



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
CLUJ-NAPOCA

SISTEMUL DE MONITORIZARE A CAZURILOR DE ABUZ ȘI NEGLIJARE PRIN SETUL MINIM DE DATE (CAN-SMD)



Coordonare:

Institutul de Sănătate a Copilului, Departamentul de Sănătate Mentală și Servicii Sociale (ICH-MHSW) - GRECIA

Organizații partenere:

Agenția Copilului și a Familiei - BELGIA

Universitatea de Sud-vest "Neofit Rilski" (SWU)-BULGARIA

Universitatea Ulm, Departamentul de Psihiatrie/Psihologie a Copilului și Adolescentului - GERMANIA

Observatorul Național al Copiilor în Pericol - FRANȚA

Istituto degli Innocenti (IDI)-ITALIA

Universitatea Babeș-Bolyai, Departamentul de Asistență Socială UBB - ROMANIA

Universitatea Științelor Aplicate și a Artelor, Școala de Asistență Socială - ELVEȚIA

cu participarea voluntară a Ministerului Sănătății, Asistenței Sociale și Egalității, Serviciilor pentru Familie și Copii - SPANIA

CUPRINS

1. PREZENTAREA PROBLEMEI	p. 5
Necesitate, scopuri și mijloace	p. 5
<i>Importanța CAN (Cazuri de Abuz și Neglijare) din perspectiva sănătății publice</i>	p. 5
<i>Importanța colectării datelor CAN din perspectiva sănătății publice</i>	p. 5
<i>Scopul proiectului</i>	p. 5
<i>Mijloace de atingere a obiectivului</i>	p. 5
<i>Subiectul monitorizării</i>	p. 5
<i>Necesitatea de monitorizare a CAN</i>	p. 5
2. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE	p. 5
Scopul sistemului de monitorizare a cazurilor de abuz și neglijare prin setul minim de date (CAN-SMD)	p. 5
Utilizări prevăzute ale datelor pentru a fi colectate printr-un potențial sistem de monitorizare a CAN-SMD	p. 5
3. DEFINIȚIILE DE CAZ	p. 5
Definiții conceptuale ale rețelilor de tratament aplicate minorilor	p. 5
Definițiile de caz ale operaționalizării CAN-SMD	p. 5
4. SURSE DE DATE	p. 5
Identificarea potențialelor surse de date pentru un sistem de monitorizare a CAN-SMD	p. 5
Definirea criteriilor de eligibilitate pentru grupuri de bază și extinse de operatori ai unui sistem de monitorizare CAN-SMD	p. 5
Respondenții	p. 5
Rezultate	p. 5
5. CARACTERISTICILE SISTEMULUI	p. 5
Caracteristicile operaționale ale potențialelor sisteme naționale de monitorizare CAN-SMD	p. 5
Componentele sistemului de monitorizare a CAN-SMD și caracteristicile necesare pentru a gestiona limitările majore de monitorizare a sănătății publice față de limitările unei monitorizări extinse a sănătății publice	p. 5
6. INSTRUMENTE ȘI PROCEDURI DE ÎNREGISTRARE	p. 5
Măsurarea indicatorilor de selectare a datelor	p. 5
Structura setului de instrumente CAN-SMD	p. 5
Setul de instrumente CAN-SMD	p. 5
Conținutul CAN-SMD pentru colectarea de date pe 4 axe pre-definite	p. 5
Conținutul ghidului pentru profesioniști (grupuri de bază și extinse) și protocolul operațiunilor	p. 5
7. DIAGRAMA UNUI SISTEM DE MONITORIZARE CAN-SMD	p. 5
Procedura de raportare	p. 5
Procedura de înregistrare	p. 5
Urmărirea la nivel de caz	p. 5
Gestionarea datelor	p. 5
Diseminare	p. 5

1. PREZENTAREA PROBLEMEI

Necesitate, scopuri și mijloace

Importanța CAN din perspectiva sănătății publice

În 1999, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a recunoscut abuzul asupra copilului ca fiind o problemă majoră de sănătate publică (OMS 1999). În 2010, Centrele din SUA pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC Centers for Disease Control and Prevention) a descris maltratarea copilului ca o problemă de sănătate publică “critică” și “semnificativă” care justifică o strategie cuprinzătoare de prevenire (CDC 2010). În 2008, maltratarea copilului a fost recunoscută ca o problemă socială, care necesită un studiu de sănătate publică și activități de prevenire ulterioare (O’Donnell și colab. 2008) în timp ce în anul 2010 s-a constatat că “eforturile de prevenire a abuzului asupra copilului și a neglijării s-au mutat în mare măsură în zona sănătății publice.” (Zimmerman și Mercy 2010).

Importanța colectării datelor CAN din perspectiva sănătății publice

În 1999, OMS a recomandat ca toată comunitatea internațională să acorde prioritate “dezvoltării bazei mondiale de colectare a datelor privind abuzul și neglijarea copiilor, estimării impactului asupra sănătății publice și, de asemenea, costului economic implicat.” După un deceniu CDC a remarcat că “lipsa de informații viabile cu privire la numărul de copii afectați de abuz și neglijare a reprezentat o limitare serioasă în oferirea unui răspuns efectiv și eficient de sănătate publică” (Leeb și colab. 2008).

Scopul proiectului “Răspuns Coordonat al CAN prin SMD”

De a crea o bază științifică, instrumentele și sinergiile necesare pentru sprijinirea stabilirii Sistemelor Naționale de Monitorizare a CAN (în cazul în care astfel de mecanisme nu sunt disponibile) sau îmbunătățirea Sistemelor Naționale de Monitorizare a CAN (în cazul în care acestea există)

Structura proiectului

- WS.1 Faza pregătitoare: Analiza literaturii de specialitate cu privire la metodologiile pentru construirea unui SMD și Rapoartele de țară cu privire la mecanismele disponibile de monitorizare a CAN
- WS.2 Transferul practicii SMD în domeniul CAN: Definirea conținutului SMD, Crearea setului de instrumente CAN-SMD și Dezvoltarea componentelor de evaluare
- WS.3 Crearea de sinergii: Construirea Grupului Național de operatori CAN-SMD
- WS.4 Capacitatea de formare: Formare formatorilor și a grupurilor naționale de bază ale operatorilor CAN-SMD
- WS.5 Răspuns coordonat la CAN prin SMD: Realizarea unui manual de politici și proceduri pentru stabilirea Sistemelor Naționale de Monitorizare CAN-SMD & Diseminarea produselor proiectului



Importanța CAN din perspectiva sănătății publice

În 1999, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a recunoscut abuzul asupra copilului ca fiind o problemă majoră de sănătate publică (OMS 1999). În 2010, Centrele din SUA pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC Centers for Disease Control and Prevention) a descris maltratarea copilului ca o problemă de sănătate publică “critică” și “semnificativă” care justifică o strategie cuprinzătoare de prevenire (CDC 2010). În 2008, maltratarea copilului a fost recunoscută ca o problemă socială, care necesită un studiu de sănătate publică și activități de prevenire ulterioare (O’Donnell și colab. 2008) în timp ce în anul 2010 s-a constatat că “eforturile de prevenire a abuzului asupra copilului și a neglijării s-au mutat în mare măsură în zona sănătății publice.” (Zimmerman și Mercy 2010).

Importanța colectării datelor CAN din perspectiva sănătății publice

În 1999, OMS a recomandat ca toată comunitatea internațională să acorde prioritate “dezvoltării bazei mondiale de colectare a datelor privind abuzul și neglijarea copiilor, estimării impactului asupra sănătății publice și, de asemenea, costului economic implicat.” După un deceniu CDC a remarcat că “lipsa de informații viabile cu privire la numărul de copii afectați de abuz și neglijare a reprezentat o limitare serioasă în oferirea unui răspuns eficient și eficient de sănătate publică” (Leeb și colab. 2008).

Scopul proiectului “Răspuns Coordonat al CAN prin SMD”

De a crea o bază științifică, instrumentele și sinergiile necesare pentru sprijinirea stabilirii Sistemelor Naționale de Monitorizare a CAN (în cazul în care astfel de mecanisme nu sunt disponibile) sau îmbunătățirea Sistemelor Naționale de Monitorizare a CAN (în cazul în care acestea există)

Structura proiectului

- WS.1 Faza pregătitoare: Analiza literaturii de specialitate cu privire la metodologiile pentru construirea unui SMD și Rapoartele de țară cu privire la mecanismele disponibile de monitorizare a CAN
- WS.2 Transferul practicii SMD în domeniul CAN: Definirea conținutului SMD, Crearea setului de instrumente CAN-SMD și Dezvoltarea componentelor de evaluare
- WS.3 Crearea de sinergii: Construirea Grupului Național de operatori CAN-SMD
- WS.4 Capacitatea de formare: Formare formatorilor și a grupurilor naționale de bază ale operatorilor CAN-SMD
- WS.5 Răspuns coordonat la CAN prin SMD: Realizarea unui manual de politici și proceduri pentru stabilirea Sistemelor Naționale de Monitorizare CAN-SMD & Diseminarea produselor proiectului

Mijloace pentru atingerea scopului

Dezvoltarea unei propuneri pentru un sistem de monitorizare a CAN pe baza unui SMD

Subiectul monitorizării

Abuzul și neglijarea copiilor prin înregistrarea răspunsurilor serviciilor la cazurile individuale

Necesitatea monitorizării CAN

Faptul că “adevăratele amploare a fenomenului de maltratare a copilului este necunoscut” este frecvent recunoscut în literatura internațională. Pe baza unei varietăți de estimări pentru amploarea fenomenului “între jumătate și patru cincimi din toate victimele maltratării nu sunt cunoscute de serviciile de protecție a copilului”; “amploarea fenomenului de abuz și neglijare a copiilor poate fi descrisă prin analogia vârful aisbergului” (Sedlak și Broadhurst 1996; Trocmé și colab. 2005).

