Relativamente al suo **contenuto**, il Manuale di Politiche e Procedure fornisce un panorama del Sistema di Sorveglianza MDS-CAN sviluppato recentemente, le sue vision e mission e la cornice di politiche internazionali e nazionali necessarie per la sua implementazione. Inoltre, le procedure relative a struttura, gestione e operatività del sistema sono descritte insieme alle procedure per la raccolta dei dati, le fonti dei dati, le risorse umane e finanziarie richieste e, ultimo ma non minore, la gestione e diffusione delle informazioni che tale sistema deve raccogliere.

La **necessità** di raccogliere i dati sull'abuso e trascuratezza ai danni di minori è un bisogno comunemente riconosciuto ed è una priorità a livello internazionale, e in particolare, all'interno dei 28 Stati membri dell'Unione europea. L'abuso e trascuratezza ai danni di minori (CAN) è un importante problema di salute pubblica. I dati basati sui casi di CAN all'interno della UE provengono da una varietà di fonti e vengono raccolti con metodologie diverse: perciò, il monitoraggio dei casi a livello locale e nazionale non è sufficientemente coordinato tra i settori coinvolti. A livello internazionale, dove i sistemi di monitoraggio esistono, essi variano considerabilmente, perciò le comparazioni non sono fattibili.

Ulteriori barriere per l'efficacia del monitoraggio dei CAN sono la mancanza di definizioni operative e pratiche di registrazione comuni. Il Comitato UE sui diritti del bambino "riconosce e accoglie le numerose iniziative sviluppate dai governi e da altri per prevenire e rispondere alla violenza contro i bambini. Nonostante questi sforzi, le iniziative esistenti sono in generale insufficienti. L'impatto delle misure prese è limitato dalla mancanza di sapere, di dati e di comprensione della violenza contro i bambini e delle sue cause originarie, dagli sforzi in risposta ad essa che si focalizzano sui sintomi e sulle conseguenze piuttosto che sulle cause, e da strategie che sono frammentate invece che integrate. Le risorse investite per affrontare il problema sono inadeguate" (CRC.C.GC.13, 2011).

Le **caratteristiche** di un Sistema di Sorveglianza MDS-CAN può essere riassunto in due punti, l'**oggetto della sorveglianza** che è l'episodio di abuso e trascuratezza e i **principi chiave** della filosofia e pratica MDS-CAN che sono: l'approccio dei diritti del bambino secondo il quale il bambino è un portatore di diritti e non un beneficiario delle attività di benevolenza degli adulti; l'interesse superiore del bambino, come definito nella CRC (Art. 3) e il *diritto del bambino di essere libero da ogni forma di violenza* (UNCRC, Art. 19; CRC.C.GC.13, 2011).

Le **sfide principali** che MDS-CAN deve affrontare – al di là di quelle che tutti i sistemi di sorveglianza della salute pubblica affrontano – sono sintetizzate qui sotto:

- **All'interno dei Paesi dell'Unione Europea:** Il MDS-CAN punta ad essere usato in diversi Paesi nei quali sono in essere diversi sistemi di governo. Perciò una identica implementazione a livello nazionale non può essere fattibile ed è necessario un adattamento secondo le specificità del Paese.
- **All'interno dei Paesi – tra settori:** Differenti settori (sanità, sociale, salute mentale, istruzione, giustizia, ordine pubblico) hanno giurisdizioni diverse relativamente ai bambini e perciò i bambini sono l'oggetto di diversi dati (il focus può dipendere dalle specificità di settore: bambino paziente, bambino beneficiario di servizi sociali, bambino cliente, bambino studente, bambino vittima/autore/testimone oculare)
- **All'interno dei settori – tra professionisti con diversa formazione:** Le diverse competenze dei professionisti che lavorano con i bambini abbassano il livello di dati comuni disponibili tra tutti i gruppi di professionisti rilevanti, conducendo a diverse attenzioni e quindi a diverse interpretazioni dei diritti dei bambini in generale e dell'abuso e trascuratezza ai danni di minori in particolare.
- **All'interno degli stessi gruppi professionali – tra diverse definizioni dell'abuso e della trascuratezza ai danni di minori:** Definizioni concettuali e operative sulle quali non c'è comune accordo spesso rappresentano una barriera per la raccolta di dati validi, attendibili e comparabili sull'abuso e la trascuratezza ai danni di minori.

La **risposta di MDS-CAN** a queste sfide potrebbe essere descritta come segue:

- **All'interno degli stessi gruppi professionali – tra diverse definizioni di abuso e trascuratezza:** Il MDS-CAN è un sistema basato sull'*episodio*. L'*episodio* in questo contesto si fonda sull'Articolo 19ⁱ della CRC e sul Child's General comment No. 13 (2011)ⁱⁱ del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del bambino. Le definizioni di abuso e trascuratezza ai danni di minori sono state operativizzate, in modo tale da richiedere una *decisione minima* agli Operatori che desiderano raccogliere dati il più possibile uniformi; gli episodi sono definiti o come *atti di violenza*

commessi contro un bambino o come omissioni nella cura del bambino. Le definizioni di ogni singolo termine sono disponibili nel Manuale dell'Operatore.

- **All'interno dei settori – tra professionisti con diversa formazione:** il toolkit MDS-CAN si rivolge a ogni professionista che lavora con bambini, che abbia una licenza professionale o sia legalmente certificato o sia soggetto a un codice deontologico o pratico. Questi professionisti possono ritrovarsi a dover identificare o essere informati di un episodio di abuso o trascuratezza ai danni di minori. Per l'individuazione di tutti i possibili episodi, è preferibile il coinvolgimento di un ampio numero di specialisti; questo, tuttavia, aumenta la difficoltà della condivisibilità dei dati da raccogliere. A tal fine, è stato sviluppato un gruppo essenziale di dati che comprende solo gli elementi base, rappresentanti il denominatore comune tra tutti i professionisti o operatori potenziali (per esempio, il sesso del bambino).
- **All'interno dei Paesi – tra settori:** E' stato scelto un approccio intersettoriale per la raccolta dei dati, seguendo le molteplici raccomandazioni delle principali organizzazioni internazionali. A tal fine, i settori della sanità, del sociale, della salute mentale, della giustizia, dell'istruzione e dell'ordine pubblico sono idonee fonti di dati per il MDS-CAN. Allargare il numero di fonti plausibili, includendo tutti i settori rilevanti, porterà possibilmente alla raccolta di dati su un maggior numero di casi CAN e perciò, aumenterà la probabilità che le informazioni raccolte rappresentino la reale portata del problema. Dall'altro lato, dati specifici di settore sono stati esclusi dal gruppo minimo di dati; per esempio, non stati inclusi dati che riguardano lo status socio economico della famiglia (settore sociale), sulla gravità della violazione, lo stato di salute fisica e mentale (settore della salute fisica e mentale), difficoltà di apprendimento (settore educativo), gli autori, o lo stato della prova (settore della giustizia / dell'ordine pubblico).
- **All'interno dell'Unione Europea – tra i Paesi:** Il MDS-CAN è stato avviato per essere implementato in futuro in tutti i 28 Stati membri dell'Unione Europea; tuttavia, se anche tutti i Paesi della UE fossero interessati ad adottare il MDS-CAN, la sua implementazione tra i Paesi non sarebbe identica, a causa delle differenze nei sistemi di governo (come per esempio governo nazionale, governi regionali, etc.); perciò, MDS-CAN dovrebbe essere flessibile in termini di implementazione, in coerenza con le specificità dei Paesi. Per superare questa sfida, uno studio di fattibilità è stato condotto nei 28 Stati membri della UE.

L'implementazione del Sistema di Sorveglianza MDS-CAN dovrebbe essere basata sullo strumento MDS-CAN che consiste in: i) registro elettronico, ii) Manuale dell'Operatore e iii) Protocollo per la Raccolta dei Dati che sono comuni a tutti i Paesi. Accanto allo strumento, è disponibile il necessario materiale aggiuntivo di supporto e linee guida per il suo adattamento nazionale per ogni Paese interessato. Lo strumento del toolkit è stato sviluppato seguendo la logica di ISO/IEC 11179 sui registri di metadati. Ulteriori codificazioni standard internazionali sono state usate, laddove compatibili (come ILO e altre codificazioni ISO). Il modello campione dello strumento MDS-CAN è attualmente disponibile in inglese e adattato a sette Paesi membri della UE (Bulgaria, Belgio/Fiandre, Germania, Grecia, Francia, Italia e Romania). Gli operatori del sistema possono essere professionisti del lavoro sociale, della sanità, della salute mentale, della giustizia, dell'ordine pubblico, dell'istruzione, che lavorano nei rispettivi settori. Al di là del suo scopo di sorveglianza, MDS-CAN punta a servire come strumento *pronto all'uso* nelle indagini e nei monitoraggi dei bambini vittime di CAN o di quelli a rischio di (ri-)diventarlo, rafforzando l'impegno di tutte le parti coinvolte.

I dati raccolti via MDS-CAN possono essere usati per scopi molteplici, come la realizzazione di rapporti annuali nazionali sull'incidenza dei CAN, la valutazione aggiornata dei bisogni dei servizi coinvolti, la pianificazione delle priorità nelle azioni da intraprendere contro i CAN a livello locale, nazionale e internazionale, e la riallocazione delle (*limitate*) risorse (definizione dei valori di riferimento, *benchmarking*). Inoltre, i dati MDS-CAN possono essere usati come linea di base per la valutazione dell'efficacia dei servizi e degli interventi, l'individuazione di buone pratiche e la pianificazione delle politiche future e della legislazione (politiche basate sui dati, *data driven policy making*).

Il Sistema di Sorveglianza MDS-CAN

Il Sistema di Sorveglianza MDS-CAN è il prodotto di una iniziativa che mira allo sviluppo di un meccanismo di sorveglianza della salute pubblica per i casi di abuso e trascuratezza in danno di minori, attraverso una metodologia comune ai Paesi e ai diversi settori, servizi e specializzazioni professionali all'interno di ogni Paese. Rispettando le specificità sociali, culturali e linguistiche, punta a colmare le lacune nella nostra conoscenza della portata del problema, a far meglio comprendere la sua natura e le sue conseguenze e quindi ad affrontarlo in un modo migliore.

Vision

Sostanzialmente contribuire a colmare le lacune nei dati necessari coordinando la risposta intersettoriale alla raccolta di dati sull'abuso e la trascuratezza a danno di minori attraverso un set minimo condiviso di dati.

