

CRESCERE AL SICURO



Indice regionale
sul maltrattamento
all'infanzia in Italia

2022



CRESCERE AL SICURO

Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia

A cura di

Valeria Emmi (*Networking & Advocacy Senior Specialist Cesvi*)
Fondazione Cesvi

Autrici

Giovanna Badalassi, Federica Gentile (*Consulenti Cesvi*)

Comitato Scientifico

Rocco Briganti (*CISMAI*)

Carla Garlatti (*Autorità Garante Infanzia e Adolescenza*)

Gianmario Gazzì (*Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali*)

Maria Giuseppina Muratore (*ISTAT*)

Francesco Salvatore (*Protection & Safeguarding Senior Specialist Cesvi*)

Valeria Valente (*Senato della Repubblica*)

Editing

Simona Denti (*Communication Manager Cesvi*)

Mattia Borelli (*Communication Officer Cesvi*)

Progetto grafico

Pernice Comunicazione

Foto di copertina © **Roger Lo Guarro / Cesvi**

L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia
è disponibile online su <https://www.cesvi.org>

ISBN: **978-88-943474-5-6**

Realizzata da

Fondazione Cesvi

Via Broseta 68/A- 24128 Bergamo, Italia

I contenuti della presente pubblicazione possono essere riprodotti **solo citandone la fonte**.

Finito di stampare nel mese di maggio 2022.

INDICE

Introduzione e obiettivi dell'indagine	7
1 Il maltrattamento all'infanzia: inquadramento generale	8
1.1 Cos'è il maltrattamento all'infanzia	8
1.2 Il maltrattamento all'infanzia durante la pandemia COVID-19	9
1.3 Le conseguenze personali, relazionali, sociali ed economiche sui bambini/e e sui futuri adulti	9
1.4 I benefici della prevenzione: diminuire i fattori di rischio e aumentare i fattori protettivi	10
2 L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia	14
2.1 La metodologia	14
2.2 L'indice regionale dei fattori di rischio e dei servizi per capacità	16
2.2.1 Capacità di cura di sé e degli altri	17
2.2.2 Capacità di vivere una vita sana	21
2.2.3 Capacità di vivere una vita sicura	26
2.2.4 Capacità di acquisire conoscenza e sapere	28
2.2.5 Capacità di lavorare	30
2.2.6 Capacità di accedere alle risorse e ai servizi	32
2.3 L'indice regionale: fattori di rischio e servizi	34
2.3.1 L'indice dei fattori di rischio	34
2.3.2 L'indice dei servizi	36
2.3.3 L'analisi territoriale e l'incrocio tra domanda potenziale e offerta dei servizi	38
2.4 L'indice regionale: totale per capacità	40
3 La pandemia da COVID-19: impatto sulla sicurezza e conseguenze sul maltrattamento all'infanzia	44
3.1 La sicurezza dell'infanzia durante la pandemia COVID-19 secondo la letteratura scientifica	45
3.1.1 L'(in)sicurezza fisica e mentale	46
3.1.2 L'(in)sicurezza in famiglia: violenza domestica e violenza assistita	48
3.1.3 L'(in)sicurezza economica	49
3.1.4 L'(in)sicurezza e la coesione sociale	50
3.1.5 Le buone pratiche	52
3.2 La sicurezza dell'infanzia durante la pandemia COVID-19: l'opinione dei testimoni privilegiati	53
3.2.1 La sicurezza dei bambini/e e degli adolescenti	53
3.2.2 La sicurezza nelle relazioni familiari	54
3.2.3 La sicurezza nelle comunità dei servizi territoriali	56
3.2.4 La sicurezza nella società e nel sistema istituzionale	59
4 Riflessioni e proposte per politiche di prevenzione e contrasto	64
Bibliografia	70
Appendici	78
I. Il metodo di calcolo utilizzato per l'indicatore: il QUARS	80
II. Tabelle	82



INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE

L'edizione 2022 dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia viene realizzata e pubblicata in un momento di grande disorientamento e fatica generalizzata: si cominciava appena a assaporare una fuoriuscita dalla crisi pandemica, non solo sanitaria, ma anche economica e sociale, quando la guerra Russia-Ucraina ha stravolto l'ordine geopolitico mondiale, portando con sé morti atroci, minacce nucleari prima impensabili e prospettive economiche funeste.

In un momento così complesso, carico di vecchie angosce ancora da smaltire e di nuove da affrontare, come stanno i nostri bambini/e e i nostri adolescenti? Come li stiamo aiutando a crescere e come li stiamo proteggendo dalle minacce alla loro sicurezza e benessere psicofisico?

Una domanda che ci poniamo ogni anno e alla quale oggi cerchiamo di rispondere tenendo conto di uno scenario così nuovo, difficile e imprevedibile.

L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia è stato pensato cinque anni fa per analizzare il contesto territoriale dei fattori di rischio e dei servizi relativi a un problema sociale presente soprattutto all'interno delle dinamiche familiari, sebbene condizionate dall'ambiente esterno.

La pandemia, e ora la guerra, stanno però spostando l'attenzione verso una forma di disagio dell'infanzia e giovanile ancora più ampia e legata al confinamento della pandemia e alle nuove angosce e incertezze per il futuro, proprie e subite dagli adulti.

Negli ultimi due anni il problema del maltrattamento all'infanzia si è quindi ulteriormente complicato per l'aumento del numero e dell'intensità dei fattori di rischio e si è sovrapposto a relazioni familiari anch'esse sotto pressione. Le interviste ai testimoni privilegiati, che quest'anno abbiamo centrato sul tema della sicurezza dei bambini/e, ci mostrano chiaramente questo cambiamento di prospettiva.

Le sfide per tutti i servizi alla presa con la prevenzione, il contrasto e la cura del maltrattamento all'infanzia sono quindi sempre più impegnative e richiedono risorse e capacità importanti per essere sostenute.

Se infatti già prima del COVID-19 si poteva riconoscere una insufficiente risposta del sistema rispetto al problema, due anni dopo e in una situazione ben più grave, prendere atto della necessità di investire in risorse e persone in questo ambito si rende ancora più necessario.

Il pericolo è infatti che l'attenzione per nuove urgenze sociali, che possono riguardare anche i giovani, possa andare a discapito delle "emergenze quotidiane" del maltrattamento all'infanzia già ben presenti prima della pandemia. Una selezione delle emergenze che sarebbe inevitabile in assenza di importanti investimenti, ma che si tradurrebbe in un tragico errore.

Adottando un approccio realmente multidimensionale al benessere dei bambini/e e degli adolescenti grazie a risorse adeguate, si può invece risolvere questo problema, investendo sulla resilienza come strategia primaria per superare le difficoltà attuali e affrontare con strumenti adeguati quelle future.

Se una crisi, per propria natura, induce a una spaccatura tra un prima e un dopo, a prendere decisioni prima lasciate in sospeso, nel caso del maltrattamento all'infanzia e del disagio giovanile si pensa che sia arrivato davvero il momento per intraprendere un percorso sistemico, strutturale e di medio lungo termine. Tutte le analisi e studi condotti finora su questo argomento sono infatti concordi nel prospettare in futuro una salute mentale molto deteriorata per i nostri giovani a causa della pandemia, che si va a aggiungere all'impatto distruttivo degli eventuali maltrattamenti subiti nell'infanzia. Occorre quindi intervenire ora, curare, prevenire, investire sul loro benessere mentale e su quello delle famiglie, per evitare un malessere generale e collettivo dalle considerevoli ricadute sociali e economiche.

1

IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA: INQUADRAMENTO GENERALE

1.1 COS'È IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA

Il maltrattamento all'infanzia consiste nell'abuso e la trascuratezza di minori di 18 anni, e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito che "il maltrattamento infantile, in alcuni casi definito come abuso infantile e trascuratezza, include tutte le forme di maltrattamento fisico e emotivo, abuso sessuale, trascuratezza e sfruttamento che risulti in effettivo o potenziale danno per la salute, lo sviluppo o la dignità dei bambini"¹.

A livello globale, in termini di prevalenza una tantum, il 36% dei bambini/e è vittima di abusi psicologici, il 23% dei bambini/e è vittima di abusi fisici, il 18% delle bambine e l'8% dei bambini/e sono vittime di abusi sessuali, mentre il 16% dei bambini/e sono vittime di trascuratezza². Ogni anno un bambino/a su due tra i 2 e i 17 anni di età è vittima di una qualche forma di violenza. Il maltrattamento non risparmia neanche i più piccoli: infatti 300 milioni di bambini/e tra i 2 e 4 anni viene regolarmente disciplinato/a in modo violento da parte di chi si prende cura di loro. Inoltre, si stima che un terzo degli studenti e delle studentesse tra gli 11 e i 15 anni siano stati vittime di bullismo da parte di loro coetanei nell'ultimo mese e che siano 120 milioni le bambine che sono state esposte a qualche forma di contatto sessuale forzato/non consensuale sotto i 20 anni di età³.

La violenza emotiva colpisce invece un bambino/a ogni tre e un bambino/a su quattro vive con una madre che è vittima di abusi domestici, esponendoli potenzialmente quindi alla violenza assistita⁴. Anche in Europa il maltrattamento e la trascuratezza sono fenomeni diffusi e potenzialmente sottostimati. Secondo la divisione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 55 milioni di bambini/e sono vittime di maltrattamento in Europa: nel 9,6% dei casi il maltrattamento assume la forma di abuso sessuale, nel 16,3% dei casi di trascura-

tezza fisica, nel 18,4% dei casi di trascuratezza emotiva, nel 22,9% dei casi il maltrattamento assume la forma di abuso fisico e, infine, nel 29,6% dei casi quella di abuso emotivo⁵.

La *II Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti*⁶ in Italia rivela che nel nostro Paese, a aprile 2021 sono 401.766 i bambini/e e gli adolescenti presi in carico dai servizi sociali, e di questi 77.493 sono vittime di maltrattamento. Prevale tra le forme di maltrattamento la patologia delle cure (incuria, discuria e ipercura) che riguarda il 40,7% dei minorenni in carico ai servizi sociali, seguita dalla violenza assistita (32,4% dei casi), dal maltrattamento psicologico (14,1% dei casi), dal maltrattamento fisico (9,6% dei casi) e dall'abuso sessuale (3,5% dei casi). I maschi sono maggiormente rappresentati tra i bambini presi in carico, ma le bambine sono più spesso prese in carico proprio per il maltrattamento. Vi sono differenze anche per quanto riguarda l'origine etnica: ogni 1.000 bambini/e vittime di maltrattamento, 23 sono stranieri e 7 sono italiani. I bambini/e vittime di più forme di maltrattamento sono il 40,7%; i maltrattanti sono nel 91% dei casi i familiari.

La violenza contro i bambini/e è quindi un fenomeno pervasivo e sistemico che non può essere ricondotto esclusivamente a dinamiche relazionali familiari, ma che rappresenta un grave problema di salute pubblica, prima, durante e dopo la pandemia e che richiede un approccio globale⁸.

A questo proposito, l'eliminazione della violenza sui bambini/e è inclusa in diversi obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile: l'obiettivo 16.2 si pone come traguardo di "porre fine all'abuso, allo sfruttamento, al traffico di bambini/e e a tutte le forme di violenza e tortura nei loro confronti"⁹.

1.2 IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Nel corso degli ultimi due anni il COVID-19 ha fatto numerose vittime (oltre 6 milioni nel mondo) e ha cambiato le nostre vite, le nostre economie e società, influenzando anche la violenza in famiglia. Tuttavia poiché la pandemia è ancora in corso, non è ancora possibile stimarne accuratamente l'impatto sui tassi di violenza sui bambini/e, che può variare da Paese a Paese e da comunità a comunità a seconda del contesto sociale, economico e strutturale¹⁰. Ciò nonostante, vi sono studi e pubblicazioni che tendono a concordare sulla probabilità di una tendenza all'aumento del maltrattamento di bambini/e, così come delle donne¹¹: la ricerca *Women in times of COVID-19*¹², che è si è concentrata sulla percezione della violenza da parte delle donne, ha rilevato che il 77% delle donne nell'Unione Europea ritiene che la pandemia abbia comportato un aumento della violenza fisica e emotiva contro le donne nel proprio Paese; le percentuali vanno dal 93% in Grecia al 47% in Ungheria. Il 46% delle donne nell'Unione Europea ritiene anche che vi sia stato un aumento significativo della violenza fisica e emotiva contro le donne, così come il 52% delle donne italiane intervistate.

Per quanto attiene in particolare al maltrattamento infantile, la pandemia ha probabilmente esacerbato i fattori di rischio che possono portare a maggiori tassi di maltrattamento: povertà e disoccupazione, problemi di salute mentale, mancato o minore accesso a servizi sociali, sconvolgimento della routine quotidiana, ecc¹³. Non solo, per prevenire il maltrattamento, i bambini/e hanno

bisogno di comunità forti e coese che siano in grado di sostenere le famiglie e cogliere e soddisfare i bisogni dei minori: il maggiore isolamento e la contrazione delle reti sociali dovuti al COVID-19 potrebbero rappresentare un ulteriore fattore di rischio per il maltrattamento da tenere in considerazione.

È importante sottolineare che la vulnerabilità al maltrattamento può variare a seconda delle caratteristiche individuali: per esempio, il rischio di maltrattamento per bambini/e con bisogni educativi speciali può essere più elevato durante la pandemia¹⁴. Infine, possono aumentare alcune forme di maltrattamento, ma non altre. In Olanda è stato rilevato un tasso di trascuratezza emotiva (sotto forma di trascuratezza relativa all'istruzione e di aumento della violenza assistita) tre volte superiore durante il lockdown rispetto a un periodo senza lockdown, ma non sono state riscontrate differenze significative relative a altre forme di maltrattamento sui minori¹⁵.

Per quanto riguarda il nostro Paese, nel 2020 si è verificata una diminuzione del numero delle vittime di reato al di sotto dei 18 anni che sono passate da 5.939 nel 2019 a 5.789 (-3%), spiegabile con una flessione generale nel numero di reati denunciati nel corso del 2020, un anno caratterizzato da lockdown e isolamento sociale. Tuttavia, secondo i dati elaborati per Terre des Hommes dal Servizio Analisi Criminale della Direzione Centrale della Polizia Criminale, i maltrattamenti contro familiari e conviventi minori di anni 18 sono aumentati del 13% nel 2020, con un aumento del 137% nel decennio 2010-2020¹⁶.

1.3 LE CONSEGUENZE PERSONALI, RELAZIONALI, SOCIALI ED ECONOMICHE SUI BAMBINI/E E SUI FUTURI ADULTI

Tutte le forme di maltrattamento hanno conseguenze gravi sui bambini/e maltrattati così come sulla società. Le principali conseguenze a breve termine per i bambini/e a livello fisico, psicologico e emotivo possono essere riassunte in ferite e lividi se vengono maltrattati fisicamente, cambiamenti nel comportamento, ansia verso il futuro, malattie veneree soprattutto nei casi di abusi sessuali; dal punto di vista psicologico i bambini/e maltrattati possono avere sensi di colpa e rabbia. Nel caso di abusi particolarmente gravi possono soffrire di sindrome post traumatica e depressione¹⁷. Dato anche

il persistere della pandemia, gli alti livelli di instabilità familiare e l'incidenza di patologie psicologiche dei genitori di bambini/e maltrattati in molti casi è complesso determinare quali siano le conseguenze riconducibili al maltrattamento e all'abuso e quali siano invece quelle determinate dall'impatto di problematiche legate alla salute mentale dei genitori o a altri fattori. Inoltre, anche le forme più "lievi" di maltrattamento, come le punizioni corporali, possono costituire un fattore predittivo per sentimenti di ansia e depressione per bambini/e e giovani adulti. La negligenza è probabilmente una delle for-

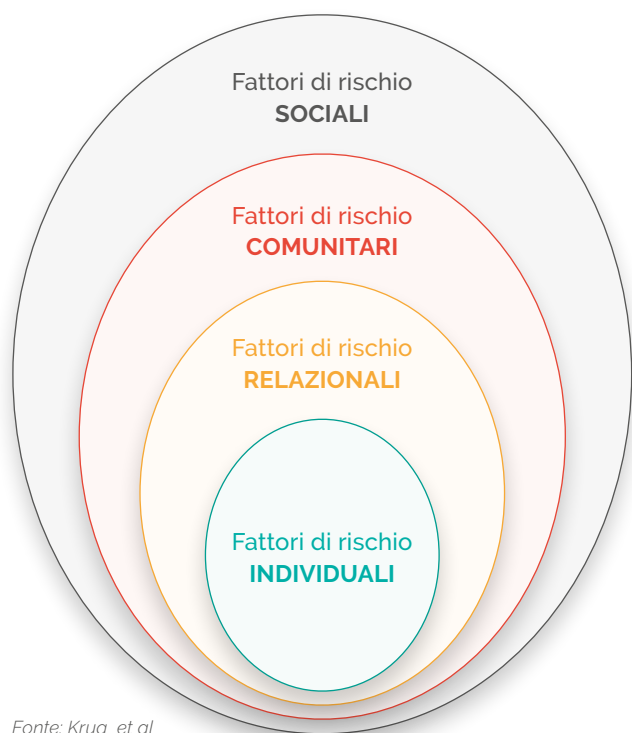
me più diffuse di maltrattamento e può avere un impatto negativo sullo sviluppo cognitivo di bambini/e¹⁸.

Le conseguenze a lungo termine del maltrattamento sui bambini/e dipendono da fattori che possono moderare o esacerbare il trauma subito, come l'età in cui avviene il trauma, il tipo di trauma, la sua durata nel tempo, la presenza e l'influenza di altri fattori di rischio e di protezione. Tra le conseguenze a lungo termine del maltrattamento si ricordano: diabete, asma, obesità nell'adolescenza e ipertensione in età adulta¹⁹; danni al sistema immunitario e maggiore incidenza di comportamenti dannosi per la propria salute adottati dai bambini/e abusati una volta divenuti adulti (fumo, abuso di droghe, ecc.)²⁰; conseguenze negative sullo sviluppo cerebrale con possibili problemi per le abilità cognitive, linguistiche e accademiche delle vittime di abusi, nonché sulla probabilità di sviluppare malattie mentali come depressione, ansia, disturbi dell'alimentazione²¹; tentativi di suicidio, automutilazione²², attività sessuale frequente e indiscriminata, sovralimentazione compulsiva e cronica²³. Un effetto ulteriore dell'essere vittima di maltrattamento, più difficile da quantificare proprio per il potenziale ruolo svolto

da fattori protettivi e dal contesto sociale, è la possibilità per bambini/e vittime di violenza di perpetuare il ciclo del maltrattamento una volta adulti, soprattutto se non vengono attivate iniziative a livello della comunità per prevenire il maltrattamento e la trasmissione intergenerazionale della violenza. Tuttavia, è doveroso ricordare che gli individui che sono stati vittime di maltrattamento non sono a loro volta necessariamente violenti nei confronti dei propri figli. Un modo per valutare l'impatto del maltrattamento non solo sulla salute e sviluppo di bambini/e, ma su tutta la società, è ragionare sul costo sociale del maltrattamento, sia in termini di costi diretti che indiretti. Negli USA, ad esempio, il costo sostenuto dalla popolazione per tutti casi di maltrattamento confermati per l'anno 2015 è quantificabile in 428 miliardi di dollari²⁴. In Italia i dati di CISMAI, Università Bocconi e Terre des Hommes hanno quantificato il costo dei maltrattamenti sui bambini/e in circa 13.056 miliardi di euro annui, che equivalgono allo 0,84% del PIL. Lo studio ha inoltre evidenziato che mancati investimenti per la prevenzione del maltrattamento producono elevati costi sociali e sanitari per lo Stato nel breve e medio periodo²⁵.

1.4 I BENEFICI DELLA PREVENZIONE: DIMINUIRE I FATTORI DI RISCHIO E AUMENTARE I FATTORI PROTETTIVI

1. Classificazione fattori di rischio: l'approccio ecologico



Il maltrattamento all'infanzia rappresenta un problema sociale che va contrastato in tutte le sue manifestazioni. Per risolverlo in modo strutturale e sistemico occorre però, oltre a curare le vittime e a perseguire i maltrattanti, anche attivare un'efficace azione preventiva che impedisca a priori il manifestarsi dei casi, interrompendone la trasmissione intergenerazionale. Si tratta dunque di prevenire il maltrattamento da un lato intervenendo sul contenimento e la riduzione dei fattori di rischio, dall'altro rafforzando i fattori protettivi.