Necesitatea sistemului de monitorizare a CAN este susținută de necesitatea de a înțelege incidența CAN pe baza datelor provenite din răspunsurile serviciilor la CAN; de a monitoriza cererea pentru servicii care administrează cazurile; de a stabili prioritățile de prevenire; de a identifica nevoile profesioniștilor implicați; de a înțelege consecințele CAN; și de a determina costurile legate de CAN.

2. SCOP SI OBIECTIVE

Thacker și Berkelman (1988) au definit monitorizarea sănătății publice drept “colectare sistematică și continuă, analiza și interpretarea rezultatelor-date specifice, strâns integrate cu difuzarea la timp a acestor date către cei responsabili de prevenirea și controlul bolilor sau vătămarilor” și “nu ca un scop în sine, ci mai degrabă ca un instrument” (p.185). Cu toate acestea, s-a pus problema că această definiție cuprinde două activități foarte diferite: “monitorizarea cazului se concentrează asupra persoanelor fizice pentru a-i identifica pe cei cu anumite boli și pentru a lua măsuri. Pe de altă parte, monitorizarea statistică se concentrează asupra populațiilor pentru a identifica diferențele și tendințele cu valență informativă care pot influența elaborarea politicilor de sănătate publică, inclusiv alocarea de resurse” (Choi 2012; Stoto 2003).

În contextul unei abordări de sănătate publică se sugerează că datele monitorizării ar trebui să poată fi utilizate ca un instrument pentru identificarea și urmărirea riscului pentru sănătate la nivel de populație și ca un mijloc de a determina factorii de risc și de protecție între subgrupuri. Aceste informații pot fi apoi folosite pentru a dezvolta programe de prevenire și de intervenție vizate (Putnam-Hornstein și colaboratorii 2011).

În afară de monitorizarea sănătății publice a CAN, în Sistemul de Monitorizare CAN-SMD sugerat este inclus un scop suplimentar - utilizarea de informații la nivel de caz.

Astfel, scopul poate fi definit la două niveluri:

- ♦ De a oferi informații complete, viabile și comparabile pe baza cazuisticii pentru (pretinsele) CAN de victime copii care au folosit serviciile sociale, de sănătate, educaționale, judiciare și publice la nivel național și internațional. (Informații pentru acțiune legate de inițiativele din domeniul sănătății publice.)
- ♦ Pentru a servi ca un instrument gata de utilizare în ancheta și urmărirea CAN victime copii sau a celor cu risc de a fi (re) victimizați, cu respectarea legislației naționale și aplicarea tuturor normelor necesare pentru a asigura colectarea și administrarea etică de date (informații la nivel de caz legate de urmărirea cazurilor individuale.)

Adaptând procesul “de la descoperirea la gestionarea cazurilor”, așa cum este descris de Sleet și colab. (2003), Sistemul de Monitorizare CAN-SMD sugerat este următorul:

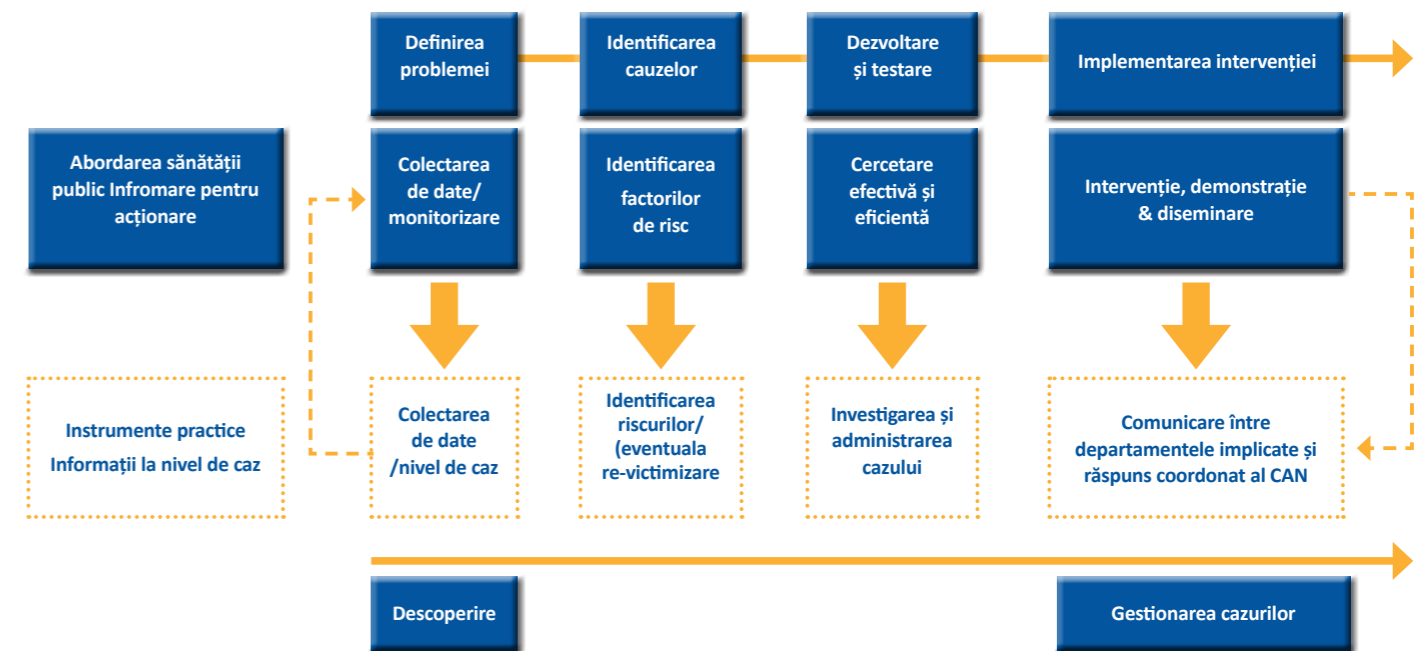


Figura 1. Sistemul de monitorizare CAN-SMD: folosirea datelor de monitorizare a CAN pentru a susține administrarea la nivel de caz și pentru a consolida angajamentul în strângerea de date prin monitorizarea CAN.

Obiective**Potențiale utilizări ale datelor colectate prin Sistemul de Monitorizare CAN-SMD**

Datele colectate prin intermediul unui potențial Sistem de Monitorizare CAN-SMD pot fi utilizate:

- ◆ pentru a măsura periodic incidența CAN și formele sale specifice, pe baza datelor provenite din răspunsurile serviciilor la CAN
 - în general,
 - în departamente și servicii
 - în forme specifice de abuz și neglijare, și caracteristicile copilului, a tutorelui și a familiei
 - pentru a monitoriza tendințele în maltratarea copilului
 - la nivel național și local
 - în forme specifice de abuz și neglijare, și caracteristicile copilului, a tutorelui și a familiei
- ◆ pentru a oferi soluții în identificarea
 - direcțiilor noi sau pe cale de apariție în maltratarea copiilor
 - populațiilor cu risc mare
- ◆ pentru a fi folosite ca bază pentru
 - nevoile serviciilor (evaluarea nevoilor în gestionarea CAN) pentru prioritizarea alocării resurselor în cazul prevenției CAN primare, secundare și terțiare
 - eficacitatea practicilor de prevenție și intervenție a CAN (și identificarea bunelor practici)
 - eficacitatea politicilor de prevenire a CAN (pentru planificarea viitoarelor politici și legislații)

Mai mult, datele colectate printr-un potențial Sistem de Monitorizare a CAN prin SMD pot fi utilizate:

- ◆ să evedențieze practicile administrative aplicate pentru CAN
- ◆ să detecteze schimbările în practicile administrative ale CAN și efectele acestor schimbări
- ◆ să opereze ca un canal de comunicare între sectoarele implicate în administrarea CAN
- ◆ să faciliteze urmărirea ulterioară a cazurilor
- ◆ să opereze ca un instrument gata de utilizare în anchetarea, de către autorități, a cazurilor noi sau suspecte
- ◆ să ofere feedback serviciilor la nivel de caz pentru cazurile deja cunoscute

3. DEFINIȚII DE CAZ

O provocare majoră în cercetarea CAN este depășirea variațiilor în definițiile de rele tratamente/ maltratare utilizate de către cercetători, specialiști și funcționari din diferite medii profesionale care lucrează în diferite jurisdicții în interiorul și între țări.

Fallon și colegii săi (2010) au remarcat că o dificultate semnificativă apare atunci când se compară rapoartele CAN pentru că statisticile sunt rareori prezentate suficient de detaliat.

Potrivit OMS și Universității de Tehnologie din Sydney (2008), “utilizarea de definiții standard va asigura coerență permițând jurisdicțiilor să își dezvolte propriile baze de date, mai detaliate și specifice fiecărei țări, bazându-se pe seturile minime de date, ceea ce va permite, de asemenea, comparația regională, analiza comparativă și standardizarea”.

