

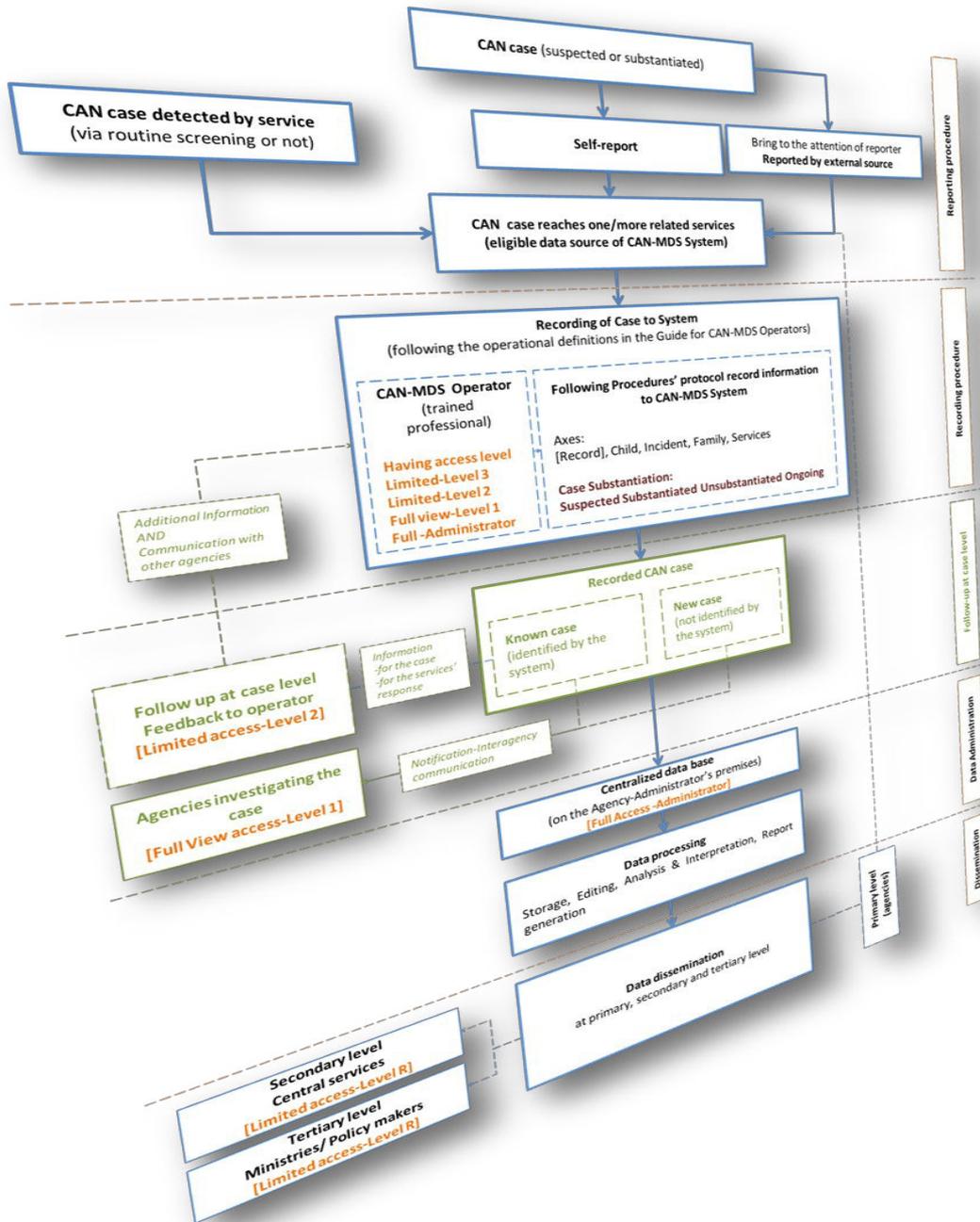
CAN-MDS Toolkit

Synergy

Capacity

Lobbying

Coordinated response to Child Abuse & Neglect



JUST/2012/DAP/AG/3250

Risposta coordinata all'abuso e ai maltrattamenti sul bambino tramite un set minimo di dati



With financial support from the EU DAPHNE Programme



CONTENUTI

Invito

RISPOSTA COORDINATA ALL'ABUSO E AL MALTRATTAMENTO SUL MINORE TRAMITE UN SET MINIMO DI DATI UN PRIMO SGUARDO AL PROGETTO

- 1. IMPORTANZA ED UTILITA' DEL PROGETTO** p. 1
 - ◆ *Necessità, obiettivi e mezzi*
 - ◆ *Importanza a livello di salute pubblica per i casi CAN*
 - ◆ *Importanza della raccolta dati a livello di salute pubblica per i CAN*
 - ◆ *Obiettivo del progetto*
 - ◆ *Mezzi per perseguire l'obiettivo*
 - ◆ *Oggetto di sorveglianza*
 - ◆ *Necessità della sorveglianza dei CAN*
- 2. PROPOSTE E OBIETTIVI** p. 2
 - ◆ *Proposte per un Sistema di sorveglianza CAN-MDS*
 - ◆ *Utilizzo dei dati forniti per una raccolta attraverso un potenziale Sistema di sorveglianza CAN-MDS*
- 3. DEFINIZIONE DEI CASI** p. 3
 - ◆ *Maltrattamento in danno di minore, definizioni concettuali*
 - ◆ *Operativizzazione della definizione dei casi CAN-MDS*
- 4. FONTE DEI DATI** p. 6
 - ◆ *Identificazione di risorse potenziali di dati per un Sistema di sorveglianza CAN-MDS*
 - ◆ *Definizione di criteri di ammissibilità per il gruppo principale ed esteso degli operatori di un Sistema di sorveglianza CAN-MDS*
 - ◆ *Gli intervistati*
 - ◆ *Risultati*
- 5. CARATTERISTICHE DEL SISTEMA** p. 8
 - ◆ *Caratteristiche operative del Sistema di sorveglianza nazionale CAN-MDS*
 - ◆ *Componenti del Sistema di sorveglianza CAN-MDS e qualità per affrontare le principali limitazioni del Sistema sanitario pubblico*
- 6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE E PROCEDURE** p. 10
 - ◆ *Dati-quadro per la scelta degli indicatori da misurare*
 - ◆ *Struttura del toolkit per il CAN-MDS*
 - ◆ *Un primo sguardo al toolkit CAN-MDS*
 - ◆ *Contenuto del CAN-MDS per la raccolta dati su 4 assi predefinite*
 - ◆ *Contenuto della guida per i professionisti (per il gruppo nucleare ed esteso) e protocollo degli operatori*
- 7. DIAGRAMMA-FLUSSO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA CAN-MDS** p. 12

MAGGIORI INFORMAZIONI

- ◆ *Identità del progetto*
- ◆ *Raccomandazioni sull'associazione del progetto*

Invito

Vorremmo gentilmente invitare tutti coloro che attualmente stanno lavorando o in passato hanno lavorato con basi di dati sulla tematica dell'abuso infantile e il maltrattamento, perché ci forniscano suggerimenti e idee per migliorare questo set minimo di dati (CAN- MDS, Child Abuse and Neglect – Minimum Data Set).

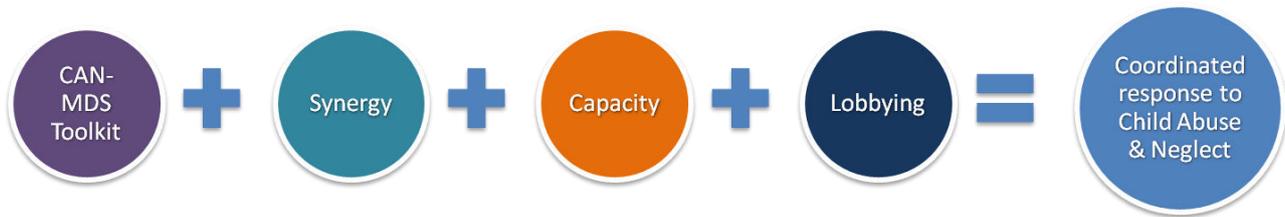
ISTITUTO DEGLI INNOCENTI
PIAZZA della SANTISSIMA
ANNUNZIATA , 12
50122 FIRENZE
+39 055 20371
info@istitutodeglinnocenti.it



<h2>Obiettivo</h2>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Promozione di una raccolta uniforme di dati provenienti da tutti i settori coinvolti nella gestione dei casi di maltrattamento e abuso sul minore utilizzando uno strumento di registrazione creato ad hoc. ◆ Creazione di un canale di comunicazione tra i diversi settori, coinvolgendo tutti i professionisti competenti sul caso secondo modalità di accesso differenziate, attraverso una specifica formazione e la fornitura di materiale idoneo.
<h2>Risultati</h2>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ A livello di popolazione (sorveglianza sulla salute pubblica) <ul style="list-style-type: none"> ◆ Possibilità di effettuare comparazioni all'interno del singolo paese e tra paesi diversi. ◆ Fornire ai responsabili politici e alle parti interessate le informazioni necessarie (trend, fattori di rischio ecc.) per valutare pratiche e politiche esistenti per la costruzione di un piano di prevenzione e di intervento. ◆ A livello di sorveglianza sui singoli casi <ul style="list-style-type: none"> ◆ Possibilità per ogni singolo professionista coinvolto di avere maggiori dettagli per la comprensione e gestione del caso.
<h2>Abuso e maltrattamento sui minori (CAN)</h2>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Utilizzo di una definizione ampia <ul style="list-style-type: none"> ◆ Per avere un vasto elenco di casi definiti in modo da garantire una comprensione comune tra i diversi attori coinvolti. ◆ Per creare un linguaggio comune fra i le diverse professionalità. ◆ Per raccogliere tutti i casi rilevati dai servizi a prescindere dalle prove.
<h2>Minimum Data Set (MDS)</h2>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Utilizzare un set standard di variabili (condiviso da tutte le parti interessate e coinvolte nel progetto) <ul style="list-style-type: none"> ◆ Che soddisfi i criteri di etica, qualità, completezza, accessibilità, attuabilità ◆ Che fornisca dati completi, comparabili ed affidabili ◆ Che miri alla realizzazione di una batteria di indicatori misurabili, fondati, pratici ed utilizzabili ◆ Che dia agli operatori le informazioni necessarie per le indagini e il follow-up a livello di caso