- **Promuovendo la raccolta uniforme di dati da tutti i settori coinvolti nella gestione di casi CAN** usando come strumento un registro comune dall'uso semplice e accessibile (user-friendly) e **creando un canale di comunicazione tra i settori coinvolti** e i **professionisti** che lavorano in questi settori, rafforzando la loro competenza sulla raccolta di dati relativi all'abuso e alla trascuratezza in danno di minori.
- **A livello di popolazione**, in relazione alla raccolta dati sulla sorveglianza della salute pubblica, permettendo comparazioni all'interno e tra i Paesi, e fornendo informazioni continuamente aggiornate come base per la valutazione di pratiche e politiche esistenti e **a livello di caso**, focalizzando sul monitoraggio dei casi singoli e facilitando le indagini sul caso e la loro ulteriore gestione, e fornendo resoconti ai professionisti e servizi autorizzati per casi già conosciuti.
- Per gli **eventi di abuso e trascuratezza definiti sulla base dell'Art. 19 della CRC e del CRC/C/GC/13 (2011)** e standardizzati in un modo che mira ad assicurare la comprensione comune tra soggetti coinvolti eterogenei tra loro, **puntando ad una immediata raccolta di informazioni sugli eventi ammissibili** identificati dai servizi, rivelati dai bambini (presunti) vittime o riportati da terzi, indipendentemente dal loro status comprovato.
- Sulla base del **set standardizzato di dati**, un uso – laddove opportuno - operativo e illustrato, approvato da tutte le parti, valutato in termini di etica, qualità (rilevanza, utilità, comprensibilità, accessibilità) e attuabilità (disponibilità, affidabilità, validità, tempestività, riservatezza dei dati e costi relativi), di standard internazionali e corrispondenti a sistemi di codifica internazionale disponibili, per facilitare l'interconnessione del sistema con sistemi già esistenti

Mission

Fornire **dati affidabili per l'azione** collegata alle iniziative di salute pubblica, che sia una informazione basata sul caso comprensiva, attendibile & comparabile, per bambini (presunti) vittime di CAN che hanno fatto uso di servizi sociali, di salute, educativi, giudiziari & pubblici a livello nazionale e internazionale

Fornire **informazione a livello di caso**, collegate cioè al monitoraggio di casi singoli, per servire come strumento pronto all'uso nelle indagini e valutazioni di bambini vittime di CAN o di bambini a rischio di (ri-)diventare vittime, rispettando la legislazione nazionale e applicando tutte le regole necessarie per assicurare una raccolta e una gestione dei dati rispettose dell'etica.

UNCRCⁱⁱⁱ

Articolo 3

1. In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente.
2. Gli Stati parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, e a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi e amministrativi appropriati.
3. Gli Stati parti vigilano affinché il funzionamento delle istituzioni, servizi e istituti che hanno la responsabilità dei fanciulli e che provvedono alla loro protezione sia conforme alle norme stabilite dalle Autorità competenti in particolare nell'ambito della sicurezza e della salute e per quanto riguarda il numero e la competenza del loro personale nonché l'esistenza di un adeguato controllo

Articolo 19

1. Gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o a entrambi i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento.
2. Le suddette misure di protezione comporteranno, in caso di necessità, procedure efficaci per la creazione di programmi sociali finalizzati a fornire l'appoggio necessario al fanciullo e a coloro ai quali egli è affidato, nonché per altre forme di prevenzione, e ai fini dell'individuazione, del rapporto dell'arbitrato, dell'inchiesta, della trattazione e dei seguiti da dare ai casi di maltrattamento del fanciullo di cui sopra; esse dovranno altresì includere, se necessario, procedure di intervento giudiziario.

POLITICHE

Quadro delle politiche internazionali

Il quadro delle politiche internazionali che richiamano la necessità di una raccolta continua e sistematica dei dati sull'abuso e la trascuratezza ai danni di minori è rappresentato da convenzioni, linee guida, risoluzioni, piani di azione e raccomandazioni prodotte dalle maggiori organizzazioni internazionali impegnate nel campo.

Nazioni Unite

Il Commento generale No. 13 (2011) del Comitato sui diritti dell'infanzia sull'articolo 19 della UNCRC afferma che *“la diffusione e l'intensità della violenza perpetrata sui bambini è allarmante”*.

La raccolta dei dati è richiamata lungo tutto il commento generale. Nella analisi legale dell'Articolo 19.2 della UNCRC si sottolinea che **“misure di prevenzione per professionisti e istituzioni (governo e società civile)”** devono essere prese al fine di *“creare una base per informare la politica e l'azione pratica, e per individuare le opportunità di prevenzione”* (Art. 47.d.i) e che questo può essere ottenuto attraverso una raccolta e una analisi di dati sistematiche e continue. Questo tema è anche evidenziato in relazione alle **procedure efficaci**, laddove viene raccomandato di includere *“coordinamento intersettoriale”, “sviluppo e implementazione di raccolte e analisi dei dati sistematiche e continue” e “sviluppo di obiettivi e indicatori misurabili in relazione a politiche, processi e risultanze relative a bambini e famiglie”* (Art. 57.a,b,d).

Alla voce **misure amministrative** che devono riflettere gli *“obblighi governativi”* si suggerisce che *“politiche, programmi, sistemi di monitoraggio e supervisione sono richiesti per proteggere il bambino da tutte le forme di violenza ai livelli di governo nazionale e sub-nazionale”* così come l'istituzione di *“un sistema comprensivo e attendibile di dati nazionali al fine di assicurare il monitoraggio e la valutazione sistematici di sistemi (analisi di impatto), servizi, programmi e risultanze, basati su indicatori allineati con standard universali, adattati per e guidati da finalità e scopi stabiliti a livello locale”* (Art. 42.a.i-ii,v).

Consiglio d'Europa

Le **Linee guida sue politiche e strategie nazionali integrate per la protezione dei bambini dalla violenza** emanate dal Consiglio d'Europa nel 2009^{iv} miravano a promuovere lo sviluppo e l'implementazione di un quadro nazionale olistico per salvaguardare i diritti del bambino e sradicare la violenza contro i bambini. Le linee guida sono basate su principi generali (tra cui gli interessi superiori del bambino e la sua protezione contro la violenza; gli obblighi e la partecipazione degli Stati e degli altri attori) così come su principi operativi (laddove si fa riferimento all'approccio integrato insieme alla cooperazione intersettoriale e l'approccio della pluralità delle parti coinvolte).

Specificatamente in relazione alla raccolta dati, nel contesto **dell'azione integrata nazionale, regionale e locale**, si raccomanda che *“le responsabilità delle autorità regionali e locali includono la raccolta di dati sulla violenza contro i bambini e lo sviluppo, implementazione e monitoraggio di misure di prevenzione”* (linee guida 3.2.2); nel **quadro legale**, che deve essere conforme alla UNCRC (5.1), si raccomanda che *“devono essere sviluppate politiche basate sulla ricerca, sull'evidenza e sulle stesse esperienze dei bambini, per prevenire, rilevare e rispondere alla violenza contro i bambini, con particolare attenzione alla protezione dei gruppi vulnerabili”* (5.2). Nel **quadro istituzionale per la realizzazione di strategie**, uno degli elementi chiave suggeriti è l'istituzione di un organo quale *“un ufficio di statistica nazionale o un istituto di ricerca che lavora con i bambini”* che dovrebbe avere come compito il coordinamento della raccolta, analisi, gestione e diffusione dei dati sull'abuso e la trascuratezza ai danni di minori (5.3.1.d). Il punto 7 delle Linee guida è dedicato a **ricerca e dati**. Si afferma che *“l'adozione di un programma di ricerca nazionale rappresenta il modo più appropriato di promuovere un approccio integrato e sistematico alla raccolta, analisi, diffusione e ricerca sui dati”*. Il **monitoraggio statistico** dell'abuso e della trascuratezza a danno di minori, in accordo con le stesse linee guida, deve essere regolare e basato su metodologie stabilite a livello nazionale, regionale e locale in tutti i contesti, mentre gli archivi dati nazionali devono operare in armonia con le regole di protezione dei dati (7.a) e includere tutti i casi di violenza contro bambini che vivono in comunità residenziali o altre forme alternative di collocamento (7.b). Per quanto riguarda il **coordinamento**, è raccomandata la designazione di una singola autorità, come un ufficio

nazionale di statistica o un istituto di ricerca, responsabile di raccogliere e diffondere i dati relativi ai bambini a livello nazionale e lo scambio internazionale di informazioni (7.a). Viene sottolineata la **collaborazione attiva alla raccolta dei dati di tutte le agenzie che hanno un ruolo di protezione dei bambini** (7.b) così come l'istituzione di **standard uniformi presi a livello internazionale** per facilitare la comparabilità internazionale dei dati (7.4). Infine, viene evidenziato che **l'elaborazione dei dati personali** a livello nazionale, regionale e locale deve conformarsi agli standard e alla tutela etica accettati internazionalmente (ETS No. 108; ETS No. 181) (7.3).

UNICEF

Nel documento intitolato “**Statistiche mondiali sulla protezione dei bambini da violenza, sfruttamento e abuso**”^v, dove vengono sintetizzate le principali attività di monitoraggio internazionale nelle quali Unicef ha svolto un ruolo, si evince che nonostante l'importanza delle indagini su larga scala condotte sulla famiglia, “*esse non sono adatte a monitorare la prevalenza e l'incidenza di certe tematiche illegali o particolarmente sensibili, come lo sfruttamento sessuale*”, poiché non forniscono informazioni su bambini che vivono fuori della famiglia (per esempio bambini di strada o che vivono in istituti).

D'altra parte, sebbene si riconosca che “*il monitoraggio di tematiche sensibili sulla protezione del bambino*” ponga delle importanti sfide metodologiche ed etiche, si suggerisce che “*ricerche ulteriori e studi di validazione sono prerequisiti essenziali per esplorare metodologie e strumenti di raccolta dati per colmare le lacune esistenti*”.

Organizzazione mondiale della salute

Il piano di azione elaborato dal Comitato regionale per l'Europa della OMS con il titolo “Investire nei bambini: il piano di azione 2015-2020 per la prevenzione del maltrattamento dei bambini”^{vi} in linea con Salute 2020 e “Investire nei bambini: la strategia per 2015-2020 per la salute di bambini e adolescenti europei” (documento EUR/RC64/12), promuove “*azioni a livello di popolazione, e approcci mirati e selettivi per gruppi ad alto rischio, cercando in tal modo di correggere l'ineguaglianza*”.

Il primo obiettivo del piano di azione è “*rendere i danni alla salute, come il maltrattamento dei bambini, maggiormente visibili, istituendo sistemi di informazione nei Paesi membri*”. Nel paragrafo 10 si cita che “*Pochi Paesi raccolgono regolarmente informazioni attendibili sulla incidenza del maltrattamento infantile e di altre esperienze negative dell'infanzia. Le definizioni operative del maltrattamento infantile devono essere standardizzate; le informazioni devono essere raccolte da vari settori e agenzie e devono essere condivise. Strumenti standardizzati sono a disposizione per l'uso in tali indagini, indagini che sono collegate con il diritto dei bambini ad essere ascoltati. I sistemi informativi devono essere utilizzati per valutare programmi di prevenzione, al fine di stabilire se i destinatari nazionali vengano raggiunti; tali valutazioni necessitano strumenti e metodi standardizzati. Il benessere mentale e la salute dei bambini sono minacciati dal maltrattamento e da altre esperienze avverse, e le ricerche nell'ambito della scuola sul benessere mentale dei bambini può fornire indicatori aggiuntivi di supporto*”.

Nello stesso piano di azione si afferma che per il raggiungimento degli obiettivi “*verrà fornito supporto a tutti i Paesi membri (da parte dell'ufficio regionale OMS per l'Europa), tra le altre, nella forma di guida nella preparazione di rapporti nazionali, piani di azione, con standard di raccolta dati e supervisione, programmazione e valutazione, per contribuire ad assicurare un approccio e una guida coerenti per piani di azione che contengano informazioni dettagliate sugli obiettivi, sulle azioni proposte basate sull'evidenza, sulle tempistiche di implementazione, sulle parti responsabili e gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione*” (paragrafo 21) e che “*l'OMS fornirà supporto approfondito a numerosi Paesi nella preparazione di piani d'azione nazionali attività di reporting, supervisione e programmi di implementazione, incluso attraverso accordi biennali di collaborazione*” (paragrafo 22).