1. În Ghidul Guvernului Marii Britanii “Munca împreună pentru bunăstarea copiilor - un ghid pentru munca inter-agenții în scopul protejării și promovării bunăstării copiilor (2013), există o descriere detaliată a procedurilor de schimb informațional între specialiști atunci când există preocupări legate de asigurarea siguranței și bunăstării copilului. Acesta prevede că “schimbul eficient de informații între profesioniști și agenții locale este esențială pentru identificarea efectivă, evaluarea și furnizarea de servicii; ... schimbul de informații poate fi vital în funcționarea eficientă a serviciilor de protecția copilului. Temerile cu privire la schimbul de informații nu pot fi lăsate să stea în calea promovării bunăstării și protejării siguranței copiilor. Pentru a asigura măsuri eficiente de protecție: toate organizațiile ar trebui să aibă în vigoare măsuri care să stabilească în mod clar procesele și principiile care guvernează schimbul de informații între ele...”

Maltratarea copiilor, definiții conceptuale

Organizația Mondială a Sănătății și Societatea Internațională pentru Prevenirea Abuzului și Neglijării Copiilor (2006) Raportul mondial privind violența și sănătatea (2002) a constatat că Societatea Internațională pentru Prevenirea Abuzului și Neglijării Copiilor a comparat definiții ale abuzului din 58 de țări și a găsit anumite puncte comune în definirea noțiunii de abuz (Bross și colab. 2000; Krug și colab. 2002). Capitolul “Abuzul și neglijarea copiilor de către părinți și alți îngrijitori” include definiția elaborată în 1999, de către OMS de Consultare pentru Prevenirea Abuzului asupra Copiilor: “rele tratamente aplicate copilului este definită ca fiind orice formă de de maltratare, violență fizică și/sau emoțională, abuz sexual, neglijare sau tratament neglijent, exploatarea comercială sau de altă natură, care duce la un prejudiciu real sau potențial pentru sănătatea, pentru supraviețuirea, dezvoltarea sau demnitatea copilului în contextul unei relații de responsabilitate, încredere sau putere” și face distincția între patru tipuri de maltratare a copilului: abuz fizic, abuz sexual, abuz psihologic și neglijare (OMS 1999). Bazându-se pe definiția de mai sus, în Prevenirea Abuzului asupra Copiilor: un ghid pentru luarea de măsuri și generarea de probe OMS și SIPANC (2006) au formulat următoarele definiții conceptuale pentru tipurile de maltratare a copiilor:

Abuzul fizic: abuz fizic a unui copil este definit ca utilizarea intenționată a forței fizice împotriva unui copil care are ca rezultat - sau are o probabilitate mare de a duce la – prejudicierea sănătății, supraviețuirii, dezvoltării sau demnității copilului. Acesta include lovituri, bătaia, scuturarea, mușcarea, strangularea, opărirea, arderea, intoxicația și sufocarea. Violența fizică, în cea mai mare parte, este aplicată acasă cu scopul de a pedepsi.

Abuzul sexual: Implicarea unui copil în activitate sexuală pe care el sau ea nu o înțelege pe deplin, nu este în măsură să își dea consimțământul în cunoștință de cauză sau pentru care copilul nu este pregătit sau altceva care încalcă legile sau tabuurile sociale ale societății. Copiii pot fi abuzați sexual atât de către adulți câtși de către alți copii care sunt –prin vârstă sau stadiu de dezvoltare - într-o poziție de responsabilitate, încredere sau putere asupra victimei.

Abuz psihologic: abuzul psihologic și emoțional implică atât incidente izolate, cât și un model de eșec de-a lungul timpului din partea unui părinte sau tutore de a oferi un mediu de dezvoltare corespunzător și ocrotitor. Abuzul de acest tip include: restricția de circulație; comportament de denigrare, învinovățire, amenințare, înspăimântare, discriminare sau ridiculare; și alte forme non-fizice de respingere sau de tratament ostil.

Neglijarea: Neglijarea include atât incidente izolate, cât și un model de eșec de-a lungul timpului din partea unui părinte sau a unui alt membru de familie de a asigura dezvoltarea și bunăstarea copilului - în cazul în care părintele este în măsură să facă acest lucru- în una sau mai multe dintre următoarele domenii: sănătate, educație, dezvoltare emoțională, nutriție, adăpost și condiții de viață în condiții de siguranță. Părinții copiilor neglijăți nu sunt neapărat săraci. Ei pot fi la fel de bine să aibă o situație financiară prosperă.

Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor, Centrul National de Prevenire și Control a Vătămării (2008)

CCPB, identificând dificultățile de comunicare din cauza diferitelor definiții utilizate în mai multe domenii legate de eforturile lor de a identifica, evalua, a urmări, a trata și a preveni eficient abuzul și neglijarea copilului, au dezvoltat următoarea definiție conceptuală a maltratării copilului și a termenilor asociați.

Mai mult decât atât, elemente specifice de date au fost introduse ca și recomandări pentru utilizarea voluntară de către persoane fizice și organizații din comunitatea de sănătate publică. Acestea au fost concepute pentru a ajuta angajații departamentelor de stat și locale de sănătate în monitorizarea sănătății publice, prin colectarea de date asupra rețelilor tratamente aplicate copilului cu intenția de a promova și îmbunătăți consecvența monitorizării abuzului asupra copiilor pentru practici de sănătate publică (Leeb și colab. 2008).

Maltratarea copilului: Orice act sau o serie de acte de comitere sau omitere de către un părinte sau alt tutore care dăunează, poate dăuna sau amenința să dăuneze unui copil.

Actele Comiterii (Abuzului față de Copii): Cuvinte sau acțiuni fâțișe care produc vătămări, potențiale vătămări sau amenințări de vătămare a unui copil. Actele de comitere sunt deliberate și intenționate; cu toate acestea, rănirea unui copil poate sau nu poate să fie consecința intenționată. Intenționalitate se aplică numai pentru acțiunile tutorilor, nu și pentru consecințele acestor acte. De exemplu, un tutore ar putea intenționa să lovească un copil drept pedeapsă (de exemplu, lovitura copilului nu este accidentală sau neintenționată), dar nu intenționează să provoace copilului o comoție. Următoarele tipuri de maltratare implica acte de comitere: abuz fizic, abuz sexual, abuz psihologic

Actele de omisiune (Neglijarea copilului): Eșecul de a împlini nevoile fizice, emoționale, sau educaționale de bază ale unui copil sau de a proteja un copil de vătămare sau eventuale prejudicii. Ca și în cazurile de comitere, a actelor de abuz, vătămarea copilului poate sau nu poate să fie consecință intenționată. Următoarele tipuri de maltratare implica acte de omisiune: Eșecul de a asigura: neglijare fizică, neglijare emoțională, neglijare medicală/ stomatologică, neglijare educațională; Imposibilitatea de a supraveghea: supravegherea necorespunzătoare, expunerea la medii violente.

Primul efort sistematic de a defini conceptual maltratarea copilului s-a bazat pe realitatea din multe și diferite țări, înțelegerea problematicii mondiale a abuzului și neglijării copiilor prin luarea în considerare a "naturii esențiale" și a "atributelor esențiale" de cazuri specifice de CAN din diferite medii culturale. Prin acest proces și cu elaborarea ulterioară, definițiile conceptuale de abuz și neglijare a copilului au fost elaborate (OMS & ISPCAN 2006, CCPB 2008), cu scopul de a oferi "etichete" (abuz fizic, abuz sexual, abuz psihologic și neglijare), împreună cu definițiile de lucru atribuite fiecăreia dintre aceste etichete. Acest lucru a fost destinat pentru a servi ca o definiție specifică de lucru și pentru a ajuta la dezvoltarea de măsuri concrete. Ulterior, CCPB (2008) a sugerat o gamă largă de elemente specifice pentru includerea într-un set de date care să măsoare rețelele tratamente aplicate copilului. Acest lucru a apărut dintr-un efort de a operaționaliza definițiile conceptuale prin încercarea de a preciza cu exactitate modul în care conceptul va fi măsurat prin variabile specifice (exhaustive și reciproc exclusive, de măsurare a unui singur atribut al cazului).

Pe lângă definițiile sugerate de OMS și SIPANC (2006) și CCPB (2008) în contextul CAN-SMD definițiile de caz se vor baza, de asemenea, pe "Comentariul General nr 13 al Comitetului Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului (2011), "Dreptul copilului de a se elibera de toate formele de violență" [CRC / C / GC / 13 (2011) §19-33] (1), CNUDC articolul 19 (2) și Raportul mondial privind VAC (2006) (3).

- Disponibil la : http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf
- Disponibil la: http://www.unicef.org.uk/Documents/Publication-pdfs/betterlifeleaflet2012_press.pdf
- Disponibil la: <http://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>

**Operaționalizarea definițiilor de caz CAN-SMD**

Definiția de caz în contextul CAN-SMD utilizând una din metodele menționate mai sus, cum ar fi etichetarea și datele descriptive, nu sunt considerate a fi eficiente, având în vedere că sistemul CAN-SMD intenționează să includă o gamă largă de domenii ca surse de date și să implice o varietate de specialiști ca operatori.

Pentru a asigura, în cea mai mare măsură posibilă, o înțelegere comună de către orice operator potențial și, astfel, înregistrarea și colectarea de informații viabile și comparabile, se sugerează că un proces de jos în sus (bottom-up) este adoptat pentru operaționalizarea definițiilor de caz a CAN, pentru nevoile CAN-SMD. Acest proces poate fi descris în felul următor: în loc de a se folosi o clasificare largă a principalelor tipuri și subtipuri de CAN, sunt dezvoltate liste (de verificare) de acțiuni și omisiuni clare și specifice, pre-codificate și exhaustive care pot fi identificate prin observare, interviu, informații disponibile sau alte mijloace și care să indice (automat pe baza unui algoritm) subtipuri specifice și, prin urmare, principale tipuri de CAN, permițând în același timp înregistrarea mai multor forme de maltratare (a se vedea figura 2 de mai jos). În același timp, cu toate acestea, operatorii - mai ales mai familiarizați cu forme de abuz asupra copiilor - au, de asemenea, opțiunea de a începe înregistrarea într-o categorie mai largă de maltratare și să continue cu menționarea actelor de violență specifice și a omisiunilor.