III Progetto Daphne “Risposta coordinate all’abuso e al maltrattamento sul minore (Child Abuse e Neglect, CAN) tramite un Set Minimo di Dati (MDS) “



Importanza ed utilità del progetto

L’importanza di monitorare il fenomeno del maltrattamento e dell’abuso sui minori (CAN—Child Abuse and Neglect) a livello di sanità pubblica

Nel 1999 l’organizzazione mondiale della sanità (WHO) riconosce l’abuso sul minore come il principale problema di sanità pubblica (WHO, 1999). Nel 2010 i centri americani di controllo e prevenzione delle malattie (CDC) identificano il maltrattamento sul minore come ‘critico’ e ‘significativo’ problema di salute pubblica che necessita la messa a punto di una strategia preventiva globale (CDC, 2010). Nel 2008, il maltrattamento sui minori è stato riconosciuto come un problema sociale che lo porta a diventare oggetto di studi a livello di sanità pubblica e a successive attività di prevenzione (O’Donnell *et al.* 2008), mentre nel 2010 è stato evidenziato da Zimmerman e Mercy che “gli effetti della prevenzione sull’ abuso e il maltrattamento sui minori sono stati inseriti significativamente all’interno dell’area di azione della salute pubblica”.

L’importanza della raccolta di dati sui casi di maltrattamento e abuso all’infanzia CAN (Child Abuse and Neglect) per la sanità pubblica

Nel 1999 WHO raccomandava alla comunità internazionale di "sviluppare un’ampia raccolta di dati sull’abuso e il maltrattamento sui minori stimare l’impatto del fenomeno sulla salute pubblica, ed il costo economico associato." Dopo un decennio il CDC notava che “la mancanza di informazioni affidabili quali il numero di minori colpiti da forme di abuso e maltrattamento comportava una seria limitazione nella risposta efficace da parte della sistema al fenomeno ” (Leeb *et al.* 2008). Inoltre, come ha osservato Petrowski (2010) nella "Guida alle risorse per la Raccolta Dati sui Maltrattamenti sui Minori" preparata per la Società Internazionale per la Prevenzione dell’Abuso e Trascuratezza in danno di minori (International Society for the Prevention of Minore Abuse and Neglect o ISPCAN), "**lo sviluppo di un sistema nazionale di raccolta e monitoraggio dati relativi al maltrattamento sui minori che sia affidabile, accessibile e comparabile non è visto solo quale esempio di buona prassi, bensì rappresenta una responsabilità giuridicamente vincolante per gli Stati parti che hanno ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell’Infanzia (CRC; Assemblea generale delle Nazioni Unite, 1989)**". Pertanto, "è obbligatorio che gli Stati affrontino il fenomeno della violenza sui minori attraverso un approccio globale finalizzato alla localizzazione, monitoraggio, prevenzione, interventi/trattamento e a fornire supporti e risorse" (Petrowski, 2010, p. 1-2)

Lo scopo del progetto

Per i motivi sopra detti, lo scopo del progetto Daphne è quello di creare basi scientifiche, strumenti e sinergie, necessarie per la creazione (laddove non esista) di un sistema di sorveglianza nazionale sul fenomeno dei CAN (Child Abuse and Neglect) oppure di migliorare tale sistema, nei casi in cui questo già esista.

Struttura del progetto

- FASE 1 Fase preparatoria:** Revisione della letteratura sulle metodologie per la costruzione di un MDS (minimum data set) e revisione delle relazioni nazionali sui meccanismi di sorveglianza disponibili nei vari paesi.
- FASE 2 Trasferimento della pratica del minimum data set (MDS) nell’ambito dei casi di Child Abuse and Neglect (CAN):** Definizione dei contenuti del MDS, creazione di elementi di valutazione dei CAN-MDS.
- FASE 3 Creazione di sinergie:** costruzione di gruppi nazionali di operatori CAN-MDS.
- FASE 4 Capacità di costruzione:** preparazione dei formatori e costruzione di gruppi nazionali di operatori che si occupino dei CAN-MDS.
- FASE 5 Risposta coordinata sui casi CAN attraverso la costruzione di data base:** produzione di un manuale di politiche e procedure per istituire sistemi di sorveglianza nazionale CAN-MDS e diffusione dei risultati del progetto.

La necessità di un sistema di sorveglianza nazionale sui CAN è sostenuta da:

- ◆ il bisogno di comprendere l’incidenza dei CAN sulla base dei dati provenienti dai servizi in risposta ai casi;
- ◆ monitorare la domanda dei servizi che amministrano i casi;
- ◆ stabilire le priorità della prevenzione;

Strumenti per raggiungere lo scopo:

Sviluppo di una proposta per un Sistema di sorveglianza dei casi CAN attraverso la costruzione di un MDS

Oggetto della sorveglianza:

Registrazione delle risposte dei servizi relative ai casi CAN rilevati

La necessità della sorveglianza dei CAN:

La necessità di un sistema di sorveglianza sul fenomeno dei CAN, basato su variabili e dati standardizzati, è all’ordine del giorno sia nel nostro paese che in altri paesi europei sprovvisti di un simile sistema di raccolta dati. Come viene affermato nel lavoro di Di Blasio e Milani *Violenza all’infanzia: l’esigenza di un registro nazionale* possiamo notare come nel nostro paese, venga da tempo lamentata la mancanza di “un registro nazionale che tenga traccia - e segua nel tempo attraverso un monitoraggio sistematico - quei minori vittime di violenza e di abuso che hanno bisogno di essere protetti e tutelati. La mancanza di un registro unificato che consenta di accertare sia l’effettiva incidenza, sia la prevalenza del fenomeno, e che soprattutto permetta di poter seguire con precisione le traiettorie evolutive dei minori vittime di abuso, rappresenta certamente uno svantaggio in termini di politiche sociali e di programmazione degli interventi (Di Blasio e Camisasca 1996, Bianchi e Moretti, 2006).

Recentemente (2007) è stata effettuata un’analisi in materia, sullo stato dei paesi europei, condotta dall’Istituto degli Innocenti (AA.VV, 2007) che mostra come, anche a livello comunitario non ci sia un sistema centrale, unificato e funzionale. “Dei 20 paesi nei quali è stata condotta l’analisi, solo 7 dichiarano l’esistenza di un registro nazionale: Belgio, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Repubblica Slovacca e Regno Unito. Negli altri paesi, Italia compresa, la principale fonte di informazioni sull’abuso e il maltrattamento sui minori è rappresentata dai registri giudiziari” tali registri hanno però un grosso limite, poiché non prendono in considerazione alcun caso che non giustifichi l’apertura di un fascicolo penale.

Il progetto persegue due scopi:

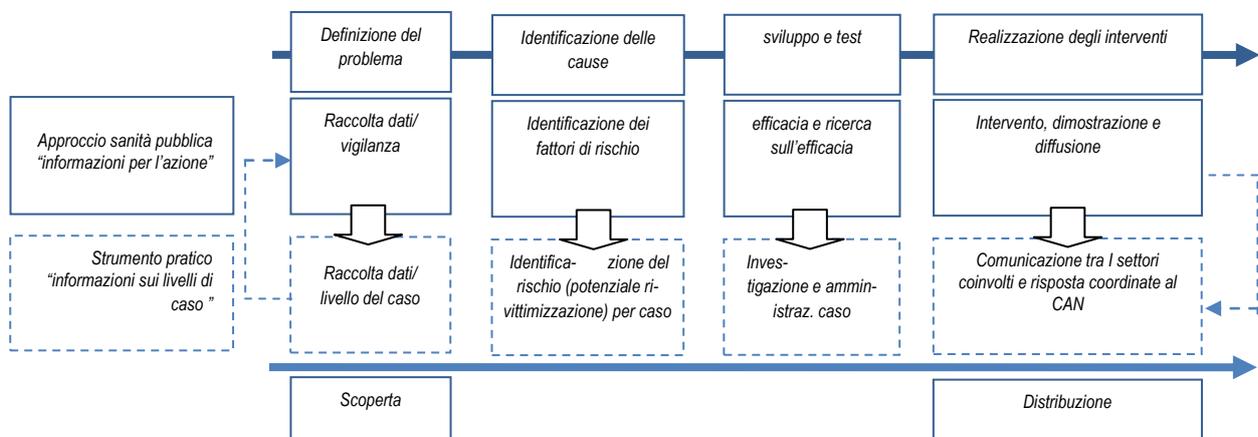
- ◆ fornire informazioni complete, affidabili e comparabili basati sui singoli casi individuale per minori (presunte) vittime di CAN che sono stati presi in carico dai servizi sociali, sanitario, educativo, giuridico e delle forze dell’ordine a livello nazionale e internazionale (**Informazioni per misure** legate a iniziative di salute pubblica)
- ◆ fungere da strumento pronto all’uso in indagini e follow-up dei minori vittime di CAN o di coloro che sono a rischio di essere (ri)vittimizzati, tramite il rispetto della normativa nazionale in merito e l’applicazione delle regole necessarie per garantire la raccolta e la gestione dei dati su questioni etiche (**informazioni a livello di caso** legato al follow-up dei singoli casi)

Gli obiettivi di tale sistema di sorveglianza tengono conto delle difficoltà relative alla natura del fenomeno che vede coinvolti molteplici settori e gruppi professionali, senza che fra questi sia stato ancora consolidato un linguaggio comune, un canale di comunicazione, né che sia stato stabilito un accordo per l’attuazione di un sistema di sorveglianza di salute pubblica.