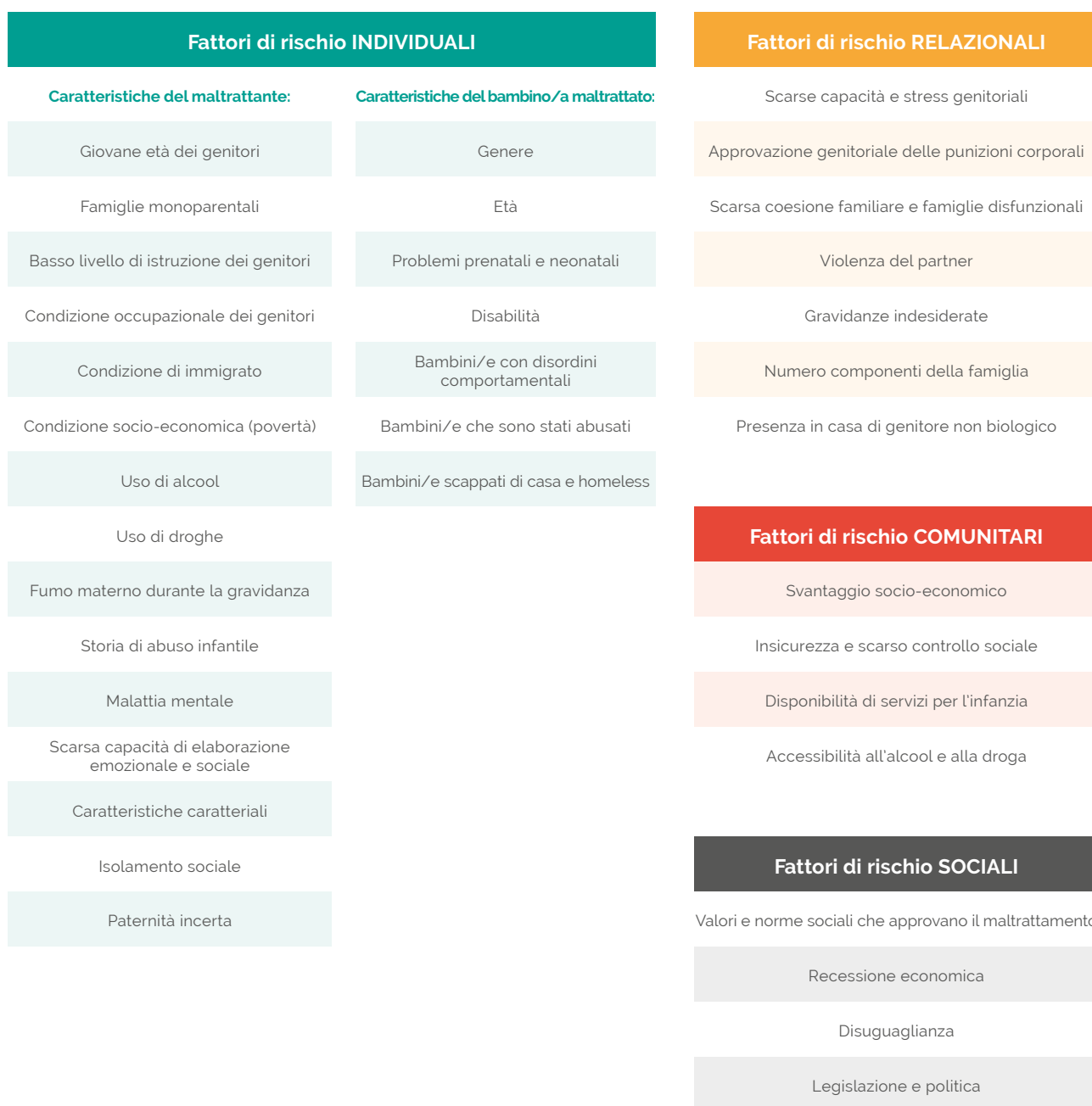
La comunità scientifica ha definito e individuato nel corso degli anni numerosi fattori di rischio che aumentano le probabilità per i bambini/e di subire maltrattamenti di varia intensità e gravità, soprattutto legati alle caratteristiche biologiche, culturali, economiche, ambientali e sociali dei maltrattanti. Si tratta quasi sempre di criticità che vedono la concorrenza di più fattori di rischio simultaneamente: problemi che riguardano soprattutto i genitori, le loro storie personali e relazionali, la loro condizione mentale, ma anche economica o sociale, così come problematiche comportamentali o disabilità dei bambini/e stessi. Gli studi sulla materia hanno indivi-

duato tra i fattori di rischio che aumentano le probabilità per i bambini/e di subire maltrattamento, ad esempio, la giovane età dei genitori, le loro dipendenze da alcol e/o droghe, i problemi mentali quali la depressione, le famiglie monogenitoriali, la disoccupazione e la mancanza di risorse economiche.

Recentemente è stata posta un'attenzione maggiore al contesto sociale e comunitario nel quale vivono i bambini/e con le loro famiglie, poiché, a seconda delle sue caratteristiche, può rappresentare un fattore di rischio:

nelle comunità deprivate o con uno scarso capitale sociale o culturale l'incidenza di bambini/e maltrattati è spesso più elevata. Il riferimento teorico dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia per la definizione dei fattori di rischio è quindi lo European Report on Preventing Child Maltreatment, (2013), dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che adotta l'"approccio ecologico" e classifica i fattori di rischio in quattro categorie: fattori di rischio individuali, relazionali, comunitari e sociali.

2. Classificazione dei fattori di rischio: dettaglio.



A fronte dei fattori di rischio che aumentano la probabilità dei bambini/e di subire il maltrattamento, i fattori protettivi agiscono quali forti agenti preventivi proattivi, in grado cioè di ridurre la probabilità di insorgenza dei fattori di rischio e di prevenire in modo strutturale il maltrattamento sui bambini/e. La letteratura scientifica a oggi si è meno concentrata sullo studio dei fattori protettivi soprattutto a causa della difficoltà di riuscire a misurarne efficacemente la ricaduta sul fenomeno del maltrattamento, piuttosto che su una generica condizione di benessere dei bambini/e, delle loro famiglie e della società nella quale vivono. Alcuni fattori protettivi, comunque, per quanto non ancora adeguatamente misurati nel loro impatto, sono stati individuati con chiarezza. Ad esempio negli USA il Dipartimento per la Salute e i Servizi Sociali ha identificato sei categorie di fattori protettivi: 1) Cura e

attaccamento; 2) Consapevolezza genitoriale dei bisogni dei bambini/e nelle fasi dello sviluppo; 3) Resilienza genitoriale; 4) Connessioni sociali; 5) Aiuto concreto ai genitori; 6) Capacità sociali e emozionali del bambino/a. Uno studio che ha coinvolto madri in una situazione di povertà ha rilevato che la percezione di avere un supporto sociale e avere un lavoro a tempo pieno o parziale sono stati associati a minori tassi di trascuratezza²⁶; una ricerca condotta su bambini/e abusati sessualmente ha invece rilevato che la mancanza di fattori protettivi espone i bambini/e a un rischio maggiore di poli-vittimizzazione²⁷. In generale, vi è una larga condivisione da parte della comunità scientifica sulla resilienza, sia nei bambini/e che nei genitori, come fattore protettivo particolarmente efficace e importante, soprattutto per affrontare le conseguenze psicologiche della pandemia²⁸.

¹ WHO, Child Maltreatment, <https://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/#:~:text=Four%20types%20of%20child%20mal-treatment,mental%20abuse%2C%20and%20neglect>

² Ibidem.

³ WHO (2020).

⁴ Ibidem.

⁵ WHO - Europe (2018), p. 2.

⁶ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes Italia (2021).

⁷ Incuria e/o trascuratezza: comportamenti omissivi di cura nei confronti del bambino, sul piano fisico, cognitivo o affettivo; discuria: al bambino vengono fornite cure in modo inadeguato rispetto al suo stadio di sviluppo; ipercura: le cure sono eccessive e inadeguate rispetto all'età ed ai bisogni. (Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes Italia (2021), p. 3.

⁸ Lewit, R. A., Kotagal, M., Duron, V. P., Falcone, R. A., Fortenberry, L. C., Greene, H. M., Leonard, J. C., Makoroff, K., Midura, D., Moody, S., Ramaiah, V., Gosain, A., & Slidell, M. B. (2022).

⁹ Centro regionale di informazione delle Nazioni Unite, Obiettivo 16: Pace, giustizia e istituzioni forti. <https://unric.org/it/obiettivo-16-pace-giustizia-e-istituzioni-forti/>

¹⁰ Theodorou, C. M., Brown, E. G., Jackson, J. E., & Beres, A. L., (2022).

¹¹ Vedi Katz, C., (2021) e UN Women (24 novembre 2021), COVID-19 and violence against women: What the data tells us, <https://www.unwomen.org/en/news-stories/feature-story/2021/11/COVID-19-and-violence-against-women-what-the-data-tells-us>

¹² Eurobarometer (2022).

¹³ The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, End Violence Against Children, UNICEF, WHO, (2020).

¹⁴ Tso, W., Chan, K., Lee, T., Rao, N., Lee, S., Jiang, F. et al. (2022).

¹⁵ Vermeulen, S., Alink, L. R. A., van Berkel, & S. R., (2022).

¹⁶ Terre des Hommes (2021), p. 18.

¹⁷ Know Violence in Childhood, Evidence Highlights, <http://www.knowviolenceinchildhood.org/publication/evidence-highlights>

¹⁸ Trainor, G. (2021).

¹⁹ Anda, R. F., Dong, M., Brown, D. W., Felitti, V. J., Giles, W. H., Perry, G. S., Valerie, E. J., & Dube, S. R. (2009).

²⁰ Shin, S.H., Chung, Y., & Rosenberg, R.D. (2016).

²¹ Norman, R. E., Byambaa, M. De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012).

²² Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010).

²³ Bianchi, D., & Moretti, E. (2006).

²⁴ Peterson C., Florence C., & Klevens J. (2018)

²⁵ Cismai, Università L. Bocconi, & Terre des Hommes (2013).

²⁶ Sattler, K.M.P. (2022).

²⁷ Racine, N., Zhu, J., Hartwick, C., & Madigan, S. (2022).

²⁸ Per un approfondimento sulla resilienza come fattore protettivo per il maltrattamento all'infanzia si veda l'edizione 2020 dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia (CESVI, 2020).



L'INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA

2.1 LA METODOLOGIA

L'Indice sulla prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia è il risultato dell'aggregazione di indicatori statistici regionali in grado di restituire una lettura dei territori rispetto ai **loro punti di forza e di debolezza** nel proteggere i bambini/e. Si tratta quindi di un Indice di contesto che non rileva il numero di bambini/e maltrattati, ma valuta e confronta le regioni nella loro capacità di fronteggiare questo problema sociale¹.

La capacità di prevenzione e contrasto al maltrattamento all'infanzia nei territori si misura quindi rispetto ai **fattori di rischio** di maltrattamento sui bambini/e identificati grazie alla letteratura scientifica, nazionale e internazionale, e ai **servizi pubblici** deputati a contenere e contrastare il manifestarsi del maltrattamento in relazione a quegli stessi fattori di rischio.

L'Indice viene calcolato sulla base di **64 indicatori statistici**, rappresentativi sia dei fattori di rischio che dei servizi pubblici territoriali, resi confrontabili grazie a all'applicazione dell'algoritmo del QUARS² e poi aggregati in sub-indici per arrivare all'Indice di sintesi complessivo. Sia i sub-indici che l'Indice finale restituiscono una **classifica delle regioni**, decrescente rispetto alla maggiore efficacia nel fronteggiare il maltrattamento all'infanzia.

I 64 indicatori sono stati selezionati rispetto alla letteratura sui fattori di rischio e servizi (e politiche) aventi come target bambini/e vulnerabili al maltrattamento e adulti potenzialmente maltrattanti e successivamente classificati rispetto a **sei capacità** che rappresentano la struttura portante dell'Indice: capacità di cura di sé e degli altri, di vivere una vita sana, di vivere una vita sicura, di acquisire conoscenza e sapere, di lavorare, di accedere alle risorse e ai servizi.

3. Sviluppo dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia.



Il metodo di calcolo

Il metodo di calcolo dell'Indice è quello già efficacemente testato per un'indagine basata su indicatori regionali il QUARS della campagna "Sbilanciamoci" che rielabora anch'esso in ordine decrescente le regioni rispetto alla minore/maggiore incidenza degli indicatori analizzati in un determinato territorio. Ognuno dei 64 indicatori regionali è stato quindi standardizzato in modo tale da avere media zero (corrispondente alla media nazionale) e stesso ordine di grandezza. Una volta resi confrontabili i vari indicatori è stato calcolato, per ogni ambito, un macroindicatore come media semplice dei sottoindicatori. Successivamente si è proceduto alla media tra i valori confrontabili così standardizzati. La media semplice è stata calcolata prima tra le variabili che compongono ciascun macro-indicatore per arrivare poi al valore di sintesi finale, tra i macro-indicatori. Il risultato delle elaborazioni non permette quindi di dire quale regione operi bene e quale male in termini assoluti, ma solamente quale operi meglio e quale peggio in relazione alle altre regioni prese in considerazione e rispetto alla media nazionale. A tutti gli indicatori e le classi di indicatori è stato dato lo stesso peso: una condizione obbligatoria per evitare di dare arbitrariamente pesi diversi sulla base di decisioni soggettive, dal momento che l'analisi della letteratura non ha consentito di ponderare i vari indicatori rispetto al loro differente impatto sul maltrattamento.

La scelta delle sei capacità è avvenuta secondo l'adozione dell'Approccio delle capacità nella prospettiva allo Sviluppo Umano³, il più adatto a rappresentare le finalità della ricerca.

Per ognuna delle sei capacità vengono quindi elaborati i sub-indici con la classifica regionale relativi ai fattori di rischio e ai servizi. Le capacità di prendersi cura di sé e degli altri e di vivere una vita sana sono calcolati sia con riferimento a bambini/e vulnerabili al maltrattamento che agli adulti potenzialmente maltrattanti, mentre le altre capacità si riferiscono solo a quest'ultimo target.

Vengono infine presentati i risultati dell'aggregazione complessiva relativa ai fattori di rischio e ai servizi, nonché **l'Indice finale di sintesi di tutte le capacità**.

La **matrice territoriale** consente invece di aggregare le regioni in quattro cluster rappresentativi della loro maggiore o minore dinamicità rispetto ai fattori di rischio e servizi: regioni a elevata criticità, reattive, virtuose e stabili.

I fattori di rischio

Per elaborare l'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia sono identificati gli indicatori statistici corrispondenti ai fattori di rischio indicati nello *European Report on Preventing Child Maltreatment*⁴ e poi successivamente classificati per capacità. Occorre ricordare che diversi fattori di rischio non sono a oggi statisticamente rappresentabili, soprattutto quelli relativi alle caratteristiche individuali e relazionali, e che i 42 indicatori statistici disponibili e utilizzati non consentono approfondimenti né rispetto alle fasce di età né alla condizione genitoriale. Per tale motivo l'Indice rappresenta un **dato di contesto generale che comprende al suo interno anche adulti e famiglie vulnerabili al maltrattamento**.

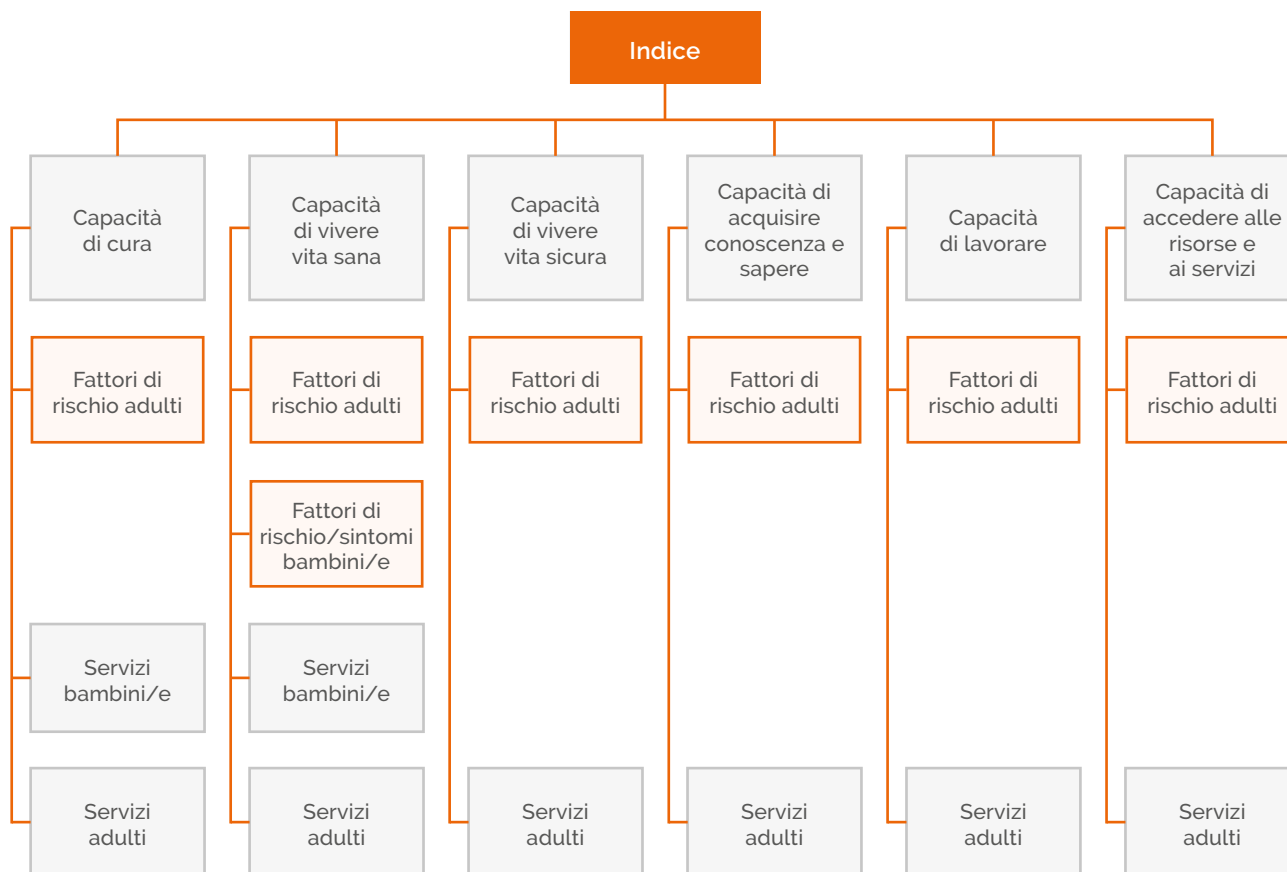
I servizi

I servizi e le politiche territoriali per la prevenzione e la cura del maltrattamento ai bambini/e in famiglia sono analizzati e indicizzati secondo una **corrispondenza sia con le capacità che con i possibili fattori di rischio** individuati per gli adulti e i minori. Anche in questo caso, la mancanza di indicatori specifici rispetto alle fasce di età, ai destinatari e ai target di famiglie potenzialmente più vulnerabili al maltrattamento restituisce solo un dato di contesto generale utile a mettere in evidenza come le **diverse culture politiche e amministrative dei territori** si riflettano nelle aree di intervento che includono anche la prevenzione e il contrasto del maltrattamento all'infanzia.

Il 59% degli indicatori (13 su un totale di 22) si riferisce quindi all'attività dei **servizi sociali dei Comuni**, amministrazioni maggiormente responsabili delle iniziative di prevenzione e cura del maltrattamento, che rappresentano il punto terminale di un flusso di risorse interne all'amministrazione pubblica provenienti dallo Stato e dalle Regioni. Anche in questa quinta edizione, quindi, i 13 indicatori relativi ai servizi sociali dei Comuni provengono dall'indagine Istat sugli *Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*⁵ che quest'anno sono rimasti aggiornati come la precedente edizione al 2018 per indisponibilità di dati più recenti alla data di elaborazione del presente rapporto.

2.2 L'INDICE REGIONALE DEI FATTORI DI RISCHIO E DEI SERVIZI PER CAPACITÀ

4. Indice regionale totale per capacità: schema di analisi.



L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia di quest'anno restituisce solo in parte l'impatto della pandemia. Ad aprile 2022 è stato possibile aggiornare al 2020 solo il 35,9% degli indicatori (23/64), mentre i restanti si riferiscono agli anni precedenti: per il 21,9% al 2019 (14/64), per il 29,7% al 2018 (19/64) e per il 12,5% (8/64) al biennio 2013-2014. I 23 indicatori riferiti al 2020 riguardano inoltre soprattutto i fattori di rischio (17 indicatori) e solo 6 i servizi.

Si confermano quindi anche quest'anno le **carenze del sistema informativo nazionale** nel delineare le variabili maggiormente riconducibili al maltrattamento all'infanzia, con un peggioramento rispetto alla scorsa edizione, quando è stato possibile aggiornare il 48,9% dei dati all'ultimo anno contro il 35,9% di quest'anno. Certamente le difficoltà organizzative di svolgere rilevazioni statistiche durante la pandemia hanno avuto un loro impatto, ciò non toglie che gli strumenti di monitoraggio sono tanto più necessari quanto più si aggravano i

fenomeni da osservare: misurare in modo puntuale e tempestivo sia i fattori di rischio di maltrattamento sia i servizi disponibili nel territorio è infatti un presupposto fondamentale per poter predisporre interventi adeguati e rispondenti ai mutati bisogni.

L'interpretazione dei risultati dell'Indice di quest'anno, quindi, restituisce un quadro strutturale di fondo dei fattori di rischio e dei servizi, come delineato dai dati degli anni precedenti, al quale si aggiungono i primi segnali di impatto della pandemia mostrati dagli indicatori del 2020.

Questi ultimi rappresentano la base conoscitiva di partenza sulla quale si è appoggiata l'indagine qualitativa dell'Indice, interamente dedicata invece all'impatto della pandemia sul maltrattamento all'infanzia, sia nell'analisi della letteratura scientifica sia nelle interviste a testimoni privilegiati riportata nel capitolo 3.

La lettura comparata delle sei capacità che compongono l'Indice sottolinea invece anche quest'anno la

stretta interconnessione del maltrattamento all'infanzia con il contesto circostante e quanto questo risenta della situazione generale della società e dell'economia.

In generale, la pandemia ha avuto un impatto importante sul benessere in termini di salute, occupazione e ricchezza: 161.032 morti al 12 aprile 2022 (Dipartimento della Protezione Civile, 2022), un calo del PIL importante (-18,2% nel secondo trimestre del 2020 rispetto al 2015, Istat, 2022), 567.000 posti di lavoro persi tra il 2019 e il 2021, circa il 2,5% del totale, metà dei quali riferibili a donne (Fondazione Studi Consulenti del Lavoro, 2022), oltre a un aumento della povertà.

La ripresa economica che ha iniziato a emergere in Italia verso la fine del 2021, apparentemente a un ritmo più veloce rispetto al resto d'Europa (+6,4% PIL nel 4° trimestre 2021, Istat, 2022) è stata in parte dovuta all'effetto rimbalzo della flessione economica record

vista in precedenza. Nei primi mesi del 2022, la velocità della ripresa sembra però essere rallentata, a causa dell'aumento globale dei costi energetici, dell'aumento dell'inflazione e, a partire dal 24 febbraio 2022, dell'invasione russa dell'Ucraina.

In questo scenario generale le dinamiche del maltrattamento all'infanzia, che pure attraversano in misura importante la nostra società, rischiano di rimanere sullo sfondo come problemi al momento meno legati all'emergenza sociale e economica. Eppure i segnali della forte sofferenza psicologica delle famiglie e dei giovani, che diventa anche sofferenza sociale come emerso già nella precedente edizione dell'Indice e come rilevato anche quest'anno sono chiari, inequivocabili e devono spingere all'adozione di programmi di medio-lungo termine con investimenti adeguati alla sfida che si sta già prospettando.



2.2.1 CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

La capacità di cura negli adulti

Alla base della vita relazionale e sociale delle persone c'è la capacità di cura, che comprende l'insieme dei comportamenti umani dediti al mantenimento e allo sviluppo del benessere, di sé o degli altri, dei propri figli, compagni, parenti, amici. La cura da parte dei caregiver è una tutela importante per prevenire qualsiasi forma di maltrattamento.

Tra le caratteristiche che costituiscono un fattore di rischio per il maltrattamento in letteratura è stata individuata **la giovane età dei genitori**; le persone più giovani potrebbero infatti non aver ancora sviluppato gli strumenti adeguati a gestire emozioni come la rabbia e ostilità che possono costituire un fattore di rischio in relazione ai diversi tipi di maltrattamento⁶. Inoltre, i bambini/e frutto **di gravidanze non pianificate** sono a maggior rischio di maltrattamento: avere un figlio o una figlia non voluto può in alcuni casi comportare un maggiore rischio di maltrattamento psicologico e trascuratezza nei confronti dei figli da parte delle madri, e un maggior rischio di aggressione fisica da parte dei padri⁷. Nell'ambito della sfera emotiva, lo stress vissuto dai genitori è certamente un fattore di rischio di maltrattamento ai bambini/e, soprattutto se generato da disoccupazione, status di migrante, relazioni familiari disfunzionali, ecc⁸.