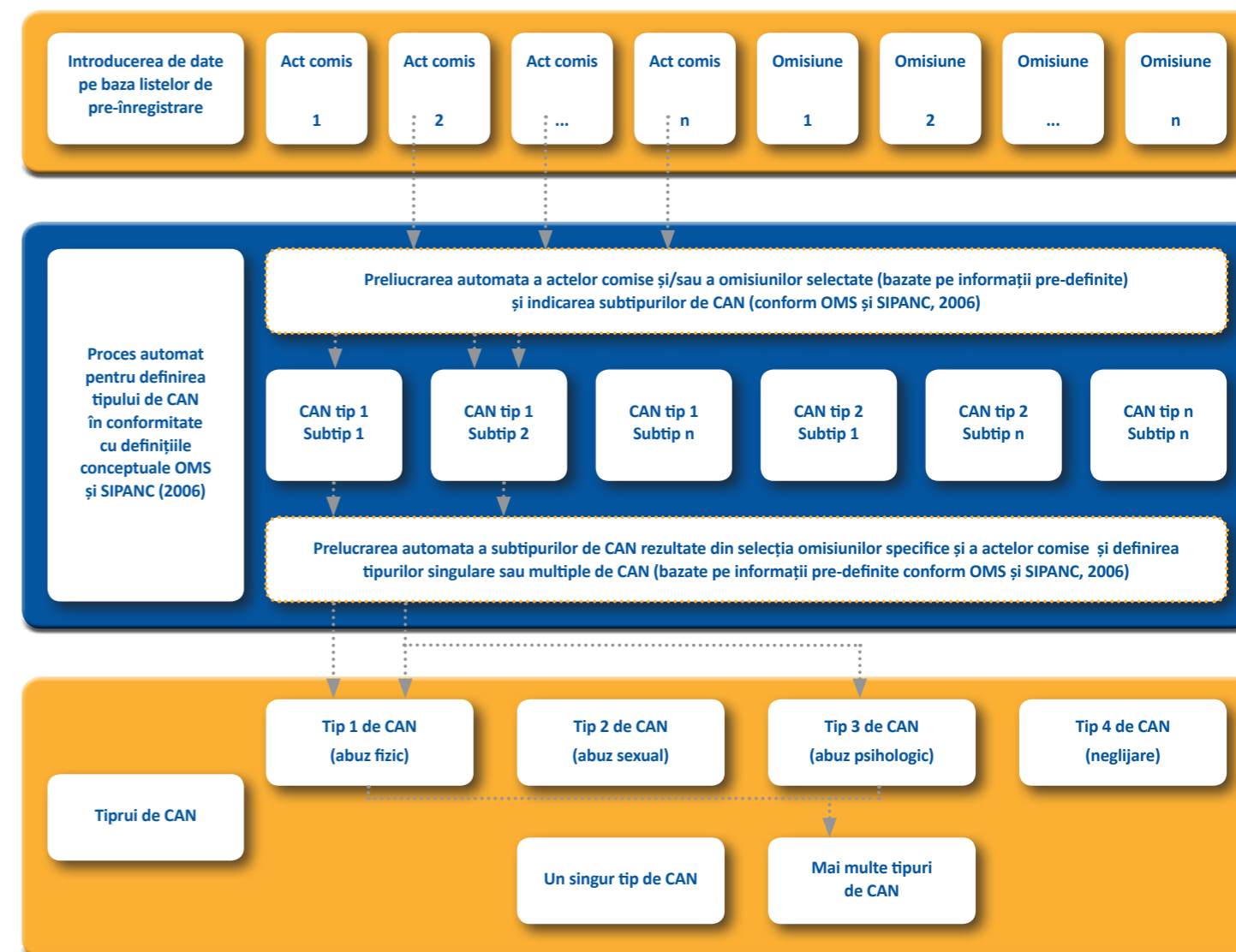


Figura 2.
Definiții de caz CAN-SMD: Operaționalizarea definițiilor conceptuale a CAN pentru cuantificarea datelor CAN

În ceea ce privește calitatea măsurătorilor, se preconizează că odată cu operaționalizarea definițiilor de caz printr-un proces de jos în sus se va îmbunătăți viabilitatea între operatori (prin diminuarea nevoii operatorilor de a lua decizii subiective cu privire la prezența unui anumit tip de CAN) și validitatea măsurilor (înregistrarea actelor de violență comise și /sau a omisiunilor în locul tipurilor generale de CAN ar oferi informații obiective cu privire la situație în locul înțelegerilor dobândite de operatori). În acest fel claritatea conceptuală și omogenitatea CAN și a tipurilor sale ar putea fi atinse de toți specialiștii implicați care lucrează în domenii relevante.

4. SURSELE DATELOR

Identificarea potențialelor surse de date pentru Sistemul de Monitorizare CAN-SMD

O metodologie în 4 pași a fost dezvoltată pentru a defini criteriile de eligibilitate pentru grupurile de bază și extinse ale operatorilor CAN-SMD.

DEFINIȚIA CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE PENTRU SURSELE DE DATE CAN-SMD, GRUPURI DE BAZĂ ȘI EXTINSE ALE OPERATORILOR

Etapa A Identificarea domeniilor relevante care să fie implicate ca surse de date într-un viitor sistem CAN-SMD

Etapa B Identificarea specialiștilor eligibili din fiecare domeniu relevant de lucru care să fie recrutați ca potențiali operatori ai sistemului CAN-SMD

Etapa C Identificarea responsabilităților fiecărui grup de profesioniști eligibili

Etapa D Deciderea nivelului de acces al profesioniștilor eligibili care să fie incluși în grupurile extinse de operatori într-un viitor CAN-SMD în concordanță cu responsabilitățile acestora în CAN

Sursele de date și operatorii propuși pentru un potențial sistem CAN-SMD potențial sunt prezentate în raportul respectiv (D3.1 Criteriile de eligibilitate pentru operatori de bază și grupurilor extinse ale CAN-SMD). Luând în considerare informațiile furnizate de către respondenții din Etapa A, clasificarea surselor de date rezultate este prezentată în figura 4.1.

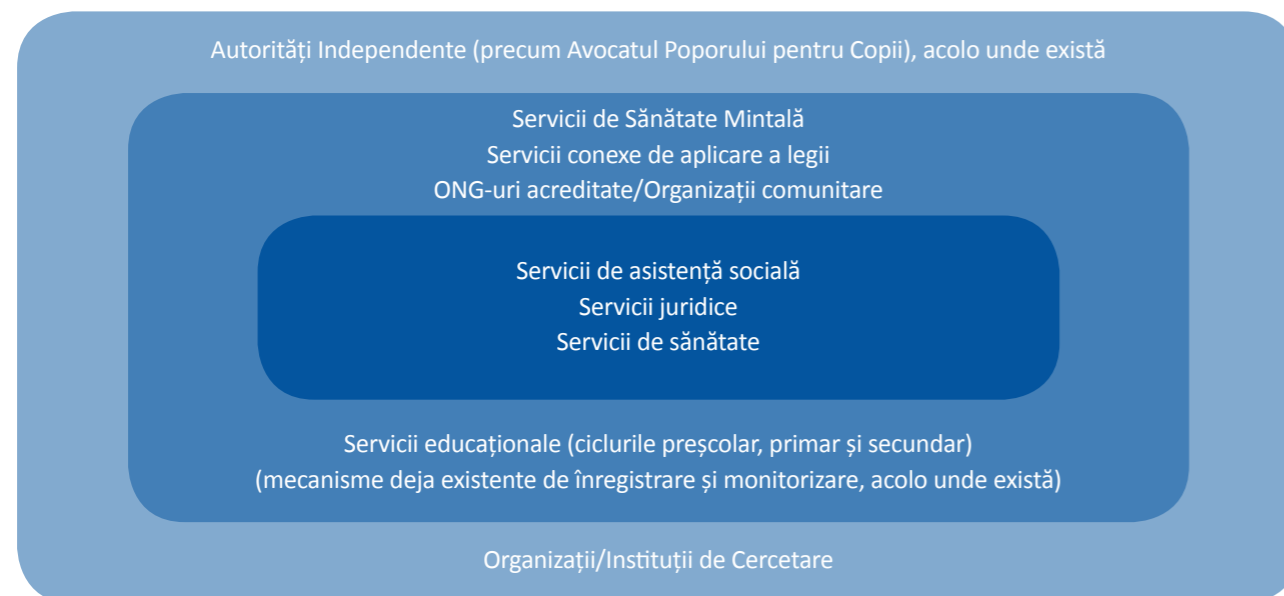


Figura 4.1: Bază (a), extins (b) și în curs de examinare (c) surse de date pentru un potențial Sistem de Monitorizare CAN-SMD

Respondenți

- Van Puyenbroeck, B. Agenția pentru Copii și Familie, BELGIA
- Stancheva-Popkostandinova, V. Universitatea de Sud-Vest "Neofit Rilski" (SWU), BULGARIA
- Seraphin, G. and Bolter, F. Observatorul Național al Copiilor în Pericol (ONED), FRANȚA
- Goldbeck, L. and Witt, A. Universitatea Ulm, Departamentul de Psihiatrie/Psihoterapie a Copilului și Adolescentului, GERMANIA
- Stavrianaki, M., Ntinapogias, A. and Nikolaidis, G. ICH, Departamentul de Sănătate Mentală Și Protecție Socială, GRECIA
- Mammini, S. and Bianchi, D. Istituto degli Innocenti, ITALIA
- Roth, M., Antal, I. and Tonk, G. Universitatea Babes-Bolyai, Departamentul de Asistență Socială (UBB), ROMÂNIA
- Jud, A. Lucerne Universitatea Științelor Aplicate și a Artelor, Școala de Asistență Socială, ELVEȚIA
- Castellanos Delgado, J. L. and Solis de Ovando, R. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, SPANIA

Prin procesul în 4 pași s-a făcut un efort pentru a identifica, în mod sistematic, profesioniștii care sunt eligibili pentru a fi invitați în calitate de operatori ai unui potențial Sistem de Monitorizare CAN-SMD și, ca o condiție prealabilă, pentru a se identifica domeniile relevante/ sectoare implicate în administrarea de cazuri CAN din țările participante (a se vedea tabelul de mai jos).