Adattando il processo “dalla scoperta alla distribuzione” come descritto da Sleet e altri (2003), il sistema di sorveglianza CAN-MDS può essere rappresentato come segue:

Figura 1. Il Sistema di sorveglianza CAN-MDS:

L’uso dei dati per sorvegliare il fenomeno dei CAN, per supportare la gestione dei singoli casi e per rafforzare l’affidabilità della raccolta dati.



La raccolta dati di un potenziale sistema di sorveglianza può essere usata:

- ◆ per misurare periodicamente l'incidenza degli episodi CAN, sulla base dei dati che derivano dalle risposte dei servizi ai casi CAN
 - ◆ in generale
 - ◆ per settore e servizio
 - ◆ per forme specifiche di abuso e maltrattamento, e per tipologie di minore, caregiver o famiglia
- ◆ per monitorare i trend sul maltrattamento dei minori
 - ◆ sia a livello nazionale che a livello locale
- ◆ per offrire indizi che permettano l'identificazione di
 - ◆ nuovi o emergenti trend riguardanti il maltrattamento del minore
 - ◆ popolazione ad alto rischio
- ◆ come linea guida per la valutazione da parte dei servizi
 - ◆ delle priorità nell'amministrazione delle risorse
 - ◆ di efficaci pratiche di intervento
 - ◆ di efficaci politiche di prevenzione (per pianificare politiche e nuove norme)



Inoltre, i dati che vengono raccolti per mezzo di un potenziale Sistema di sorveglianza CAN-MDS possono essere utilizzati per:

- ◆ delineare le pratiche amministrative da utilizzare nei casi CAN
- ◆ rilevare i cambiamenti nelle pratiche di amministrazione dei casi CAN e gli effetti di tali cambiamenti
- ◆ funzionare come canale di comunicazione tra i diversi settori coinvolti nell'amministrazione dei casi CAN
 - ◆ facilitare il follow-up del singolo caso
 - ◆ funzionare come strumento pronto all'uso per investigare nuovi casi o casi sospetti
- ◆ offrire ai servizi dei feedback per i casi già conosciuti

3. DEFINIZIONE DEI CASI

Una delle sfide principali del progetto è il superamento delle differenti definizioni di maltrattamento utilizzate dai ricercatori, operatori e funzionari che lavorano per enti e su livelli territoriali diversi, sia a livello di singolo paese che tra paesi. Fallon e colleghi (2010) rilevano la difficoltà nel comparare i dati riportati nei vari rapporti sui CAN perché le statistiche non sono presentate in maniera sufficientemente dettagliata. Un ulteriore problema presente nel panorama italiano (e non solo) è relativo all'utilizzo del termine "abuso". Come viene affermato da Pedrocchi - Biancardi, il termine abuso "viene utilizzato nella lingua inglese in un modo generalistico senza aggettivi e quindi allusivo a tutte le forme di violenza che i minori e le bambine possono subire, mentre lo stesso termine, usato frequentemente nella lingua italiana senza aggettivi, viene interpretato nel senso di abuso sessuale. La possibilità di equivoci, specie in ambito di registrazione e raccolta di dati, è evidente." (Pedrocchi Biancardi, *Registrare le difficoltà dell'infanzia e dell'adolescenza e le risposte del sistema psico-sociale, compito impossibile?*) Per questi motivi, in conformità con WHO e l'University of Technology di Sydney (2008), "l'uso di definizioni standard garantirà coerenza permettendo lo sviluppo all'interno di ciascun paese di un data set minimo che consentirà di effettuare delle comparazioni".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Società Internazionale per la Prevenzione all'Abuso e al maltrattamento sul minore (ISPCAN) (2006)

La definizione di base è stata stilata nel 1999, dalla WHO Consultation on Child Abuse Prevention: "il maltrattamento sul minore è definito come qualsiasi forma di maltrattamento psicologico o emotivo, abuso sessuale, trascuratezza, sfruttamento commerciale o di qualsiasi altro tipo, riscontrato nella realtà o da un danno potenziale alla salute del minore, alla sua sopravvivenza, al suo sviluppo o alla sua dignità nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia e potere" e riconosce quattro tipi di maltrattamento: abuso fisico, abuso sessuale, abuso psicologico e maltrattamento (WHO 1999).

In conformità con WHO, ISPCAN (2006, *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*) e CISMAI (2005, *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*) possiamo fare riferimento alle seguenti definizioni concettuali per i tipi di maltrattamento:

Abuso fisico: è definito come l'uso intenzionale della forza fisica nei confronti di un minore che risulta in una condizione reale o potenziale di danno grave alla sua salute, alla sua sopravvivenza, al suo sviluppo o alla sua dignità. Ciò include: colpire, picchiare, prendere a calci, mordere, strangolare, fare delle scottature, bruciare, avvelenare e soffocare. Molte violenze fisiche contro i minori che avvengono in casa, sono inflitte allo scopo di punire.

Abuso sessuale: Il coinvolgimento di un minore in attività sessuali che lei o lui non comprende completamente, alle quali non è in grado di acconsentire, nei casi di minori che non sono evolutivamente preparati, o qualora tali violenze violino la legge, la morale ed il comportamento sociale atteso. I minori possono essere abusati da entrambi gli adulti e da altri minori che sono – in virtù della loro età o del loro stato di sviluppo – in posizione di responsabilità, fiducia o potere rispetto alla vittima.

Abuso psicologico ed emotivo: Include sia singoli episodi, che il graduale deteriorarsi di modelli comportamentali di un caregiver che non consente un ambiente appropriato allo sviluppo ed al supporto del minore. L'abuso di questo tipo include: la restrizione dei movimenti, senso di colpa, minacce, traumi, discriminazioni o ridicolizzazioni; e altri tipi e forme di trattamenti ostili.

Maltrattamento: il maltrattamento comprende sia episodi isolati, sia il deterioramento di modelli comportamentali da parte di un genitore o di un altro membro della famiglia che non permette un corretto sviluppo ed il benessere al minore in una o più delle aree seguenti: salute, educazione, sviluppo emotivo, nutrizione, riparo e condizioni di vita sicure. Viene sottolineato che i genitori dei minori maltrattati non sono necessariamente poveri, potrebbero anche essere benestanti.

Violenza assistita: per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte del minore di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il minore può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti. Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici.

Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie— Centro nazionale per la prevenzione delle lesioni (CDC — National Center for Injury Prevention and Control (CDC), (2008)

Il CDC, riconoscendo le difficoltà di comunicazione dovute alle differenti definizioni che vengono adoperate dalle varie discipline per identificare, valutare, tracciare, trattare e prevenire gli effetti del maltrattamento e l'abuso sul minore, sviluppa la definizione concettuale sotto riportata del maltrattamento sul minore e delle condizioni associate. Inoltre sono stati introdotti dati specifici raccomandandone l'uso da parte degli individui e delle organizzazioni all'interno del contesto delle politiche sociali pubbliche, per aiutare gli staff dei dipartimenti sanitari statali e locali nella raccolta dati sul maltrattamento dei minori al fine di promuovere e migliorare le pratiche di sorveglianza sul maltrattamento a danno di minori (Leeb et al., 2008).

Maltrattamento del minore: Ogni atto o serie di atti commessi o omessi dai genitori o da altri caregiver che si traducono in un danno potenziale o in una minaccia reale per il minore.

Atti commessi: parole o azioni palesi che causano danni o danni potenziali o minacce per un minore. Gli atti commessi sono deliberati ed intenzionali; tuttavia, l'intenzionalità si applica soltanto all'atto e non alle conseguenze dell'atto. Per esempio, un caregiver può voler colpire il minore per punirlo (cioè colpire il minore non è accidentale o involontario) ma non intende causare al minore una commozione cerebrale.