Per quanto riguarda invece le caratteristiche delle famiglie, una minore coesione familiare, come nel caso di divorzio e di mancanza di supporto paterno, può influire sulle capacità genitoriali e sul maltrattamento di bambini/e che vivono con **madri single**⁹. Infine, rappresentano possibili fattori di rischio anche l'elevato **numero di componenti della famiglia** e la convivenza dei minori con persone adulte diversi da genitori¹⁰.

La capacità di ricevere cura nei bambini/e

I bambini/e sono coloro che ricevono le cure, quindi in questo caso non si tratta di valutare i fattori di rischio, quanto la manifestazione di sintomi attraverso i quali è possibile rilevare il maltrattamento subito. In questa prospettiva, i servizi territoriali per l'infanzia sono fondamentali, non solo per "prendersi cura" delle situazioni di maltrattamento in corso, ma anche per svolgere un'azione di prevenzione, diretta per i gruppi familiari a rischio, o più indiretta, attraverso una radicata e capillare rete di servizi di tutela all'infanzia e di sostegno alla genitorialità e all'infanzia. Come rilevato da uno studio americano, c'è una relazione diretta tra l'aumento di posti negli asili nido e la riduzione del rischio di maltrattamento ai bambini/e¹¹.

Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ¹

Seguendo la classificazione dei fattori di rischio riguardanti la capacità di cura degli adulti e famiglie potenzialmente maltrattanti sono stati selezionati otto indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi: fecondità giovanile (per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni), età media del padre, famiglie monogenitoriali, persone soddisfatte della propria vita, persone soddisfatte delle relazioni familiari, donne che usano metodi contraccettivi moderni, numero di separazioni e famiglie numerose con più di cinque componenti.

In questa edizione dell'Indice è stato possibile aggiornare sette indicatori su otto, di questi cinque aggiornati al 2020, due al 2019 e uno ancora fermo al 2013 (la percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni).

L'evoluzione temporale della capacità di cura è sempre molto lenta e si riesce a cogliere attraverso le statistiche con scostamenti molto gradualmente, dal momento che presuppone cambiamenti di abitudini e di comportamenti che spesso maturano nel medio-lungo termine. Per tale motivo alcuni indicatori, nonostante lo shock della crisi pandemica, sono rimasti inalterati o hanno manifestato variazioni minime, come ad esempio il dato relativo all'età media del padre, lievemente diminuita dal 35,63 del 2019 al 35,49 del 2020, l'incidenza delle famiglie monogenitoriali (passate dal 10,2% al 10,7% del 2020), delle famiglie numerose (rimaste inalterate al 3,5% anche nel 2020) e delle separazioni (dal 16,4% del 2018 al 16,3% del 2019). Se è in aumento il numero delle persone soddisfatte per la propria vita, dal 43,2% al 44,3% tra il 2019 e il 2020, è per contro in diminuzione il numero delle persone soddisfatte delle proprie relazioni familiari, dal 33,4% al 32,9%, mostrando un primo segnale delle difficoltà relazionali patite durante la pandemia. Prosegue invece il progresso costante e rilevato da anni del quoziente specifico di fecondità per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni, ancora sceso dal 20,5/1.000 del 2018 a 18,3/1.000 del 2019.

L'andamento generale di questi indicatori rispetto alla dimensione territoriale conferma per il quarto anno consecutivo il Trentino-Alto Adige come la regione con i fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia più bassi per la capacità di cura. A seguire, il Veneto, la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia e la Liguria. Le regioni con maggiore criticità, misurata rispetto alla media nazionale, risultano essere la Puglia, la Sicilia e la Campania.

Rispetto ai risultati della precedente edizione dell'Indi-

ce, le regioni con le variazioni più significative sono la Toscana, l'Umbria e il Molise.

La Toscana ha guadagnato 3 posizioni grazie ai significativi progressi registrati nel quoziente specifico di fecondità per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni, l'Umbria ha invece perso 3 posizioni a causa del peggioramento dei due indicatori di soddisfazione, per la propria vita e per la propria famiglia. Il Molise è sceso anch'esso, di 4 posizioni, a causa dell'aumento dell'indicatore sulle gravidanze precoci e di quello sulle separazioni.

5. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti. Capacità di cura di sé e degli altri.

Trentino-Alto Adige	0,918	
Veneto	0,591	
Lombardia	0,561	
Friuli-Venezia Giulia	0,530	
Liguria	0,489	
Emilia-Romagna	0,390	
Valle d'Aosta	0,307	
Basilicata	0,292	
Toscana	0,255	
Piemonte	0,154	
Umbria	0,148	
Marche	0,039	
Molise	-0,020	
Sardegna	-0,027	
Lazio	-0,198	
Calabria	-0,268	
Abruzzo	-0,313	
Puglia	-0,895	
Sicilia	-1,277	
Campania	-1,675	

Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati II

I fattori di rischio relativi alla capacità di cura di sé e degli altri, trovano nei servizi territoriali a vocazione sociale un potente fattore protettivo e di resilienza. Gli indicatori relativi a questi tipi di servizi disponibili riguardano: il numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, il numero di consulenti materno-infantili, il numero di utenti dei servizi a sostegno della genitorialità, dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza residenziale, oltre ai servizi sociali professionali per l'area famiglia e minori.

Di questi sei indicatori è stato possibile aggiornarne solo due, quello relativo al numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi (al 2018, 10,5/100.000 ab., migliorato rispetto al 10,3 del 2017) e quello relativo ai consulenti materno-infantili (aggiornato al 2019). Nessuno dei sei indicatori disponibili restituisce quindi una lettura dei servizi di cura per adulti nel 2020, primo anno della pandemia.

L'analisi per territori conferma l'Emilia-Romagna quale regione con la maggiore dotazione di servizi per la cura di famiglie e minori, seguita dalla Valle d'Aosta, la Sardegna, il Veneto, la Basilicata. Le regioni con indicatori più critici sono invece le Marche, la Campania e la Calabria.

Rispetto alla rilevazione precedente dell'Indice, considerata la non disponibilità di aggiornamenti, si osservano solo due variazioni significative relativamente alla Basilicata (salita di 4 posizioni) e alla Liguria (scesa di 4 posizioni), in entrambi i casi a causa delle variazioni riscontrate tra il 2017 e il 2018 nel numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

6. Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti. Capacità di cura.

Emilia-Romagna	1,771	
Valle d'Aosta	0,529	
Sardegna	0,514	
Veneto	0,394	
Basilicata	0,176	
Piemonte	0,154	
Umbria	0,131	
Lombardia	0,067	
Liguria	0,033	
Trentino-Alto Adige		-0,006
Puglia		-0,053
Toscana		-0,072
Lazio		-0,223
Abruzzo		-0,232
Sicilia		-0,274
Friuli-Venezia Giulia		-0,371
Molise		-0,419
Marche		-0,506
Campania		-0,765
Calabria		-0,848

Servizi per bambini/e: i risultati ^{III}

I servizi di cura relativi ai minori che agiscono da fattori protettivi e adattivi rispetto alla prevenzione e maltrattamento sui bambini/e sono rappresentati attraverso 5 indicatori: il numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia (ogni 100 bambini/e tra 0 e 2 anni), la percentuale di bambini/e tra i 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia per regione, il numero di utenti di servizi per l'infanzia per affidi e adozione ogni 100.000 minori, il numero di minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ogni 100.000 minori, il numero di utenti dei servizi di sostegno socio educativo ogni 100.000 minori.

Dei cinque indicatori è stato possibile aggiornarne solo due rispetto alla precedente edizione dell'Indice, quello dei servizi socio-educativi della prima infanzia 0-2 anni (passato dal 25,5% al 26,9% tra il 2018 e il 2019) e quello dei minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ogni 100.000 minori, cresciuto da 207,6 a 211,6 tra il 2017 e il 2018. Nessuno dei cinque indicatori al momento della pubblicazione consente quindi una lettura al 2020, primo anno della pandemia.

La proiezione territoriale vede tra le regioni con maggiore disponibilità di servizi la Liguria, confermata alla prima posizione come negli anni precedenti, seguita dall'Emilia-Romagna, il Piemonte, l'Umbria e la Valle d'Aosta, tra le regioni con maggiori criticità invece la Calabria, la Campania e il Lazio.

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice regionale, non si registrano sostanziali variazioni di posizione delle regioni.

7. Indice regionale servizi per bambini/e. Capacità di ricevere cura.

Liguria	0,972	
Emilia-Romagna	0,837	
Piemonte	0,674	
Umbria	0,481	
Valle d'Aosta	0,425	
Sardegna	0,232	
Toscana	0,223	
Veneto	0,221	
Molise	0,127	
Basilicata	0,051	
Friuli-Venezia Giulia	0,005	
Marche	-0,126	
Trentino-Alto Adige	-0,150	
Sicilia	-0,172	
Puglia	-0,326	
Abruzzo	-0,389	
Lombardia	-0,411	
Calabria	-0,624	
Campania	-0,766	
Lazio	-0,827	



La capacità di vivere una vita sana negli adulti

Nell'ambito del maltrattamento ai bambini/e, la capacità di vivere una vita sana si riferisce al fatto che la cattiva salute dei genitori, in determinate circostanze, potrebbe rendere la genitorialità problematica e quindi aumentare il rischio di maltrattamento di bambini/e. **I genitori in cattiva salute** infatti potrebbero avere problemi di regolazione emotiva, potrebbero non poter adempiere al proprio ruolo di genitori per limitazioni legate alla salute e avere un peggior rapporto con i figli/e; questi fattori possono portare, in alcuni casi, a una maggiore frequenza di abusi fisici, punizioni corporali e aggressioni psicologiche contro i bambini/e e un aumento della negligenza¹². Anche **l'uso di droga da parte dei genitori** rappresenta un rischio – medio/basso – per il maltrattamento infantile. Secondo alcuni studi, le ragioni che possono portare all'uso di droghe costituiscono un aumento del rischio di abuso fisico e sessuale dei bambini/e rispetto ai genitori che non ne fanno uso¹³. Dato l'aumento dell'**abuso di oppiacei**, vi sono diversi studi condotti negli USA che valutano la possibilità che vi sia un maggiore rischio di maltrattamento infantile per i figli/e di chi abusa di oppiacei¹⁴.

L'**abuso di alcol** da parte dei genitori costituisce un maggior rischio per bambini/e di vivere esperienze avverse durante l'infanzia, con potenziali conseguenze a lungo termine¹⁵, e uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce una relazione significativa tra abuso di alcol e maltrattamento sui minori¹⁶; non solo, figli/e di persone che abusano di alcol hanno a loro volta maggiori probabilità di abusare di alcol in futuro, con il rischio associato di maltrattare a loro volta i propri figli/e.

I **problemi di salute mentale** dei genitori sono considerati un fattore di rischio significativo per il maltrattamento infantile; in particolare, la negligenza è stata associata a tutti i tipi di diagnosi di salute mentale sia per le madri che per i padri, ma gli abusi, e principalmente gli abusi fisici, sono stati associati

unicamente alle diagnosi di salute mentale della madre¹⁷. **La depressione materna** rappresenta un fattore di rischio per il maltrattamento, anche perché sono tradizionalmente le madri le più coinvolte nella cura quotidiana di figli/e. La depressione può rendere le madri meno capaci di svolgere le attività di cura quotidiane e può renderle meno reattive e empatiche nei confronti dei propri figli/e¹⁸. Anche i **disturbi borderline della personalità** sono un fattore di rischio per il maltrattamento e la trascuratezza di bambini/e¹⁹.

Molta attenzione è stata posta sulla **trasmissione intergenerazionale** del maltrattamento: il rapporto *European Report on Preventing Child Maltreatment* sostiene che una precedente vittimizzazione dei genitori comporti un rischio da basso a medio di maltrattare i propri figli/e; uno studio recente che ha riguardato la segnalazione delle madri ai servizi sociali ha rilevato che il 36,7% delle madri era stata segnalata ai servizi sociali durante la propria infanzia e tra il 41,3%–74,7% dei loro figli/e/ è stato segnalato/a a loro volta ai servizi sociali. La percentuale invece per i figli/e delle madri mai segnalate ai servizi sociali era del 16,9%²⁰.

La capacità di vivere una vita sana nei bambini/e

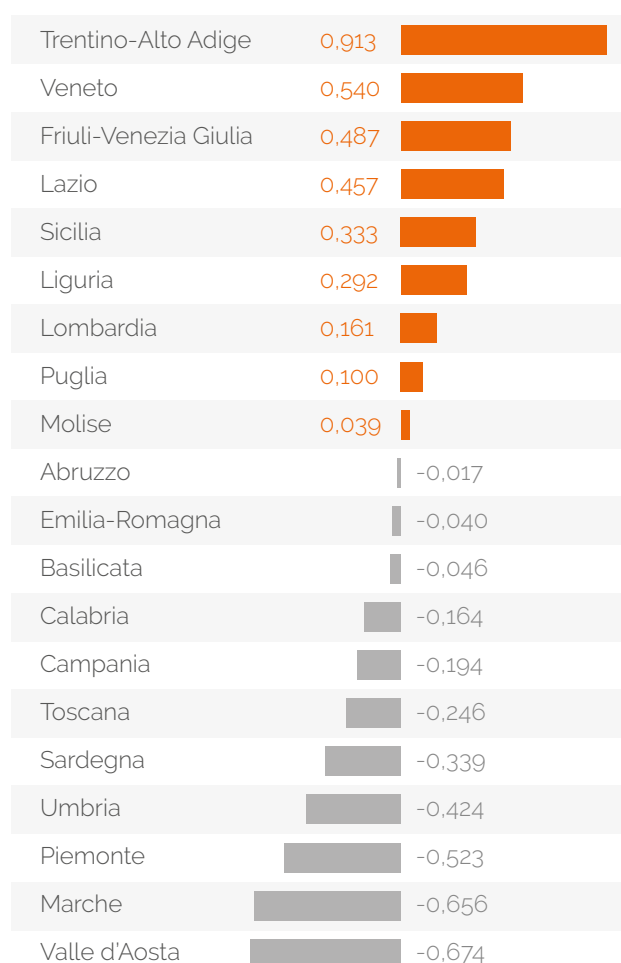
Questa capacità si riferisce a sintomi che singolarmente possono non avere connessioni con il maltrattamento ma che, presi nel loro complesso, rappresentano un quadro clinico che deve generare allerta. L'indagine *European Report on Preventing Child Maltreatment* riporta che sintomi quali ad esempio la depressione, l'ansia, i disturbi o disordini nell'alimentazione, i tentativi di suicidio, l'autoleisionismo, l'obesità, l'uso di droghe, le infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio in bambini/e e ragazzi/e possono essere fortemente associati a abusi fisici, emotivi, sessuali o di trascuratezza²¹.

Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ^{IV}

Gli indicatori utilizzati per rappresentare i fattori di rischio di questa capacità sono relativi alle dipendenze da alcol e da droghe nonché la condizione psicologica, di salute mentale e la depressione diagnosticata. Nell'edizione dell'Indice di quest'anno, due indicatori sono stati aggiornati al 2020 (Comportamento a rischio per consumo di alcool e Indice di salute mentale), mentre gli altri tre non sono stati aggiornati (Tasso di mortalità dipendenza da droghe, 2018, Depressione diagnosticata, 2013, Indice di stato psicologico, 2013). Nella rilevazione regionale, il Trentino-Alto Adige si conferma per il quinto anno consecutivo la regione con i più bassi fattori di rischio rispetto a questa capacità, compensando con gli altri indicatori un fattore di rischio specifico di questa regione quale il consumo di alcool per il quale è 19° in Italia. Seguono poi il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e il Lazio, tutte regioni avanzate di una posizione rispetto alla precedente edizione dell'Indice.

Tra le regioni con i peggioramenti più significativi rispetto alla precedente edizione si può notare la Lombardia (-5 posizioni) a causa soprattutto del peggioramento dell'indicatore relativo alla dipendenza da alcool, passato da 16,4% del 2019 al 18,3% del 2020), mentre la Campania ha perso tre posizioni a causa del peggioramento dell'indicatore sulla salute mentale.

8. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: Capacità di vivere una vita sana.



Sintomi di maltrattamento e vulnerabilità dei bambini/e: i risultati ▼

I fattori di rischio relativi alla capacità di vivere una vita sana dei bambini/e sono riconducibili a sintomi che la letteratura internazionale ha individuato come segnali importanti di possibile maltrattamento da parte degli adulti. Gli indicatori disponibili per descriverli sono: le gravidanze precoci, l'obesità infantile, il fumo, il consumo di alcol e di droghe in età giovanile.

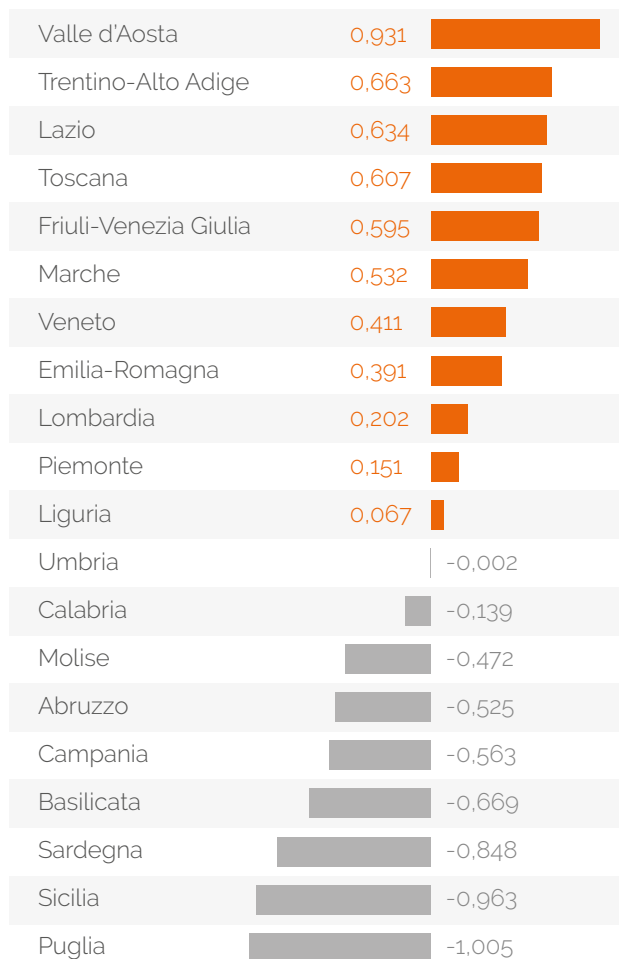
Di questi cinque è stato possibile aggiornarne solo due rispetto alla precedente edizione, quello sulle gravidanze precoci (al 2019) e quello sull'obesità infantile (al 2020).

Rispetto a questi due indicatori si osserva la continua diminuzione delle gravidanze precoci che si rileva ormai da qualche anno (il quoziente specifico di fecondità per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni è sceso dal 25,7/1.000 nel 2015 al 20,5/1.000 nel 2018 e al 18,3 nel 2019), mentre è peggiorata l'obesità infantile (la percentuale di bambini/e in eccesso di peso tra 6 e 17 anni è passata dal 24,74% nel 2019 al 25,1% nel 2020), che rappresenta una delle conseguenze dell'isolamento durante la pandemia.

Nella rilevazione territoriale la regione più virtuosa è la Valle d'Aosta, seguita dal Trentino-Alto Adige, il Lazio, la Toscana e il Friuli-Venezia Giulia. Tra i territori più critici invece, si osservano la Basilicata, la Sardegna, la Sicilia e la Puglia.

Tra le regioni con le variazioni più significative rispetto alla precedente edizione si osservano la Valle d'Aosta, migliorata di 6 posizioni grazie ai progressi in entrambi gli indicatori, e le Marche, invece peggiorate di quattro posizioni e la Calabria di 3. Per quest'ultima in particolare si registra un significativo aumento del tasso di obesità infantile, passato dal 24,11% del 2019 al 31,7% del 2020.

9. Indice regionale sintomi di vulnerabilità dei bambini/e al maltrattamento. Capacità di vivere una vita sana.



Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{VI}

Per rappresentare i servizi che curano e rinforzano la salute mentale l'indice regionale fa riferimento a sei indicatori relativi all'utenza di servizi per la cura di patologie psicologiche e mentali (disturbi affettivi o psichiatrici) e di stati di dipendenza relativamente al consumo di droghe e alcol erogate sia nell'ambito del sistema sanitario e ospedaliero che in quello sociale e territoriale.

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice, quattro indicatori sono stati aggiornati al 2020, uno al 2019 mentre uno non è stato aggiornato e è rimasto al 2018.

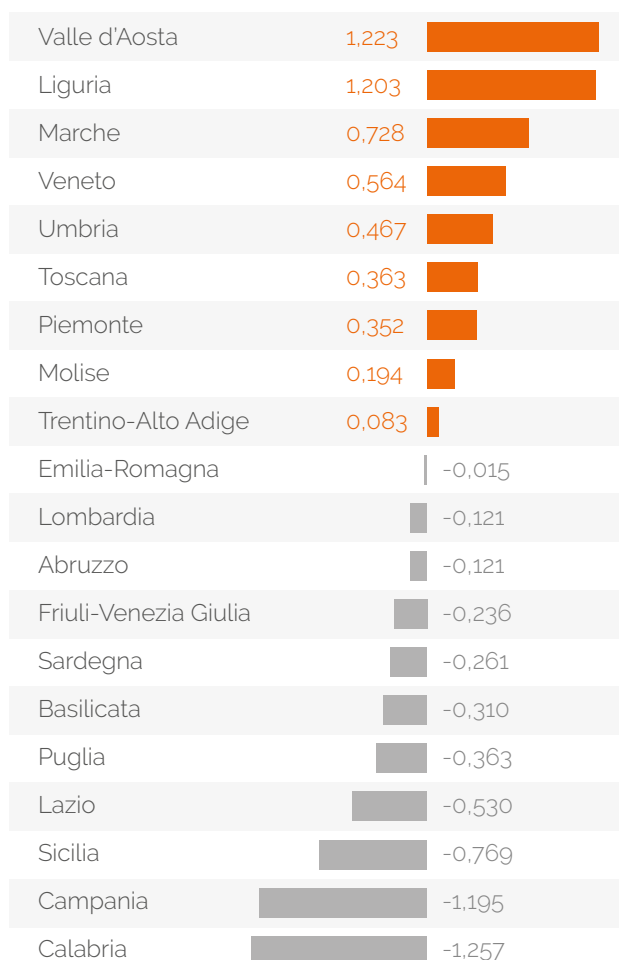
Data la disponibilità di dati aggiornati al 2020, si può rilevare per questi servizi l'impatto dell'epidemia che, come è noto, ha concentrato sulla cura del COVID-19 una parte considerevole delle risorse sanitarie, sottratte alla cura di altre patologie e al tempo stesso, ha indotto parecchi pazienti a rimandare le cure per timore del contagio. Queste dinamiche si osservano anche nell'andamento degli indicatori dei servizi deputati alla cura, che nel 2020 sono tutti in diminuzione. Nella fascia 25-44 anni, ogni 100.000 abitanti, infatti, tra il 2019 e il 2020: il tasso di dimissioni disturbi psichici da abuso di alcol è sceso da 2 a 1,48, il tasso di dimissioni da disturbi psichici per abuso di droghe è passato da 2,51 a 1,91, il tasso di dimissioni per disturbi psichici affettivi da 8,5 a 7,83. Il numero degli utenti SERD/10.000 è sceso anch'esso da 22,7 a 21,03.