Sursele datelor de bază & Profesioniștii eligibili (acord între 5 sau mai multe din cele 8 țări)

Acces Liber (Nivelul 1)	Acces Limitat (Nivelul 2)	Acces Limitat (Nivelul 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Procurori din sistemul juridic 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistenți sociali care lucrează la Protecția Copilului sau în servicii de protecție socială • Asistenți sociali care lucrează în ONG-uri acreditate/Organizații comunitare • Specialiști în psihiatrie infantilă care lucrează în serviciile de sănătate • Specialiști în psihiatrie infantilă care lucrează în serviciile de sănătate mintală • Psihologi care lucrează la Protecția copilului/servicii de protecție socială • Psihologi care lucrează în servicii de sănătate • Psihologi care lucrează în servicii de sănătate mintală • Medici pediatri care lucrează în servicii de sănătate • Medici (cu diferite specialități ex. ortoped, radiolog) care lucrează în servicii de sănătate • Ofițeri de poliție care lucrează în servicii conexe de aplicare a legii 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistenți sociali care lucrează în servicii de sănătate • Specialiști în sănătate mintală (psihologi, psihiatri, consilieri acreditați) care lucrează în ONG-uri acreditate/Organizații comunitare

Surse de date extinse & profesioniști eligibili (acord între 3-4 din cele 8 țări)

Acces Liber (Nivelul 1)	Acces Limitat (Nivelul 2)	Acces Limitat (Nivelul 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Asistenți sociali care lucrează la Protecția Copilului sau în alte servicii de protecție socială 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialiști în sănătate mintală (psihologi, psihiatri) care lucrează în servicii conexe de aplicare a legii • Consilieri acreditați care lucrează la Protecția copilului sau în servicii de protecție sociale • Consilieri acreditați care lucrează în servicii de sănătate mintală • Judecători care lucrează în sistemul juridic • Ginecologi care lucrează în serviciile de sănătate • Asistenți medicali care lucrează la Protecția copilului sau în servicii de protecție socială • Moașe care lucrează la Protecția copilului sau în servicii de protecție socială • Administratori de date care lucrează în domeniile conexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistenți sociali care lucrează în Educație • Asistenți sociali care lucrează în servicii de sănătate mintală • Furnizori de servicii medicale care lucrează în Protecția Copilului/servicii de protecție sociale • Psihologi care lucrează în Educație • Consilieri acreditați care lucrează în educație • Ofițeri de probațiune care lucrează în sistemul judiciar • Alți specialiști din sfera conexasă justiției care lucrează în sistemul judiciar • Asistenți medicali care lucrează în ONG-uri acreditate/ organizații comunitare • Profesori/educatori (din sistemul preșcolar/primar/ secundar, din învățământul special, directori de școli) care lucrează în educație • Personalul din departamentele de combatere a traficului de persoane, departamentul pentru persoane invalide, Avocatul Poporului, etc. care lucrează în servicii/ autorități independente

Criteriul de atribuire a unui nivel specific de acces în interiorul fiecărui grup eligibil de specialiști se bazează pe responsabilitățile profesioniștilor care își desfășoară activitățile zilnice.

Având în vedere că atribuirea diferitelor niveluri de acces, chiar și pentru anumiți specialiști care trebuie să respecte codurile de deontologie profesională și / sau de legislația relevantă, este strâns legată de legislația referitoare la administrarea datelor cu caracter personal sensibile, fezabilitatea criteriilor de eligibilitate va fi verificată în etapa următoare. În concluzie, grupul eligibil de specialiști și sectoarele eligibile prezentate în acest raport sunt o bază pentru dezvoltarea viitoare și nu clasificarea finală.

INFORMAȚIILE DEPARTAMENTELOR IMPLICATE ÎN PROTECȚIA COPILULUI DIN ALTE ȚĂRI ȘI RESPONSABILITĂȚILE GRUPULUI DE SPECIALIȘTI VA DUCE LA FORMULĂRI MAI CLARE ALE SURSELOR DE DATE ȘI OPERATORILOR UNUI SISTEM CAN-SMD. CONTRIBUȚIA DUMNEAVOASTRĂ ESTE BINEVENITĂ!

5. ATRIBUTELE SISTEMULUI

Caracteristici operaționale pentru un sistem de Monitorizare CAN-SMD

Instituții autorizate pentru strângerea de date	Criteriile stabilite pentru autoritățile – administratori ai Sistemului de Monitorizare CAN-SMD Identitate (nume, domeniu/sector și statut juridic) Adecvarea autorității propuse ca administrator al CAN-SMD Autorizația legală, expertiza și suficiența (în termeni de resurse umane și de mijloace tehnice)
Surse de date ale sistemului	Vezi secțiunea „4. Surse de date”. Mai multe informații pentru operatori eligibili în Raportul „Dezvoltarea criteriilor de eligibilitate pentru crearea grupurilor de bază și extinse de operatori CAN-SMD”.
Tipul monitorizării	Un tip de monitorizare integrat (combinație de sisteme active și pasive în funcție de specificul țării-utilizând o singură infrastructură pentru a aduna informații pe baza definițiilor de caz) (Nsubugași colab.2006.)
Tipul datelor care vor fi înregistrate	Date la nivel de caz care rezultă din răspunsul serviciilor la incidentele CAN legate de un copil, un incident, familie și servicii. Informații disponibile în: Cuprinsul CAN-SMD (bazat pe rezultatele evaluării elementelor propuse pentru a fi incluse în SMD) și Ghidul pentru Profesioniști (definiții operaționale)
Grupurile de populație vizate	Toți minorii (cu vârstă mai mică de 18 ani) care sunt victimele ale rețelilor de tratament sau prezintă riscul de a fi abuzați (principalii beneficiari) Tutorii minorilor care sunt victime ale rețelilor de tratament sau prezintă riscul de a fi abuzați (beneficiari indirecti)
Politicile care asigură respectarea intimității, confidențialitatea și securitatea datelor	Informații disponibile în: Rapoartele profilului de țară, Capitolul 3 Cadrul juridic 3.1. Legislație, politici și mandate de raportare și înregistrarea cazurilor CAN în diferite domenii profesionale și 3.2. Prevederile legale pentru administrarea datelor sensibile, cu caracter personal
Proceduri și premise pentru colectarea de date	A se vedea capitolul “6. Instrumente de înregistrare și proceduri”, precum și informații disponibile în: Setul de instrumente CAN-SMD (vezi mai jos Setul de instrumente CAN-SMD pe scurt). Ghidul pentru Profesioniști (operatori din grupuri de bază și extinse) și pentru protocolul de colectare a datelor
Metodologia gestionării datelor	În conformitate cu legislația în vigoare, a se vedea Raportul profilului de țară 3.2. Prevederile legale pentru administrarea datelor cu caracter personal (transfer de date, intrări, editări, stocări, salvări, arhivare adecvată a înregistrărilor sistemului și / sau eliminarea acestora)
Compatibilitatea cu sisteme de codare deja existente	Concordanța variabilelor SMD se va face (acolo unde este posibil) ¹ cu Ghidul de monitorizare CCBP ² ; CIB-9 și CIB-10 și DRG (dezvoltarea unui algoritm automat de conversie a datelor CAN-SMD de la și către sistemele de codare menționate mai sus, acolo unde este posibil)
Interconectarea cu sistemele deja existente	Interconectarea cu bazele de date deja existente acolo unde este posibil (vezi capitolul „4. Surse de date”)
Metodologie pentru analiza datelor și diseminare (Teutsch și Thacker, 1995)	Datele cumulate (care urmează să fie diseminate periodic), la nivel primar (servicii locale); nivel secundar (servicii centrale); nivel terțiar (ministere, factorii de decizie politică). Separarea datelor la nivel de caz către operatorii autorizați (în timpul investigației de caz și pentru urmărirea ulterioară a cazurilor) ³

¹ Până în prezent, un set standard de coduri de diagnostic clinic pentru identificarea rețelilor de tratament în datele administrative nu a fost stabilit ceea ce a dus la utilizarea de definiții diferite în studiile de monitorizare. [Sursa: Parks și al. 2012]

² Centrul pentru Controlul Bolilor NVSS furnizează date cu privire la decesele copiilor ca urmare a rețelilor de tratament, precum și alte infracțiuni ale căror victime sunt copii. O moarte este considerată ca o fatalitate ca urmare a maltratării copilului, în cazul în care cauza decesului de pe certificatul de deces este bătaia (E967), neglijarea (E904, E968.4) sau omorul (E960-E969.9) (Centrul pentru Controlul Bolilor 2001). Statisticile vitale oferă informații despre fiecare copil în certificatul de deces. Aceste statistici includ vârsta copilului, sexul, rasa, cauza decesului, locul decesului (stat), tipul morții și data morții (an).