I seguenti tipi di maltrattamento includono atti di commissione: **abuso fisico, abuso sessuale, abuso psicologico.**

Atti di omissione: il mancato riconoscimento di bisogni fisici, emotivi o educativi del minore, oppure la mancata protezione dai danni reali e potenziali che potrebbero avere delle conseguenze sul minore. I seguenti tipi di maltrattamento includono atti di omissione: **maltrattamento fisico, emotivo, medico, educativo, inadeguata supervisione, esposizione ad ambienti violenti.**

Il primo sforzo sistematico per definire concettualmente il maltrattamento sul minore si è basato sulla comprensione delle diverse realtà culturali ed istituzionali dei vari paesi. A livello mondiale vi è un riconoscimento del fenomeno del maltrattamento ed abuso sul minore, ma occorre tenere conto della "natura" e delle "caratteristiche" dei casi specifici di CAN nelle diverse realtà culturali. All'interno di questo processo sono state redatte definizioni concettuali di abusi e maltrattamenti sui minori (WHO and ISPCAN, 2006; CDC, 2008), con l'obiettivo di individuare "etichette" comuni (abuso fisico, abuso sessuale, abuso psicologico e maltrattamento) e definizioni operative, nell'intento di sviluppare misure concrete. Il CDC (2008) suggerisce un'ampia gamma di elementi specifici da includere in un set di dati in grado di misurare il maltrattamento sul minore, nel tentativo di rendere operative le definizioni concettuali, cercando di precisare esattamente come il concetto verrebbe misurato tramite variabili specifiche.

Operativizzazione della definizione dei casi in un CAN-MDS

La definizione dei casi di abuso e maltrattamento utilizzando etichette e dati descrittivi, come precedentemente detto, non è considerato efficace, ai fini della realizzazione di un sistema di rilevazione CAN MDS che intende coinvolgere nella raccolta dei dati operatori con diverse professionalità e appartenenti ad ambiti diversi. Occorre dunque adottare un “processo dal basso” che consenta l'operativizzazione della definizione dei casi CAN, così da garantire la registrazione e la raccolta di informazioni comparabili e attendibili .

Il processo è il seguente: invece di utilizzare un'ampia classificazione dei principali tipi e sotto-tipi di CAN pre-codificati, questi sono stati accertati attraverso l'osservazione, le interviste e altre informazioni disponibili ricondotte poi tramite un algoritmo a specifici sottotipi e conseguentemente tipi principali di CAN (vedi Fig.2)

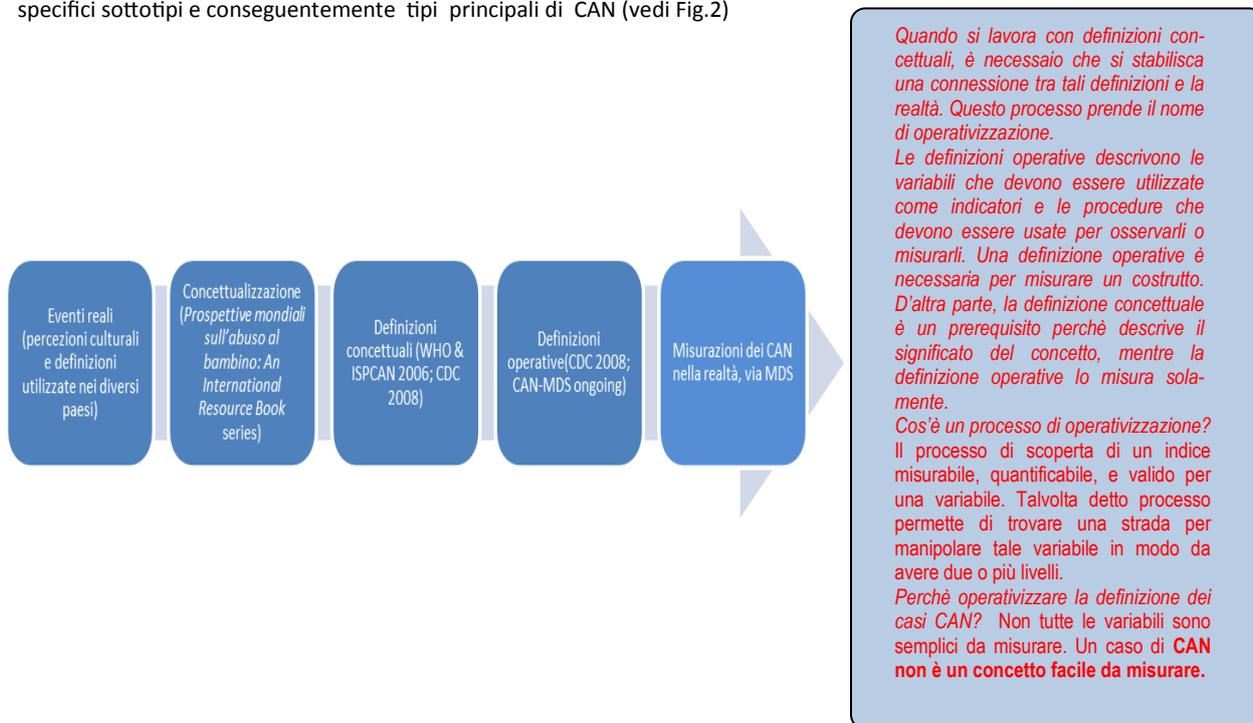
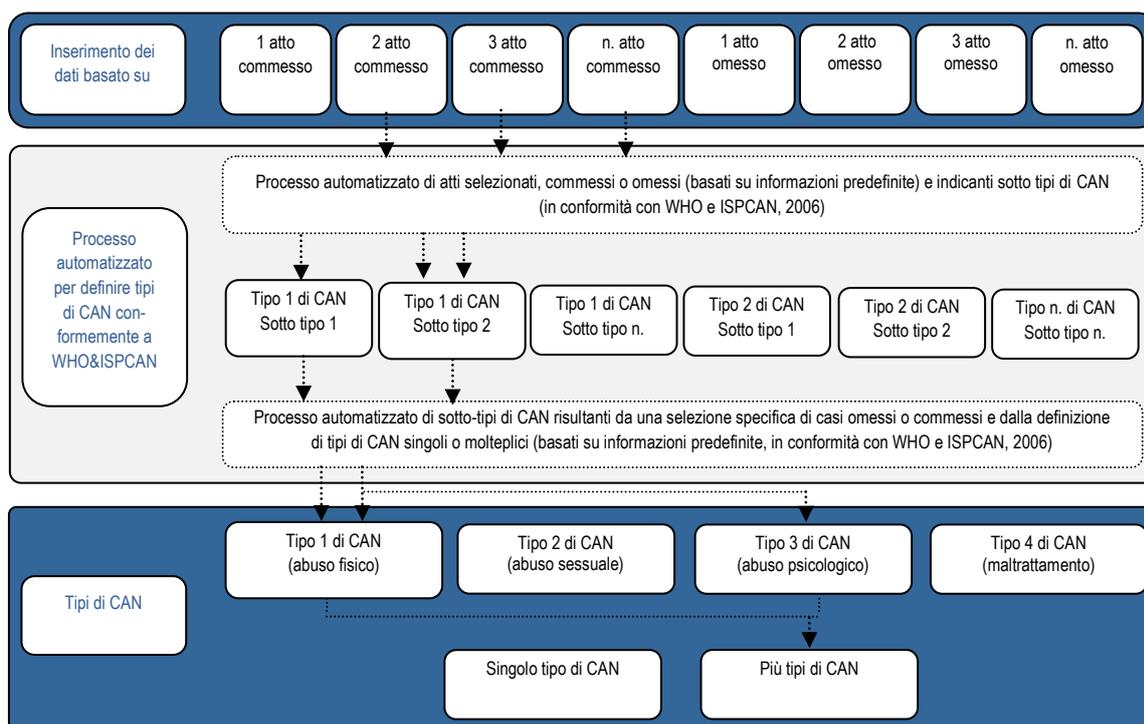


Figura 2. Definizione dei casi CAN-MDS: operativizzazione delle definizioni concettuali dei CAN attraverso la quantificazione dei dati CAN



L'ampia lista di atti commessi od omessi riconducibile ai possibili casi di maltrattamento, sarà oggetto di valutazione. Una volta deciso quale atto commesso od omesso verrà incluso nel minimum data set, per ciascuno di questi verrà data una specifica descrizione nella Guida per gli operatori, che potrà essere integrata da ciascun paese nel rispetto delle singole pratiche operative e professionali.

In termini di qualità della misurazione, ci aspettiamo che un processo di operativizzazione del tipo bottom-up, renda il dato più affidabile, riducendo la soggettività dell'operatore. Tale scopo verrà perseguito anche attraverso la realizzazione della Guida degli operatori in cui verrà fornita una descrizione dettagliata delle azioni commesse od omesse.

La Guida costituirà un punto di riferimento per la formazione degli operatori e contribuirà a produrre maggiore chiarezza concettuale e omogeneità nella lettura, nell'analisi e nella valutazione del fenomeno (WHO and ISPCAN, 2006, CDC, 2010).

Ulteriori definizioni operative CAN-MDS (da includere nella Guida per gli operatori)

Oltre alle definizioni di caso, risultanti dal processo di valutazione CAN-MDS, saranno incluse nella Guida per i professionisti/operatori del Sistema, definizioni operative aggiuntive riguardanti:

- frequenza scolastica dei minori;
- storia e composizione familiare;
- caregiver e rapporto con il minore;
- eventuali altri tipi di violenza; eventuali risposte istituzionali;
- eventuali azioni legali intraprese.

Sarà possibile produrre una versione nazionale della Guida per gli operatori adattandola alle casistiche individuate nei diversi paesi.