Nella lettura territoriale la regione con la maggiore capacità di risposta dei servizi rispetto all'utenza potenziale è la Valle d'Aosta, seguita dalla Liguria, le Marche e il Veneto.

Le regioni con maggiore criticità sono il Lazio, la Sicilia, la Campania e la Calabria.

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice, tra le regioni con maggiori variazioni si possono osservare il Veneto e la Sardegna (che guadagnano 2 posizioni) e la Toscana e la Puglia (che perdono 2 posizioni).

10. Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti. Capacità di vivere una vita sana.



Servizi per bambini/e: i risultati ^{VII}

Rispetto alla capacità di vivere una vita sana riferita ai servizi diretti ai bambini e minori viene descritta attraverso tre indicatori di servizi: il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni (aggiornato al 2020), la presenza di pediatri nei territori per ogni 10.000 bambini/e al di sotto dei 15 anni (invariato rispetto al 2018) e la presenza dei consultori familiari nei territori, con riferimento all'utenza di gravidanze precoci di ragazze under 18 (aggiornato al 2019).

Il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni, essendo aggiornato al 2020, anno del lockdown, risente della riduzione generale dell'accesso ai servizi.

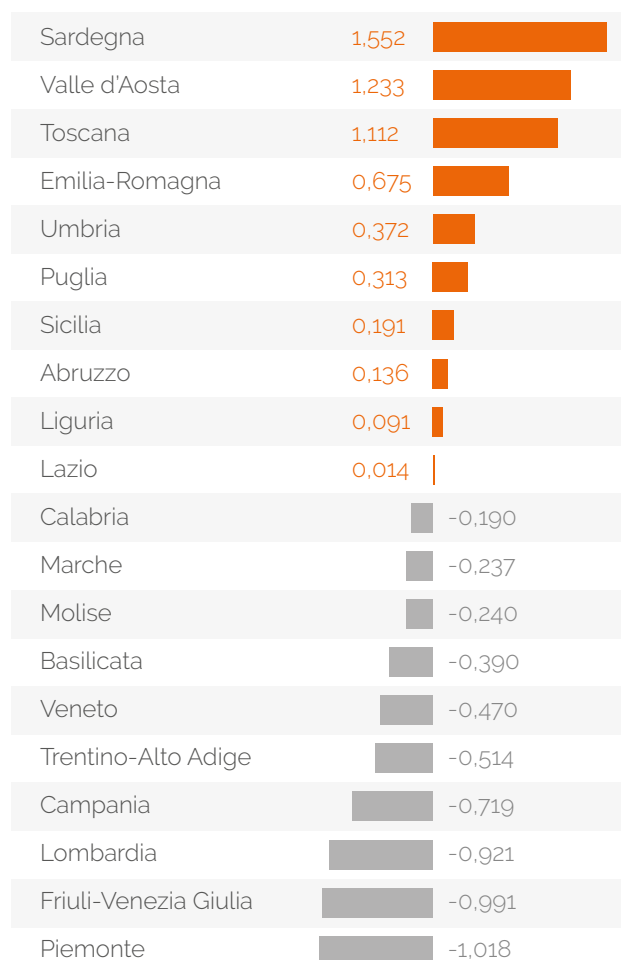
È comunque probabile che nei prossimi anni tale dato sia destinato a aumentare in modo significativo, alla luce del disagio psicologico giovanile che emerge chiaro dalle interviste ai testimoni privilegiati condotte sia per questa edizione dell'Indice (vedi capitolo 3.2) sia nelle precedenti edizioni del 2021 e del 2020.

Le prime ricerche condotte su questo tema e presentate al paragrafo 3.1.1 paiono confermare questa ipotesi. La disponibilità di consultori per 100.000 abitanti è in lieve aumento tra il 2018 e il 2019 (da 7,29 a 7,39). Ciò è dovuto soprattutto alla riduzione della popolazione target dei consultori, dal momento che il numero di strutture a disposizione continua a diminuire, da 2.286 a 2.277 nello stesso biennio.

La rilevazione territoriale mostra alla prima posizione la Valle d'Aosta, seguita dalla Toscana, la Sardegna e l'Emilia-Romagna, mentre alle ultime posizioni si trovano la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia e il Piemonte.

Tra le ultime due edizioni dell'Indice le variazioni più significative riguardano la Basilicata (che guadagna 4 posizioni) e la Liguria (che ne perde 4) a causa delle variazioni dell'indicatore sul tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni.

11. Indice regionale dei servizi per bambini/e: Capacità di vivere una vita sana.





2.2.3 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA

La capacità di vivere una vita sicura è intrinseca al concetto di prevenzione di maltrattamento dei bambini/e. Vi sono diversi tipi di sicurezza, da quella più privata relativa alla famiglia e alle relazioni parentali o amicali, a quella più allargata che include il contesto di riferimento nel quale si vive in termini di criminalità e più in generale di sicurezza ambientale. La **violenza domestica sulle donne** rappresenta la negazione della sicurezza in ambito familiare e è riconosciuta come un fattore di rischio importante per la prevenzione del maltrattamento sui bambini/e, dal momento che i due fenomeni sono strettamente legati. Secondo alcune ricerche, nei Paesi occidentalizzati il rischio di maltrattamento e trascuratezza nei confronti dei bambini/e aumenta nelle famiglie in cui ci sono anche episodi di violenza domestica sulle donne²⁵.

Relazioni familiari disfunzionali o isolamento sociale sono spesso alimentati da **un aumento dello stress genitoriale** e possono minare il senso di sicurezza dei bambini/e. Secondo uno studio condotto sui padri la **mancanza di supporto sociale** è l'unico fattore significativo predittivo di rischio di maltrattamento e trascuratezza di minori²⁶.

Infine, dal punto di vista sociale anche le **norme culturali** e la presenza o meno di **legislazione per la protezione dei minori** contribuiscono a creare un ambiente più o meno sicuro: scarsa propensione a parlare di sessualità in modo adeguato a bambini/e, matrimoni precoci, supporto in famiglia alle punizioni corporali possono da un lato aumentare il rischio di maltrattamento infantile e dall'altro rendere più difficile la prevenzione di determinati tipi di abusi.

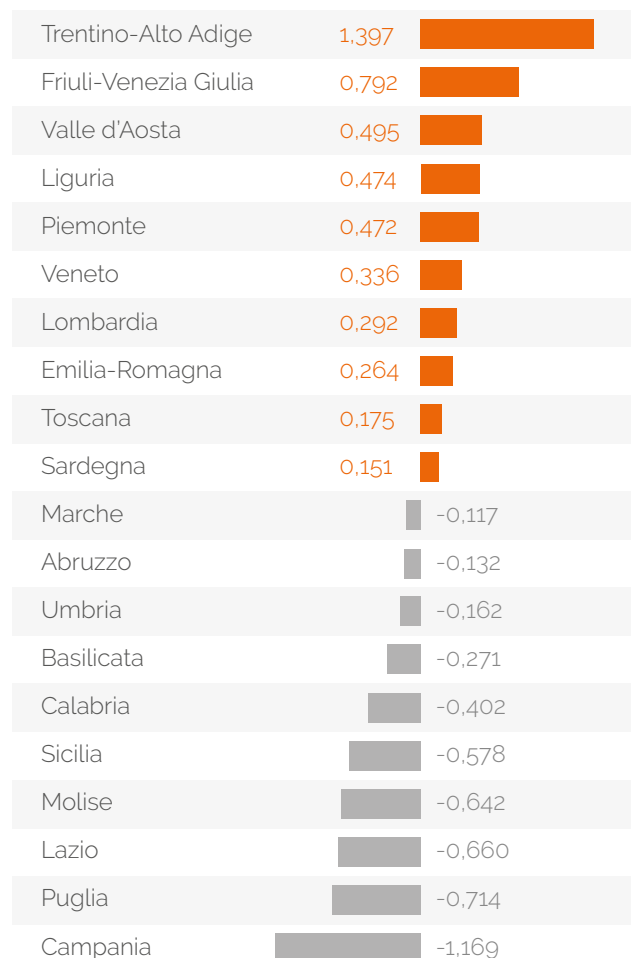
Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ^{VIII}

Rispetto ai fattori di rischio per la sicurezza identificati dalla letteratura internazionale, sono stati scelti sette gli indicatori (dei quali cinque aggiornati per la presente rilevazione²⁷) che riguardano la percentuale di donne tra i 16 e i 70 anni che hanno subito violenza negli ultimi cinque anni da parte di un partner o di un ex partner, la percentuale di violenze denunciate dalle donne tra i 16 e i 70 anni, la soddisfazione per le relazioni amicali, la fiducia interpersonale, il tasso di omicidi, la percezione del rischio di criminalità e la fiducia delle persone nelle forze dell'ordine.

Tra i cinque indicatori che è stato possibile aggiornare si osserva rispetto alla precedente edizione dell'Indice un peggioramento a livello nazionale degli indicatori che riguardano la soddisfazione delle relazioni amicali (22,4% delle persone soddisfatte nel 2020 rispetto al 23% del 2019), mentre è migliorata la percezione del rischio di criminalità (considerata alta per il 25,6% nel 2019 e scesa al 22,7% nel 2020), come d'altronde, dato l'isolamento sociale avvenuto nel 2020 a causa della pandemia, era lecito aspettarsi.

Nella rilevazione territoriale il Trentino-Alto Adige si conferma per la quinta edizione consecutiva dell'Indice la regione con il più basso livello di fattori di rischio relativi alla sicurezza, seguito dal Friuli-Venezia Giulia, la Valle d'Aosta, la Liguria e il Piemonte.

12. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti. Capacità di vivere una vita sicura.



Le regioni dalla situazione più critica rispetto a questa capacità sono invece il Lazio, la Puglia e la Campania. Tra i territori che registrano miglioramenti, la Valle d'Aosta avanza di 8 posizioni grazie ai progressi nella fiducia interpersonale, migliorata dal 67,8% del 2019 al 70,1% del 2020, nella diminuzione del tasso di omicidi (da 1,6/100.000 abitanti a 0,5) e nella riduzione del-

la percezione di rischio di criminalità (considerato alto per 11,9% nel 2019, sceso poi a 6,9% nel 2020).

Le regioni che arretrano di più sono la Sardegna, -5 posizioni e l'Umbria, -6 posizioni, soprattutto a causa del peggioramento degli indicatori sulle relazioni amicali e la fiducia interpersonale.

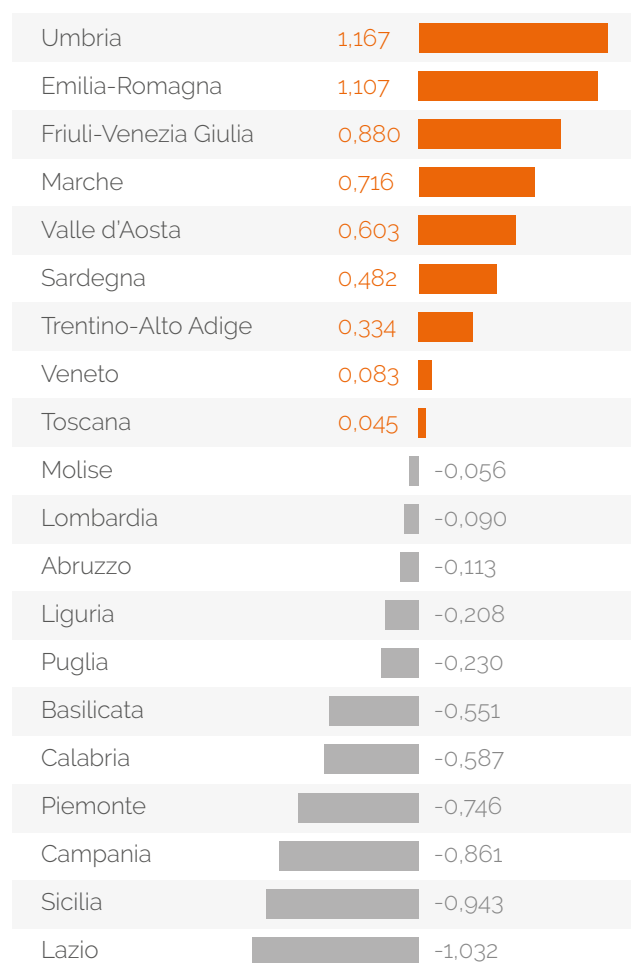
Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{IX}

La capacità di vivere una vita sicura viene rappresentata attraverso tre indicatori relativi ai servizi ogni 100.000 abitanti: gli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa (aggiornato quest'anno al 2018 e cresciuto da 5,4 a 5,5), i servizi sociali di integrazione sociale e i centri anti violenza e le case rifugio (rimasti aggiornati al 2018 come nella precedente edizione).

La regione più virtuosa, come nella precedente edizione, è l'Umbria, seguita dall'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia e le Marche. Tra le regioni con maggiore criticità si possono osservare la Campania, la Sicilia e il Lazio.

L'unico indicatore che è stato possibile aggiornare, quello degli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa, spiega le variazioni in aumento di 7 posizioni per il Trentino-Alto Adige e di 4 per la Basilicata, e le 7 posizioni perse dalla Liguria.

13. Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti. Capacità di vivere una vita sicura.





2.2.4 CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

Un basso livello di istruzione può determinare un elemento di difficoltà nel provvedere ai propri figli e nell'accedere alle risorse economiche necessarie per il benessere familiare; un elevato livello di istruzione delle madri è invece un fattore protettivo rispetto al rischio di maltrattare i minori²⁸.

Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ^x

I fattori di rischio legati al basso livello di istruzione dei genitori e, in particolare delle madri, definiscono il livello di capacità di acquisire conoscenza e sapere che può essere descritto in generale attraverso la percentuale di popolazione tra i 25 e i 64 anni con nessun titolo di studio o la licenza elementare e il tasso di istruzione terziaria delle donne nella fascia di età tra i 30 e i 34 anni, utilizzabile come riferimento per il livello di istruzione delle madri o potenziali madri.

Per quanto l'Italia mostri da anni una criticità importante rispetto agli altri Paesi europei nel livello di istruzione della popolazione, il trend storico è comunque in progressivo miglioramento grazie soprattutto al livello crescente di istruzione delle generazioni che arrivano nella fascia di età genitoriale e al contestuale invecchiamento delle generazioni più anziane e meno istruite. La percentuale di persone tra i 25 e i 64 anni che non hanno alcun titolo di studio o la licenza elementare continua infatti a diminuire: dal 6,7% nel 2016 è scesa fino al 5,3 % nel 2019 e ulteriormente in questa edizione dell'Indice al 4,9% (2020).

Dopo il calo del tasso di istruzione terziaria femminile nella fascia d'età 30-34 anni registrato tra il 2018 e il 2019 (dal 34% al 33,8%), quest'anno si osserva un recupero importante al 34,3%.

Il Lazio è la regione con la migliore protezione dai fattori di rischio legati all'istruzione, seguito dal Friuli-Venezia Giulia, il Trentino-Alto Adige e l'Emilia-Romagna. Particolarmente significativa è la disuguaglianza territoriale, dal momento che le regioni del Mezzogiorno sono tutte al di sotto della media nazionale, in misura considerevole la Campania, la Calabria la Puglia e la Sicilia.

Nelle variazioni tra le due edizioni dell'Indice si può osservare il progresso del Friuli-Venezia Giulia (+5 posizioni) e delle Marche (+4 posizioni), contro un arretramento della Liguria (-4 posizioni), della Lombardia (-3 posizioni) e della Sicilia (-3 posizioni).

Tali variazioni sono dovute soprattutto all'indicatore sul tasso di istruzione terziaria femminile, mentre il basso livello di istruzione si osserva in diminuzione in pressoché tutte le regioni, pur se con diverse intensità.

14. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti. Capacità di acquisire conoscenza e sapere.

Lazio	1,255	
Friuli-Venezia Giulia	1,012	
Trentino-Alto Adige	0,947	
Emilia-Romagna	0,858	
Umbria	0,794	
Marche	0,711	
Liguria	0,684	
Lombardia	0,682	
Valle d'Aosta	0,558	
Abruzzo	0,538	
Veneto	0,353	
Toscana	0,321	
Piemonte	0,043	
Molise	-0,255	
Basilicata	-0,471	
Sardegna	-0,545	
Campania	-1,536	
Calabria	-1,603	
Puglia	-1,633	
Sicilia	-1,734	

Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{xl}

La capacità di acquisire conoscenza e sapere relativamente ai servizi territoriali messi a disposizione per potenziarla viene descritta da un unico indicatore che riguarda gli adulti inoccupati nella classe d'età 25-64 anni che partecipano a attività formative e di istruzione nelle regioni, aggiornato al 2020.

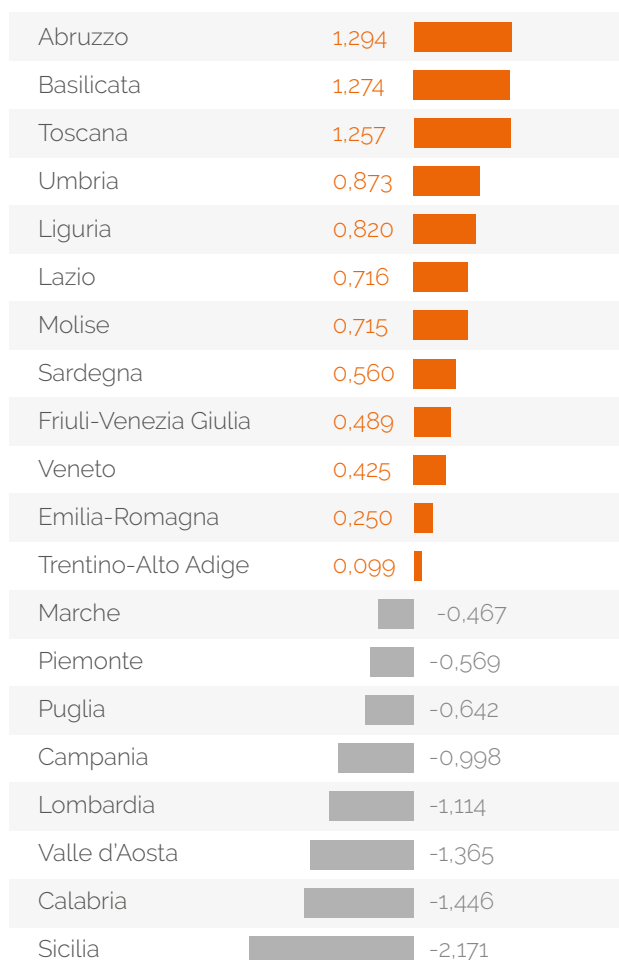
In generale questo indicatore, che è cresciuto ininterrottamente dal 2008 passando dal 5,9% al 7,1% del 2019, ha subito una comprensibile battuta d'arresto nell'anno della pandemia, scendendo al 6,4%.

Nell'analisi territoriale la regione con l'indicatore migliore è l'Abruzzo, seguito dalla Basilicata e dalla Toscana, mentre le regioni con il dato più critico sono la Valle d'Aosta, la Calabria e la Sicilia.

Le variazioni rispetto alla precedente edizione dell'Indice mostrano oscillazioni anche significative dovute al ricorso a un unico indicatore e a una rilevazione annuale che spesso varia in modo non costante a causa della tempistica di programmazione e finanziamento delle attività formative.

Tra il 2019 e il 2020 l'Abruzzo (salito di 10 posizioni) e la Basilicata (salita di 11 posizioni) sono state le uniche due regioni a aumentare la formazione per inoccupati, mentre tutte le altre regioni l'hanno diminuita.

15. Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti. Capacità di acquisire conoscenza e sapere.





2.2.5 CAPACITÀ DI LAVORARE

Una condizione occupazionale critica o instabile è stata riconosciuta dallo *European Report on Preventing Child Maltreatment* come un fattore di rischio di maltrattamento di bambini/e poiché aumenta lo stress genitoriale: la disoccupazione infatti può portare a depressione e aumento di consumo di alcol e droghe, tutti fattori di rischio riconosciuti per il maltrattamento infantile. La disoccupazione paterna, dati i ruoli tradizionali di genere che identificano nei padri coloro che devono mantenere la famiglia, può aumentare il rischio di maltrattamento. Maggiori tassi di occupazione femminile in uno studio statunitense sono stati legati a un aumento del maltrattamen-

to: questo comporta che l'adozione di politiche che puntano a aumentare la partecipazione delle donne nel mercato del lavoro debbano anche essere accompagnate da un adeguato accesso ai servizi per l'infanzia e ai servizi per la salute mentale²⁹. La disoccupazione in letteratura è spesso collegata alla trascuratezza, dato che con un reddito più basso è più facile che i genitori non possano provvedere adeguatamente ai bisogni primari di bambini/e (cibo, vestiti, ecc.). Secondo uno studio a un aumento di un punto percentuale nel tasso di disoccupazione corrisponderebbe un aumento del 20% nelle denunce per trascuratezza³⁰.

Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ^{xii}

Gli indicatori relativi alla capacità di lavorare con riferimento ai fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia si concentrano soprattutto sulle criticità lavorative delle fasce di età legate alla dimensione parentale e familiare, nonché alle situazioni di difficoltà lavorativa prolungata: il tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni, l'incidenza della disoccupazione di lunga durata, la presenza degli occupati non regolari e alla presenza nelle famiglie di individui a bassa intensità lavorativa³¹.