Evaluarea sistemului	Evaluarea utilității sistemului și a caracteristicilor sale operaționale prin pilotare la nivel național (coordonarea colectării datelor din surse eligibile de la nivel local și centralizarea administrării datelor)
Perioada de colectare a datelor	Continuă (testarea pilot, evaluare inițială și la o etapă ulterioară va sprijini utilitatea sistemului)

Componentele unui sistem de monitorizare CAN-SMD și caracteristicile necesare pentru a gestiona limitările majore de monitorizare a sănătății publice

Componentele de bază ale sistemelor de monitorizare a sănătății publice sunt colectarea datelor, analiza, interpretarea și diseminarea (Amal 2009; Thacker 2000). Pentru ca un sistem de monitorizare să fie funcțional ar trebui: să aibă obiective clare; să utilizeze colectarea minimă de date relevante pentru măsuri corespunzătoare; să se adreseze unui grup țintă bine definit; să aibă surse specifice de date; și să includă un flux de informații bine identificat cu mecanisme de feedback și informații de diseminare funcționale (CDC 2012).

COLECTAREA-LIMITĂRI	RĂSPUNSUL CAN-SMD
Neîncredere în sistem și în necesitatea acestuia	oferă tuturor părților interesate motive suficiente cu privire la necesitatea colectării datelor continuu și sistematic pentru cazurile CAN într-un sistem de monitorizare
subînregistrarea datorată subraportării subraportarea cazurilor și lipsa promptudinii în înregistrare datorită procedurilor de raportare	lărgeste spectrul surselor de date și, prin urmare, numărul raportărilor (clasificându-le pe diferite nivele) ⁴ prin facilitarea procesului de raportare: permite tuturor specialiștilor eligibili care lucrează în diferite sectoare să devină operatori de sistem în loc să-i îndrume să raporteze altor specialiști (care lucrează în servicii, cum ar fi CPS/ serviciile de protecție socială sau judiciare)
subraportare din cauza lipsei unei legislații referitoare la raportarea obligatorie	include operatori specialiști care nu sunt mandatați să raporteze
Subînregistrarea cazurilor raportate ca urmare a înregistrării pasive (Konowitz și colab. 1984)	Adoptarea unei monitorizări integrate (combinația sistemelor active și pasive în funcție de specificul țării), cu ajutorul unei metodologii și instrumente unice pentru a aduna informații pe baza unor definiții de caz
Înregistrarea consumă mult timp datorită formei și procedurii lente	Utilizarea unei aplicații online, pe baza unui set minim de date cu variabile pre-codate (fără necesitatea unui text) și cu proces de înregistrare simplificat
Lipsa de motivare pentru înregistrare; lipsa feedback-ului care a dus la percepția că înregistrarea nu a fost urmată de nici o acțiune	Oferirea, în timp util, a feedback-ului informativ, relevant pentru administrarea de caz. -Feedback-ul instant (atunci când este necesar, în funcție de nivelul de acces) furnizează operatorului informații la nivel de caz (follow-up pe cazuri individuale; investigații de caz și gestionare ulterioară) -Pe termen lung oferă operatorilor, în mod constant informații privind sănătatea publică (cum ar fi tendințele CAN, factorii de risc, etc).
din perspectiva specialiștilor operatori specialiștii nu sunt conștienți de responsabilitatea de înregistrare sau presupun că altcineva înregistrează	-operatori pre-definiți în fiecare agenție (utilizatori individuali) - anumiți specialiști vor fi special desemnați de către agențiile lor să introducă înregistrările datelor CAN în sistemul CAN-SMD (li se vor oferi conturi de utilizatori și parole)
specialiștii nu sunt conștienți de cazurile care trebuie înregistrate	specialiștilor care devin operatori ai sistemului CAN-SMD li se vor oferi definiții de caz detaliate
specialiștii nu știu cum să înregistreze	specialiștii care doresc să devină operatori ai sistemului CAN-SMD vor participa la un scurt curs de formare și li se va oferi materialul necesar (Ghidul și Protocolul procedurilor)

³ Fără date naționale la nivel de caz nu este posibil să se analizeze procentul cazurilor de abuz sexual comparativ cu cazurile de abuz fizic care beneficiază de servicii la nivel național. Datele la nivel de caz sunt necesare pentru cele mai importante sarcini de analiză a politicilor. [Sursa: Finkelhor & Wells 2003].

⁴ Din păcate, sistemele de date discutate aici nu sunt gestionate într-un mod coordonat. Persoanele implicate în aceste sisteme de date nu provin din aceleași domenii sau agenții. O metodă de a seta prioritățile și de a îmbunătăți sistemele de date este de a aduce laolaltă utilizatori și manageri ai diferitelor seturi de date, precum și persoane din diferite domenii precum criminaliști, asistenți sociali, specialiști din sănătatea publică și alții pentru a împărtăși experiențe din diferite sisteme și a învăța unii de la alții. O modalitate de acțiune este de a colabora cu grupurile de lucru interdisciplinar pe Statistici Integrative cu privire la Copii și cu alte organizații pentru a organiza mai multe conferințe, dezbateri, grupuri de lucru și a dezvolta alte oportunități pentru persoane din diferite sisteme de a se întâlni și a învăța unii din experiențele celorlalți (Sursa: Finkelhor and Wells, 2003).

specialiștii au o atitudine negativă față de procesul de înregistrare	simplificarea procedurii de înregistrare prin cereri on line ușor de folosit și centrate pe utilizator
specialiștii se tem că înregistrarea ar putea duce la o încălcare a confidențialității sau că aceasta compromite relația specialist – (presupusă) victimă	- asigură securizarea/anonimizarea datelor, accesul pe diferite nivele în concordanță cu legislația legată de administrarea datelor cu caracter personal - oferă tuturor părților interesate argumente suficiente în legătură cu aspectele etice în ceea ce privește confidențialitatea și datele personale sensibile

ANALIZĂ—Limitări	Răspunsul CAN-SMD
bazate pe răspunsurile serviciilor (nu pe populație)	Lărgeste spectrul surselor de date și a gamei de raportori eligibili pentru sistem (2,3)
lipsa reprezentativității (cele mai grave incidente din surse specifice, ex. Serviciile de protecție socială sau sistemul juridic)	lărgeste spectrul surselor de date lărgeste definițiile de caz (incidente CAN indiferent de fundamentare)
dezacord cu privire la nevoia de a înregistra cazuri specifice după descoperirea că acel caz nu este atât de grav sau înregistrarea preponderentă a cazurilor grave ceea ce duce la estimarea umflată a severității	definiții de caz detaliate care nu vor permite judecăți subiective legate de gravitatea și eligibilitatea cazurilor

INTERPRETĂRI—Limitări	
instrumente diferite de colectare a datelor	folosirea unei set minim de date – SMD (convenit de către experți naționali și internaționali) care permite comparații la nivel național și internațional
Dificultăți legate de “definițiile de caz “ definiții divergente	utilizarea definițiilor practice ale variabilelor SMD: simple, inteligibile și acceptate de toți specialiștii-operatori pe care se bazează sistemul pentru înregistrarea datelor, indiferent de domeniul în care lucrează
inconsistența definițiilor de caz	utilizarea definițiilor de caz provenite dintr-un proces de definire de jos în sus pentru a elimina neînțelegerile și judecățile subiective cu privire la tipul și gravitatea incidentelor care trebuie înregistrate în loc să ofere operatorilor definițiile tipurilor de abuz pentru a clasifica fiecare caz, aceștia vor fi îndrumați să noteze prezența sau absența unor acte specifice – larg înțelese; astfel, clasificarea tipului de abuz se va face printr-un proces de jos în sus și nu va depinde de felul în care fiecare specialist înțelege cazul
proceduri diferite de colectare a datelor	acces la cursul de formare, la grupul național de bază și la ghidul specialiștilor precum și la protocolul operațiunilor

DISEMINARE—Limitări	Răspunsul CAN-SMD
accesul la date disparate (bazate pe cazuri) nu este permis	- acces pe diferite nivele (pentru fiecare operator eligibil în conformitate cu responsabilitățile lui/ ei și cu implicarea în administrarea cazurilor CAN) și permisiunea ca, acolo unde este cazul, CAN-SMD să fie un instrument gata de utilizat în investigarea cazurilor (de către părțile autorizate) - urmărirea ulterioară a cazului (canal de comunicare pentru toate departamentele și specialiștii implicați)

6. INSTRUMENTE DE ÎNREGISTRARE ȘI PROCEDURI

Cadrul datelor—selectarea indicatorilor care vor fi măsurați

La configurarea unui nou sistem de monitorizare, cum ar fi CAN-SMD, prima întrebare ar fi ce categorii de informații ar trebui să fie urmărite de către sistem, adică o conturare a cadrului de date (Abelsohn, Frank și Eyles 2009). Cadrul de date este de obicei definit în termeni de indicatori, factori măsurabili, care permit estimări obiective a dimensiunii problemei aflate sub supraveghere și monitorizarea proceselor, produselor sau efectelor unei intervenții asupra populației (Nsbuga și colab. 2006). Tehnologia informației poate facilita colectarea, analiza și utilizarea datelor de monitorizare în cazul în care sunt dezvoltate standardele de date și sunt utilizate sisteme compatibile.

Procesul de dezvoltare a cadrului indicator presupune mai multe etape: realizarea unei analize a literaturii de specialitate, consultarea experților și aplicarea de sondaje Delphi pentru a obține un consens pe listă de indicatori și pentru a evalua disponibilitatea și calitatea datelor. Numărul de indicatori potențiali vizați în urmărire este extrem de mare și trebuie redus în mod sistematic.