4. FONTI DEI DATI

Identificazione delle potenziali fonti di dati per un sistema di sorveglianza CAN-MDS

Per individuare gli operatori facenti parte del Nucleo nazionale e del Gruppo Esteso di professionisti, quali potenziali operatori CAN-MDS, è stata utilizzata una metodologia che prevede 5 steps:

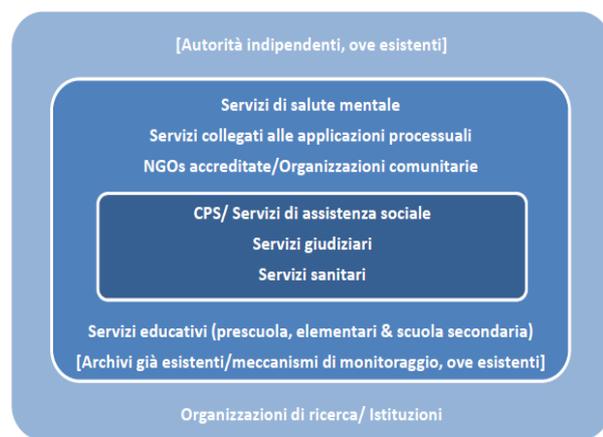
DEFINIZIONE DEI CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE FONTI DEI DATI CAN-MDS, DEL NUCLEO NAZIONALE E DEL GRUPPO ESTESO DEGLI OPERATORI

- Step A** Identificazione delle aree rilevanti da coinvolgere in un futuro Sistema CAN-MDS
- Step B** Identificazione, per ciascun settore interessato nella gestione dei casi di maltrattamento, dei professionisti da coinvolgere come potenziali operatori di un sistema CAN-MDS
- Step C** Identificazione, per ogni gruppo professionale individuato, del loro possibile coinvolgimento (gruppo nazionale e gruppo allargato)
- Step D** Individuazione, per ogni professionalità, del livello di accesso al Sistema CAN-MDS nel rispetto delle responsabilità di ciascuno nella gestione del caso
- Step E** Suggerimenti per l'individuazione delle potenziali Agenzie/Organizzazioni che in futuro possano ricoprire, il ruolo di "Amministratore" del Sistema nazionale CAN-MDS

Le fonti dei dati e gli operatori suggeriti per un potenziale Sistema CAN-MDS sono presentate nella relazione (Criteri di ammissibilità D3.1 per CAN-MDS Operatori del Gruppo nucleare e del Gruppo esteso).

Tenendo conto delle informazioni fornite dagli intervistati nella fase A, la classificazione delle fonti dei dati è riportata nella figura 4.1.

Figura 4.1: Nucleo (a), estensione (b) in esame (c) risorse dati di un potenziale sistema di sorveglianza CAN-MDS



- ◆ Van Puyenbroeck, B. Child and Family Agency, **BELGIUM**
- ◆ Stancheva-Popkostandinova, V. South-West University "Neofit Rilski" (SWU), **BULGARIA**
- ◆ Seraphin, G. and Bolter, F. National Observatory of Children in Danger (ONED), **FRANCE**
- ◆ Goldbeck, L. and Witt, A. University Ulm, Dept of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, **GERMANY**
- ◆ Stavrianaki, M., Ntinapogias, A. and Nikolaidis, G. ICH, Dept of Mental Health and Social Welfare, **GREECE**
- ◆ Mammini, S. and Bianchi, D. Istituto degli Innocenti, **ITALY**
- ◆ Roth, M., Antal, I. and Tonk, G. Babes-Bolyai University, Dept. of Social Work (BBU), **ROMANIA**
- ◆ Jud, A. Lucerne University of Applied Sciences and Arts, School of Social Work, **SWITZERLAND**

Come precedentemente illustrato, con il presente progetto è stato fatto uno sforzo per identificare:

- i professionisti riconosciuti idonei per diventare operatori di un potenziale Sistema di sorveglianza CAN-MDS

- i campi/ settori rilevanti per la gestione dei casi CAN all'interno dei paesi che partecipano al progetto (Riportati nella tabella di seguito).

Principali fonti dei dati e professionisti idonei (accordo tra cinque o più degli otto paesi)

Accesso completo (Livello 1) (con responsabilità "prendere decisioni se esistono prove sufficienti per perseguire i presunti colpevoli")	Accesso limitato (Livello 2) (con almeno una responsabilità corrispondente al livello 2)	Accesso limitato (Livello 3) (con almeno una responsabilità corrispondente al livello 3)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pubblici ministeri che lavorano nei servizi giudiziari 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assistenti sociali che lavorano nei sistemi di protezione del minore/Servizi di assistenza sociale ◆ Assistenti sociali che lavorano in ONGs accreditate/Organizzazioni comunitarie ◆ Psicologi infantile che lavorano in servizi di assistenza sanitaria ◆ Psichiatri infantile che lavorano in servizi di sanità mentale ◆ Psicologi che lavorano per la protezione del minore/ Servizi di assistenza sociale ◆ Psicologi che lavorano nei servizi di assistenza sanitaria ◆ Psicologi che lavorano nei servizi di sanità mentale ◆ Pediatri che lavorano nei servizi di assistenza sanitaria ◆ Medici che lavorano nell'assistenza sanitaria ◆ Agenti di polizia che lavorano nelle forze dell'ordine 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assistenti sociali che lavorano nei servizi di assistenza sanitaria ◆ Professionisti della salute mentale (psicologi, psichiatri, consiglieri di licenza) che lavorano in ONGs accreditate/organizzazioni comunitarie

Ulteriori fonti dati e professionisti idonei (accordo tra 3-4 paesi degli otto paesi)

Accesso completo (Livello 1)	Accesso limitato (Livello 2) (con almeno una responsabilità corrispondente al livello 2)	Accesso limitato (Livello 3) (con almeno una responsabilità corrispondente al livello 3)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assistenti sociali che lavorano nei sistemi di protezione del minore/ Servizi di assistenza sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Professionisti della salute mentale (psicologi, psichiatri) che lavorano nelle forze dell'ordine e servizi connessi ◆ Consiglieri con licenza che lavorano nei CPS/Servizi di assistenza sociale ◆ Consiglieri con licenza che lavorano nei servizi di assistenza della salute mentale ◆ Giudici che lavorano nei servizi giudiziari ◆ Ginecologi che lavorano nei servizi di assistenza sanitaria ◆ Infermiere che lavorano nei CPS/Servizi di assistenza sociale ◆ Ostetriche che lavorano nei CPS/Servizi di assistenza sociale ◆ Gli amministratori dei dati che lavorano nei registri dati 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assistenti sociali che lavorano nei servizi educativi ◆ Assistenti sociali che lavorano nei servizi di sanità mentale ◆ Fornitori assistenziali nelle istituzioni che lavorano nei sistemi di protezione del minore/ Servizi di assistenza sociale ◆ Psicologi che lavorano nei servizi educativi ◆ Consiglieri con licenza che lavorano nei servizi educativi ◆ Addetti alla sorveglianza che lavorano nei servizi giudiziari ◆ Altre professioni relative all'area della giustizia che lavorano nei servizi giudiziari ◆ Infermiere che lavorano in ONGs accreditate/Organizzazioni comunitarie ◆ Insegnanti/educatori (pre-scuola, asili nido, istruzione primaria e secondaria, per minori con bisogni particolari) che lavorano nei servizi educativi ◆ Altro personale che lavora nella lotta alla tratta, direzione per la disabilità, mediatore del minore, etc.) che lavora all'interno di autorità indipendenti.

Il principio seguito per assegnare ad ogni singolo gruppo di operatori il livello di accesso, è quello relativo alla propria responsabilità professionale)

L'assegnazione di diversi livelli di accesso, per professionisti specifici che sono soggetti al rispetto di codici di etica professionale e / o ad una specifica normativa, è strettamente legato alla legislazione in materia di gestione dei dati personali e sensibili.

Concludendo, possiamo dire che il gruppo di professionisti considerato idoneo per alimentare un Sistema di sorveglianza CAN-MDS e i settori considerati rilevanti per amministrare i casi CAN, costituiscono un punto di partenza, suscettibile di modifica.