Nella recente pubblicazione Strumento per mappare la risposta dei servizi legali di salute e sociali al maltrattamento dell'infanzia,^{vii} nel capitolo relativo alla collaborazione tra ricerca e pratica e in particolare nell'analisi degli ostacoli alla partecipazione e agli incentivi si afferma che “*il carico di lavoro è potenzialmente il maggior ostacolo alla partecipazione. Agenzie e gruppi di lavoro impegnati nella protezione dell'infanzia lottano continuamente per far destinare scarse risorse sui problemi più urgenti. Molti lavoratori impiegati nella protezione dell'infanzia sentono di essere oberati di lavoro. Il loro carico di lavoro spesso eccede ciò che è considerato gestibile. L'ulteriore lavoro per la raccolta dei dati entra in conflitto con l'orario di lavoro destinato all'utenza o con il tempo libero del lavoratore. Accanto alla percezione del lavoratore che lo studio sia valido e rilevante è perciò essenziale creare un questionario che copra i temi importanti senza essere eccessivamente lungo. Per un approccio a un set minimo di dati nella sorveglianza del maltrattamento infantile vedi MDS-CAN)*

Parlamento europeo e Consiglio dell'Unione europea

La **raccolta sistematica e adeguata di dati statistici** è riconosciuta dal Parlamento europeo e dal Consiglio dell'Unione europea come un **componente essenziale di politica efficace nel campo dei diritti stabilito nella direttiva 2012/29/EU**.^{viii} Al fine di facilitare la valutazione dell'applicazione di questa direttiva gli Stati membri devono comunicare alla Commissione dati statistici rilevanti. Questi dati possono includere informazioni registrate dalle autorità giudiziarie e dalle forze dell'ordine e per quanto possibile dati amministrativi compilati dai servizi per la sanità e le politiche sociali e dai servizi pubblici e non governativi di supporto alle vittime o di riparazione giudiziaria e altre organizzazioni che lavorano con le vittime del reato. Dati giudiziari possono includere informazioni sul reato rapportato, il numero di casi che sono indagati e le persone perseguite e condannate. I dati amministrativi a livello di servizio possono includere per quanto possibile dati su come le vittime usano i servizi offerti dalle agenzie di governo e dalle organizzazioni di supporto pubblico e privato, come il numero di casi rinviati dalla polizia ai servizi di supporto alla vittima, il numero di vittime che richiedono, ricevono o non ricevono supporto o giustizia riparativa. Nelle disposizioni finali (Ch.6, Art. 28) è stabilito che gli Stati membri che forniscono dati e statistiche devono, entro il 16 novembre 2017 e in seguito ogni tre anni, comunicare alla Commissione i dati disponibili che mostrino come le vittime hanno accesso ai diritti stabiliti in questa Direttiva.

Commissione Europea

La Direzione generale per la giustizia della Commissione europea fissa le priorità delle attività di raccolta dati; i tipi di azione che possono essere finanziati dal programma Just 2014 2020 includono tra gli altri la raccolta dati e la cooperazione per individuare le pratiche migliori trasferibili ad altri Paesi partecipanti e le attività di diffusione, di sensibilizzazione e di formazione.

Tra gli strumenti legislativi chiave per le politiche degli Stati membri e le misure che puntano alla promozione sviluppo di un approccio integrato alla protezione del bambino^{ix} vi è la Direttiva dei diritti della vittima che comprende ampie disposizioni per i bambini, come l'articolo 28 sulla trasmissione di dati e statistiche (Directive 2012/29/EU); ci sono anche disposizioni per la disaggregazione dei dati secondo l'età.^x La Direzione generale per la Giustizia C: Diritti fondamentali e cittadinanza dell'Unione, Unità C.1: Diritti fondamentali del bambino, ha richiamato gli Stati membri a investire, tra le altre cose, nel **miglioramento ulteriore della raccolta analisi e diffusione di dati dell'Unione europea comparabili**.^{xi} Inoltre richiama tutti gli attori sulla necessità di prevenire e combattere tutte le forme di violenza contro le donne e le bambine, sottolineando l'importanza della raccolta di dati sull'incidenza, della predisposizione di formazione per i professionisti interessati, del supporto alle vittime, dell'implementazione delle legislazioni europee esistenti e della sensibilizzazione sul tema^{xii}.

Durante il 7° Forum sui diritti del bambino sono state acquisite informazioni su alcune delle lacune dei sistemi di protezione integrata del bambino come il fatto che la raccolta dei dati non è in generale ancora sufficientemente buona per supportare politiche basate sull'evidenza.

Nelle **conclusioni dell'8° Forum sui diritti del bambino**^{xiii} vengono sottolineati il bisogno e il valore di un sistema integrato di protezione del bambino. Si considera che l'approccio alla protezione del bambino può rispondere efficacemente ai diversi bisogni di protezione dei bambini in tutte le circostanze, e allo stesso tempo tali sistemi dovrebbero permettere a diversi attori di collaborare tra loro, coordinare le loro azioni tra settori diversi, e usare una varietà di strumenti e misure per affrontare la violenza e l'abuso. Un approccio olistico tra settori e tra livelli di governo deve mantenere il bambino al centro e coinvolgere molte professioni che apportano diverse esperienze e prospettive.

Nel documento preparatorio del **9° Forum Europeo sui diritti del bambino**^{xiv} si afferma che l'obiettivo complessivo dei Sistemi nazionali di protezione del bambino è quello di proteggere i bambini dalla violenza. Un sistema integrato di protezione del bambino è definito come "il modo in cui tutti quelli che hanno delle responsabilità (ossia le autorità statali rappresentate dalle forze di polizia, le autorità giudiziarie, le autorità per l'immigrazione, i servizi sociali, le agenzie di protezione del bambino, etc.) e i componenti di sistema (per es. leggi, politiche, risorse, procedure, processi, sotto sistemi) lavorano insieme tra settori e enti condividendo la responsabilità di creare per tutti i bambini un ambiente protetto e che stimoli le loro capacità. In un sistema integrato di protezione del bambino, le componenti e i servizi sono multidisciplinari, intersettoriali e trasversali agli enti, e lavorano insieme in una maniera coerente". Un tale sistema pone il bambino al centro, mettendo in funzione leggi e politiche, amministrazione, risorse, monitoraggio e raccolta di dati, così come servizi di prevenzione, protezione e risposta e gestione della cura.

I **10 Principi** in discussione al Forum si basano su un approccio fondato sui diritti del bambino e riconoscono pienamente i bambini come portatori di diritti con il riguardo dovuto ai principi trasversali come migliori interessi del bambino. Nello specifico: i **sistemi di protezione del bambino** devono **includere misure di prevenzione**, come i meccanismi attraverso i quali i bambini possono reclamare i loro diritti, i legami con altre aree della politica, una raccolta dati robusta (principio 3); i **sistemi di protezione del bambino** devono **assicurare una cura adeguata**: i professionisti e gli operatori che lavorano con e per i bambini devono ricevere formazione e orientamento sui diritti del bambino, sulle leggi e procedure pertinenti al fine di essere impegnati e competenti nel tema. Per facilitare il loro ruolo e la risposta alla violenza contro i bambini, protocolli e processi in corso devono essere inter o multi disciplinari; **standard, indicatori e strumenti e sistemi di monitoraggio e valutazione** devono essere messi **in funzione**, “sotto gli auspici di una cornice di coordinamento nazionale”. **Le politiche di protezione del bambino e i meccanismi di segnalazione** devono essere implementati tra organizzazioni che lavorano direttamente per e con i bambini (principio 6).

Va anche fornita **formazione sulla individuazione dei rischi per i bambini in situazioni di potenziale vulnerabilità** agli insegnanti a tutti i livelli del sistema educativo, agli assistenti sociali, ai medici, infermieri e altri professionisti sanitari, psicologi, avvocati, giudici, polizia, ufficiali giudiziari e funzionari del carcere, giornalisti, operatori di comunità, personale di accudimento residenziale, funzionari statali e pubblici, funzionari per l’asilo politico e capi tradizionali e religiosi. Le regole per segnalare i casi di violenza contro i bambini sono chiaramente definite e i professionisti che hanno obbligo di segnalazione sono ritenuti responsabili (principio 9). Sono stati previsti meccanismi per la segnalazione che sono sicuri, ben pubblicizzati, riservati e accessibili: i meccanismi per segnalare la violenza contro i bambini sono a disposizione dei bambini, dei loro rappresentanti e altri, incluso attraverso l’uso delle linee di aiuto e di emergenza 24/7 (principio 10).

ChildONEurope

Nelle **Linee guida sulla raccolta dati e i sistemi di monitoraggio dell’abuso infantile pubblicate da ChildONEurope (2009)**^{xv}, viene descritto in dettaglio l’obbligo di raccogliere dati come parte dell’impegno internazionale a implementare i diritti dei bambini. Si dice che *“la disponibilità di dati affidabili, condivisibili e comparabili sull’infanzia è un problema cruciale e urgente, che viene costantemente sottolineato a livello europeo e internazionale”* e inoltre *“la mancanza di dati coordinati e adeguati sull’abuso infantile è spesso sintomo di una debolezza più generale nella raccolta di dati sui bambini, e nel monitoraggio dei programmi e delle politiche che li riguardano”*. La necessità di sviluppare sistemi per la raccolta dei dati sull’abuso e la trascuratezza a danno di minori è costantemente presente tra le principali raccomandazioni e richieste del Comitato delle Nazioni Unite per i diritti dell’infanzia in quasi tutti i suoi rapporti conclusivi rivolti ai Paesi. Inoltre, obblighi istituzionali vengono anche dalla firma e ratifica di altri strumenti legali internazionali, come la Convenzione europea sull’esercizio dei diritti dei bambini, 1996 (Art. 12); il Protocollo opzionale alla CRC sulla vendita di bambini, la prostituzione e la pornografia minorile, 2001 (Art.12); la Convenzione del Consiglio d’Europa sul crimine informatico, 2001 (Art. 31); la Convenzione del Consiglio d’Europa su Azioni contro il traffico di esseri umani, 2005 (Art. 36-38); e la Convenzione del Consiglio d’Europa sulla protezione del bambino contro lo sfruttamento sessuale e l’abuso sessuale, 2007 (Art. 10).

Nelle Linee guida si fa anche notare che molti atti e studi internazionali non vincolanti raccomandano, come buona pratica, di prevedere sistemi di raccolta dati sull’abuso infantile. Questi documenti sono importanti punti di riferimento per i governi e hanno influenzato strategie sia nazionali che internazionali. Poiché l’abuso e la trascuratezza in danno di minori sono rilevanti a causa del loro legame con l’analisi delle condizioni sociali più generali che riguardano i bambini, i dati sull’abuso infantile possono essere considerati come uno degli elementi di un sistema d’informazione più generale sul benessere dei bambini. Infine viene sottolineato come ci sia *“una crescente consapevolezza del fatto che la mancanza di dati adeguati sul benessere dei bambini e sulla qualità le condizioni dell’ambiente in cui essi crescono rende impossibile sviluppare e implementare politiche efficaci e decidere efficacemente sull’allocazione delle risorse”*.

Quadro delle politiche nazionali

Il compito di promuovere i diritti dei minori deriva direttamente dalla Costituzione italiana. L'articolo 2 prevede l'obbligo per gli Stati di garantire l'effettivo riconoscimento dei diritti inalienabili della persona, adulto o minore di età. L'articolo 30 richiede allo Stato di provvedere al soddisfacimento dei compiti inerenti alla responsabilità genitoriale nel caso di incapacità dei genitori. Nel nostro Paese il sistema di welfare per i minori e le famiglie si basa sul ruolo delle municipalità e le Aziende sanitarie locali che garantiscono i servizi di prevenzione per quanto riguarda la violenza all'infanzia, così come per il trattamento delle vittime. I servizi sanitari devono rispettare i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) approvati nel 2001. I livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono una serie di prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale ha la responsabilità di garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o attraverso il pagamento di un ticket.