Prin utilizarea aceluiași variabile standardizate și a protocolului de înregistrare, toate țările ar putea folosi datele colectate nu numai pentru monitorizarea abuzului asupra copiilor în interiorul țării ci și pentru a face comparații între țări. O astfel de abordare, în conformitate cu OMS (2003) încurajează colectarea unor cantități mici de informații utile în mod regulat și continuu așa cum este sugerat în contextul unui sistem de monitorizare CAN-SMD.

Cadrul de date pentru indicatorii care vor fi măsurați prin sistemul de monitorizare CAN-SMD poate fi sumarizat în figura de mai jos.



² „...Sistemele de date ar putea extinde aria de acoperire a sistemelor pentru a include mai multe jurisdicții sau alte segmente ale populației” [Sursa: Finkelhor&Wells, 2003].

³ „...Studiul național pe Incidența Abuzului și a Neglijării Copiilor colectează date de la agențiile serviciilor de protecție a copilului, precum și de la “santinele non SPC” din poliție, servicii medicale, educație și alte servicii (de sănătate mintală, de îngrijire, de voluntariat în servicii sociale) care intră în contact cu copiii maltratați” [Sursa: Sedlaks&Broadhurst, 1996].

⁴ “... Sistemele de date trebuie să fie modificate pentru a asigura continuitatea și interrelaționarea sistemelor, fie prin utilizarea unei definiții uniforme, fie prin integrarea sistemelor de date pentru a facilita urmărirea copiilor între sisteme” [Sursa: Finkelhor&Wells, 2003].

SETUL DE INSTRUMENTE CAN-SMD pe scurt

Structura Setului de Instrumente CAN-SMD

Deși setul de instrumente va fi dezvoltat pe baza conținutului SMD, materialul final va fi inclus într-un CD care conține Ghidul pentru Operatorii CAN-SMD care se adresează grupurilor naționale extinse (împreună cu o versiune pentru grupurile naționale de bază ale operatorilor care vor fi instruiți în cadrul proiectului, astfel încât aceștia să poată acționa ca formatori-multiplicatori în țările lor în care va fi dezvoltat un sistem național de CAN-SMD). Procedura pas cu pas pentru utilizarea CAN-SMD, adică un protocol de operațiuni scurte va fi anexat la Ghidul pentru Specialiștii Operatori ai CAN-SMD și ar putea fi utilizat în mod independent de către toți specialiștii care au fost deja instruiți pentru a deveni operatori. În cele din urmă, SMD va fi anexat de asemenea Ghidului. Acesta va fi disponibil în formă printată și în format electronic care ar putea fi utilizat în cele din urmă online.

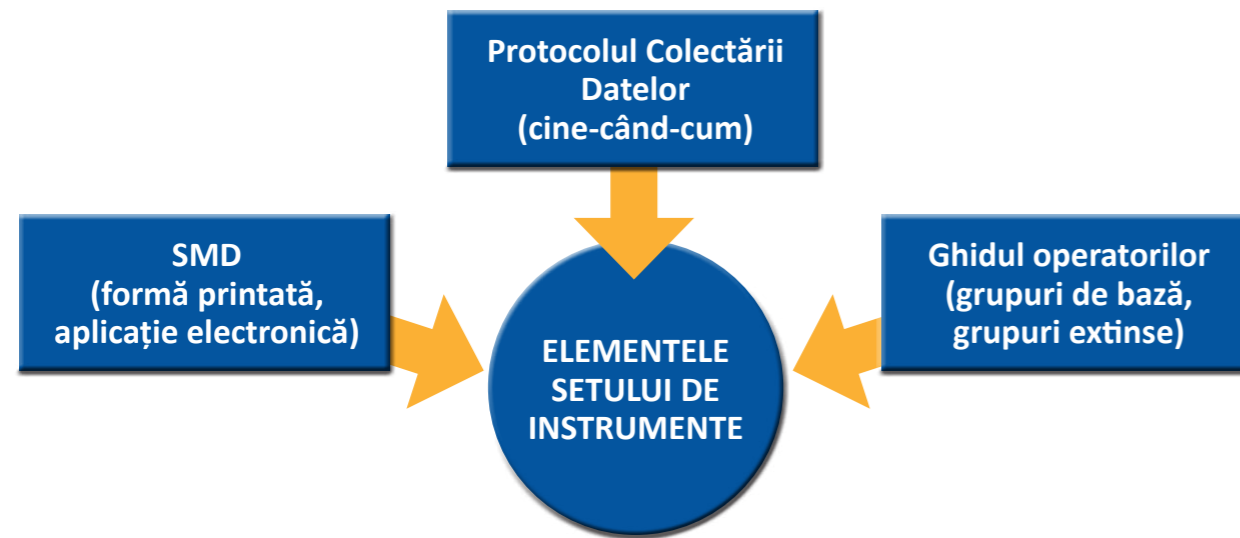


Figura 3.1 CAN-SMD de bază

Nr.	Axa	Etichetare	
	Înregistrare	Identificarea agenției	Axa: Înregistrare Variabile: 4
	Înregistrare	Identificarea operatorului	
	Înregistrare	Data înregistrării	
	Înregistrare	Sursa informației	
	Incident	Identificarea incidentului	Axa: Incident Variabile: 4
	Incident	Data incidentului	
	Incident	Locația incidentului	
	Incident	Forma/formele abuzului	
	Copilul	Identificarea copilului	Axa: Copilul Variabile: 4
	Copilul	Sexul copilului	
	Copilul	Data nașterii copilului	
	Copilul	Cetățenia copilului	
	Familia	Componența familiei	Axa: Familie Variabile: 4
	Familia	Relația îngrijitorilor/ îngrijitorului principal cu copilul	
	Familia	Sexul îngrijitorilor/ îngrijitorului principal cu copilul	
	Familia	Data nașterii îngrijitorilor/ îngrijitorului principal	
	Servicii	Răspunsul instituțiilor	Axa: Servicii Variabile: 2
	Servicii	Referirea către servicii	

Informații disponibile pentru CAN-SMD în Ghidul pentru specialiști

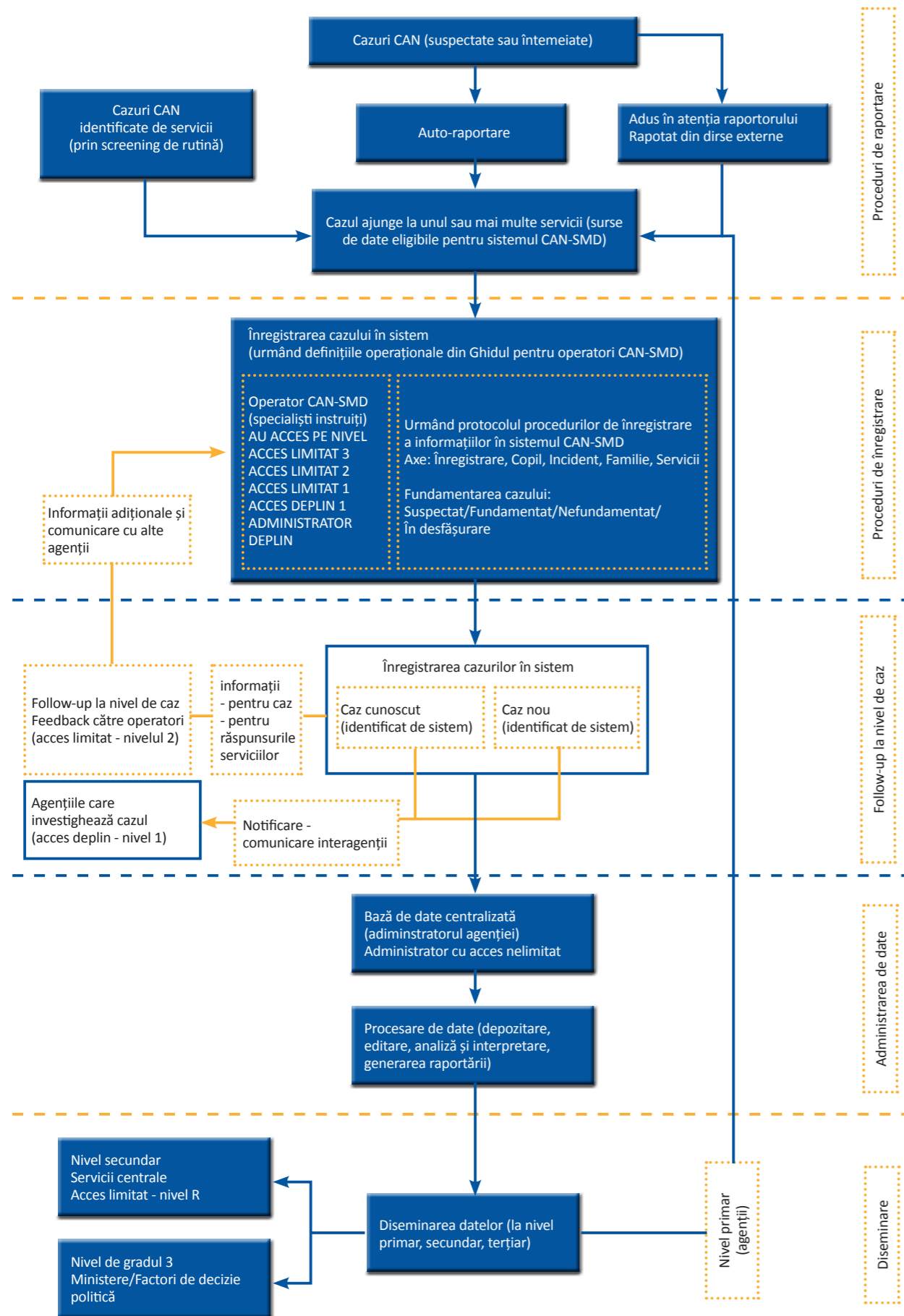
Nume pe scurt	“Etichetarea” variabilelor
Axa	Axa unde aparțin variabilele (5 posibilități: înregistrare, incident, copil, familie, servicii)
Definiție	Definiție pe scurt a variabilei. Definiții operaționale detaliate.
Argumentul includerii	O scurtă justificare a motivelor pentru care variabila trebuie introdusă în CAN-SMD.
Referințe	Referințele care susțin justificarea de mai sus/ importanța variabilei pentru a fi inclusă în SMD
Relevanța	Relația cu obiectivele specifice ale CAN-SMD.