Caratteristiche operative del Sistema di sorveglianza nazionale CAN-MDS

<i>Autorità legale per la raccolta dati</i>	<p>Criteria stabiliti, suggeriti alle autorità amministrative del Sistemi di sorveglianza dei CAN-MDS</p> <p>Identità (Nome, campo/Settore e status legale)</p> <p>Adeguatezza dell'autorità suggerita ad intraprendere il ruolo di amministratore dei CAN-MDS</p> <p>Autorizzazioni legali, competenze (in termini di risorse umane e mezzi tecnici)</p>
<i>Fonte dei dati per il sistema</i>	<p>Vedere sezione "4. Fonti dei dati".</p> <p>Maggiori informazioni riguardanti gli operatori idonei, sono a disposizione nel Report "Sviluppo dei criteri eleggibili per la creazione di un nucleo principale di operatori su base nazionale dei CAN-MDS e gruppi estesi".</p>
<i>Tipo di sorveglianza</i>	<p>Una tipologia di sorveglianza integrata (combinazione di sistemi attivi e passivi - in accordo con specifici paesi - usando una singola infrastruttura per raccogliere informazioni sulle basi della definizione dei casi) (Nsubuga <i>et al.</i>, 2006)</p>
<i>Tipo di dati da raccogliere</i>	<p>Dati riguardanti il livello dei casi e derivanti dalle risposte dei servizi rispetto agli episodi di CAN relativi al minore, agli avvenimenti, alla famiglia e ai servizi. Informazioni disponibili in:</p> <p>Contenuti CAN-MDS (basati sui risultati della valutazione sugli elementi suggeriti da includere all'interno del MDS e una guida per gli operatori (definizioni operative)</p>
<i>Target riguardante i gruppi di popolazione</i>	<p>I beneficiari principali sono tutti i minori (0-17 anni) che sono vittime di maltrattamento o a rischio di essere vittima.</p> <p>I beneficiari indiretti sono i <i>caregivers</i> dei minori vittime di maltrattamento o a rischio di essere vittima.</p>
<i>Politiche in atto per garantire la riservatezza dei dati e la sicurezza del sistema</i>	<p>Informazioni disponibili:</p> <p>Report sui profili dei paesi, capitolo "3. Definizione dei casi"</p> <p>3.1. Legislazione, politiche e mandati per la notifica e la registrazione dei casi di CAN in campi professionali differenti,</p> <p>3.2. Disposizioni legali per l'amministrazione dei dati personali sensibili.</p>
<i>Procedure e requisiti per la raccolta dati</i>	<p>Vedere sezione "6. Strumenti di registrazione e Procedure"</p> <p>Le informazioni, sono disponibili in:</p> <p>-Strumenti CAN-MDS (vedere sotto <i>CAN-MDS Identità degli strumenti ad un primo sguardo</i>)</p> <p>-Guida per i professionisti (gruppo principale ed allargato degli operatori) e protocollo della raccolta dati.</p>
<i>Metodologia per la gestione dei dati</i>	<p>Secondo la legislazione corrente, vedere i report dei paesi</p> <p>3.2. Disposizioni legali per la somministrazione dei dati personali sensibili (trasferimento dati, registrazione, correzione, back up, corretta archiviazione dei documenti del sistema e smaltimento)</p>
<i>Compatibilità con sistemi di codici esistenti</i>	<p>Sarà fatta la comparazione delle variabili MDS (dove possibile)¹ con le linee guida sulla sorveglianza CDC;² ICD-9 e ICD-10 e DRGs</p> <p>(sviluppo di un algoritmo per una copertura automatica dei dati CAN-MDS da e per i sistemi di codifica sopra indicati)</p>
<i>Interconnessione con sistemi esistenti</i>	<p>Collegamento con un database già esistente, dove e se possibile (vedere anche la sezione "4. Fonte dei dati").</p>
<i>Metodologia per la raccolta dati e la sua divulgazione (Teutsch and Thacker, 1995)</i>	<p><i>I dati aggregati (che vengono divulgati periodicamente) a livello primario (servizi locali); secondo livello (servizi centrali); terzo livello (ministeri, responsabili politici). Dati disaggregati a livello di caso per gli operatori autorizzati (durante l'investigazione dei casi e per i casi di follow-up)</i>³</p>
<i>Valutazione del sistema</i>	<p>Valutazione dell'utilità del Sistema e le sue caratteristiche operative a livello nazionale (coordinamento della raccolta dati da fonti attendibili a livello locale e centralizzazione dei dati amministrativi)</p>
<i>Tempistica della raccolta dati</i>	<p>Ininterrotta (iniziale, data dai test-pilota e in una fase successiva sosterrà l'utilità del sistema)</p>

¹ Ad oggi, nei dati amministrativi non è stato stabilito uno standard di codici di diagnosi cliniche per identificare i maltrattamenti, con la conseguenza di usare varie definizioni negli studi sulla sorveglianza. [Source: Parks *et al.* 2012]

² il centro per il controllo delle malattie NVSS fornisce i dati circa le morti accertate per maltrattamenti sui minori, così come sugli omicidi di altri minori. Una morte è considerata come una fatalità per maltrattamento di minori se la causa sul certificato di morte è catalogata come per percosse (E967), negligenza (E904, E968.4) o infanticidio (E60-E969.9) (centro per il controllo delle malattie, 2001) La statistica demografica è classificata per ogni minore sul certificato di morte. Queste statistiche includono l'età, il sesso, la razza, la causa del decesso, il luogo di morte (stato), il motivo del decesso e la data della morte (anno).³ "... senza i dati dei livelli di caso nazionali, è impossibile analizzare la percentuale dei casi di abuso sessuale rispetto ai casi di abuso fisico ricevuti dai servizi nazionali. I dati sul livello dei casi sono necessari per le più importanti attività politiche di analisi" [Source: Finkelhor & Wells 2003].

Componenti del Sistema di sorveglianza CAN-MDS e qualità per affrontare le principali limitazioni del sistema sanitario pubblico

I componenti principali del sistema di vigilanza della sanità pubblica sono la raccolta dati, l'analisi, l'interpretazione e divulgazione (Amal 2009; Thacker 2000). Per essere funzionale, il sistema di vigilanza dovrebbe: avere obiettivi chiari; usare raccolte di dati minime e pertinenti in modo da consentire azioni adatte; rivolgersi ad un target di popolazione definito; avere specifiche fonti dei dati; incorporare un ben identificato flusso di informazioni con feedback e meccanismi di diffusione delle informazioni sul posto (CDC 2012).

<i>RACCOLTA—Limitazioni</i>	<i>RISPOSTA DEL CAN-MDS</i>
Sfiducia nel Sistema e nella sua necessità	Fornitura di tutti gli stakeholders relativi, che abbiano una giustificazione sufficiente circa la necessità per una continua e sistematica raccolta dati per i casi di CAN basati su un sistema di sorveglianza.
Poche registrazioni dovute al numero esiguo di segnalazioni Poche registrazioni dei casi e mancanza di tempestività nella registrazione dovuta alla procedura di segnalazione	Ampliare lo spettro delle fonti dei dati e conseguentemente il "gruppo dei reporters" (fornendogli gradi d'accesso) facilitandogli il processo di registrazione: permettendo a tutti i professionisti idonei che lavorano in settori diversi, di diventare operatori di sistema invece di guidarli a rivolgersi ad altri professionisti (che lavorano nei servizi come CPS/sociali o servizi giuridici)
Scarsità di registrazioni dovute alla mancanza di leggi per le segnalazioni obbligatorie	Includere gli operatori professionali che non sono autorizzati alla segnalazione.
Poche registrazioni dei casi segnalati dovuti a una registrazione passiva (Konovitz e altri 1984)	Adottare una vigilanza integrata (combinando sistemi attivi e passivi – secondo le specifiche del paese) per mezzo dell'utilizzo di una metodologia univoca e strumenti per raccogliere informazioni sulla base delle definizioni del caso.
Registrazione richiede tempo a causa di pesanti formati o procedure	Utilizzo di un'applicazione on-line sulla base di un numero ristretto di set di dati con variabili pre-codificate e di un processo di registrazione semplificato.
Mancanza di incentivi per la registrazione; mancanza di feedback, e ciò porta ad una percezione distorta sulla registrazione	Fornitura di informazioni tempestive, feedback istruttivi, pertinenti all'amministrazione del caso. Feedback istantanei (ove deciso secondo il livello d'accesso), fornendo agli operatori le informazioni al livello del caso (seguendo i casi individuali; investigazione del caso e ulteriore amministrazione) Lungo periodo, fornendo agli operatori a intervalli regolari informazioni sugli interessi della pubblica sanità (come l'andamento del CAN, fattori di rischio, ecc).
Riguardo gli operatori: Gli operatori sono inconsapevoli riguardo la responsabilità della registrazione di informazioni o presuppongono che qualcun altro potrebbe registrarle (al posto loro)	- dediti e predefiniti professionisti per ogni agenzia (username personali) - professionisti specifici saranno dediti da parte delle loro agenzie ad accedere alle registrazioni degli avvenimenti nel sistema CAN-MDS (saranno provvisti di username e password personali).
Gli operatori sono inconsapevoli circa quali casi devono essere registrati	Ai professionisti destinati a diventare operatori del sistema CAN-MDS saranno fornite definizioni dettagliate del caso.
Gli operatori sono inconsapevoli di come fare la registrazione	I professionisti destinati a diventare operatori del sistema CAN-MDS saranno provvisti del materiale necessario (guida e protocollo delle procedure) e parteciperanno ad un breve corso di formazione.
Gli operatori hanno un'attitudine negativa nei confronti del processo di registrazione	Semplificazione delle procedure di registrazione attraverso un'applicazione online user-friendly.
Semplificazione delle procedure di registrazione attraverso un'applicazione on-line facile da usare	- Assicurare una crittografia/anonimato dei dati, livelli d'accesso progressivi, seguendo leggi nazionali sulla confidenzialità dei dati sensibili. - Provvedere a tutte le parti interessate con argomentazioni sufficienti circa gli aspetti etici correlati alla confidenzialità e ai dati personali sensibili.

<i>ANALISI—Limitazioni</i>	<i>RISPOSTA DEL CAN-MDS</i>
Risposte basate sui servizi	Allargare lo spettro delle fonti dei dati e la serie dell'idoneo "bacino" del sistema ^{2, 3}
Mancanza di rappresentatività (per la maggior parte delle vicende gravi)	Allargare lo spettro delle fonti dei dati; allargare la definizione dei casi (le vicende CAN indipendentemente dalla fondatezza)
Disaccordo con la necessità di registrare specifici casi dopo aver determinato che il caso non è così grave o registrando principalmente casi gravi che portano a una sovrastima della gravità	Definizione di casi dettagliati che non ammettono giudizi soggettivi riguardo la serietà e l'idoneità dei casi.