Lo sviluppo di un sistema di protezione dei minori di età trova la sua origine nei seguenti passaggi:

- la riforma del diritto di famiglia (1975) ha introdotto una nuova definizione di famiglia e di ruoli famigliari, modificando i diritti e i doveri di ogni membro della famiglia e garantendo uguali diritti a moglie e marito come coppia coniugale e come genitori.
- l'approvazione di specifiche norme riguardanti la violenza nei confronti dei minori anche ai fini dell'attuazione della CRC ratificata nel 1989 (vedila sezione inerente la tabella cronologica delle disposizioni di legge)
- Il lancio di politiche specifiche per lo sviluppo di un contesto sociale più sicuro e più a misura di bambino. Ciò include: pianificazione di iniziative che incoraggino la responsabilità familiare e la buona genitorialità; creazione di servizi per i bambini e le loro famiglie; previsione di aiuti economici e promozione di iniziative che assistono il padre e la madre nella suddivisione delle responsabilità di cura e di accudimento nei confronti dei loro bambini.

A livello nazionale le competenze in materia di infanzia e adolescenza sono suddivise tra diversi Ministeri (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dipartimento per le politiche per la famiglia, Dipartimento per le pari opportunità, Ministero dell'Interno, Ministero per gli Affari Esteri, Ministero di Giustizia, Ministero dell'Istruzione, Ministero delle Finanze, Ministero della Salute). I seguenti soggetti, istituiti in base alla Legge 451/97, assicura il coordinamento tra i diversi Ministeri impegnati:

- **Commissione parlamentare per l'infanzia:** formula osservazioni, proposte e commenti sull'attuale legislazione italiana, alla luce dei principi contenuti nella CRC; richiede informazioni, dati e documentazione alle amministrazioni e a i soggetti pubblici che si occupano a vario titolo di minori; promuove lo scambio di informazioni e contatti tra le differenti agenzie, associazioni, ONG e altri soggetti che operano nel campo dell'infanzia, a livello nazionale ed internazionale
- **L'Osservatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza:** redige ogni due anni il Piano d'azione nazionale; sempre ogni due anni sviluppa il rapporto sulla condizione dell'infanzia nel nostro Paese mentre ogni 5 anni redige il rapporto al Comitato CRC sull'attuazione della Convenzione del 1989.
- **Centro di analisi e documentazione sull'infanzia e l'adolescenza:** supporta l'Osservatorio nazionale nelle sue funzioni, redige rapporti sullo stato di attuazione, si occupa della stesura di relazioni sullo stato di attuazione delle leggi specifiche inerenti l'infanzia; effettua ricerche, indagini e attività di monitoraggio su diverse questioni relative ai diritti dei bambini, garantendo un sistema informativo sulla condizione dei minori in Italia; realizza iniziative di formazione volte a professionisti che lavorano con e per i bambini. Lo strumento principale per monitorare le azioni per la prevenzione e la lotta contro gli abusi sui minori e lo sfruttamento sessuale è la relazione periodica al Parlamento sull'attuazione della legge n. 269/1998, come stabilito dall'art. 17 della legge n. 269/1998.

Ci sono poi organi di coordinamento che si occupano prevalentemente di violenza nei confronti dei bambini :

- **Il Centro Nazionale per la Lotta contro la pornografia infantile su Internet**, presso il Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Postale e delle Comunicazioni;

- **L'Osservatorio per il contrasto alla pedofilia e pornografia infantile** : questo organismo lavora a stretto contatto con il Dipartimento per le Pari Opportunità che è stata in questi ultimi anni la struttura di governo impegnato direttamente per la tutela dei minori con particolare riferimento al fenomeno del l'abuso e lo sfruttamento sessuale.

L'Osservatorio per il contrasto alla pedofilia e pornografia infantile ha inoltre il compito di redigere il Piano nazionale per la prevenzione e la lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori che serve a

- **l'individuazione** puntuale, a livello fenomenologico, **delle caratteristiche** specifiche attinenti all'abuso ed allo sfruttamento sessuale dei minori in Italia,
- **l'implementazione delle disposizioni** normative esistenti;
- costruire un **sistema composito e multidisciplinare** che assicuri un'adeguata protezione dei minori vittime di abuso o sfruttamento sessuale, sia durante l'iter giudiziario, sia al di fuori di questo, creando strumenti di supporto effettivo, a livello giuridico, psicologico e sociale;
- promuovere un **sistema coordinato di interventi di prevenzione** dai fenomeni di abuso e sfruttamento sessuale.

Nel quadro dei lavori dell'Osservatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza si colloca la redazione del **Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva** (d'ora in poi Piano di Azione), uno strumento di indirizzo che risponde agli impegni assunti dall'Italia per dare attuazione ai contenuti della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 e ai suoi Protocolli opzionali. Le priorità emergenti negli ultimi anni sono:

- **la povertà dei bambini e delle famiglie**
- **i servizi socio educativi per la prima infanzia e qualità del sistema scolastico**
- **l'integrazione sociale**
- **il sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza.**

Il piano si compone di azioni riferite a

- interventi di tipo legislativo, che impegnano Amministrazione centrali, Regioni e Province autonome;
- interventi di tipo amministrativo generale e/o programmatico, di competenza delle Amministrazioni centrali, delle Regioni/Province autonome e in taluni casi degli Enti locali;
- interventi di natura operativa (progetti sperimentali, costituzione di tavoli di coordinamento, ecc.), che impegnano Amministrazioni centrali, Regioni/Province autonome, Enti locali e anche realtà del terzo settore.

Altri importanti documenti riguardanti le politiche per contrastare la violenza contro i bambini sono costituiti da:

Le linee guida per la formazione in materia di violenza e di maltrattamento nei confronti dei minori, approvato nel 2001 dall'allora Comitato di coordinamento per la protezione dei minori da abuso e sfruttamento sessuale (art . 17, Legge n. 269/1998) e dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. Il testo contiene le linee guida per la formazione di personale che si occupa di violenza contro i bambini in ambito sociale, giuridico, sanitario ed educativo. Tra i servizi e le iniziative governative, è importante ricordare il **numero verde di emergenza telefonica per i minori (114)**. Infine, nuovi servizi specializzati sono stati creati per il trattamento dei bambini maltrattati. La loro efficacia è stata potenziata attraverso la condivisione di competenze ed esperienze al fine di individuare nuovi strumenti e metodi di lavoro. Si veda, ad esempio, l'esperienza del Coordinamento Italiano dei Servizi contro la pedofilia (CISMAI).

In sintesi, i principali cambiamenti che si sono realizzati negli ultimi dieci anni in Italia per quanto riguarda la prevenzione della violenza contro i bambini sono i seguenti:

- La violenza sui minori viene oggi considerato una questione pubblica .
- Le varie forme di violenza contro i bambini costituiscono oggi fattispecie di reato punibili dalla legge .
- E' compito dello Stato garantire che i bisogni dei bambini siano soddisfatti e loro diritti siano rispettati .
- Coloro che lavorano nel settore pubblico e/o sono incaricati di pubblico servizio devono segnalare agli organi giudiziari e / o alle forze dell'ordine ogni caso di abuso su minore e ogni altra situazione in cui un bambino si trovi in stato di bisogno .

Quadro esistente

Le leggi chiave di tutela. Alcune di esse richiamano la necessità di creare sistemi di sorveglianza e monitoraggio del fenomeno.

1983

- Legge 4 maggio 1983, n. 184. Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori.

1991

- Legge 27 maggio 1991, n. 176. Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989.

1996

- Legge 15 febbraio 1996, n. 66. Norme contro la violenza sessuale.

- Circolare del Ministero dell'Interno n° 123/A1/130/3/54 dell'8 maggio 1996 (istituzione presso tutte le Questure del territorio nazionale degli Uffici Minori).

1997

- Piano d'azione del governo per l'infanzia e l'adolescenza 1997/1998 (c.d. Piano Nazionale Infanzia – PNI).

- Legge 28 agosto 1997, n. 285. Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.

- Legge 23 dicembre 1997, n. 451. Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia.

1998

- Legge 3 agosto 1998, n. 269. Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù.

- Legge 31 dicembre 1998, n. 476. Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri.

- Decreto Ministeriale del 30 ottobre 1998 (istituzione, nell'ambito delle Squadre Mobili, le Sezioni Specializzate nella trattazione di indagini inerenti ai minori e i Nuclei di Polizia Giudiziaria - Uffici Minori presso le Divisioni Anticrimine di tutte le Questure).

2000

- Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2001

- Legge 28 marzo 2001, n. 149. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile.

2001

Legge 4 aprile 2001, n. 154. Misure contro la violenza nelle relazioni familiari.

2002

- Legge 11 marzo 2002, n. 46. Ratifica ed esecuzione dei protocolli opzionali alla Convenzione dei diritti del fanciullo, concernenti rispettivamente la vendita dei bambini, la prostituzione dei bambini e la pornografia

rappresentante bambini ed il coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati, fatti a New York il 6 settembre 2000.

- Primo Piano nazionale di contrasto e prevenzione della pedofilia

2003

- Legge 20 marzo 2003, n. 77. Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996.
- Legge 11 agosto 2003, n. 228. Misure contro la tratta di persone.

2006

- Legge 9 gennaio 2006, n. 7. Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile
- Legge 6 febbraio 2006, n. 38 Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet
- Legge 8 febbraio 2006, n. 54. Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli.

2009

- Legge 23 aprile 2009, n. 38. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 febbraio 2009, n. 11, recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori.

2010

- Legge 2 luglio 2010, n. 108 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla lotta contro la tratta di esseri umani, fatta a Varsavia il 16 maggio 2005, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno

2011

- Legge 12 luglio 2011, n. 112. Istituzione dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza.

2012

- Legge 1 ottobre 2012, n. 172. Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno.

2013

- Legge 27 giugno 2013, n. 77. Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011.
- Legge 15 ottobre 2013, n. 119. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 14 agosto 2013 n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province.

2014

- Decreto Legislativo 4 Marzo 2014, n. 24. Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime, che sostituisce la decisione quadro 2002/629/GAI.
- Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 39. Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, che sostituisce la decisione quadro 2004/68/GAI.

Quadro necessario

Nelle ultime Osservazioni conclusive del Comitato Onu sull'attuazione della CRC (2011) si richiama l'Italia " a garantire che il sistema informativo nazionale sulla cura e protezione dei minorenni e delle loro famiglie divenga pienamente operativo e disponga di adeguate risorse umane, tecniche e finanziarie nel raccogliere in modo efficace le informazioni pertinenti in tutto il Paese, così da rafforzare la capacità dello Stato parte di promuovere e proteggere i diritti dei bambini e degli adolescenti. In particolare, il Comitato raccomanda allo Stato parte di assicurare un approccio pienamente coerente in tutte le regioni, per misurare e dedicarsi in modo efficace alle disparità regionali".