Dei quattro indicatori è stato possibile aggiornarne due al 2020, mentre gli altri due sono rimasti aggiornati come nella precedente edizione, al 2018 e al 2019. I due indicatori del 2020 mostrano il periodo di sospensione del lavoro durante il lockdown: nonostante il tasso di occupazione sia diminuito anche per i 35-44enni (dal 73,5% al 72,9%), paradossalmente i due indicatori relativi alla disoccupazione sono migliorati: il tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni è sceso dal 14,7% al 14,2% mentre quello di disoccupazione di lunga durata è sceso dal 57,1% al 52,5%.

Tale contraddizione si spiega con l'interruzione temporanea della ricerca del lavoro, attività necessaria per essere definiti disoccupati/e. Nello stesso periodo infatti il tasso di inattività tra i 35 e i 44 anni, cioè di chi non ha una occupazione e non la sta cercando è aumentato dal 19,1% (2019) al 20,6% (2020).

16. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti. Capacità di lavorare.

Trentino-Alto Adige	1,310	
Valle d'Aosta	1,110	
Veneto	1,086	
Emilia-Romagna	0,867	
Lombardia	0,762	
Friuli-Venezia Giulia	0,678	
Marche	0,536	
Toscana	0,525	
Umbria	0,446	
Liguria	0,328	
Piemonte	0,298	
Abruzzo	-0,049	
Lazio	-0,212	
Basilicata	-0,217	
Molise	-0,607	
Sardegna	-0,829	
Puglia	-0,830	
Calabria	-1,581	
Campania	-1,658	
Sicilia	-1,963	

Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{xiii}

I servizi territoriali che possono mitigare i fattori di rischio di maltrattamento relativi alla capacità di lavorare, riguardano i servizi sociali comunali per l'inserimento lavorativo, calcolati secondo gli utenti (ogni 100.000 disoccupati over 15) che hanno avuto accesso a servizi quali: il sostegno all'inserimento lavorativo e a altre attività socio-educative, oltre ai contributi per l'inserimento lavorativo rimati aggiornati al 2018.

Le regioni con una maggiore offerta di questo tipo di servizi sono il Piemonte, seguito dal Veneto, l'Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia. Le regioni con minor numero di servizi di questo tipo sono le Marche, la Basilicata, la Campania e la Calabria.

17. Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti. Capacità di lavorare.

Piemonte	2,584	
Veneto	2,382	
Emilia-Romagna	1,195	
Friuli-Venezia Giulia	0,350	
Lombardia	0,314	
Toscana	0,115	
Sardegna	0,046	
Liguria	0,014	
Valle d'Aosta	0,000	
Puglia	-0,030	
Trentino-Alto Adige	-0,384	
Sicilia	-0,544	
Molise	-0,638	
Lazio	-0,675	
Abruzzo	-0,701	
Umbria	-0,712	
Marche	-0,728	
Basilicata	-0,801	
Campania	-0,881	
Calabria	-0,905	



2.2.6 CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

Il maltrattamento di bambini/e avviene in molte famiglie, indipendentemente dal loro status socio-economico, ma vi è una relazione forte tra povertà e maltrattamento, dovuta al fatto che la povertà rappresenta un rilevante fattore di stress genitoriale³². Questa relazione implica che sia cruciale, per diminuire i tassi di maltrattamento infantile, sostenere con apposite politiche e provvedimenti il reddito delle famiglie. Al di là della condizione socioeconomica delle famiglie, vivere in un quartiere povero può esporre a un maggiore rischio di maltrattamento: uno studio statunitense ha rilevato che una concentrazione di famiglie monoparentali, alloggi sfitti e alti tassi di disoccupazione in un quartiere erano associati in modo significativo (ma decrescente nel corso degli anni) a alti tassi di maltrattamento infantile³³.

La letteratura scientifica non ha individuato, in generale, una relazione tra origine etnica dei bambini/e e delle famiglie e rischio di maltrattamento. Va evidenziato che negli USA uno studio ha rilevato una sovrarappresentazione delle minoranze etniche nelle statistiche relative al maltrattamento, ma a parità di livelli di povertà i tassi di maltrattamento per i bianchi si sono rilevati maggiori di quelli delle minoranze etniche. Si ipotizza che la sovrarappresentazione delle minoranze etniche in termini di maltrattamento sia da collegare a uno status socio-economico generalmente più svantaggiato³⁴. Inoltre, si può supporre che immigrati recenti e rifugiati siano sottoposti a stress specifici che potrebbero influire sulle probabilità di maltrattamento ai minori³⁵.

Pertanto, fattori di rischio più elevati sono legati alla maggiore vulnerabilità economica e sociale in cui spesso versano i migranti o le minoranze etniche. Solo le mutilazioni genitali femminili costituiscono uno dei fattori di rischio al maltrattamento specifico per le bambine in famiglia legato a tradizioni culturali.

Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ^{xiv}

I fattori di rischio legati alla capacità di accedere alle risorse e ai servizi, sono considerati nell'Indice attraverso sei indicatori: la grave deprivazione materiale, le persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali, la valutazione soggettiva della difficoltà economica, la povertà relativa familiare, la disuguaglianza nella distribuzione del reddito disponibile e la crescita annua del PIL pro capite.

Dei sei indicatori utilizzati, è stato possibile aggiornarne solo uno in questa edizione dell'Indice la povertà relativa, che è aumentata tra il 2019 e il 2020 dal 12,8% al 13,9%.

18. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti.

Capacità di accedere alle risorse e ai servizi.

Veneto	0,713	
Friuli-Venezia Giulia	0,681	
Trentino-Alto Adige	0,550	
Toscana	0,523	
Umbria	0,519	
Emilia-Romagna	0,451	
Valle d'Aosta	0,443	
Liguria	0,354	
Piemonte	0,353	
Lombardia	0,202	
Marche	0,155	
Sardegna	0,108	
Lazio	-0,006	
Basilicata	-0,034	
Calabria	-0,057	
Puglia	-0,413	
Molise	-0,684	
Abruzzo	-0,859	
Sicilia	-1,177	
Campania	-1,821	

Tra le regioni con il più elevato livello di capacità di accedere alle risorse e ai servizi si rilevano il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia, il Trentino-Alto Adige, la Toscana e l'Umbria.

Tra le regioni con maggiori criticità si osservano invece il Molise, l'Abruzzo, la Sicilia e la Campania.

Nel confronto con la precedente edizione dell'Indice le variazioni di posizione sono minime e tutte comunque condizionate dall'unico indicatore aggiornato sulla povertà relativa. Unica osservazione degna di nota riguarda la Basilicata, scesa di tre posizioni a causa di un significativo peggioramento della povertà relativa, salita tra il 2019 e il 2020 dal 15,8% al 23,4%.

Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{xv}

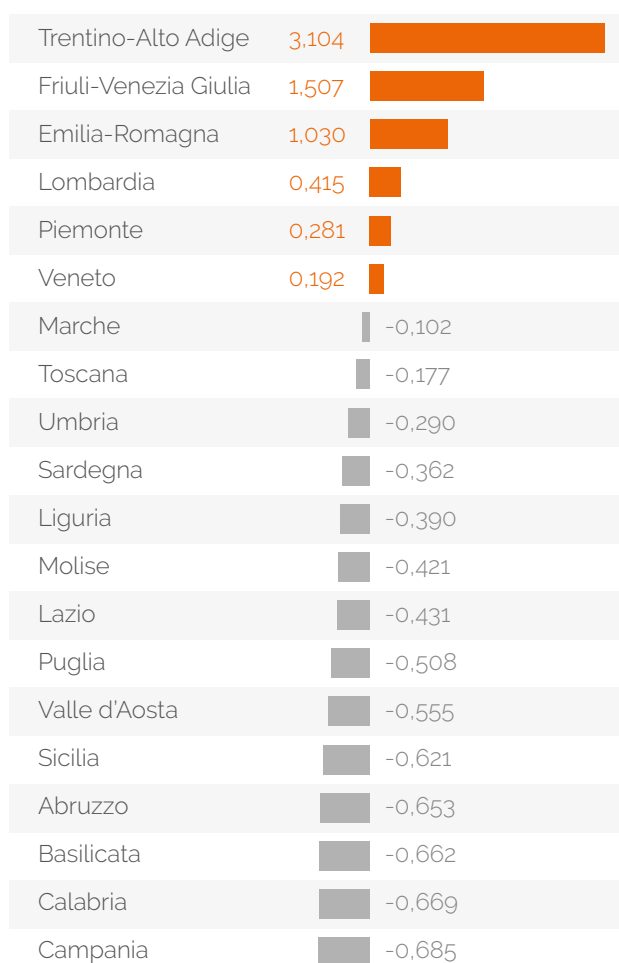
I servizi territoriali mirati a curare e prevenire il maltrattamento ai minori intervenendo sulla capacità di accedere alle risorse e ai servizi sono rappresentati da due indicatori relativi ai servizi e i contributi dei Comuni per l'integrazione di reddito e a quelli per la situazione abitativa, rapportati alla popolazione che versa in stato di grave deprivazione materiale.

Entrambi gli indicatori sono rimasti aggiornati al 2018 come nella precedente edizione dell'Indice. È immaginabile comunque che nelle prossime rilevazioni la situazione di crisi economica legata alla pandemia mostrerà un considerevole aumento del numero di persone in stato di deprivazione e un conseguente aumento di bisogno di potenziamento di questi servizi.

Nella lettura territoriale, il Trentino-Alto Adige e il Friuli-Venezia Giulia sono le due regioni maggiormente dotate di questo tipo di servizi, mentre una copertura insufficiente si rileva in Abruzzo, Basilicata, Calabria e Campania.

19. Indice regionale servizi diretti per potenziali maltrattanti.

Capacità di accedere alle risorse e ai servizi.



2.3 L'INDICE REGIONALE: FATTORI DI RISCHIO E SERVIZI

2.3.1 L'INDICE DEI FATTORI DI RISCHIO

20. Indicatore regionale di prevenzione e cura del maltrattamento ai minori.

Totale fattori di rischio e sintomi. Variazioni 2021-2022.

Regioni		Indice 2021	Indice 2022	Posizione 2021	Posizione 2022	Variazione	Diff. Pos.
Trentino-Alto Adige	0,957	1,028	0,957	1	1	-	0
Friuli-Venezia Giulia	0,682	0,604	0,682	2	2	-	0
Veneto	0,576	0,442	0,576	4	3	↑	1
Emilia-Romagna	0,454	0,492	0,454	3	4	↓	-1
Valle d'Aosta	0,453	0,308	0,453	7	5	↑	2
Lombardia	0,409	0,441	0,409	5	6	↓	-1
Liguria	0,384	0,379	0,384	6	7	↓	-1
Toscana	0,309	0,251	0,309	9	8	↑	1
Umbria	0,188	0,259	0,188	8	9	↓	-1
Lazio	0,181	0,164	0,181	11	10	↑	1
Marche	0,171	0,141	0,171	12	11	↑	1
Piemonte	0,136	0,195	0,136	10	12	↓	-2
Abruzzo	-0,194	-0,251	-0,194	14	13	↑	1
Basilicata	-0,202	-0,204	-0,202	13	14	↓	-1
Sardegna	-0,333	-0,290	-0,333	15	15	-	0
Molise	-0,377	-0,363	-0,377	16	16	-	0
Calabria	-0,602	-0,656	-0,602	17	17	-	0
Puglia	-0,770	-0,751	-0,770	18	18	-	0
Sicilia	-1,051	-0,969	-1,051	19	19	-	0
Campania	-1,231	-1,219	-1,231	20	20	-	0

Nonostante la pandemia, anche in questa edizione dell'Indice la classifica riassuntiva dei fattori di rischio relativi alle sei capacità esaminate non mostra significativi scostamenti, in parte a causa della indisponibilità dell'aggiornamento al 2020 di numerosi indicatori, in parte per una lentezza intrinseca ai cambiamenti di comportamento personali e dinamiche sociali osservabili nel medio-lungo termine.

Per tale motivo le prime due regioni, il Trentino-Alto Adige e il Friuli-Venezia Giulia e le ultime sei (Sardegna, Molise, Calabria, Puglia, Sicilia, Campania) mantengono la stessa posizione dell'anno scorso.

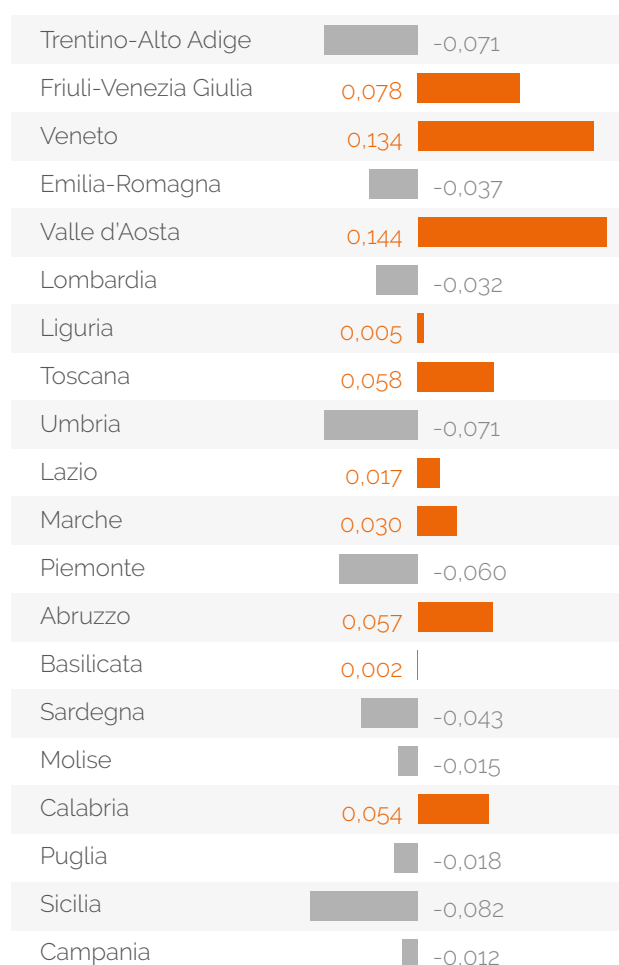
Dieci regioni variano di una sola posizione, in aumento o in diminuzione, mentre solo la Valle d'Aosta avanza di due (dalla 7a alla 5a) e il Piemonte scende di due (dalla 10a alla 12a).

Se le posizioni mantenute dalle regioni nel confronto con la media generale risentono delle caratteristiche strutturali dei territori, che si modificano con molta gradualità, alcuni spunti di riflessione possono invece provenire dal confronto con l'anno precedente del valore numerico dell'Indice che solo in alcuni (pochi) casi varia abbastanza da modificare la posizione delle regioni.

Da questa rilevazione più approfondita è possibile osservare ad esempio come il Trentino-Alto Adige, pur mantenendo la prima posizione, peggiora lievemente, mentre Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta e la Toscana la migliorano.

Tra le ultime sei regioni, che hanno confermato la stessa posizione della precedente edizione, l'unica a registrare un lieve miglioramento è la Calabria.

21. Indice regionale sui fattori di rischio variazioni 2021-2022



2.3.2 L'INDICE DEI SERVIZI

Indicatore regionale di prevenzione e cura del maltrattamento ai minori. Totale servizi variazioni 2021-2022

Regioni		Indice 2021	Indice 2022	Posizione 2021	Posizione 2022	Variazione	Diff. Pos.
Emilia-Romagna	0,635	0,825	0,635	1	1	-	0
Veneto	0,425	0,496	0,425	2	2	-	0
Toscana	0,382	0,297	0,382	7	3	↑	4
Trentino-Alto Adige	0,321	0,401	0,321	5	4	↑	1
Liguria	0,303	0,271	0,303	8	5	↑	3
Umbria	0,295	0,412	0,295	4	6	↓	-2
Friuli-Venezia Giulia	0,250	0,415	0,250	3	7	↓	-4
Valle d'Aosta	0,235	0,234	0,235	9	8	↑	1
Sardegna	0,226	0,167	0,226	10	9	↑	1
Piemonte	0,195	0,349	0,195	6	10	↓	-4
Marche	-0,027	0,039	-0,027	11	11	-	0
Molise	-0,040	-0,174	-0,040	13	12	↑	1
Abruzzo	-0,068	-0,244	-0,068	14	13	↑	1
Basilicata	-0,174	-0,420	-0,174	17	14	↑	3
Puglia	-0,223	-0,259	-0,223	15	15	-	0
Lombardia	-0,241	-0,141	-0,241	12	16	↓	-4
Lazio	-0,336	-0,396	-0,336	16	17	↓	-1
Sicilia	-0,629	-0,600	-0,629	18	18	-	0
Calabria	-0,710	-0,710	-0,710	19	19	-	0
Campania	-0,763	-0,871	-0,763	20	20	-	0

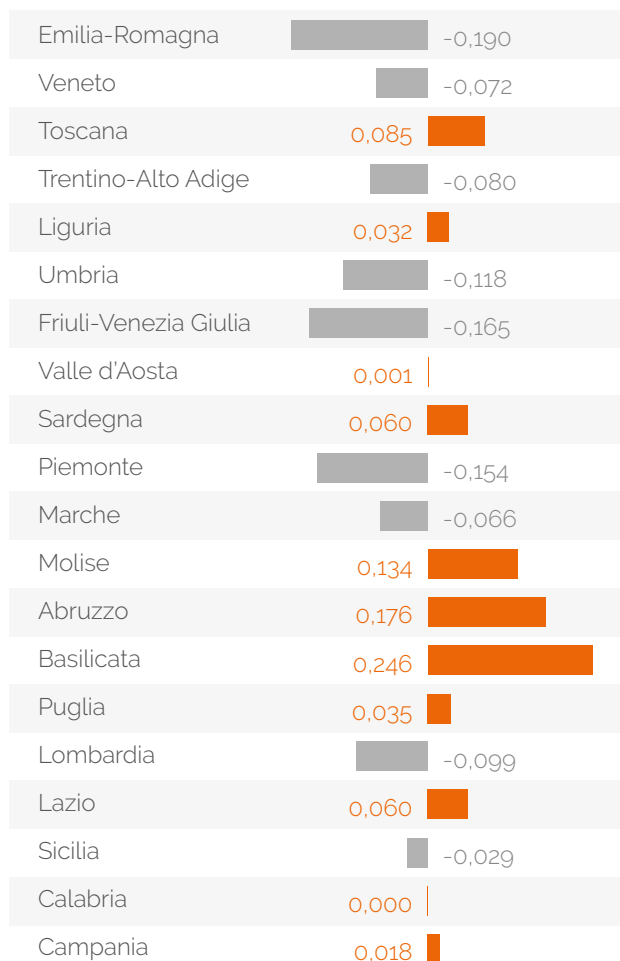
La sintesi dei servizi territoriali per tutte le sei capacità analizzate restituisce per il quinto anno consecutivo l'Emilia-Romagna come la regione con il sistema complessivamente più impegnato nella prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia. A seguire, il Veneto, la Toscana e il Trentino-Alto Adige.

Le ultime quattro regioni, sulle quali invece occorre investire maggiormente per un riallineamento alla media nazionale, sono il Lazio, la Sicilia, la Calabria e la Campania.

Tra le regioni con le maggiori variazioni di posizione si possono osservare la Toscana, che guadagna quattro posizioni e la Liguria e la Basilicata che salgono di tre, mentre tra le regioni che hanno peggiorato la propria posizione rispetto alla media nazionale, scendendo di quattro posizioni, si trovano il Friuli-Venezia Giulia, il Piemonte e la Lombardia.

Il confronto dell'Indice numerico rispetto alla precedente edizione mostra come l'Emilia-Romagna, pur avendo mantenuto la prima posizione, è comunque lievemente peggiorata rispetto all'edizione 2021, mentre tra le regioni al di sotto della media nazionale i progressi maggiori si osservano per il Molise, l'Abruzzo e la Basilicata. La Campania, nonostante si confermi alla 20a posizione, registra per il secondo anno consecutivo un lieve miglioramento.

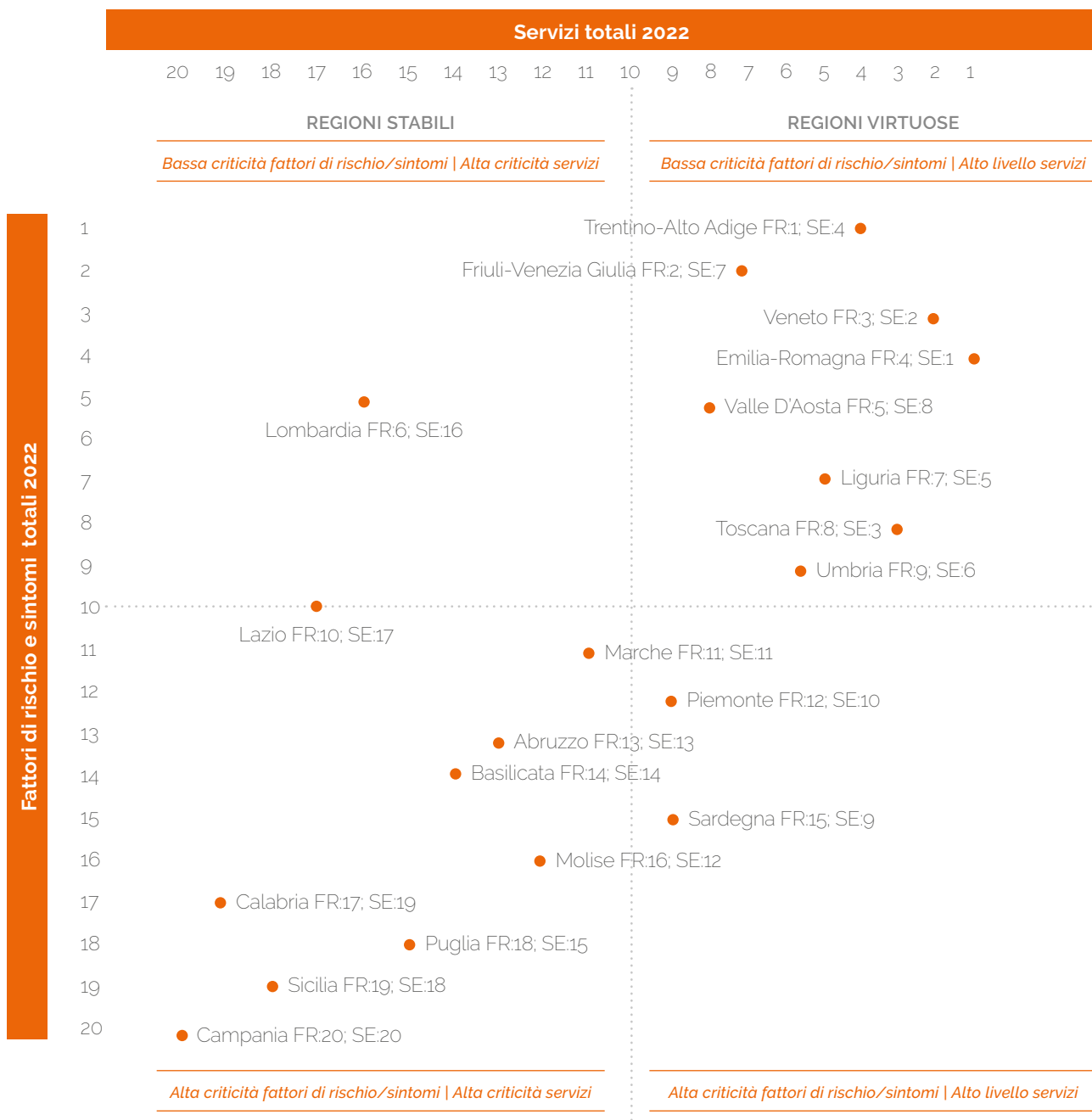
23. Indice regionale sui servizi variazioni 2021-2022



2.3.3 L'ANALISI TERRITORIALE E L'INCROCIO TRA DOMANDA POTENZIALE E OFFERTA DEI SERVIZI

Analizzare in modo contestuale fattori di rischio e servizi consente di valutare per i singoli territori i punti di forza e di debolezza rispetto a queste due variabili. Una loro analisi incrociata consente infatti di individuare quattro gruppi di regioni (cluster) ai quali sono associati livelli di criticità, alta o bassa, rispetto ai fattori di rischio e ai servizi.