<i>INTERPRETAZIONI—Limitazioni</i>	<i>RISPOSTA DEL CAN-MDS</i>
Diversi strumenti di raccolta dati	Adozione di un MinimumDataSet (concordato con esperti nazionali ed internazionali) che permetta dei confronti a livello nazionale ed internazionale
Difficoltà correlate alla definizione dei casi. Diverse definizioni	Uso di pratiche e definizioni operative delle variabili del MDS, semplici, comprensibili e accettate da tutti gli operatori idonei, su cui il sistema farà affidamento per i casi da registrare, a prescindere dal settore lavorativo.
Inconsistenza della definizione dei casi	Uso della definizione dei casi risultante da un processo "bottom-up" per la definizione, per eliminare le incomprensioni e i giudizi soggettivi sui tipi e la severità di eventi da registrare Al posto di fornire agli operatori definizione dei tipi di abusi per classificare i casi, agli operatori sarà richiesto di notare la presenza o l'assenza di specifiche – comunemente dette – azioni; inoltre la classificazione del tipo di maltrattamento risulterà tramite un processo "bottom-up", e non dipenderà dalla soggettività di ciascun operatore.
Procedure differenti per la raccolta dati	-Disponibilità di brevi moduli di formazione, gruppi nucleari di operatori qualificati, guida per i professionisti.

<i>DIFFUSIONE—Limitazioni</i>	<i>RISPOSTA DEL CAN-MDS</i>
L'accesso ai dati frammentati basati sui casi, non è ammesso	Livelli d'accesso progressivi (per operatori idonei, a seconda delle loro responsabilità e coinvolgimento nella gestione del caso CAN), permettendo al CAN-MDS, ove possibile, di - essere uno strumento pronto all'uso durante l'analisi del caso (da parte di enti certificati); - seguire a livello del caso (canale di comunicazione tra i settori coinvolti e tra i professionisti)

1-Sfortunatamente, il sistema di dati qui discusso per la maggior parte non è gestito in modo coordinato. Le persone coinvolte in questo sistema di dati non vengono dallo stesso campo o agenzie federali. Un metodo per definire le priorità e in generale per migliorare il sistema dei dati è quello di riunire managers e utenti di differenti data set, come anche differenti professionisti: criminologi, lavoratori sociali, professionisti nella pubblica sanità, in modo da imparare da altri sistemi. Un modo di procedere potrebbe essere quello di costituire una task force che riunisca diverse Agenzie per lavorare su "statistiche federali integrate sui minori", che promuova conferenze, gruppi di approfondimento, e altre opportunità per riunire persone appartenenti ad enti differenti per imparare gli uni dagli altri (fonte: Finkelhor e Wells, 2003)

2-I sistemi di dati potrebbero espandere la copertura dei sistemi per includere più giurisdizioni o segmenti di popolazione (fonte: Finkelhor e Wells, 2003)

3-"National incidence Study of Child Abuse and Neglect" raccoglie i dati da agenzie di tutela dei minori così come dalle "sentinelle non-CPS" nell'applicazione della legge, servizi medici, educazione, e altri servizi (sanità mentale, cure giornaliere, servizi sociali volontari), che vengono in contatto con i minori maltrattati (fonte: Sedlak e Broadhurst, 1996)

4-il sistema dei dati ha bisogno di essere modificato per fornire continuità e interrelazioni fra i sistemi, sia usando definizioni uniformi, o integrando i sistemi di dati per facilitare la tracciabilità dei minori tra i sistemi (Finkelhor e Wells, 2003).

Struttura dei dati - scelta degli indicatori da misurare

Quando prende forma un nuovo sistema di sorveglianza (così come nel caso del Sistema CAN-MDS) la prima domanda a cui rispondere è quali sono le categorie di informazioni da monitorare (Abelsohn, Frank and Eyles 2009).

Il quadro dei dati è di solito definito in termini di indicatori, ossia quei fattori misurabili che permettono stime oggettive delle dimensioni del problema preso in esame, il monitoraggio dei processi e i prodotti o gli effetti di un intervento sulla popolazione (Nsbuga *et al.* 2006).

La tecnologia dell'informazione può facilitare la raccolta, l'analisi e l'uso di dati di sorveglianza se sono sviluppati standard uniformi e vengono utilizzati sistemi di raccolta compatibili.

L'individuazione della batteria di indicatori all'interno del progetto Daphne comporta principalmente due passaggi:

- rivisitazione della letteratura;
- consultazione di esperti e indagini Delphi per giungere ad una lista di indicatori condivisa, valutando l'affidabilità e la qualità dei dati.

In generale, utilizzando le stesse variabili standardizzate ed uno stesso protocollo per la registrazione dei dati, sarà possibile monitorare i trends sul maltrattamento dei minori all'interno del proprio territorio nazionale, ma anche fare confronti tra i vari paesi. Tale approccio, in accordo con WHO (2003) incoraggia la raccolta continuativa di un insieme circoscritto di informazioni, come suggerito nel contesto di un Sistema di sorveglianza CAN-MDS.

La struttura dei dati per gli indicatori che devono essere misurati con un sistema di sorveglianza CAN-MDS può essere schematizzata come in figura.

Esposizione al maltrattamento sui minori	<ul style="list-style-type: none"> • Incidenza del CAN • Vulnerabilità dei bambini ad ogni specifica forma di CAN • Incidenza per ogni tipo di prova
Risultati del maltrattamento sui minori	<ul style="list-style-type: none"> • Risultati di salute fisica • Risultati di salute mentale • Esiti evolutivi
Sorveglianza delle determinanti al maltrattamento al bambino	<ul style="list-style-type: none"> • Rischi legati alle caratteristiche del/dei colpevole/i • Rischi connessi al bambino per il CAN • Rischi legati alla famiglia e all'ambiente domestico per il CAN
Sorveglianza sulla risposta dei servizi al maltrattamento del bambino	<ul style="list-style-type: none"> • Agenzie coinvolte nell'investigazione e nell'amministrazione dei casi • Risposte istituzionali/ Servizi forniti • Azioni legali che sono state prese in merito

CAN-MDS TOOLKIT
Ad un primo sguardo

Struttura del CAN-MDS Toolkit che sarà prodotta dal presente progetto

Il Toolkit sarà sviluppato sulla base del contenuto del minimum data set e il materiale finale verrà incluso in un CD contenente la **Guida per gli operatori CAN-MDS** per orientare i Gruppi nazionali e i Gruppi estesi in modo che possano agire come formatori nei loro paesi, dove verrà sviluppato un sistema nazionale CAN-MDS. La procedura *step-by-step* per l'utilizzo di CAN-MDS, ossia un breve protocollo operativo, verrà annesso alla guida e potrà essere usato autonomamente da tutti i professionisti che sono già stati formati. Il minimum data set verrà anche aggiunto alla guida e sarà disponibile in formato stampabile ed in formato elettronico utilizzabile online.



Campi relativi all'amministrazione dei casi CAN	Campi eleggibili	Campi non eleggibili
CPS/ Servizi di assistenza sociale	BE-BG-CH-DE-ES-FR-GR-IT-RO	
Servizi per la salute fisica (primari, secondari e terziari)	BE-BG-CH-DE-ES-FR-GR-IT-RO	
Servizi giudiziari	BE-BG-CH-DE-ES-FR-GR-IT	RO
NGOs accreditate/ Organizzazioni comunitarie	BE-BG-CH-DE-FR-GR-IT-RO	ES
Servizi di salute mentale	BE-BG-DE-FR-GR-IT-RO	CH- ES
Servizi relativi all'applicazione della legge	BE-BG-CH-ES-FR-GR-IT	DE-RO
Servizi educativi(prescuola, elementari e scuola secondaria)	BE-BG-DE-ES-FR-GR-RO	CH- IT
Registri già esistenti/meccanismi di monitoraggio	BE-BG-DE-ES-FR-RO	CH-GR-IT
Organizzazioni di ricerca/ Istituzioni	BE-BG-DE-FR	CH-ES-GR-IT-RO
Autorità indipendenti (come Child Ombudsman)	BE-FR-GR	BG-CH-DE-ES-IT-RO
Altro	BE-ES-RO	BG-CH-DE-FR-GR-IT