In assenza di un Registro Nazionale risulta inoltre difficile reperire dati attendibili e aggiornati sull'effettiva entità dell'abuso all'infanzia: le ricerche retrospettive permettono infatti di ottenere informazioni sulla prevalenza (vale a dire la percentuale di persone che sono state abusate all'interno popolazione generale) e non sull'incidenza (il numero di nuovi casi di maltrattamento su base annua) (Di Blasio, 2008). Per la mancanza di dati, inoltre, l'intero processo di valutazione dei protocolli di intervento da parte dei policy makers viene in qualche modo incediato, con comprensibili ripercussioni sulla effettiva possibilità di allocare adeguate risorse ai modelli di intervento più efficaci, o procedere a riorganizzazioni dei Servizi che permettano sia di salvaguardare le effettive possibilità di azione delle agenzie di tutela sia nel contempo di ottimizzarne le risorse. La mancanza di un sistema di registrazione puntuale incia anche la intercettazione e adeguata comprensione dei casi a rischio in cui i Servizi intervengono sulla base di una ipotesi di pregiudizio per i minori e per i quali non vi sono le condizioni o non si rivela opportuno avviare una procedura di segnalazione e di tutela giuridica.

Anche laddove alcuni enti locali abbiano predisposto forme di monitoraggio, è evidente come le differenti modalità di registrazione, di gestione e di classificazione dei dati attuate dai Servizi i quali per altro spesso attuano anche prassi operative non del tutto omogenee, possano ulteriormente ostacolare l'accertamento della effettiva incidenza del fenomeno (Di Blasio, 2008).

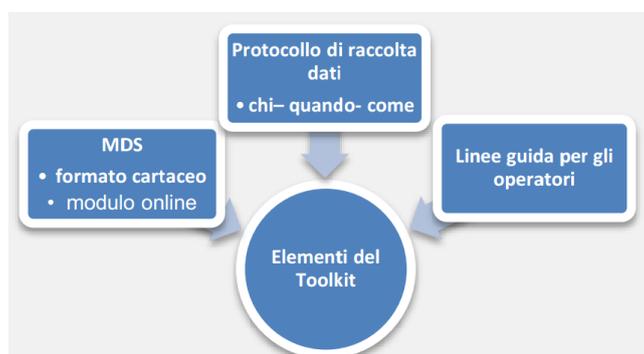
Il Progetto nazionale promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali , Sistema Informativo sulla cura e la protezione dei bambini e della loro famiglia – S.In.Ba. rappresenta un possibile avvio per un sistema nazionale di sorveglianza delle violenze all'infanzia se queste potranno esservi ben declinate e precisate per ciascun caso. I principi di riferimento di questo sistema sono: il sistema informativo sui servizi sociali previsto dalla L. 328/00 ; il progetto di Casellario dell'Assistenza ai sensi della legge 122/2010 e il cui Regolamento attuativo è stato approvato con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 16 dicembre 2014, n. 206

Sistema di Sorveglianza MDS-CAN

Breve descrizione & caratteristiche

Toolkit MDS-CAN

Il toolkit MDS-CAN si rivolge a tutti i potenziali utilizzatori MDS-CAN nell'Unione europea a 28 e altri Paesi, agli enti e servizi attivi nel campo sociale, della sanità, della salute mentale, della giustizia, dell'ordine pubblico e dell'istruzione, che sono coinvolti nella gestione di casi di maltrattamento infantile, professionisti che lavorano nel campo della prevenzione secondaria e terziaria dei CAN, esperti nel campo sociale e delle sanità e epidemiologi. Il principale gruppo destinatario del toolkit comunque sono gli operatori MDS-CAN di un potenziale sistema MDS-CAN.



Il Toolkit MDS-CAN consiste di tre principali elementi: a. la prima versione del set minimo di dati attualmente composto di 18 elementi che sono il risultato di un processo multiplo e circolare di valutazione sulla qualità e attendibilità, al quale hanno partecipato attori internazionali; una versione elettronica e una stampata dello strumento MDS-CAN è disponibile per l'utilizzo (soprattutto per finalità di formazione); b. il protocollo per la raccolta

dei dati è stato abbozzato sulla base del MDS-CAN e suggerisce una procedura *passo per passo* per usare il MDS-CAN; questo protocollo può essere usato da ogni professionista che sia già stato formato per diventare un operatore; e c. la Guida per operatori nella quale sono comprese tutte le necessarie informazioni di sfondo rivolte ai professionisti che soddisfano il criterio di idoneità e i prerequisiti per utilizzare il sistema. Accanto alle informazioni relative alla necessità di sorveglianza del maltrattamento infantile nel paese, è stata inclusa nella guida anche una sezione speciale sulle tematiche dell'etica, della riservatezza e della confidenzialità relative alla raccolta dei dati CAN. Il corpo centrale del documento è dedicato alla presentazione dettagliata delle variabili incluse nel MDS-CAN accanto a specifiche e definizioni tecniche degli elementi.

Nello sviluppo dello strumento MDS-CAN sono stati utilizzati standard e classificazioni internazionali - laddove disponibili - come gli standard ISO per le agenzie di sviluppo IDs (indicante il Paese e regione) e l'ILO-ISCO-08 (per operatori in sviluppo IDs). Negli altri casi è stata seguita la logica degli standard internazionali (come la metodologia della *pseudo-anonimizzazione* per assicurare la protezione di dati sensibili personali, la registrazione di date e di dati secondari come gli indirizzi). Per la struttura e la descrizione del MDS-CAN in generale è stata seguita la logica dei registri di metadati come descritto nel ISO/IEC 1179. Come già detto, l'operativizzazione delle definizioni dei casi è stata fatta sulla base della UNCRC, Art. 19 e UN CRC/GC/C/13 (2011)], mentre i valori possibili sono stati fatti combaciare - laddove fattibile - con i sistemi di classificazione internazionale come ICD-9, ICD-10 e DSM-5 (2013). Per gli elementi per i quali non è stata trovata una classificazione pertinente, è stata fatta una codificazione sulla base di codici sviluppati e accordati nel contesto del MDS-CAN (come per esempio per le agenzie e i settori idonei a partecipare nel MDS-CAN come fonti di dati e nella previsione di diversi livelli di accesso degli operatori). Le metodologie seguite in questi casi sono chiaramente definite al fine di rendere ogni parte interessata in grado di usarle per adattare il MDS-CAN ad altri contesti o per aggiornare le informazioni.

Infine, si sottolinea che tra il materiale di supporto al toolkit MDS-CAN è disponibile una guida dettagliata per il suo adattamento nazionale insieme a una serie di documenti di lavoro che forniscono la necessaria informazione per l'adattamento (come disposizioni nazionali per la frequenza scolastica, per le vaccinazioni, per il ruolo del garante dell'infanzia).

PROCEDURE

A- Struttura & Gestione

3-La struttura che compone il MDS-CAN

1. **Autorità amministrativa nazionale**
2. **Servizi – fonti di dati / Professionisti-Operatori**
3. **Registro centrale**

Gestione & Ruoli

1. **Autorità amministrativa nazionale**

Il ruolo di coordinamento di un Sistema nazionale MDS-CAN può essere preso da ogni Autorità attiva nel campo dei diritti dell'infanzia che soddisfa criteri che riguardano: 1. Lo status legale; deve essere una istituzione governativa, ufficio di statistica, organizzazione di ricerca o autorità indipendente formalmente riconosciuti; 2. Deve essere legalmente autorizzata a mantenere e amministrare dati personali sensibili; 3. Deve dimostrare risorse umane e finanziarie sufficienti così come infrastrutture fisiche (questo, tuttavia, non implica che siano necessarie eccessive risorse; se una autorità esistente diventa amministratore MDS-CAN e destina una parte delle risorse disponibili per il coordinamento del sistema, i costi operativi saranno significativamente inferiori che nel caso in cui si avvii un nuovo servizio.*); 4. Infine, deve essere in grado di soddisfare l'impegno nel raggiungimento degli obiettivi e nella operatività del sistema, le regole etiche sulla raccolta dati, il mantenimento e la gestione di dati personali sensibili in conformità con la legislazione corrente in vigore, e la diffusione puntuale delle informazioni.

*Una analisi finanziaria del budget basata sulle specificità del Paese può calcolare con una certa accuratezza i costi di installazione e operativi, i costi per il materiale necessario e per la formazione, così come i costi per le risorse umane richieste

2. **Servizi – fonti di dati / Professionisti-Operatori**

Il Sistema di sorveglianza MDS-CAN mira a raccogliere dati attendibili sui casi di abuso e trascuratezza a danno di minori, coprendo la fetta più larga possibile della popolazione target (bambini fino ai 18 anni). Per questa ragione il sistema si rivolge a una larga base di potenziali fonti di informazione* che dovranno sistematicamente fornire al sistema dati completi per descrivere pienamente un numero limitato di elementi accessibili a tutte le fonti (set minimo di dati).

Maggiori informazioni sugli sui criteri di idoneità per l'identificazione dei gruppi di settori e professioni - fonti di dati sono disponibili nella relazione "Sviluppo dei criteri di idoneità per la creazione di gruppi ristretti e allargati di operatori", "Membri idonei dei gruppi nazionali ristretti e allargati di operatori MDS-CAN".

*settori con diverse giurisdizioni (sanità, salute mentale, politiche sociali, istruzione, giustizia, ordine pubblico) servizi con diverse responsabilità (che appartengono a uno dei settori idonei) e gruppi di professioni con diverse specializzazioni (impegnati a qualsiasi livello nell'amministrazione dei casi di abuso e di trascuratezza ai danni di minori)

2. **Registro Centrale**

Il registro centrale è uno strumento elettronico protetto da password che è stato sviluppato sulla base del set minimo di dati. Esso è composto da 18 elementi che sono classificati in cinque aree: *bambino, episodio, famiglia, servizi e registrazione*. Ad ogni operatore fonte di dati viene richiesto di raccogliere dati basati sull'episodio CAN che verranno inseriti nel registro MDS-CAN e dati che verranno comunicati all'autorità amministrativa (e non verranno mai inseriti nel registro). I dati da inserire nel registro possono essere primari (dati grezzi sull'episodio come la data di registrazione) o secondari (dati che derivano da calcoli basati sul dato grezzo, come l'età del bambino all'età della registrazione, così come calcolata sulla base della data di nascita o di sistemi preesistenti di classificazione internazionale come la classificazione internazionale delle professioni ILO-ISCO-8). I dati che perverranno solo all'amministrazione sono principalmente dati supplementari per l'identificazione dell'identità del bambino e servono esclusivamente alla gestione dell'abuso della trascuratezza su minore a livello di caso e non vengono e non sono legati agli obiettivi della sorveglianza sulla salute pubblica. In questa categoria sono inclusi dati personali sensibili o altri identificativi come gli indirizzi.

Maggiori informazioni sono disponibili nel Manuale per l'operatore MDS-CAN e nel Protocollo per la raccolta dei dati MDS-CAN.

Funzioni principali del MDS-CAN

Intercettazione del caso sulla base delle definizioni di caso

- Identificazione da parte dell'Operatore professionale casuale o tramite domande sul maltrattamento sospetto o tramite screening di routine
- Autodichiarazione da parte del bambino (supposta) vittima
- Dichiarazione resa da terzi

Registrazione del caso attraverso l'applicazione elettronica MDS-CAN

Agli Operatori viene fornita una breve formazione su come procedere con la registrazione del caso e, in aggiunta, con il Protocollo MDS-CAN per la raccolta dati (terza parte del toolkit).

Immissione di nuovi dati nel MDS-CAN

"Immissione di nuovi dati" da parte dell'operatore significa l'avvio di un nuovo inserimento dati su un episodio di maltrattamento all'infanzia indipendentemente dalla verifica dell'episodio e dal fatto che il caso specifico riguardi un bambino conosciuto già esistente nel MDS-CAN o un bambino che viene registrato per la prima volta nel MDS-CAN.