24. Matrice fattori di rischio degli adulti potenzialmente maltrattanti e servizi territoriali



Si definiscono quindi regioni **"a elevata criticità"** quei territori nei quali, a fronte di elevate problematiche ambientali, rappresentate da fattori di rischio elevati, non corrisponde una reazione del sistema dei servizi, rimasti invece al di sotto della media nazionale. In questo raggruppamento si trovano otto regioni come la Campania, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, il Molise, la Basilicata, l'Abruzzo e le Marche. La diversa combinazione tra fattori di rischio e servizi mostra diversi livelli di complessità all'interno dello stesso cluster: la Campania rimane al 20° posto analogamente all'anno scorso, sia rispetto ai fattori di rischio che ai servizi; la Calabria, la Sicilia e la Puglia hanno una situazione piuttosto simile, collocandosi sempre tra la 15ª e la 19ª posizione, le Marche e l'Abruzzo si avvicinano di più alla media nazionale sia per i fattori di rischio (rispettivamente 11ª e 13ª posizione) che per i servizi (11ª e 13ª).

Nel quadrante delle **regioni "reattive"**, che rispondono alle elevate criticità nei fattori di rischio con servizi però al di sopra della media nazionale, si trova il Piemonte, 12° quanto a fattori di rischio, che fronteggia con servizi posizionati meglio, al 10° posto, anche se al confine con il cluster precedente. Servizi più reattivi in questo cluster sono invece quelli della Sardegna, al 9° posto che però deve fronteggiare la 15ª posizione per quanto riguarda i fattori di rischio.

Il quadrante delle **"regioni virtuose"** include territori che, pur in presenza di un contesto ambientale relativo ai fattori di rischio migliore rispetto alla media nazionale, continuano a investire nei servizi a un livello sempre superiore al dato medio complessivo. In questo gruppo si concentra un gruppo di 8 regioni (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Veneto, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana, Umbria)

Anche in questo caso il gruppo di regioni comprende territori che hanno un contesto ambientale superiore ai servizi (il Trentino-Alto Adige è 1° per fattori di rischio e 4° per servizi) con altri che, viceversa, rispondono alle criticità ambientali con servizi molto superiori alla media (l'Emilia-Romagna è 4ª per fattori di rischio e 1ª per servizi).

Tra le regioni "stabili", ovvero quelle che combinano situazioni ambientali favorevoli con sistemi di servizi inferiori alla media nazionale, si trova la Lombardia, alla 6ª posizione tra i fattori di rischio e alla 16ª tra i servizi rispetto alla precedente edizione. Sul confine con il cluster delle regioni a elevata criticità si osserva il Lazio, che è 10° per i fattori di rischio e 17° per i servizi.

2.4 L'INDICE REGIONALE: TOTALE PER CAPACITÀ

25. Indicatore regionale di prevenzione e cura del maltrattamento ai minori. Totale capacità variazioni 2021-2022

Regioni		Indice 2021	Indice 2022	Posizione 2021	Posizione 2022	Variazione	Diff. Pos.
Emilia-Romagna	0,710	0,713	0,710	2	1	↑	1
Trentino-Alto Adige	0,703	0,787	0,703	1	2	↓	-1
Veneto	0,575	0,528	0,575	4	3	↑	1
Friuli-Venezia Giulia	0,535	0,641	0,535	3	4	↓	-1
Toscana	0,336	0,254	0,336	8	5	↑	3
Liguria	0,322	0,286	0,322	7	6	↑	1
Valle d'Aosta	0,304	0,231	0,304	9	7	↑	2
Umbria	0,279	0,366	0,279	5	8	↓	-3
Piemonte	0,238	0,350	0,238	6	9	↓	-3
Lombardia	0,106	0,170	0,106	10	10	-	0
Marche	0,041	0,106	0,041	11	11	-	0
Sardegna	-0,006	-0,075	-0,006	12	12	-	0
Lazio	-0,129	-0,160	-0,129	13	13	-	0
Abruzzo	-0,130	-0,261	-0,130	14	14	-	0
Basilicata	-0,174	-0,335	-0,174	16	15	↑	1
Molise	-0,253	-0,298	-0,253	15	16	↓	-1
Puglia	-0,527	-0,538	-0,527	17	17	-	0
Calabria	-0,774	-0,752	-0,774	18	18	-	0
Sicilia	-0,957	-0,872	-0,957	19	19	-	0
Campania	-1,090	-1,103	-1,090	20	20	-	0

L'Indice regionale di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia propone infine una sintesi conclusiva che bilancia i fattori di rischio e i servizi dei territori evidenziando sia le criticità di contesto che le capacità di sistema di fronteggiarle, rinforzando i fattori adattivi e di resilienza.

In questa quinta edizione l'Emilia-Romagna torna a essere la regione con la migliore capacità di fronteggiare il tema del maltrattamento ai minori, in una sintesi finale tra fattori di rischio e servizi. A essa seguono il Trentino-Alto Adige, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana e la Liguria, regioni che possono variare di qualche posizione ma rimangono sempre tra le prime. Non cambiano invece posizione le ultime quattro regioni, Puglia, Calabria, Sicilia, Campania, per le quali i

progressi che in qualche indicatore o capacità si sono potuti osservare nelle pagine precedenti non hanno però ancora raggiunto una portata tale da variare la loro situazione complessiva. Anche tra la 10a posizione e la 16ª si osserva una sostanziale stazionarietà, a esclusione della Basilicata e del Molise che rispetto alla precedente edizione si scambiano di posto.

L'analisi più dettagliata della variazione dell'Indice numerico spiega la variazione di posizione di alcune regioni, come ad esempio il Trentino-Alto Adige che nella precedente edizione era salito alla prima posizione e quest'anno è ritornato alla seconda, ma anche i margini di miglioramento o di peggioramento di altre regioni, che non sono però stati tali da produrre cambiamenti di posizione sostanziali.

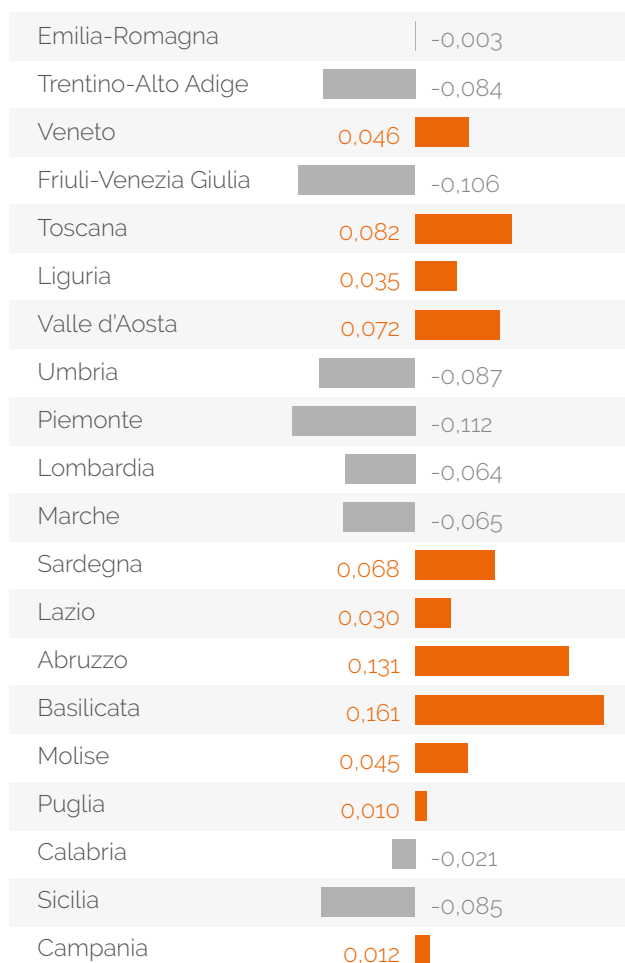
Tra le undici regioni al di sopra della media nazionale i progressi migliori li registrano regioni come il Veneto, la Toscana, la Liguria, la Valle d'Aosta.

Tra le nove regioni poste al di sotto della media nazionale tutte mostrano segnali di miglioramento tranne la Calabria e la Sicilia.

Il confronto dell'Indice numerico tra fattori di rischio e servizi rispetto all'edizione precedente consente di apprezzare il contributo che il sistema dei servizi può offrire a migliorare il contesto ambientale e i fattori di rischio.

Le prime dieci regioni al di sopra della media nazionale mostrano infatti una oggettiva coerenza tra il progresso nella riduzione dei fattori di rischio e il miglioramento dei servizi. Le regioni al di sotto della media nazionale invece, confermano le elevate criticità dei territori del Mezzogiorno, registrando peggioramenti sia tra i fattori di rischio che tra i servizi.

26. Indice regionale per capacità variazioni 2021-2022



27. Confronto fattori di rischio/sintomi e servizi







L'analisi comparata delle sei capacità che compongono l'Indice, ciascuna sintetizzata per i rispettivi fattori di rischio e servizi, consente di cogliere per ogni territorio i punti di forza e di debolezza rispetto alle diverse aree di intervento. Le prime posizioni vedono l'Emilia-Romagna primeggiare nella capacità di cura, il Trentino-Alto Adige nella capacità di vivere una vita

sicura e accedere alle risorse, il Veneto nella capacità di lavorare, la Valle d'Aosta nella capacità di vivere una vita sana, il Lazio nella capacità di acquisire conoscenza e sapere.

Le ultime quattro regioni, Puglia, Calabria, Sicilia e Campania, confermano come negli anni precedenti

importanti criticità complessive di sistema, dal momento che nessuna capacità va oltre la 14a posizione, sottolineando così l'urgenza di piani di intervento strutturali di medio-lungo termine che agiscano contemporaneamente sia sui fattori di rischio che sul complesso del sistema dei servizi.

Indice regionale di prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e: dettaglio per capacità

TOT indice	Regioni	 Cura	 Vita Sana	 Vita Sicura	 Conoscenza e sapere	 Lavorare	 Accedere Risorse
1	Emilia-Romagna 0,710	1	6	3	7	3	3
2	Trentino-Alto Adige 0,703	6	4	1	8	7	1
3	Veneto 0,575	4	5	8	10	1	4
4	Friuli-Venezia Giulia 0,535	12	10	2	6	6	2
5	Toscana 0,366	10	2	10	4	8	7
6	Liguria 0,322	2	3	9	5	9	10
7	Valle D'Aosta 0,304	3	1	4	16	4	11
8	Umbria 0,279	7	8	5	3	11	8
9	Piemonte 0,238	5	16	13	15	2	5
10	Lombardia 0,106	11	14	11	14	5	6
11	Marche 0,041	14	9	7	12	10	9
12	Sardegna -0,006	8	11	6	13	13	12
13	Lazio -0,129	16	7	19	1	15	13
14	Abruzzo -0,130	15	13	12	2	12	18
15	Basilicata -0,174	9	18	15	9	16	14
16	Molise -0,253	13	12	14	11	17	17
17	Puglia -0,527	17	15	16	17	14	16
18	Calabria -0,774	19	19	17	19	18	15
19	Sicilia -0,957	18	17	18	20	19	19
20	Campania -1,090	20	20	20	18	20	20

- ¹ In questa edizione viene presentata una sintesi della metodologia seguita per elaborare l'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia. Per un ulteriore approfondimento si rimanda all'edizione 2018 disponibile al link: <https://www.cesvi.org/approfondimenti/indice-regionale-sul-maltrattamento-allinfanzia-italia/>
- ² Per un approfondimento sul metodo di calcolo utilizzato si rimanda all'Appendice I
- ³ La scelta della classificazione per capacità nasce dall'ormai consolidato approccio allo sviluppo umano, una teoria elaborata negli anni '80 dal Premio Nobel Amartya Sen che pone lo sviluppo degli esseri umani al centro dell'azione delle politiche economiche e pubbliche. L'approccio allo sviluppo umano è alla base dell'HDI (Human Development Index) uno dei più rappresentativi indicatori di sviluppo umano elaborato a livello mondiale dall'UNDP (United Nations Development Programme).
- ⁴ WHO - World Health Organization Regional Office for Europe (2013).
- ⁵ Banca dati Istat: <http://dati.istat.it/>
- ⁶ Hien, D., Cohen, L., Caldeira, N., Flom, P., Wasserman, G. (2010); Stith, S.M, Liu T., Davies, L.C., Boykin, E. L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009).
- ⁷ Tucker, M. C., & Rodriguez, C. M. (2014).
- ⁸ Schneider, M. (2017).
- ⁹ Ray, J. A., Choi, J., & Jackson, A. P. (2021).
- ¹⁰ Van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., Prinzie, P., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009).
- ¹¹ Klein, S. (2011).
- ¹² Wolf, J.P., Freisthler, B., & McCarthy, K.S. (2021).
- ¹³ Walsh, C. MacMillan, H.L., & Jamieson, E. (2003).
- ¹⁴ Mienko, J.A., & Rebbe, R. (2021).
- ¹⁵ Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A., & Vederhus, J.-K. (2021).
- ¹⁶ WHO (2010).
- ¹⁷ Ben David, V. (2021).
- ¹⁸ NICHD Early Child Care Research Network (1999).
- ¹⁹ Laulik, S., Allam, J., & Browne K. (2014).
- ²⁰ Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., Preen, D. B., Brown, D. S., Nguyen, H., & Segal, L. (2021).
- ²¹ WHO (2013).
- ²² I tassi di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici di varia origine (abuso di alcol, droghe, disturbi affettivi ecc.) sono stati considerati come indicatori dei servizi erogati sui territori. Pur essendo legati a patologie effettive, è stato valutato che tali indicatori siano maggiormente rappresentativi dell'offerta di cure ospedaliere e della risposta del servizio sanitario regionale, che varia nei territori.
- ²³ Tasso di dimissioni per tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol, tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe, tasso dimissioni disturbi psichici affettivi, numero strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale per 100.000 abitanti.
- ²⁴ Area dipendenza n° utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti, spesa pro capite dei Comuni per interventi e servizi sociali, area disabilità e disturbi mentali: adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.
- ²⁵ Know Violence in Childhood (2017), p.1
- ²⁶ Vasquez Guerrero, D. A. (2009).
- ²⁷ Non è stato possibile aggiornare i due indicatori relativi alla violenza sulle donne dal momento che derivano dall'indagine Istat del 2014 sulla sicurezza delle donne che ha cadenza quinquennale. Si tratta dell'unica indagine nazionale con possibilità di analisi a livello regionale che si è occupata di violenza e sicurezza personale.
- ²⁸ UNICEF (2010).
- ²⁹ Lindo, J. M., Schaller, J., & Hansen, B. (2018).
- ³⁰ Brown, D., & De Cao, E. (2018).
- ³¹ È importante sottolineare come la letteratura abbia rilevato una maggiore incidenza in termini di fattori di rischio nel caso in cui la disoccupazione riguardi i padri piuttosto che le madri. Poiché non vi è modo di pesare in modo differente i due indicatori rispetto alla condizione genitoriale, si è ritenuto di prendere a riferimento gli indicatori generali sulla disoccupazione senza differenziarli rispetto al genere.
- ³² Drake, B., Jonson-Reid, M., Dvalishvili, D. (2022).
- ³³ Coulton, C. J., Richter, F. G.-C., Korbin, J., Crampton, D., & Spilsbury, J. C. (2018).
- ³⁴ Kim, H., & Drake, B. (2018).
- ³⁵ LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S., & Lavergne, C. (2015).

3

LA PANDEMIA DA COVID-19: IMPATTO SULLA SICUREZZA E CONSEGUENZE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA

Sebbene il 31 marzo 2022 la pandemia da COVID-19 sia stata ufficialmente dichiarata conclusa dal punto di vista emergenziale, nonostante il virus continui a circolare in forme lievi, non vi è dubbio che le sue conseguenze psicologiche, sociali ed economiche siano ancora ben presenti, non accennino a ridursi e si prospettano peggiorare ulteriormente per le ripercussioni della guerra Russia-Ucraina.

In questo scenario, l'approfondimento qualitativo di questa edizione dell'Indice è dedicato al tema della sicurezza, e fa seguito ai focus tematici delle precedenti edizioni centrati rispettivamente sulla povertà, la resilienza e la salute mentale.

Il concetto di sicurezza cui si fa riferimento è ampio e multidimensionale, recuperandone il reale significato di *"sine cura"*, cioè senza preoccupazioni, così ben più ricco e articolato della semplicistica visione securitaria comunemente diffusa.

La sicurezza dei bambini/e e degli adolescenti viene quindi qui intesa, analizzata ed espressa nel più ampio senso di cura, protezione e rafforzamento della loro resilienza davanti a problemi familiari, psicologici, sociali ed economici, al punto da superare le preoccupazioni per il loro benessere.

Quanto sono al sicuro i nostri bambini/e e adolescenti oggi dal maltrattamento, dagli abusi, dalla violenza e dalla trascuratezza? Quanto la pandemia e la crisi economica imminente legata alla guerra hanno inciso sulle dinamiche familiari e sul maltrattamento in famiglia? E quanto sulla loro salute psico-fisica e sulle loro relazioni sociali?

Come negli anni passati, abbiamo provato a rispondere a queste domande attraverso una articolata ricognizione sulla letteratura scientifica (capitolo 3.1) sulla base della quale abbiamo poi svolto 16 interviste a testimoni privilegiati impegnati nel sistema dei servizi deputati alla prevenzione, cura e contrasto al maltrattamento all'infanzia (3.2).

Come sempre, abbiamo fatto ricorso a un metodo di analisi consolidato come il modello ecologico (dimensione individuale, familiare, comunitaria e sociale) che ci ha consentito di sviluppare il tema della sicurezza dell'infanzia in tutte le possibili sfaccettature e di trovare conferma, anche in questo ambito, dell'importanza della resilienza come strategia centrale per le politiche di intervento, tema poi approfondito nelle riflessioni conclusive e raccomandazioni rivolte ai decisori politici (capitolo 4).

3.1 LA SICUREZZA DELL'INFANZIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 SECONDO LA LETTERATURA SCIENTIFICA

La parola sicurezza deriva dal Latino "*sine cura*", vale a dire "senza preoccupazioni", e indica "l'la condizione che rende e fa sentire di essere esente da pericoli, o che dà la possibilità di prevenire, eliminare o rendere meno gravi danni, rischi, difficoltà, evenienze spiacevoli, e simili"¹. In questa prospettiva garantire la sicurezza non significa tanto eliminare totalmente i rischi quanto proteggere le persone dagli effetti dannosi delle avversità, agendo sui fattori protettivi che possono moderare le conseguenze negative di eventi avversi.

La crisi sistemica e globale innescata dal COVID-19 ha trasformato profondamente la vita di persone adulte e bambini/e provocando un **aumento dell'insicurezza e dell'instabilità** a livello globale sotto molti punti di vista: insicurezza relativa alla salute fisica e mentale, insicurezza economica, mancanza di sicurezza nel normale svolgimento della vita quotidiana, ecc.. In questo contesto, i bisogni di sicurezza (come protezione, tranquillità, prevedibilità, soppressione delle preoccupazioni e delle ansie) di adulti e bambini/e sono diventati così particolarmente difficili da soddisfare².

L'insicurezza generalizzata causata dall'imprevedibilità del **COVID-19 può quindi rappresentare un ulteriore fattore di rischio per il maltrattamento infantile** dal momento che specifici tipi di insicurezza (lavorativa, economica, familiare, sociale) causati dalla pandemia sono riconosciuti a loro volta come fattori di rischio che possono aumentare le probabilità di maltrattare bambini/e.

L'impatto del COVID-19 sull'infanzia è ritenuto devastante dagli esperti, al punto che l'UNICEF ha sottolineato che senza adeguate politiche e provvedimenti, si può parlare di un **"decennio perduto" per i bambini e le bambine**³. Il COVID-19 ha costituito infatti e tuttora costituisce "una minaccia significativa per i diritti dei bambini/e alla sopravvivenza e allo sviluppo e al più alto standard di salute raggiungibile"⁴; con effetti negativi sulla loro salute fisica e mentale, anche per i lockdown e le quarantene che hanno limitato l'accesso all'istruzione e alla socialità, diminuendo anche l'accesso a servizi vitali come

l'assistenza sanitaria di base. Questa esigenza è stata ribadita dalla Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, la quale richiede che "i Governi e tutte le organizzazioni pubbliche siano responsabili rispetto all'osservanza dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza anche nelle fasi emergenziali"⁵.

Da non dimenticare anche l'impatto della pandemia sui bambini/e in termini di lutti subiti: si stima infatti che da marzo 2020 a aprile 2021 circa 1.134.000 bambini/e nel mondo abbiano perso un caregiver primario a causa del COVID-19⁶.

L'aumento della insicurezza dell'infanzia durante la pandemia dipende anche molto dalle circostanze personali e è decisamente più complesso per determinate categorie di bambini/e. Per esempio molti bambini/e privati della propria libertà hanno dovuto far fronte a sovraffollamento e condizioni igieniche precarie delle proprie abitazioni che li hanno messi maggiormente a rischio di contagio⁷.