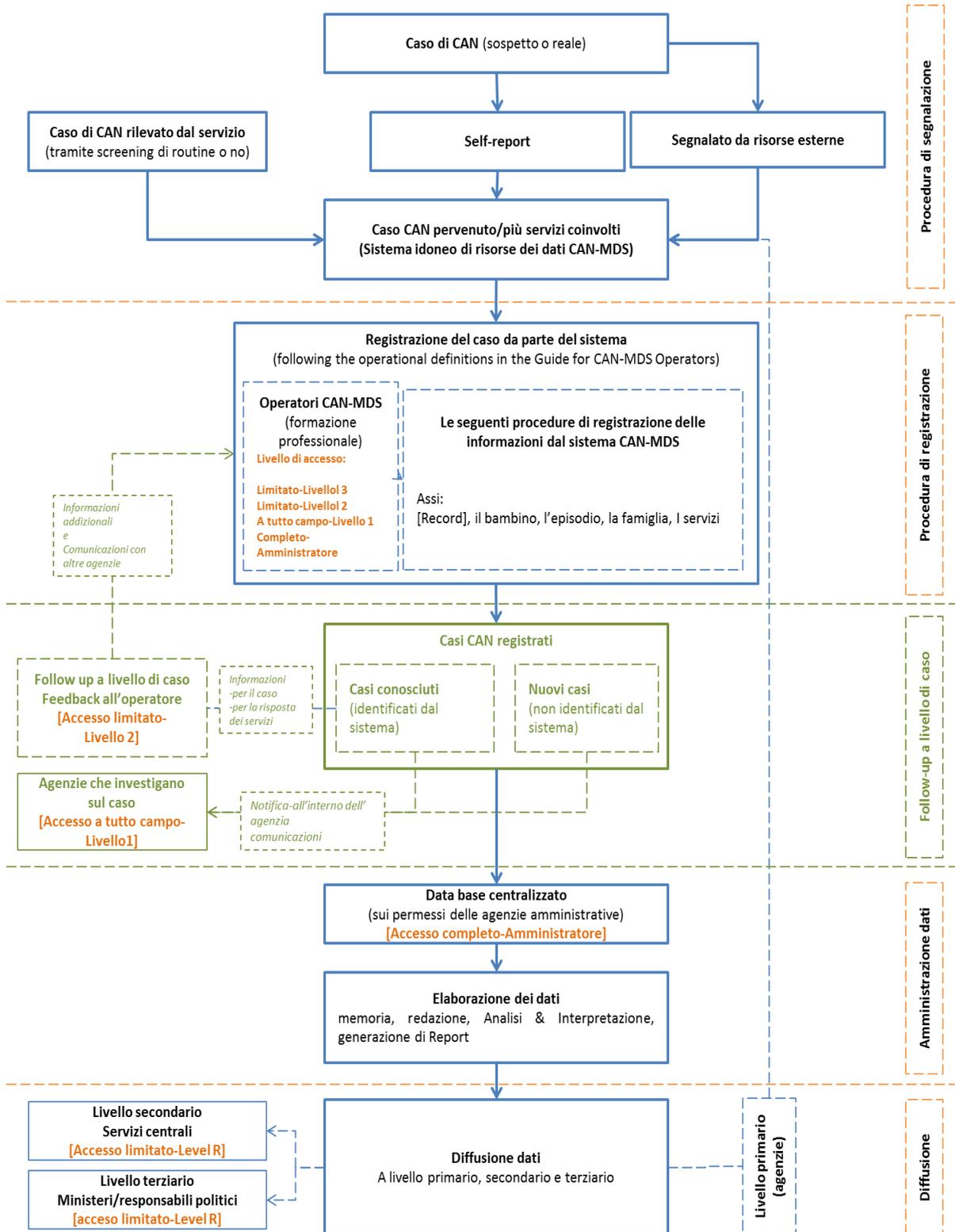
Guida per gli operatori CAN-MDS (Gruppo allargato/espanso)		
Guida per gli operatori nazionali (facenti parte del gruppo nucleare) CAN-MDS		
Parte I	Capitolo 1	Introduzione al CAN-MDS per il gruppo nucleare degli operatori
	1.1	Breve descrizione del Sistema di sorveglianza CAN-MDS
	1.1.1	Scopi e obiettivi
	1.1.2	Aspettative di formazione, obiettivi e traguardi
	1.2	Agenzie idonee
	1.3	Operatori eleggibili
	1.3.1	Apprendisti idonei
	1.4	Casi ammissibili per la registrazione nel Sistema di sorveglianza CAN-MDS
	1.4.1	Definizione operative del maltrattamento al minore
Parte II	Capitolo 1	Informazioni sul background
	1.1	Sistema di protezione del minore nel paese
	1.2	Notifiche e consultazioni obbligatorie del CAN
	1.3	Raccolta dati sul CAN
	1.4	La necessità di un Sistema di sorveglianza (nel paese) per CAN-MDS
	Capitolo 2	Questioni etiche riguardanti la raccolta dati del CAN
	2.1	L'importanza dell'affidabilità dei dati
	2.2	Cos'è previsto dalla legge
	2.3	Codice etico dei professionisti
Parte III	Capitolo 1	Analisi CAN-MDS
	1.1	Caratteristiche tecniche del Sistema di sorveglianza CAN-MDS
	Capitolo 2	Come utilizzare CAN-MDS
	2.1	Protocollo della raccolta dati: <i>procedura Step-by-step</i>
Parte IV	Capitolo 1	Materiale necessario per condurre la formazione dell'operatore CAN-MDS
	1.1	Studio dei casi
	1.2	Strumenti/forme per la raccolta dei dati
	1.3	[e-application]
Annex	I	CD che comprende un kit di strumenti per lo studio di CAN-MDS
	II	Strumenti formativi di valutazione

Informazioni valide nella guida dei professionisti per i CAN-MDS	
Identità della variabile	
Identificazione	"Etichetta" della variabile
Asse	A quale asse appartiene la variabile (5 possibili valori: record, episodio, minore, famiglia, servizi)
Definizione	Breve definizione della variabile. Definizione operative dettagliata
Ragioni di inclusione	Una breve giustificazione sul perché si dovrebbe includere tale variabile nel CAN-MDS.
Riferimenti correlati	Riferimenti che supportino la giustificazione sopra detta/ l'importanza della variabile ad essere inclusa nel MDS.
Rilevanza	Relazione con obiettivi specifici del CAN-MDS.
Specificazioni tecniche	
Categoria dell'indicatore	Ogni variabile è legata ad uno o più indicatori. E' preferibile che le principali categorie di indicatori siano misurate attraverso il Sistema CAN-MDS e sono: 1. Esposizione al maltrattamento sui minori; 2. Esiti del maltrattamento sui minori; 3. Sorveglianza dei fattori determinanti per il maltrattamento sui minori; 4. Sorveglianza sulle risposte dei servizi riguardo al maltrattamento dei minori.
Tipo di completamento	"Mandatario", "Condizionale" (ossia quando dipende da risposte di altre variabili) o "Optional" (da essere considerate come variabili non incluse nel nucleo del MDS).
Formato di risposta	Ogni variabile inclusa nel CAN-MDS è completamente operativizzata.
Sotto-variabili	In alcune variabili, l'inclusione di sotto-variabili è suggerita allo scopo di raccogliere informazioni precise.
Inter-relazione	Interconnessione tra variabili (come primo passo per la descrizione di come potrebbe essere progettato il sistema).
Potenziali problemi	Problemi e suggerimenti anticipati.

Raccolta dati continuativa e sistematica su 4 assi riguardanti i casi di maltrattamento sul minore

L'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati rappresentano una base per l'azione della sanità pubblica a livello nazionale e tra i paesi, fornendo delle priorità per la pianificazione, l'attuazione e la valutazione delle politiche e delle pratiche di prevenzione. La disponibilità di informazioni a livello di singolo caso rappresenta un'opportunità per sviluppare un canale di comunicazione tra i diversi professionisti, e uno strumento per la sua gestione e per il suo follow-up.

Ai fini di una comprensione completa dello schema sotto riportato, va sottolineata l'importanza della "ri-segnalazione", per cui nella già citata analisi ad opera dell'Istituto degli Innocenti (AA.VV, 2007) si concorda "sull'utilizzo della ri-segnalazione, come Sistema di valutazione dell'efficacia dell'intervento dei servizi nell'interrompere le forme di violenza e maltrattamento".



Identità del progetto

Titolo: Coordinated Response to Child Abuse and Neglect via Minimum Data Set
Co-Funding: EC DAPHNE III Programme, DG Justice, [80%] and Participating Organizations [20%]
Contratto: JUST/2012/DAP/AG/3250
Durata: 24 mesi (Data di inizio Feb 2013)

Consorzio del progetto:

Coordination Institute of Child Health, Dept. of Mental Health and Social Welfare (ICH-MHSW)-
 EL E-mail: icht-mhsw@ich-mhsw.gr
 Website: www.ich-mhsw.gr
 Project's website: www.can-via-mds.eu

Ethical Issues: Prof P Durning
 External Evaluator: Ms J Gray

Partner direttivi Child and Family Agency-BE
 South-West University "Neofit Rilski" (SWU)-BG
 University Ulm, Dept. of Child and Adolescent Psychiatry/ Psychotherapy-DE
 National Observatory of Children in Danger (ONED)-FR
 Istituto degli Innocenti (IDI)-IT
 Babes-Bolyai University, Dept. of Social Work (BBU)-RO

Partner associati: Lucerne University of Applied Sciences and Arts, School of Social Work-CH
 with the voluntary contribution of Ministry of Health, Social Welfare and Equality, DG of Services
 for Family and Infancy-ES



Istituto degli innocenti
 Piazza della Santissima Annunziata, 12
 50122 Firenze

+39 055 20371

info@istitutodegliinnocenti.it

WS.5. Activity 4: D 5.2 Informational Leaflet
 Ntinopagias A, Morucci SB, Nikolaidis G, Gray J

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



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 and 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/fe_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.
 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.
 ChildONEurope (Blanchi D., Ruggiero R., editors) (2009). Guidelines on Data Collection and Monitoring Systems on Child Abuse, ChildONEurope Series 1, Istituto degli Innocenti, Firenze
 Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., and Yuan, Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse and 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 and 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/f/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/DCPI53/Section7904>
 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., Sugarman, 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., and 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.
 Thacker, S. B., Berkelman, R. L. (1988). Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 10, 164-190.
 Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felsinger, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., and 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.