Immissione continua di dati ^{xvi}

"Continua" significa che l'Operatore inserisce nuovi dati ogni volta che un caso di maltrattamento a danno di bambini viene portato alla sua attenzione (sia identificato dall'Operatore stesso o su dichiarazione del bambino - presunta - vittima o da altra fonte di informazione)

Conferma del caso

La "conferma del caso" o, in altre parole, la verifica dello stato di maltrattamento non è un prerequisito per l'inserimento di un nuovo dato nel MDS-CAN. Tra le fonti di dati, SOLO gli Operatori di livello uno (servizi giudiziari o di protezione del bambino) hanno l'autorizzazione a procedere con la conferma del caso; dato che tuttavia la registrazione avviene ad un primo livello, e quindi risulta carente di dati rilevanti, nessun dato relativo allo stato di conferma del caso è incluso nel MDS-CAN.

Restituzione

- a livello di popolazione (sorveglianza sulla salute pubblica)
- permette comparazioni tra e all'interno dei Paesi
- si indirizza ai politici e relativi portatori d'interesse
- fornisce loro continue informazioni aggiornate come base per-valutazione di pratiche e politiche esistenti e guida alla pianificazione di prevenzione e intervento
- a livello di caso (restituzione sui casi individuali):
- facilita l'investigazione del caso & la gestione ulteriore del caso
- segue criteri specifici rispetto al livello di accesso degli Operatori

Analisi dei dati, interpretazione e relazione

L'attività di "analisi, interpretazione e relazione sui dati" si riferisce all'analisi periodica di dati aggregati estratti dal MDS-CAN, nonché alla produzione di relazioni e alla loro disseminazione a più livelli. I dati raccolti attraverso il Sistema di Sorveglianza MDS-CAN possono essere usati per misurare periodicamente l'incidenza del CAN e le sue forme specifiche sulla base di dati provenienti dalle risposte dei servizi ai casi di CAN in generale, per settore e per forme specifiche di abuso e trascuratezza. Inoltre i dati MDS-CAN possono essere usati per monitorare le tendenze del maltrattamento all'infanzia ai livelli nazionale e locale e per fornire indizi per l'identificazione di nuove o emergenti tendenze sull'abuso e la trascuratezza ai danni dell'infanzia e per popolazioni ad alto rischio. Infine questi dati possono essere usati come base per la valutazione dei bisogni dei servizi (definizione dei bisogni relativi alla gestione dei casi CAN), la valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione e per l'identificazione di buone pratiche, la valutazione dell'efficacia delle politiche attuate e della pianificazione di future politiche e leggi, così come la definizione delle priorità per allocare le risorse per la prevenzione dei CAN.

Le relazioni periodiche MDS-CAN sono realizzate su base regolare (es. ogni tre mesi) e si rivolgono a:

- Agenzie che partecipano al MDS-CAN (livello primario)
- Servizi centrali dei settori coinvolti (livello secondario) e
- Centri ministeriali o politici rilevanti per i settori coinvolti (livello terziario)

B – Toolkit & Operatività

Il Toolkit MDS-CAN

Per assicurare la protezione dei dati personali sensibili nel contesto del Sistema di Sorveglianza MDS-CAN devono essere adottate le seguenti disposizioni: a. uso di tecniche di *pseudoanonimizzazione* (seguendo la logica ISO/TS 25237:2008(en)-*Pseudoanonimizzazione*): nessun identificatore personale viene registrato nel registro elettronico; viene invece usato uno pseudonimo. I dati supplementari che legano lo pseudonimo al soggetto dell'informazione (per esempio il bambino o chi si prende cura di lui) sono disponibili SOLO all'Autorità Amministrativa del sistema (IOM, 2009); b. **criteri di idoneità degli operatori**: solo professionisti sottoposti a un codice di etica o di condotta o un codice equivalente possono partecipare al CAN come operatori; c. **accesso protetto da password**: ogni operatore idoneo viene provvisto di un unico identificativo e password che contengono informazioni sull'identità dell'operatore (dati secondari relativi all'agenzia dove lavora, l'area geografica dove si trova, la specializzazione professionale e la sua identità all'interno dell'agenzia); e d. **accesso graduato**: gli hanno diversi livelli di accesso alle informazioni disponibili secondo la loro responsabilità nel processo di gestione di casi di maltrattamento e trascuratezza nei confronti di bambini (4 livelli).

Elementi dei dati MDS-CAN & assi

Il MDS-CAN mira, fra gli altri obiettivi, a promuovere:

- una descrizione standardizzata dei dati
- una comprensione, armonizzazione e standardizzazione comune di dati all'interno e tra organizzazioni attive nello stesso settore o in diversi settori

I dati compresi nel registro MDS-CAN derivano da 18 elementi classificati (seguendo la logica ISO/IEC 11179) secondo 5 assi più ampi (concettualizzazione dell'elemento dato): "REGISTRAZIONE", "EPISODIO", "BAMBINO", "FAMIGLIA" e "SERVIZI".

Valutazione degli aspetti qualitativi del MDS-CAN DE*

Rilevanza	: 8,98/10
Utilità	: 8,76/10
Comprensibilità	: 9,33/10
Accessibilità	: 8,32/10

Valutazione di aspetti di fattibilità del MDS-CAN DE**

Disponibilità	: 8,14/10
Affidabilità	: 7,92/10
Validità	: 7,84/10
Tempestività	: 8,56/10
Riservatezza	: 8,90/10
Costo	: 8,92/10

Elementi dei dati relativi a "EPISODIO"

DE_I1:	Episodio ID
DE_I2:	Data dell'episodio
DE_I3:	Forma(e) di maltrattamento
DE_I4:	Luogo dell'episodio

Elementi dei dati relativi a "BAMBINO"

DE_C1:	ID del bambino
DE_C2:	Sesso del bambino
DE_C3:	Data di nascita del bambino
DE_C4:	Cittadinanza del bambino

Elementi dei dati relativi a "FAMIGLIA"

DE_F1:	Composizione della famiglia
DE_F2:	Relazione del/dei caregiver primario/i con il bambino
DE_F3:	Sesso del/dei caregiver primario/i
DE_F4:	Data di nascita del/dei caregiver primario/i

Elementi dei dati relativi a "SERVIZI"

DE_S1:	Risposta istituzionale
DE_S2:	Rinvio ai servizi

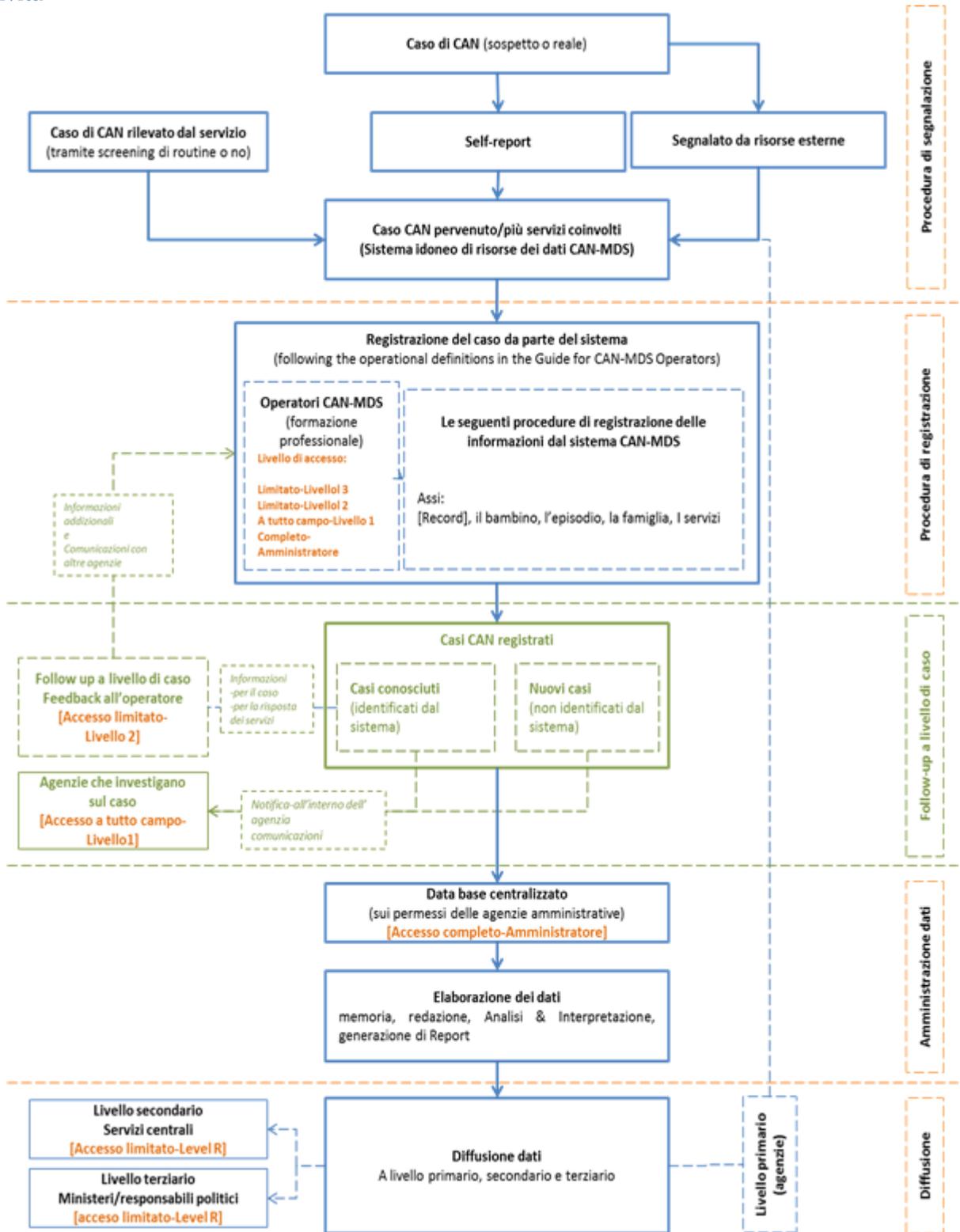
Elementi dei dati relativi a "REGISTRAZIONE"

DE_R1:	ID dell'ente
DE_R2:	ID dell'operatore
DE_R3:	Data della registrazione
DE_R4:	Fonte di informazioni

* La valutazione degli aspetti qualitativi del MDS-CAN è stata fatta dai membri del Consorzio in rappresentanza di sette Paesi (BG, DE, FR, GR, IT, RO, CH). SOLO componenti di dati che sono stati ritenuti "etici" sono stati inclusi nella valutazione

** La valutazione degli aspetti di fattibilità del MDS-CAN sono stati fatti da un gruppo internazionale di Esperti nel campo della raccolta dati sul maltrattamento e la trascuratezza ai danni di minori; i membri di questo gruppo internazionale provenivano da quattro continenti (Europa, Asia, Oceania, America) e da 11 Paesi (Usa, Canada, Australia, Arabia Saudita, Turchia, Israele, Grecia, Italia, Belgio, UK, Irlanda) e la Direzione Generale della Giustizia, Unità C.1: Diritti fondamentali e diritti del bambino

Note: Entrambi i componenti della valutazione di cui sopra presentano punteggi maggiori per tutti gli elementi MDS-CAN. Da notare che dopo ognuna di queste valutazioni, sono state fatte ulteriori modifiche nel MDS-CAN, con l'obiettivo di migliorare il sistema MDS in accordo ai risultati della valutazione.