La mancanza di una situazione abitativa stabile per alcuni bambini/e ha rappresentato una ulteriore condizione di vulnerabilità al COVID-19 e di mancanza di sicurezza, dal momento che anche soluzioni di emergenza come i centri di accoglienza per rifugiati e senza tetto obbligano alla condivisione di piccoli spazi che aumenta le probabilità di contagio. Infine, i bambini/e disabili si sono trovati, per via delle scuole chiuse e della mancata erogazione di servizi di supporto, in una condizione che non ha favorito l'apprendimento e la socializzazione, con eventuali ricadute a livello fisico e psicologico che hanno coinvolto anche i genitori.

A fronte di questa situazione, è evidente come i bambini/e siano stati duramente colpiti dal COVID-19, e come garantire loro una vita "*sine cura*" sia quanto mai urgente. Garantire sicurezza significa attuare politiche che possano prevenire e moderare il rischio di maltrattamento infantile da parte degli adulti e mettere bambini/e nella miglior condizione per poter godere pienamente dei propri diritti economici, sociali e culturali, come d'altronde sancito dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza⁸.

3.1.1 L' (IN) SICUREZZA FISICA E MENTALE

Il COVID-19 ha rappresentato e rappresenta ancora – malgrado l'efficacia dei vaccini – una minaccia per la salute delle persone, sia a livello di salute fisica che mentale. Oltre al rischio di ammalarsi di COVID-19, molte persone hanno infatti dovuto rimandare cure e visite per via della pressione che il COVID-19 ha esercitato sui sistemi sanitari nazionali.

In generale i bambini/e e gli/le adolescenti sembrano essere **maggiormente protetti dagli effetti del COVID-19**, anche se possono sviluppare seri problemi di salute a seguito dell'infezione. Con la variante Omicron è stato rilevato un aumento, almeno nel Regno Unito e negli USA, dei ricoveri in ospedale per COVID-19 tra bambini/e, che però hanno richiesto meno interventi medici rispetto alle ondate precedenti. La stessa tendenza è stata osservata in Italia, dove alla fine del 2021, nei 21 ospedali sentinella si è verificato incremento pari al 96% dei ricoveri di bambini/e e giovani 0-18, anni con una preponderanza della fascia d'età 0-4 (69%)⁹. L'ultimo rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità (del 30 marzo 2022) rileva che la fascia di età 10-19 anni è quella con il più alto tasso di incidenza settimanale per 100.000 abitanti¹⁰. Rimane alta la percentuale di bambini/e 5-11 anni non vaccinati (62,3% al 5 aprile 2022)¹¹. Al di là degli effetti diretti del virus, un modo indiretto con il quale il COVID-19 può incidere sulla salute fisica di bambini/e è **l'aumento dell'insicurezza alimentare e della malnutrizione**, dal momento che già in tempi ordinari, nei paesi europei che fanno parte dell'OCSE, il 20% dei bambini/e in età scolare con basso reddito non ha un'alimentazione di buona qualità, e un bambino su dieci non ha accesso a frutta e verdura fresca e/o a un pasto che includa carne, pollo, pesce o un equivalente vegetariano almeno una volta al giorno.

A aggravare la situazione molti bambini/e durante la pandemia hanno perso l'accesso a pasti regolari a causa della chiusura delle scuole, e è quindi aumentata la loro insicurezza alimentare, con conseguenze negative sulla loro salute¹². Uno studio italiano ha rilevato che l'8,4% delle persone intervistate ha riportato che le proprie famiglie erano a rischio di insicurezza alimentare prima del COVID-19 e sei mesi dopo l'inizio della pandemia tale percentuale era salita al 16,5%¹³.

Altrettanto preoccupanti sono **gli effetti del COVID-19 sulla salute mentale**¹⁴ di bambini/e, adolescenti e dei genitori, come già illustrato in profondità nella precedente edizione dell'Indice (CESVI, 2021). Indubbiamente il COVID-19 ha prodotto un trauma collettivo – an-

cora da definire puntualmente – che ha peggiorato la salute mentale della popolazione mondiale. La paura e l'ansia legati al timore di contagiarsi, o all'aver contratto la malattia, l'isolamento sociale, peggiorate condizioni socio-economiche dovute alla pandemia hanno creato un contesto che ha favorito i problemi di salute mentale. Per quanto si tratti indubbiamente di un trauma che ha colpito tutta la popolazione mondiale, la fascia di età tra i 18 e i 24 anni è particolarmente a rischio di avere problemi di salute mentale a causa di alti tassi di disoccupazione e di una maggiore insicurezza economica. La salute mentale di bambini/e e di giovani era comunque fonte di preoccupazione già nel periodo precedente alla pandemia: secondo l'UNICEF, più del 13% di bambini/e e adolescenti tra i 10 e i 19 anni ha un disturbo mentale diagnosticato; il 40% dei quali sono legati all'ansia, il suicidio è per gli adolescenti nella fascia d'età 15-19 anni tra le prime cinque cause di morte; la terza per le ragazze e la quarta per i ragazzi, mentre in Europa occidentale è la seconda causa di morte fra gli adolescenti nella fascia di età 15-19 anni. Le percentuali più elevate di problemi di salute mentale tra i giovani si riscontrano in Medio Oriente e Nord Africa, in Nord America e in Europa occidentale¹⁵.

Malgrado la gravità del problema, storicamente non si investe abbastanza nei servizi per la salute mentale di bambini/e e adolescenti. Lockdown, quarantene, chiusure delle scuole e l'interruzione della normale routine, nonché eventuali familiari morti o malati di COVID-19, hanno creato una mancanza di sicurezza a 360 gradi per adolescenti e bambini/e e, secondo una revisione della letteratura condotta su numerosi studi sul tema, è stato rilevato che benché la proporzione di bambini/e che hanno avuto problemi di salute mentale per via del COVID-19 durante la pandemia cambi da Paese a Paese, in generale è comunque probabile che la pandemia stia peggiorando la salute mentale dei giovani¹⁶.

Anche **in Italia ci sono segnali preoccupanti di malessere psicologico nei bambini/e e soprattutto negli adolescenti**.

Uno studio condotto durante il lockdown ha riportato che studenti e studentesse dai 13 ai 20 anni riportavano una serie di difficoltà quali: problemi a mangiare (14%), irregolarità del battito cardiaco (19%), pianto frequente (34%), o ulteriori segni di stress patologico. Vi è una differenza di genere e di collocazione geografica: per le ragazze e gli/le adolescenti in zona rossa questi sintomi tendevano a essere più gravi¹⁷.

Lo studio *Sleep disorders reveal distress among children and adolescents during the COVID-19 first wave: results of a large web-based Italian survey* ha rilevato che durante la prima ondata di COVID-19 in Italia, il 69,3% dei bambini/e ha avuto difficoltà nell'addormentarsi, il 30,2% nel rimanere addormentati e il 18,7% ha avuto incubi e terrori notturni. Maggiori disturbi del sonno sono stati collegati a fattori quali lo stato socioeconomico familiare, l'eventuale perdita del lavoro da parte dei genitori, l'insicurezza alimentare, la mancanza di svago all'aperto¹⁸.

Inoltre, secondo dati riportati da SINPIA, in Italia, **nei primi nove mesi del 2021 si è superato il numero totale di ricoveri per disturbi psichiatrici di bambini e adolescenti negli ospedali italiani del 2019**. Le diagnosi che sono più in aumento nel 2021 sono il discontrollo degli impulsi, l'autolesività, e i disturbi del comportamento alimentare¹⁹.

Comportamenti "negativi" (esplosioni di rabbia, violenza) collegati a problemi di salute mentale di bambini/e e adolescenti possono essere causa di stress per i genitori, influenzando quindi sul rischio di maltrattamento.

Fattori protettivi come un buono status socio-economico della famiglia consentono di minimizzare/moderare l'esternalizzazione di problemi di salute mentale, mentre difficoltà e condizioni di vita complesse tendono a esacerbare l'esternalizzazione dei problemi di salute mentale di bambini/e. Problemi economici e lavorativi sono stati inoltre associati all'instabilità e/o alla negatività dell'umore dei bambini/e, a comportamenti non collaborativi, e alla rabbia.

Naturalmente, i bambini/e con vulnerabilità preesistenti hanno avuto maggiori problemi: per esempio, bambini/e autistici, con ADHD e con disabilità hanno avuto maggiori problemi comportamentali come risultato dello stress dovuto al lockdown e alla pandemia in generale²⁰.

Per quanto riguarda invece **la salute mentale dei genitori**, durante la pandemia è possibile che sia **aumentato il parental burnout**, una condizione di alti livelli di stress dovuta allo squilibrio tra i numerosi compiti collegati all'essere genitori e le risorse a disposizione dei genitori per poter assolvere ai propri obblighi genitoriali. È stato dimostrato che in simili situazioni è più probabile che i bambini/e vengano maltrattati anche in presenza di fattori protettivi quali per esempio il livello di reddito o di istruzione²¹. La letteratura in materia ha rilevato un aumento di depressione nei genitori, che rappresenta un fattore di rischio

per il maltrattamento infantile: uno studio condotto in Israele ha indicato un aumento del livello di depressione tra i genitori che avevano livelli di depressione più elevati prima del COVID-19 con un aumento di comportamenti aggressivi nei confronti dei loro figli²². Un altro studio, norvegese, riporta che quasi il 25% dei genitori ha indicato di soffrire di ansia e depressione clinicamente significative durante la pandemia, con problematiche più intense per coloro che hanno rispettato il distanziamento sociale²³. Studi USA hanno inoltre rilevato che il livello di stress dei genitori durante la pandemia è aumentato, condizione che, soprattutto se combinata con il consumo eccessivo di alcool, favorisce uno stile genitoriale orientato alle punizioni verso bambini/e che possono in alcuni casi sfociare in maltrattamento²⁴.

Nel caso dell'Italia, secondo lo studio *Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic* le misure di confinamento hanno avuto un impatto negativo sui genitori, e quindi sui bambini/e, ma è anche importante sottolineare che buona parte dei genitori coinvolti nello studio (il 49%) hanno invece riportato miglioramenti nella relazione con i propri figli/e dovuta per esempio al fatto di avere passato più tempo insieme²⁵. Per esempio si sa che un maggiore coinvolgimento dei padri nelle attività di cura di figli/e – che in alcuni casi si è verificato durante la pandemia²⁶ – diminuisce la probabilità di maltrattare figli/e²⁷ e che **un maggiore coinvolgimento nella cura avrebbe anche un effetto positivo sulla salute mentale dei padri**. La ricerca *Caregiving as suicide-prevention: an ecological 20-country study of the association between men's family carework, unemployment, and suicide* ha dimostrato infatti che la mortalità di suicidio per gli uomini è legata ai loro comportamenti nella vita privata e, in particolare, a un basso coinvolgimento nel lavoro di cura familiare. Nei Paesi dove gli uomini sono maggiormente coinvolti nel lavoro di cura familiare i tassi di suicidio sono infatti più bassi²⁸.

Il probabile peggioramento globale della salute mentale delle persone e dei bambini/e rappresenta un fattore di rischio significativo per il maltrattamento che potrebbe avere un impatto molto serio a lungo termine, anche sulle generazioni future che diventeranno genitori nei prossimi decenni.

Nel breve termine, problemi di salute mentale di genitori e figli/e possono invece creare una situazione di instabilità nella vita familiare che non permette a bambini/e di sviluppare il proprio potenziale.

3.1.2 L'(IN)SICUREZZA IN FAMIGLIA: VIOLENZA DOMESTICA E VIOLENZA ASSISTITA

La violenza di genere, e la **violenza contro le donne** in particolare, ha raggiunto livelli tali da poter essere assimilata anch'essa a una pandemia: nel mondo circa il 30% delle donne sono state vittime di violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner o di violenza sessuale da parte di non partner nel corso della loro vita e il 27% delle donne tra i 15 e i 49 anni che hanno avuto relazioni hanno riportato di aver subito una qualche forma di violenza da parte del proprio partner. In Europa, circa il 22% di donne che hanno o hanno avuto partner (nei paesi a alto reddito) hanno subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner. Si tratta di numeri preoccupanti, in quanto la violenza contro le donne ha un impatto negativo rilevante sulla salute fisica e mentale delle vittime²⁹.

Il maltrattamento all'infanzia ha numerosi fattori di rischio che si sovrappongono a quelli della violenza domestica, definita come "modello di comportamento aggressivo e coercitivo, che comprende atti di violenza fisica, sessuale e psicologica e coercizione di tipo economico, attuato da individui adulti o adolescenti contro il partner senza il suo consenso"³⁰.

Durante la pandemia, secondo la letteratura in merito, anche se non ci sono ancora dati definitivi, e la situazione può variare da Paese a Paese, si può ipotizzare che il rischio di violenza contro le donne e quindi anche di violenza domestica sia aumentato: infatti, una delle tattiche più frequentemente usate da chi abusa è proprio l'isolamento e il distanziamento delle vittime dalle loro reti sociali e di supporto, una situazione che i lockdown e le quarantene hanno certamente favorito³¹.

Numerose sono state infatti **durante la pandemia le fonti di tensione tra coppie e nelle famiglie**: la forzata coabitazione, il dover in caso seguire l'istruzione online di figli/e, la necessità di dividersi il lavoro domestico (il 28% degli uomini e il 43% delle donne in Italia hanno riportato tensioni riguardo alla divisione dei compiti relativi al lavoro domestico e di cura)³² e eventuali problemi economici. Situazioni di stress familiare che in determinati contesti possono essere sfociati in violenza e reso l'abitazione un luogo non sicuro per le donne e i loro figli. I dati relativi a pandemie e disastri naturali avvenuti in passato indicano che in situazioni di crisi aumentano sia la prevalenza che la gravità della violenza di genere, soprattutto violenza sessuale e violenza domestica, nonché la violenza contro bambini/e³³.

A livello di percezione dell'impatto del COVID-19 sulla violenza domestica, i dati riportati dalle Nazioni Unite rilevano che una donna su quattro ha affermato che il

COVID-19 ha aumentato il proprio sentimento di insicurezza in ambito domestico e tra i motivi del maggiore sentimento di insicurezza sono stati citati il verificarsi o la minaccia di violenza fisica (21% delle donne intervistate) e la vittimizzazione di altre donne che fanno parte del nucleo familiare³⁴.

Una recente ricerca dell'Eurobarometro ha rilevato che tra l'11% e il 16% delle donne europee intervistate conosce personalmente donne che hanno vissuto una qualche forma di violenza durante la pandemia; il 14% ha riferito di avere conoscenti o familiari che sono state vittime di violenza domestica³⁵.

Per quanto non si possa ancora definire con certezza **l'impatto effettivo del COVID-19 sulla violenza domestica**, i primi mesi della pandemia hanno registrato in Spagna un aumento del 47% delle chiamate alla hotline per vittime di violenza domestica nella prima metà di aprile 2020 rispetto allo stesso periodo nel 2019, mentre in Francia dopo un mese di lockdown c'è stato un aumento dell'89% delle chiamate a una hotline contro il maltrattamento infantile rispetto alle chiamate avvenute l'anno precedente³⁶.

I dati riportati dall'Istat relativi alle chiamate al numero 1522 evidenziano che le restrizioni alla mobilità che sono state adottate per contenere la pandemia si sono tradotte, nei primi nove mesi del 2020, in un aumento delle segnalazioni di violenza in cui la vittima si è sentita in pericolo di vita per sé o per i propri cari (3.583 chiamate nel 2020 e 2.663 nel 2019). Negli stessi mesi del 2021, invece, di pari passo con la riduzione delle restrizioni alla mobilità sono diminuite le segnalazioni di violenza in cui la vittima percepiva pericolo imminente, che sono scese a 2.457³⁷. Nel corso del 2020 e del 2021, sono state circa 15.000 le chiamate al 1522, soprattutto per violenza psicologica e fisica³⁸.

Per quanto riguarda invece i dati delle forze di polizia, è stato rilevato un calo delle denunce per maltrattamenti, stalking e violenza sessuale del 20% durante il lockdown e un aumento pari al 50% in seguito. L'iniziale diminuzione della violenza è probabilmente dovuta al fatto che un maggiore confinamento in casa ha consentito maggiore controllo da parte del partner/convivente³⁹.

Infine, delle 116 donne uccise nel 2020, il 92,2% è stata uccisa da una persona conosciuta e in più della metà dei casi le vittime sono state uccise dal partner attuale (51,7% dei casi) e nel 6% dei casi da un partner precedente⁴⁰.

La violenza domestica – nel caso in famiglia ci siano

bambini/e – comporta anche il rischio di **violenza assistita intrafamiliare**, che secondo la definizione del CI-SMAI, consiste “Inell’esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale e economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori”⁴¹. La violenza assistita intrafamiliare può quindi essere diretta, quando avviene in presenza del bambino/a oppure indiretta, per cui il bambino/a sa che avviene anche se non ne è testimone. Secondo l’OCSE, le stime relative all’esposizione di bambini/e alla violenza domestica sono tra il 14% e il 28%, mentre le famiglie nelle quali avvengono episodi di violenza domestica hanno una probabilità doppia di includere bambini/e, soprattutto se sotto i 5 anni di età⁴². In Italia, secondo dati Istat, circa il 50% dei figli assistono alla violenza, mentre il 10% invece la subisce⁴³. La violenza assistita è una forma di maltrattamento in-

fantile, con tutti gli effetti negativi che si riscontrano in bambini/e che sono abusati e trascurati⁴⁴; tra di essi vi sono la sindrome da stress post-traumatico e comportamenti aggressivi e antisociali nel corso della vita⁴⁵. La violenza domestica e la violenza assistita fanno quindi della casa e della famiglia, la sfera più vicina al bambino/a, un posto insicuro, in cui i bambini/e possono avere difficoltà a soddisfare i bisogni fondamentali di protezione, prevedibilità e sicurezza nell’ambito di un contesto, quello pandemico, già insicuro e precario per sua natura. La Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell’Autorità Garante dell’Infanzia e dell’Adolescenza ha evidenziato il fatto che a livello pubblico non vi è ancora sufficiente consapevolezza su cosa sia la violenza assistita e raccomanda, al fine di eradicare il fenomeno, di puntare sull’educazione dei ragazzi e delle ragazze riguardo alla parità e all’uguaglianza di opportunità, uno strumento che può effettivamente prevenire la violenza⁴⁶.

3.1.3 L’(IN)SICUREZZA ECONOMICA

Il COVID-19 ha comportato in generale un crollo dell’occupazione in tutta Europa con la perdita di quasi un milione di posti di lavoro in Italia durante le prime fasi della pandemia e poi un successivo miglioramento⁴⁷. **La perdita di lavoro è considerato un fattore di rischio importante per il maltrattamento**⁴⁸. Nel nostro paese nel 2020 è anche aumentata la povertà assoluta: vivono in condizione di povertà assoluta poco più di due milioni di famiglie (il 7,7% delle famiglie; erano il 6,4% del 2019) e più di 5,6 milioni di individui (9,4% da 7,7% nel 2019). È molto alta l’incidenza della povertà assoluta tra i cittadini stranieri residenti: 29,2% contro il 7,9% per gli italiani. Sono invece 1,3 milioni i minori che vivono in povertà assoluta⁴⁹.

I dati sono preoccupanti, dal momento che la **povertà rappresenta un fattore di rischio per il maltrattamento infantile**, anche se è bene ricordare che il maltrattamento avviene trasversalmente in famiglie povere come in famiglie abbienti. L’effetto della povertà sul maltrattamento non si limita però alla povertà familiare: secondo la letteratura in materia, la povertà di un quartiere è il fattore predittivo più significativo di maltrattamento infantile⁵⁰. Nascere in un quartiere caratterizzato da un elevato livello di povertà (tra il 20% e il 39,9% dei residenti che vivono povertà) è stato associato a un maggiore numero di esperienze avverse dell’infanzia riportate entro i 15 anni di età⁵¹.

Peraltro, data la relazione tra violenza domestica e

maltrattamento di bambini/e è importante sottolineare come **vivere in quartieri poveri influenzi anche i tassi di violenza domestica**: secondo uno studio condotto a Valencia, in Spagna, i quartieri caratterizzati da bassi livelli di reddito e di istruzione combinati a un’alta mobilità residenziale e criminalità hanno in generale livelli elevati di violenza domestica che possono inoltre persistere nel lungo periodo⁵².

A seguito della pandemia sono anche aumentate la disuguaglianza economica e l’instabilità economica di molte famiglie. Nel nostro paese Oxfam stima che nel primo anno di pandemia sia cresciuta la concentrazione della ricchezza⁵³: le società nelle quali il livello di disuguaglianza economica e sociale è più elevato mettono a maggiore rischio la sicurezza dei bambini/e, e, come dimostra una ricerca svolta negli USA, **elevati tassi di disuguaglianza economica si traducono in maggiore incidenza del maltrattamento infantile**⁵⁴. Infine, un maggiore livello di instabilità economica⁵⁵ costituisce un elemento di insicurezza per adulti e per bambini/e, anche perché spesso comporta un’atmosfera familiare caotica.

In letteratura, l’instabilità economica – soprattutto delle famiglie già povere – è riconosciuta come un fattore di rischio per il maltrattamento⁵⁶ e, secondo uno studio recente, determinati aspetti dell’instabilità economica dovuti al COVID-19, come la riduzione del reddito e la perdita del lavoro, possono amplificare il rischio di ag-

gressioni fisiche gravi e molto gravi verso i bambini/e⁵⁷. L'instabilità economica, secondo una ricerca statunitense, incrementa infatti i livelli di cortisolo nei bambini/e; alti livelli di cortisolo ripetuti nel tempo creano problemi a livello di salute fisica, e di sviluppo cognitivo e socio-emotivo. A loro volta questi problemi possono rendere bambini/e più vulnerabili al maltrattamento⁵⁸. Per contrastare l'insicurezza e l'instabilità generate da

3.1.4 L'(IN)SICUREZZA E LA COESIONE SOCIALE

La pandemia ha messo in luce e esacerbato le ingiustizie sociali, ha contribuito a creare una situazione di maggiore isolamento delle persone e delle famiglie, e ha quindi favorito la creazione di un contesto potenzialmente favorevole al maltrattamento. In questa situazione diventa complesso soddisfare i bisogni di sicurezza di bambini/e e delle persone adulte e moderare al tempo stesso i fattori di rischio di maltrattamento di donne e bambini/e. **Aumentare la coesione sociale**⁵⁹ può essere un antidoto a questo stato di cose, in quanto essa rappresenta per tutti i/le componenti della società un elemento di sicurezza: comunità caratterizzate da una forte coesione sociale possono ridurre il rischio di violenza e quindi potrebbero contribuire a una diminuzione del maltrattamento infantile⁶⁰. Tuttavia, il report *Social Cohesion and Well-being in Europe*⁶¹ ha riportato che nei Paesi dell'area del Mediterraneo la coesione sociale è ancora bassa: questi Paesi, Italia inclusa, sono ancora in difficoltà dopo la crisi economica e non sono tornati ai livelli di coesione sociale precedenti la crisi. Si può ipotizzare che il COVID-19 abbia peggiorato la situazione e possa aver ulteriormente diminuito la coesione sociale in Europa, con tensioni dovute alle disparità di reddito e a maggiori tassi di disoccupazione⁶².