Specificații tehnice

Categoria indicatorului	Fiecare variabilă este legată de unul sau mai mulți indicatori. Principalele categorii de indicatori care sunt sugerate a fi măsurate prin CAN-SMD sunt: 1. Expunerea copilului la abuz; 2. Efectele abuzului asupra copilului; 3. Monitorizarea factorilor de risc pentru abuzul asupra copilului; 4. Monitorizarea răspunsurilor serviciilor la abuzul asupra copilului.
Tipul completării	“Obligatoriu”, “Condiționat” (când depinde de răspunsul la alte variabile) sau “Opțional” (pentru variabile care nu sunt incluse în baza SMD)
Formatul răspunsului	Fiecare variabilă inclusă în forma finală a CAN-SMD este complet operațională.
Sub-variabile	Pentru unele variabile includerea sub-variabilelor este sugerată pentru a colecta informații mai sigure.
Inter-relații	Interconectarea variabilelor (ca prim pas al descrierii despre cum ar putea fi proiectat sistemul)
Potențiale probleme	Probleme anticipate și sugestii.



7. DIAGRAMA SISTEMULUI DE MONITORIZARE CAN-SMD



REFERENCES

- Abelsohn, A., Frank, J., Eyles, J. (2009). Environmental public health tracking/surveillance in Canada: a commentary. *Healthcare Policy*, 4(3), 37-52.
- AlEissa, M. A., Fluke, J. D. Gerbaka, B., Goldbeck, L., Gray, J., Hunter, N. Madrid, B., Puyenbroeck, B. V., Richards, I., and Tonmyr, L. (2009). A commentary on national child maltreatment surveillance systems: Examples of progress. *Child Abuse & Neglect*, 33(11):809-814.
- Amal, B. (2009). Components of a good surveillance system and future plans for improvement in the EMR. Presented at WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean Surveillance Workshop Available at: www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/ie_oct09_surveillance_components.pdf
- Bross, D. C. et al. (2000). *World perspectives on child abuse: The fourth international resource book*. Denver, CO: Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine.
- Choi, B. C. K. (2012). The past, present, and future of public health surveillance. (Invited Spotlight Article). *Scientifica*, Article ID 875253, <http://dx.doi.org/10.6064/2012/875253>
- Choi, B. C. K. (1998). Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st century. *Chronic Diseases in Canada*. 19, 145-151.
- ChildONEurope (Bianchi D., Ruggiero R., editors) (2009), *Guidelines on Data Collection and Monitoring Systems on Child Abuse*, ChildONEurope Series 1, Istituto degli Innocenti, Firenze
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*. 3rd Edition.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Prevent Child Maltreatment*. Available at: www.cdc.gov/features/healthychildren
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Case definitions for infectious conditions under public health surveillance, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46, 1–55.
- Fallon, B., Trocme, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., & Yuan, Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34, 70-79.
- Garcia-Albreu, A., Halperin, W. and Danel, I. (2002). *Public Health Surveillance Toolkit: A Guide for Busy Task Managers*, World Bank, Washington, DC, USA.
- Finkelhor, D. and Wells, M. (2003). Improving data systems about juvenile victimization in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 27(1), 77-102.
- HM Government. (2013). *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. Available at: <http://media.education.gov.uk/assets/files/pdf/w/working%20together.pdf>
- Konowitz, P. M., Petrossian, G., A., Rose, D. N. (1984). The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements. *Public Health Rep*, 99, 31-35.
- Leeb R, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Control and Prevention: Atlanta, GA.
- National Research Council (NRC, U.S.) (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nsubuga, P., White, M. E., Thacker, S. B., et al. (2006). Public health surveillance: a tool for targeting and monitoring interventions. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham et al., Eds., The World Bank and Oxford University Press, Washington, DC, USA, 2nd edition. <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/53/Section/7904>
- O'Donnell, M., Scott, D., Stanley, F. (2008). Child abuse and neglect-is it time for a public health approach? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 325–330.
- Parks, S., Sugerman, D., Xu, L., Coronado, V. (2012). Characteristics of non-fatal abusive head trauma among children in the USA, 2003- 2008: application of the CDC operational case definition to national hospital inpatient data. *Injury Prevention*, 18(6), 392-8.
- Putnam-Hornstein, E., Webster, D., Needell, B., & Magruder, J. (2011). A public health approach to child maltreatment surveillance: Evidence from a data linkage project in the United States. *Child Abuse Review*, 20, 256-273.
- Sedlak, A. J. and Broadhurst, D. D. (1996). *The Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-3)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.
- Sleet, D. A., Hopkins, K. N., Olson, S. J. (2003). From discovery to delivery: Injury prevention at CDC. *Health Promotion Practice*, 4, 98–102.
- Stoto, M. A. (2003). *Public Health Surveillance: A Historical Review with a Focus on HIV/AIDS, RAND*, Santa Monica: California-USA.
- Teutsch, S. and Thacker, S. (1995). Planning a public health surveillance system. *Epidemiological Bulletin*. 16(1), 1-6.
- Thacker, S. B. (2000). In: *Principles and Practices of Public Health Surveillance*. Oxford University Press, New York. 1–16.
- Thacker, S. B., Stroup, D. F., Parrish, G., Anderson, H. A. (1996). Surveillance in Environmental Public Health: Issues, Systems and Sources. *American Journal of Public Health*, 86, 633–38.
- hacker, S. B., Berkelman, R. L. (1988). Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 10, 164–190.
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., & Cloutier, R. (2005). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect—2003: Major findings*. Ottawa, ON, Canada: Minister of Public Works and Government Service.)
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (2003). *STEPS: A Framework for Surveillance*. The WHO STEPwise Approach to Surveillance of Non-communicable Diseases (STEPS), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (1999). WHO Recognizes Child Abuse as a Major Public Health Problem. Press release, WHO/20: 8 April
- Wyatt, G. E., and Peters, S. D. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse and Neglect*, 10, 231-240.
- Zimmerman, F., Mercy, J. A. (2010). A better start: child maltreatment as a public health priority. Available at: www.zerotothree.org/maltreatment/child-abuse-neglect.
- Ziravom, S. J. (1991). Research definitions of child physical abuse and neglect: Current problems. In R. Starr and D. Wolfe, eds. *The Effects of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. New York: Guilford Press.

Identitatea proiectului

Titlu: Răspuns Coordonat la Abuzul și Neglijarea Copiilor prin Setul Minim de Date
Co-Finanțare: Programul EC DAPHNE III, DG Justice, [80%] și Organizațiile participante [20%]
Contract: JUST/2012/DAP/AG/3250
Durata: 24 de luni (data de începere: Feb 2013)

Consortiul proiectului:

Coordonare: Institutul de Sănătate a Copilului, Departamentul de Sănătate Mentală și Servicii Sociale (ICH-MHSW)-GRECIA
Aspecte etice: Prof P Durning
Evaluator extern: Ms J Gray

Organizații partenere:

Agenția Copilului și a Familiei - BELGIA
Universitatea de Sud-vest "Neofit Rilski" (SWU)-BULGARIA
Universitatea Ulm, Departamentul de Psihiatrie/Psihologie a Copilului și Adolescentului - GERMANIA
Observatorul Național al Copiilor în Pericol - FRANȚA
Istitutodegli Innocenti (IDI)-ITALIA
Universitatea Babes-Bolyai, Departamentul de Asistență SocialăUBB-ROMANIA
Universitatea Științelor Aplicate și a Artelor, Școala de Asistență Socială, - ELVEȚIA
cu participarea voluntară a Ministerului Sănătății, Asistenței Sociale și Egalității, Servicii pentru Familie și Copii
-SPANIA
Citește și Rapoartele profilului de țară

Institute of Child Health

Department of Mental Health & Social Welfare

Fokidos 7 street,
115 26 Athens, Greece
Phone: +30 210 7715791
Fax: +30 210 7793648
E-mail: ich-mhsw@ich-mhsw.gr
Website: www.ich-mhsw.gr

WS.5, Activity 4: D 5.2 Informational Leaflet
Ntinapogias A, Morucci SB, Nikolaidis G, Gray J
Project's website: www.can-via-mds.eu

© 2014, INSTITUTE OF CHILD HEALTH, ALL RIGHTS RESERVED.



Titlu: Răspuns Coordonat la Abuzul și Neglijarea Copiilor prin Setul Minim de Date
Co-Finanțare: Programul EC DAPHNE III, DG Justice, [80%] și Organizațiile participante [20%]
Contract: JUST/2012/DAP/AG/3250
Durata: 24 de luni (data de începere: Feb 2013)

Această publicație a fost realizată cu sprijinul financiar al Comisiei Europene, Programul Daphne III. Conținutul acestei publicații este responsabilitatea coordonatorului și partenerilor de proiect, și, în nici un fel nu reflecta punctul de vedere al Comisiei Europene.