C – Fonti dei dati & Risorse umane

Approccio intersettoriale

Il MDS-CAN valorizza la vita e i diritti di ogni bambino e assicurando la protezione del bambino da esperienze avverse rappresenta un primo passo nel monitoraggio continuo del benessere del bambino sulla base delle risposte dei servizi quando si trovano di fronte a casi di abuso e trascuratezza ai danni di bambini. Questo permette la collaborazione intersettoriale coinvolgendo tutti i campi rilevanti e le rispettive organizzazioni e enti in cui i bambini ricevono servizi, ovvero istruzione, sanità e salute mentale, assistenza sociale, sia nel settore privato che pubblico, come la giustizia e l'ordine pubblico.

Chi può diventare un operatore MDS-CAN?

Qualsiasi professionista che appartiene a uno dei seguenti gruppi professionali, che abbia una licenza professionale valida o sia legalmente certificato e sia soggetto a un codice deontologico a una condizione simile, a seconda della professione

Professioni nel settore dell'assistenza sociale: *Assistenti sociali, ispettori sanitari, assistenti nella cura in istituti, altro personale (es. chi lavora in agenzie contro la tratta, direzioni generali per la disabilità, garante per l'infanzia, etc.)*

Professioni nel settore giuridico: *Giudici (tribunali familiari e minorili), ufficiali giudiziari, pubblici ministeri, chirurghi forensi, avvocati, altri professionisti del settore giuridico*

Professioni nel settore della sanità: *Medici dottori (dottori generici e specializzati, come ginecologi, pediatri, ortopedici, radiologi), ostetriche, infermiere, dentisti*

Professioni nel settore della salute mentale: *Psichiatri infantili, psichiatri, psicologi, terapeuti qualificati (per giovani, per famiglie, etc.)*

Professioni nel settore dell'ordine pubblico: *Funzionari di polizia (generici e investigatori specializzati, ad es. negli interrogatori forensi, reati contro i minori, etc.)*

Professioni nel settore dell'istruzione: *Insegnanti/educatori (della pre-scuola, scuola dell'infanzia, istruzione primaria e secondaria, per bambini con bisogni speciali), dirigenti scolastici*

Altre professioni: *Ricercatori, amministratori di dati, altro personale della scuola (ad es. collaboratori scolastici), altri funzionari pubblici (es. dipendenti dei ministeri) altro personale di organizzatori non governative (es. volontari, sacerdoti e suore)*

Sono previsti quattro diversi livelli di accesso per un MDS-CAN. L'assegnazione di un determinato livello di accesso a un operatore dipende dalle sue responsabilità professionali in materia di episodi CAN (laddove ve ne siano), ovvero se il suo ruolo si concentri esclusivamente sulla segnalazione di casi CAN (senza ulteriore coinvolgimento nella gestione dei casi) o includa responsabilità relative alla gestione dei casi (come valutazione, presa in carico, supporto) o la presa di decisioni con conseguenze legali.

Ruoli delle parti interessate come definiti dal livello di accesso al MDS-CAN assegnato

	Responsabilità	Livello di accesso
	Amministratore di sistema	Accesso illimitato
	Prendere decisioni su azioni legali quali	
	- allontanare il bambino dalla famiglia	Visualizzazione illimitata (livello 1)
	- togliere la responsabilità genitoriale	
	- decidere se sussistono prove sufficienti per perseguire i (presunti) colpevoli	
	Coinvolgimento nella gestione di casi segnalati/intercettati e nel loro seguito quali	
	- condurre valutazione iniziale per sospetti casi di CAN	Accesso limitato (livello 2)
	- fornire servizi alle vittime di CAN (diagnosi/trattamento/consulenza/presa in carico)	
	- offrire servizi alle famiglie delle vittime di CAN (supporto)	
	- seguito dei casi CAN	
	Coinvolgimento indiretto nella gestione di casi segnalati/intercettati ovvero	
	notifica (opzionale) alle autorità di casi (presunti) di CAN; segnalazione obbligatoria di casi (presunti) di CAN; effettuare uno screening in materia di CAN nella popolazione generale di minori; fornire misure di protezione d'emergenza alle vittime di CAN; fornire consulenza e supporto legale per i casi di CAN	Accesso limitato (livello 3)

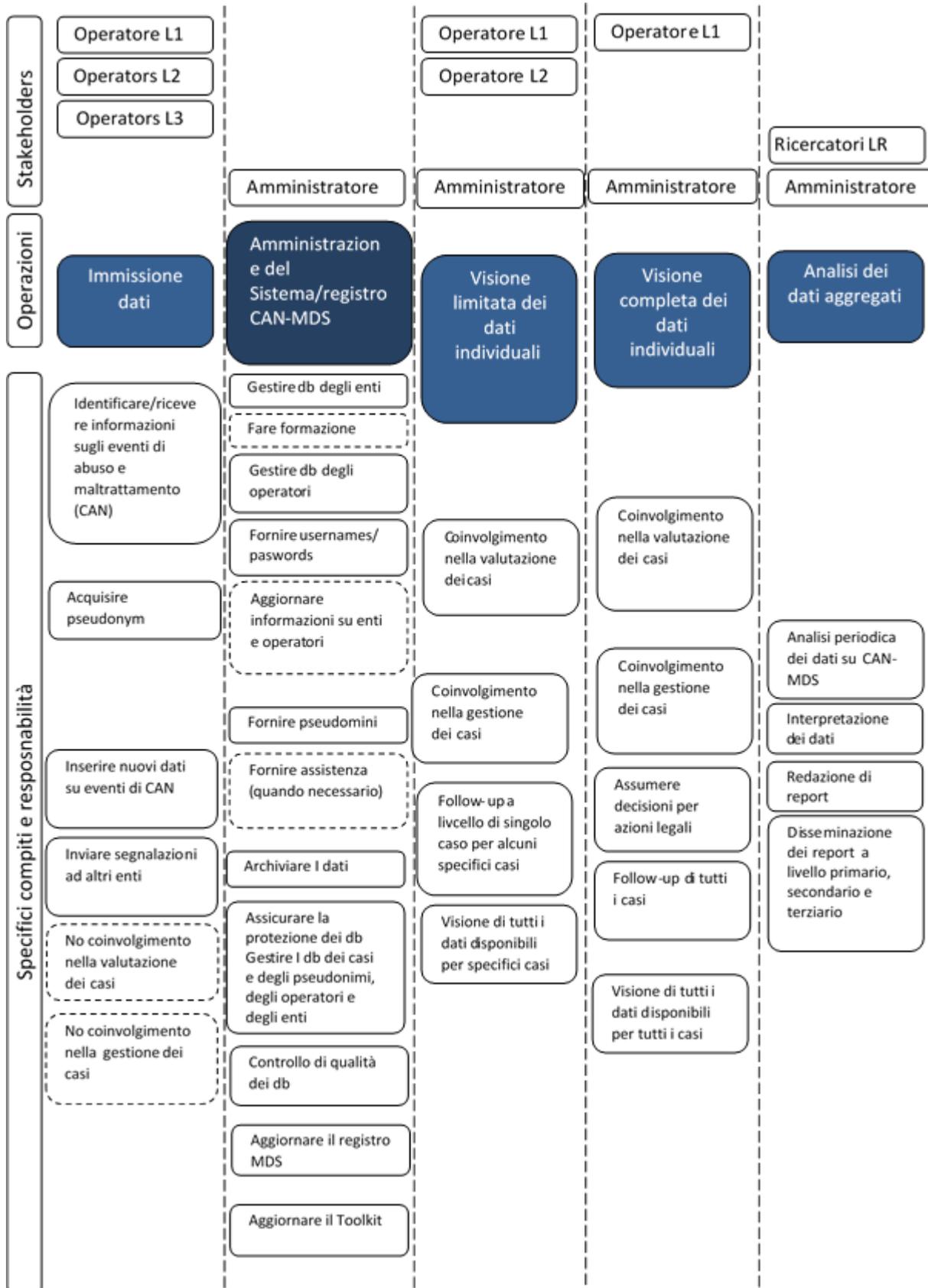


Figura: Parti interessate, Operatività, Compiti e Responsabilità legate al MDS-CAN ^{xvii}

D – Formazione

Qualsiasi professionista che lavora con i bambini può difendere il benessere dei bambini e il loro diritto a vivere liberi da ogni forma di maltrattamento. Prendendo in considerazione questa affermazione, il CAN-MDS punta a rafforzare la cooperazione tra settori consolidando una metodologia di sorveglianza della salute pubblica in grado di essere adottata in modo comune e di adattarsi secondo le specificità del Paese, in modo da assicurare il monitoraggio del maltrattamento attraverso dati comparabili e validi. In questo contesto è necessaria la formazione dei professionisti che lavorano in servizi rilevanti, per riconoscere il valore principale dell'interesse del bambino, la necessità della sorveglianza del maltrattamento del bambino per la salute pubblica, gli aspetti logici e operativi del CAN-MDS e il loro ruolo nello sforzo di fornire incentivi e supporto al fine di assicurare la continuità tra teoria e pratica.

Il gruppo ristretto del MDS-CAN è un gruppo di venti professionisti; la sua sintesi rappresenta tutte le specializzazioni professionali potenzialmente coinvolte ad ogni livello nella gestione di un caso di maltrattamento o trascuratezza ai danni di minori. Essi vengono preparati a fornire formazione agli altri professionisti che in futuro debbano diventare Operatori CAN-MDS (ovvero Gruppi estesi di operatori CAN-MDS)

I Gruppi estesi MDS-CAN includono tutti i professionisti - futuri operatori del sistema CAN-MDS. E' richiesta la combinazione di competenze, formazione professionale, responsabilità ed esperienza lavorativa di ogni gruppo professionale e allo stesso tempo il loro accordo nell'impegno verso gli obiettivi del CAN-MDS, per portare alla identificazione del numero più grande possibile dei casi di potenziale abuso e trascuratezza all'infanzia, al fine di avviare in tal modo al problema della sottostima del fenomeno.

La formazione dei professionisti prima che diventino Operatori

Le attività di formazione a livello nazionale sono condotte dall'Autorità amministrativa nazionale in stretta collaborazione con il gruppo ristretto di professionisti CAN-MDS. Lo scopo della formazione breve (laboratori) fornita nel contesto del CAN-MDS è quello di formare i futuri operatori CAN-MDS. In modo specifico, la formazione mira ad informare i futuri operatori del CAN-MDS sul sistema, le sue caratteristiche, operatività e obiettivi, e su ciò che ci si aspetta da loro nel futuro. Lo scopo generale è assicurare una comprensione comune tra i professionisti (con diverse formazioni e specializzazioni e che lavorano in diversi servizi e settori all'interno e tra i Paesi) su ogni elemento individuale del set minimo di dati incluso nel sistema.

Formatori & Formati per un processo di formazione a cascata

Seminario del gruppo ristretto CAN-MDS: sulla base dei criteri di idoneità viene stabilito in ogni Paese un "Gruppo ristretto nazionale di operatori CAN-MDS" e i suoi membri vengono formati come Operatori e come Formatori dal Coordinatore nazionale del progetto.

Laboratori dei gruppi estesi CAN-MDS: usando lo stesso criterio "Gruppi estesi di Operatori CAN-MDS" possono venire continuamente creati e formati da membri del Gruppo ristretto già formati.

Contenuti del laboratorio di formazione

- Sezione introduttiva
- Definizione del ruolo dei formati come Operatori CAN-MDS
- Esplorare il CAN-MDS: una lettura variabile per variabile
- Assicurare la comprensione del CAN-MDS
- Temi chiave etici relativi alla sorveglianza CAN

Obiettivi dell'apprendimento

I professionisti idonei - futuri operatori CAN-MDS ottengono la conoscenza e le competenze necessarie per seguire le procedure per contribuire alla sorveglianza attraverso CAN-MDS. In modo specifico la formazione intende rendere i formati in grado di:

- Identificare episodi e casi
- Registrare casi sospetti, insieme a informazioni specifiche (relative alle condizioni, alla famiglia, al bambino)
- Registrare informazioni per la risposta dei servizi (risposta istituzionale e rinvii fatti)
- Comunicare e fornire riscontro alla comunità (livello della salute pubblica) e ai professionisti-operatori (a livello di caso)

Materiale disponibile

- Slides
- Casi – studio
- Dispense

E – Gestione dell'informazione

Gestione, mantenimento e conservazione dei dati

La gestione, il mantenimento e la conservazione dei dati CAN-MDS sono responsabilità principale dell'Autorità amministrativa nazionale o regionale (secondo le specificità del Paese), che deve assicurare che esse siano in linea con il quadro legale attualmente in vigore in Italia e con le disposizioni del Garante per la protezione dei dati personali.

Quadro dei dati

Gli indicatori considerati nel CAN-MDS devono essere politicamente rilevanti, in grado di fornire una guida per le decisioni critiche sulla gestione e prevenzione del maltrattamento e della trascuratezza ai danni dell'infanzia, essere semplici (per lo più tassi di incidenza), sensibili e continui (in grado di mostrare le tendenze del fenomeno nel tempo).

Esposizione all'abuso e trascuratezza in danno di minori	Episodio di abuso e trascuratezza in danno di minori per tipo/forma di abuso/trascuratezza, per età del bambino (presunta) vittima, per periodo temporale / area per geografica (Assi: REGISTRAZIONE e EPISODIO)
Esplorazione dei fattori di rischio per l'abuso e la trascuratezza in danno di minori	Caratteristiche dei bambini (presunte) vittime / delle famiglie dei bambini / dei caregiver / quando l'episodio ha avuto luogo (Assi: REGISTRAZIONE e BAMBINO e FAMIGLIA)
Risposta dei servizi all'abuso e trascuratezza in danno di minori	Risposta dei servizi & dei professionisti (immediata e nel lungo periodo) nel registrare / relazionare / indagare / valutare / gestire l'abuso e la trascuratezza in danno del minore a livello di caso (Assi: REGISTRAZIONE e SERVIZI e EPISODIO)

Modalità di impiego dei dati raccolti attraverso un Sistema di sorveglianza MDS-CAN

- per misurare periodicamente l'incidenza dei CAN e le loro forme specifiche sulla base di dati che provengono dalla risposta dei servizi ai casi di CAN
 - in generale
 - per settore e per servizio
 - per forme specifiche di abuso e trascuratezza e per caratteristiche del bambino, famiglia, caregiver
- per monitorare l'evoluzione del maltrattamento all'infanzia
 - a livello nazionale e locale
 - per forme specifiche di abuso e trascuratezza e per caratteristiche del bambino, famiglia, caregiver
 - offrire indizi per l'identificazione di
 - nuove tendenze emergenti nel maltrattamento all'infanzia
 - popolazioni ad alto rischio
- essere usato come base per la valutazione di
 - bisogni dei servizi (valutazione dei bisogni relativi alla gestione di casi CAN) per fissare le priorità nell'allocazione delle risorse nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei CAN
 - efficacia delle pratiche di prevenzione e di intervento sui CAN (e identificazione delle buone pratiche)
 - efficacia delle politiche di prevenzione dei CAN (per la pianificazione di politiche future e della legislazione)

I dati raccolti attraverso un sistema potenziale di sorveglianza CAN possono essere usati anche:

- per fissare le metodologie di gestione applicate ai casi di CAN
- per identificare i cambiamenti nelle pratiche di gestione dei casi di CAN e gli effetti di questi cambiamenti
- per operare come canale di comunicazione fra settori coinvolti nella gestione di casi di CAN¹
 - facilitare il monitoraggio a livello di caso
- operare come uno strumento pronto all'uso durante le indagini su casi nuovi o presunti da parte delle autorità certificate
- fornire restituzioni ai servizi a livello di caso sui casi già conosciuti

Gestione delle informazioni

A due livelli: la sorveglianza della salute pubblica E a livello di caso (restituzione agli operatori con l'appropriato livello di accesso)

Dati aggregati sulla salute pubblica

L'obiettivo dell'analisi e diffusione dei dati aggregati relativi ai risultati prodotti riguarda per lo più la prevenzione primaria (pianificazione, implementazione e valutazione dell'efficacia delle metodologie e delle politiche). I dati epidemiologici di un Sistema di sorveglianza MDS-CAN verranno periodicamente estratti e analizzati e o relativi rapporti verranno diffusi a

- livello primario; gli enti che partecipano al sistema avranno la possibilità di ricevere i dati relativi al loro lavoro nella gestione di casi CAN
- livello secondario; i servizi centrali a livello regionale/locale avranno la possibilità di ricevere rapporti consolidati sul lavoro di gestione dei casi CAN portato avanti dai singoli enti appartenenti alla loro giurisdizione
- livello terziario; le autorità centrali (es. livello ministeriale) avranno la possibilità di ricevere rapporti consolidati relativi al lavoro di gestione dei casi CAN realizzato dai singoli enti che appartengono alla loro giurisdizione a livello locale e nazionale. Infine i governi riceveranno rapporti globali comprensivi di dati aggregati per il problema in generale (rispettivamente a livello regionale e locale a seconda delle specificità del Paese).

Tutti questi dati potranno essere forniti anche disaggregati per tipo di CAN, sesso ed età del bambino, sesso età del caregiver primario, regione geografica, periodo temporale, servizi offerti e rinvii ai servizi

Dati da disaggregati a livello di caso

Per i bambini che sono già stati registrati nel sistema per fatti precedenti, l'informazione esistente verrà resa disponibile agli operatori autorizzati (sulla base del livello di accesso legato alle loro responsabilità). Inoltre verranno fornite informazioni per i professionisti e servizi che hanno già lavorato in precedenza sullo stesso caso. Si prevede che questo faciliterà le procedure di indagine e di valutazione e che contribuirà al miglioramento della gestione dei casi individuali. Si potranno così ottenere una prevenzione secondaria (re-vittimizzazione) e terziaria (mediazione delle conseguenze del CAN) più efficace.

Rafforzamento del coinvolgimento dell'operatore nel sistema

Per rafforzare il coinvolgimento di ogni operatore o professionista nel MDS-CAN deve essere chiaramente definito cosa ci si aspetta da lui/lei rispetto alla sua collaborazione nel sistema e allo stesso tempo che cosa ci si aspetta di ottenere in termini positivi dalla sua partecipazione.

Cosa può apportare un operatore MDS-CAN al sistema MDS-CAN

- registrare nuovi fatti CAN per nuovi casi (bambini) identificati o in seguito a una segnalazione
- aggiungere dati per nuovi fatti relativi a casi già conosciuti
- aggiornare i dati per fatti già registrati relativi a casi conosciuti (follow-up)

Cosa può offrire MDS-CAN a un operatore MDS-CAN

- uno strumento semplice e accessibile per segnalare fatti CAN (specialmente quando il professionista ha l'obbligo di segnalazione)
- uno strumento facile e accessibile per mantenere una informazione di base su tutti i nuovi fatti di CAN portati alla sua attenzione
- uno strumento per verificare dati demografici e di altro tipo per bambini già conosciuti (tramite rapporti autoprodotti)
- un canale di comunicazione con altri professionisti che lavorano nello stesso o altri settori sul medesimo caso
- informazioni di base su fatti precedenti per casi (bambini) già conosciuti (secondo il suo livello di accesso)
- uno strumento pronto all'uso per
 - informare altri enti agenzie sulla risposta del proprio ente (es che cosa hanno già offerto i servizi)
 - segnalare ad altri enti nuovi casi (es. attraverso i rinvii)

Appendici

Rapporto con profilo del Paese (www.can-via-mds.eu)

Materiali

Toolkit CAN-MDS (CD/USB, compreso altro materiale di supporto, relazioni, etc.) (www.can-via-mds.eu)

Note bibliografiche

- ⁱ Disponibile in: http://www.unicef.org.uk/Documents/Publication-pdfs/betterlifeleaflet2012_press.pdf
- ⁱⁱ Disponibile in: CRC/C/GC/13 (2011) §19-33 http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf
- ⁱⁱⁱ Adottato con la Risoluzione 44/25 del 20 Novembre 1989 dell'Assemblea Generale e entrato in vigore il 2 Settembre 1990, come da articolo 49, aperto alla firma, ratifica e accesso dei Paesi.
- ^{iv} The Council of Europe (2009). Policy guidelines on integrated national strategies for the protection of children from violence. Integrated strategy against violence. www.coe.int/t/dg3/children/News/Guidelines/Recommendation%20CM%20A4%20protection%20of%20children%20_ENG_B_D.pdf
- ^v Cappa, C. (2014). Global Statistics on Children's Protection from Violence, Exploitation and Abuse. New York: Data and Analytics Section Division of Data, Research and Policy UNICEF www.unicef.org/protection/files/1412886011_Global_Statistics_on_CP_Brochure_HR_.pdf
- ^{vi} WHO (2014). Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020, Written Evidence. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/253728/64wd13e_InvestChildMaltreat_140439.pdf?ua=1
- ^{vii} World Health Organization; Lucerne University; Children Research Centre (2015). Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment. Geneva: WHO http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155237/1/9789241549073_eng.pdf?ua=1&ua=1
- ^{viii} DIRETTIVA 2012/29/EU DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 25 Ottobre 2012 che stabilisce gli standard minimi sui diritti, il supporto e la protezione delle vittime di crimini, e che sostituisce la Decisione quadro del Consiglio 2001/220/JHA (14.11.2012 Official Journal of the European Union L 315/61)
- ^{ix} Lista degli strumenti legislativi UE più importanti sulla protezione del bambino (Feb 2015) http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/cps_annex_eu_legislation.pdf
- ^x Regulation (EC) No 862/2007 of the European Parliament and of the Council of 11 July 2007 – statistics on migration and international protection
- ^{xi} Council Conclusions of 2 December 2011 on the review of the implementation of the Beijing Platform for Action
- ^{xii} Council Conclusions of 5-6 June 2014 on preventing and combating all forms of violence against women and girls, including female genital mutilation
- ^{xiii} 8th European Forum on the rights of the child: Towards integrated child protection systems through the implementation of the EU Agenda for the rights of the child (2013) http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/8th_forum_report_en.pdf
- ^{xiv} 9th European Forum on the rights of the child : Coordination and cooperation in integrated child protection systems (2015) http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/2015_forum_roc_background_en.pdf
- ^{xv} ChildONEurope (2009). Guidelines on Data Collection and Monitoring Systems on Child Abuse. ChildONEurope Series 1. Florence: Istituto degli Innocenti http://www.childoneurope.org/issues/publications/childabuse_guidelines.pdf
- ^{xvi} ISO 20252:2012 (2.18) *"fase del processo di immissione dati in cui i dati raccolti vengono convertiti su supporto informatico"*
- ^{xvii} Seguendo i principi generali della ISO/IEC 11179-6:2005(E)