Rafforzare i sistemi di previdenza sociale, prevedere misure di sostegno al reddito che limitino la mobilità verso il basso e le disparità di reddito sono pertanto misure che possono contribuire a aumentare la coesione sociale.

Per quanto riguarda in particolare il contesto della pandemia, benché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)⁶³ includa provvedimenti di questo tipo, il ridimensionamento dei sistemi previdenziali a cui si sta assistendo negli ultimi anni potrebbe invece diminuire la coesione sociale e il sentimento di sicurezza delle persone. È necessario considerare inoltre le disparità territoriali: in Italia, i livelli di coesione sociale variano tra regioni del Centro-Nord e del Mezzogiorno: quelle con

povertà, disoccupazione e disuguaglianza economica si rendono urgenti interventi di supporto al reddito delle famiglie e sostegno all'occupazione. Questi strumenti, moderando lo stress dei genitori, diminuiscono le probabilità di maltrattamento e al tempo stesso incrementano il sentimento di sicurezza e stabilità delle famiglie e di bambini/e.

livelli di coesione sociale molto alta, sia per il 2018 che per il 2020 sono infatti il Trentino-Alto Adige, la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia, e l'Emilia-Romagna, mentre le regioni con i minori livelli di coesione sono la Basilicata, la Campania, la Puglia, la Sardegna, la Sicilia e la Calabria⁶⁴.

Per garantire la soddisfazione dei bisogni di sicurezza delle persone è anche importante **promuovere il capitale sociale**. Esistono numerose definizioni di questo concetto, che spesso viene incluso nella definizione di coesione sociale. Esso può essere definito come l'"[il] insieme di aspetti della vita sociale, quali le reti relazionali, le norme e la fiducia reciproca, che consentono ai membri di una comunità di agire assieme in modo più efficace nel raggiungimento di obiettivi condivisi"⁶⁵. In letteratura è stato osservato che il capitale sociale influenza diversi aspetti della vita delle persone. Un capitale sociale consistente (ampie reti di amicizie e conoscenze, rapporti di buon vicinato, ecc.) può avere un effetto positivo sullo stress di una persona. Se le persone e le famiglie hanno un buon capitale sociale, sanno di poter ricevere e dare sostegno in caso di bisogno, aumenta l'autostima e tutti gli altri aspetti pro-sociali che da un lato riducono lo stress e dall'altro creano una spinta sociale che induce le persone a prendersi cura di sé stesse e dei propri figli/e.

Il capitale sociale quindi rinforza le famiglie nei momenti di stress che potrebbero sfociare in maltrattamento infantile; se in generale i genitori che maltrattano hanno reti sociali tra pari meno estese e sono più isolati dal punto di vista sociale⁶⁶.

Uno studio ha rilevato che a ogni aumento di 1 punto dell'indice del capitale sociale è associata una diminuzione del 30% delle probabilità di trascuratezza, di comportamenti dei genitori particolarmente rigidi a livello psicologico, e violenza domestica⁶⁷. Un buon capitale sociale ha anche contribuito a limitare i contagi durante la pandemia: uno studio europeo che include anche

L'Italia ha dimostrato che "un aumento della deviazione standard del capitale sociale porta tra il 14% e il 34% in meno di casi di COVID-19 pro capite accumulati da metà marzo fino alla fine di giugno 2020, e tra il 6% e il 35% in meno di morti in eccesso pro capite"⁶⁸. Un altro studio sulle province italiane ha rilevato che dove il capitale sociale civico è più alto i contagi sono stati minori⁶⁹.

Fattori come unità familiare, salute della comunità, salute istituzionale e efficacia collettiva determinano inoltre maggiori tassi di vaccinazione e un uso più costante e attento delle mascherine. Queste ricadute positive del capitale sociale a livello sanitario influenzano positivamente la sicurezza di bambini/e e degli adulti rispetto al virus come minaccia alla propria salute fisica e mentale.

Una buona rete sociale nel quartiere in cui si vive, oltre a arricchire il capitale sociale delle famiglie sostenendo i genitori nella quotidianità, può anche svolgere una funzione di **controllo sul comportamento dei genitori**, con un effetto deterrente sul maltrattamento infantile. Un approccio da parte dei vicini di casa protettivo nei confronti di bambini/e e volto a calmare il genitore è stato associato a una minore probabilità di abusi fisici molto gravi contro i bambini/e⁷⁰, e una mancanza di relazioni con i vicini può essere associata a una maggiore probabilità di ricorrere alle punizioni corporali⁷¹.

Se buoni livelli di coesione sociale e di capitale sociale possono avere un effetto protettivo sulla salute e sui livelli di stress delle persone e quindi potenzialmente sul maltrattamento⁷², il distanziamento fisico e sociale durante lockdown e quarantene ha comportato in generale un aumento delle disuguaglianze (sociali, economiche, ecc.) e una diminuzione delle interazioni sociali. Non è ancora possibile affermare con certezza che la coesione sociale e il capitale sociale siano diminuiti, e eventualmente di quanto, come conseguenza del COVID-19, ma l'adozione di provvedimenti a favore del rafforzamento della coesione sociale e dunque del capitale sociale possono rappresentare un importante passo

3.1.5 LE BUONE PRATICHE

Il COVID-19 ha generato una sensazione diffusa di insicurezza, e questa, declinata nelle sue varie forme (insicurezza economica, insicurezza riguardo alla salute, insicurezza in famiglia e nella comunità) può aumentare il rischio di maltrattamento di bambini/e. Per le persone adulte come per i bambini e le bambine, promuovere la sicurezza non dipende solo da risorse e capacità individuali, ma dipende anche dal contesto sociale e eco-

per contrastare i sentimenti di insicurezza e precarietà collegati alla pandemia⁷³. Almeno nel nostro Paese, dati del 2020 rilevano che la quota di popolazione che ha parenti, amici o vicini su cui contare rimane comunque stabile rispetto al 2019 e comunque elevata, essendo pari all'81,6%⁷⁴.

È anche importante valutare il possibile **impatto della chiusura delle scuole e della didattica a distanza** sul capitale sociale di bambini/e: le conoscenze possono essere trasmesse e apprese attraverso la tecnologia, a seconda delle condizioni soggettive degli studenti e delle studentesse (accesso a dispositivi digitali, internet, supporto da parte di genitori, ecc.)⁷⁵, ma si può supporre, anche in base ai disagi psicologici sofferti da alcuni bambini/e, che sia stato più difficile per bambini/e e adolescenti mantenere e eventualmente ampliare le proprie reti sociali e il loro capitale sociale durante le quarantene e i lock-down. Dalle interviste svolte nell'ambito dell'elaborazione di questa edizione dell'Indice (paragrafo 3.2), è anche emerso soprattutto per gli adolescenti che frequentano le scuole superiori una tendenza, in alcune famiglie (soprattutto con status socio-economico basso) a **non rispettare l'obbligo di frequenza scolastico**. In linea teorica, una frequentazione della scuola saltuaria potrebbe tradursi nel medio lungo periodo in un livello di istruzione minore (possibile fattore di rischio per il maltrattamento) e in reti sociali meno estese, che, come abbiamo visto, possono essere un fattore di rischio per il maltrattamento. Il tutto potrebbe anche essere aggravato dall'aumento della disuguaglianza in termini di istruzione dovuto alla pandemia. Il tema della socialità per i bambini/e e adolescenti durante la pandemia è stato anche affrontato dalla Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che tra le sue raccomandazioni include la necessità di creare spazi virtuali che creino legami e rafforzino tra pari⁷⁷.

nomico, dalla coesione sociale e dal capitale sociale di famiglie e bambini/e e delle comunità in cui vivono. Per questo motivo, in questa sezione, ci siamo concentrati su buone pratiche volte a aumentare la coesione sociale e il capitale sociale delle persone e delle comunità.

In Canada, **il programma KIDS FIRST**, implementato in nove aeree nella provincia di Saskatchewan, si rivolge a famiglie di ogni estrazione culturale (famiglie native in-

cluse) considerate a rischio. KIDS FIRST fornisce servizi di assistenza a coloro che lavorano con famiglie a alto rischio per garantire che ai bambini/e tra gli 0 e i 5 anni sia garantito un ambiente familiare e comunitario attento alle loro esigenze. Le visite a domicilio per supportare i genitori sono una parte essenziale del programma, e hanno avuto l'effetto positivo non solo di aiutare le singole famiglie, ma anche di rafforzare il tessuto comunitario e di coltivare il capitale sociale comunitario creando relazioni strette tra chi compie visite a domicilio e le famiglie che partecipano al progetto. Il programma ha creato consapevolezza nella comunità delle problematiche delle famiglie e dei bambini/e rafforzando le relazioni tra le famiglie e le istituzioni locali e la comunità in generale⁷⁶.

Con il progetto **Social renovation in Overvecht**, a Utrecht, la coesione sociale a livello di quartiere è stata promossa attraverso la ristrutturazione di condomini nel quartiere di Samen voor Overvecht, un'area deprivata dal punto di vista sociale e economico. Il progetto ha previsto la ristrutturazione di condomini accompagnata da attività che si pongono l'obiettivo non solo di migliorare le condizioni abitative di coloro che vivono nel quartiere, ma anche le loro condizioni di vita, favorendo le interazioni e gli scambi tra coloro che vivono nel quartiere e la messa a disposizione di un appartamento e di un'auto per svolgere attività comuni. Il progetto, ancora

in fase di valutazione, dovrebbe avere un impatto positivo sulla salute fisica e mentale, sullo stress, e sulla sicurezza percepita degli abitanti.⁷⁸ Agire sui quartieri e aumentarne la coesione sociale sembra avere anche ricadute positive per la salute di bambini/e, anche se non è ancora del tutto chiaro quali siano i meccanismi attraverso i quali questo può avvenire⁷⁹.

In Italia, il progetto **Famiglia e capitale sociale**, attivato dalla Fondazione Famiglia Materna attraverso il Centro Freeway Alto Garda (servizio socio-educativo 0-6 anni) si è posto invece l'obiettivo di creare una rete tra soggetti pubblici e privati (profit e non profit), rendere protagoniste le famiglie e al tempo stesso promuovere l'innovazione dei servizi stessi. Le iniziative realizzate nell'ambito del progetto sono state rivolte al sostegno dei genitori nel loro ruolo educativo, per elaborare strategie di conciliazione tra famiglia e ridurre la precarietà e l'insicurezza economica e lavorativa: è stato avviato un gruppo di auto mutuo aiuto per genitori, un servizio di asilo nido per i figli di lavoratrici stagionali e si è lavorato sugli inserimenti lavorativi di madri disoccupate⁸⁰.

Come questi progetti dimostrano, una vita sicura, in cui bambini/e possano esprimere il loro potenziale e vedere rispettati i propri diritti, non può prescindere da condizioni sociali e economiche che sostengano la genitorialità e le famiglie.

3.2 LA SICUREZZA DELL'INFANZIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: L'OPINIONE DEI TESTIMONI PRIVILEGIATI

L'edizione 2022 dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia è la terza condotta all'insegna dell'emergenza COVID-19. In questo momento di apparente conclusione della pandemia e di grande insicurezza generale, i testimoni privilegiati⁸¹ ci restituiscono un dato generale di grande malessere collettivo che si sovrappone a quella che è stata definita come l'"emergenza

quotidiana" del maltrattamento all'infanzia già presente prima della pandemia, esacerbandola.

Le criticità legate alla pandemia sono quindi sentite oggi come ben più gravi, ampie e pervasive dei due anni precedenti e riguardano non solo i bambini/e, i genitori e le famiglie, ma anche gli operatori di tutto il sistema dei servizi preposti alla cura e maltrattamento dell'infanzia.

3.2.1 LE BUONE PRATICHE

L'isolamento durante la pandemia ha rappresentato una condizione ai limiti della disumanità soprattutto per bambini/e e adolescenti, causando un vero shock temporale che ha come cristallizzato la loro crescita per due anni. Il rientro alla normalità si sta ora manifestando in modo brusco, quasi a voler recuperare il tempo perduto, come se si dovesse scaricare tutta l'energia accumulata nei mesi di isolamento, con forme diffuse di disagio psicologico rivolte sia verso sé stessi che verso gli altri. Soprattutto i preadolescenti e gli adolescenti nella fascia 12-18 hanno patito questa sofferenza psicologica, non solo per la mancanza di relazione e l'isolamento, ma anche per l'esposizione a carichi di ansia e di paura loro trasmessi dalle famiglie.

Gli esperti/e sono concordi nel riconoscere in questo momento un crollo psicologico collettivo già previsto sin dall'inizio della pandemia e che si sta puntualmente verificando senza accennare a diminuire. I pronto soccorso pediatrici ad esempio registrano tuttora, a emergenza pandemica rientrata, un incremento ben visibile di ricoveri quotidiani per stati ansiogeni negli adolescenti, spesso vere e proprie crisi psicotiche oltre a aumenti preoccupanti di tentativi di suicidio tra i giovani e in qualche caso tra i giovanissimi, quando non proprio suicidi. Casi che rappresentano un malessere ben più diffuso che raggiunge trasversalmente anche ragazzi/e di famiglie non problematiche.

Molti ragazzi e ragazze manifestano infatti sintomi depressivi e forti tendenze all'isolamento, diversi non vogliono più uscire di casa o rientrare a scuola, per non affrontare la vista e dunque il giudizio dei coetanei.

Il malessere dei giovani assume criticità diverse in relazione ai territori. Al Nord i giovani hanno un vissuto di sofferenza psicologica e sociale superiore e più prolungata rispetto alle famiglie del Sud, legata alla repentina e

estesa diffusione della pandemia sin dall'inizio del 2020, che ha alimentato stress da lutti, paure e angosce sia personali che familiari. Questa concentrazione iniziale della crisi pandemica nell'area settentrionale del Paese ha rappresentato un vero e proprio shock emotivo, dal quale i giovani adesso non riescono ancora a riprendersi anche a causa delle paure e ansie legate anche alla guerra Russia-Ucraina. Nelle aree meridionali del Paese invece la criticità maggiore direttamente riconducibile alla pandemia è legata soprattutto alla disponibilità di risorse economiche e alla crisi occupazionale nelle famiglie e si va a sovrapporre a una situazione di vulnerabilità sociale e economica strutturale già ben presente prima della crisi.

Anche i cambiamenti nelle abitudini alimentari restituiscono indizi diversi del malessere dei giovani: casi di aumento di obesità nei bambini/e e nei preadolescenti sono osservati in alcune aree del Sud Italia, altri disturbi alimentari quali l'anoressia e la bulimia sono in aumento invece soprattutto nelle regioni del Nord. Ovunque i disturbi ossessivi, spesso comparsi durante la pandemia, non accennano a ridursi, ma lasciano ipotizzare che stiano ancora aumentando, mentre i numerosi comportamenti autolesionistici osservati mostrano la necessità dei e delle giovani di imporre a sé stessi quella sensazione di controllo che non riescono a trovare nel mondo circostante e che gli adulti non aiutano a far loro trovare. Queste ansie si esprimono quindi in forti rabbie interiori che, quando non sono rivolte verso sé stessi, trovano sfogo all'esterno della famiglia, nelle rispettive relazioni sociali, in comportamenti aggressivi e violenti, sia a scuola che in altri luoghi frequentati. Tra le varie manifestazioni di aggressività si osserva soprattutto tra i maschi un aumento dei reati commessi da minori verso altri minori (rapine, bullismo, risse, baby gang, molestie anche

sessuali ecc.), compresi i reati informatici con anche i minori vittime, oltre a un incremento di casi di violenze da ex partner su ragazze minorenni anche a seguito di abuso di sostanze stupefacenti. Per molte ragazze lo stesso disagio invece viene spesso introiettato e non espresso, rendendosi in qualche modo "trasparenti", con il rischio che il loro malessere non venga individuato né, tanto meno, curato.

Il comportamento a scuola è un ulteriore indicatore di disagio, soprattutto tra i più grandi: i tassi di assenteismo o di frequenza intermittente sono aumentati, mentre la partecipazione alle lezioni è condizionata da una bassa soglia di attenzione, scarsa concentrazione e sonnolenza anche alimentata da un uso notturno compulsivo dei device elettronici.

Su questo dato generalizzato e complessivo di disagio si inseriscono poi le situazioni di particolare vulnerabilità sociale e di maltrattamento che peggiorano la sicurezza psicologica e sociale dei giovani e dei bambini/e. Basti pensare a casi specifici come i bambini/e già traumatizzati da esperienze in famiglie problematiche, come quelli con i genitori in carcere o che vivono con disabili o casi psichiatrici, fino a arrivare ai bambini/e vittime di violenza assistita. Per quanto non vi siano ancora statistiche inequivocabili, le forze dell'ordine stanno monitorando un considerevole aumento del numero dei minori testimoni o vittime indirette dei casi di violenza domestica, a causa del confinamento che li ha resi più spesso partecipi di quanto accadeva e che ha aumentato le occasioni di maltrattamento. Anche per questi bambini/e la frequente internalizzazione del disagio, più spesso osservata nelle femmine, fa correre loro il rischio di non essere adeguatamente curati. Nell'esperienza degli operatori/trici, occorre inoltre tenere conto di come la pandemia incida anche sul peggioramento delle dinamiche dell'emersione della violenza assistita a seconda dei ceti sociali. Nelle fasce più vulnerabili vi sono infatti maggiori possibilità di individuare precoce-

mente situazioni di maltrattamento o di violenza grazie alla maggiore presenza dei bambini/e nei centri educativi pomeridiani. Nelle fasce sociali più abbienti la mancata frequentazione di questi servizi ritarda le possibilità di emersione dei casi di maltrattamento a quando i bambini/e sono più grandi e hanno maggiori capacità di chiedere aiuto autonomamente.

Un'altra criticità nell'emersione del maltrattamento all'infanzia e adolescenza riguarda ancora il riconoscimento corretto di un sintomo come la mancata concentrazione a scuola, che può indicare sia un disturbo di apprendimento, sia una situazione di maltrattamento o di violenza assistita, piuttosto che una conseguenza del trauma psicologico legato alla pandemia. Tre situazioni completamente diverse, che richiedono specifici percorsi di cura differenti e che necessitano di una adeguata preparazione tecnica da parte degli operatori/trici che effettuano la diagnosi. Il rischio di errori che possono portare a un indebito incremento di certificazioni DSA non solo fa mancare ai minori cure corrette, ma produce ulteriore disagio ai bambini/e che si sentono erroneamente "malati" quando invece il problema è riconducibile alle relazioni genitoriali o alle conseguenze sociali della pandemia.

Un ulteriore e diverso problema di sicurezza psicologica dei bambini/e e degli adolescenti riguarda invece il trauma psicologico subito dai minori profughi ucraini in fuga dalla guerra, spesso non accompagnati, che stanno arrivando in questi mesi in Italia e che richiedono misure straordinarie di accoglienza.

Se le criticità rilevate dagli operatori/trici in questo particolare momento sono all'insegna di una preoccupazione diffusa, si intravedono nei minori anche capacità cognitive e di resilienza importanti sulle quali investire e che emergono chiaramente durante i frequenti incontri organizzati nelle scuole con le forze dell'ordine o con magistrati su temi quali le fake news, il cyberbullismo o la legalità.

3.2.2 LA SICUREZZA NELLE RELAZIONI FAMILIARI

La pandemia ha comportato un forte malessere generalizzato nei genitori, in molti casi un vero e proprio crollo psicologico, soprattutto nelle madri, che nei contesti più fragili ha fatto perdere gran parte di quei piccoli progressi parzialmente osservati prima della pandemia.

Problemi contingenti e materiali come il carico del lavoro di cura dovuto alla mancanza dei servizi scolastici e per i disabili, la perdita del lavoro e una ridotta disponibi-

lità economica hanno contribuito in molti casi a esasperare questa situazione.

Oggi gli operatori e le operatrici osservano un ulteriore importante deterioramento del ruolo e delle **responsabilità genitoriali un po' in tutte le fasce sociali** evidente soprattutto nella forte difficoltà dei genitori nel fungere da filtro per i figli rispetto alle angosce prodotte dal mondo esterno. L'incapacità di comunicare nelle fami-

glie, già ben presente e conosciuta prima della pandemia, nel momento della crisi ha rappresentato in questo senso una grave carenza. Un esempio in tal senso si può oggi osservare nel modo con il quale le famiglie hanno affrontato il tema della guerra Russia-Ucraina con i figli: quelle più culturalmente attrezzate hanno offerto ai figli spiegazioni adeguate con parole opportune e calate nel contesto storico-politico, altre più vulnerabili hanno invece esposto i figli a discorsi angosciati e notizie trasmesse dai media senza alcuna protezione o difesa, mostrando una mancanza di consapevolezza e conoscenza dei tempi di sviluppo cognitivo e emotivo dei bambini/e.

Un altro sintomo evidente di questo deterioramento si può osservare nell'ulteriore peggioramento della **capacità di cura e accudimento genitoriale** con l'aumento della negligenza e trascuratezza dei bambini/e che vivono nelle famiglie più vulnerabili e che si sostanzia più in assenza che in comportamenti attivi: *"questi bambini/e per un anno non sono proprio stati visti nei loro bisogni"*, sia materiali che psicologici. Scuole e centri educativi delle zone più disagiate lamentano l'aumento dei casi di scarsa igiene personale, abbigliamento non adeguato e mancanza di materiale didattico, anche quando le famiglie ne siano state dotate direttamente dai servizi. In casi specifici e in zone di particolare degrado si è anche osservato un incremento importante dei casi di abbandono di minore da parte di madri molto giovani, in fuga dalle responsabilità genitoriali e da situazioni di maltrattamento, sull'impulso di nuove relazioni avviate durante la pandemia.

In alcuni casi sono emersi episodi di **ipercura ossessiva**, soprattutto legata all'igienizzazione dei bambini/e non vaccinati e al loro allontanamento da ogni opportunità di socializzazione, aumentando così in questi la percezione di allontanamento e rifiuto da parte dei genitori.

Anche **il mancato controllo da parte dei genitori dell'uso delle tecnologie e dei social** dei figli durante la pandemia ha avuto conseguenze ben più gravi che in tempi pre-pandemici, dal momento che all'aumento massivo nell'utilizzo delle tecnologie non è corrisposto un aumento da parte dei genitori della capacità, volontà o possibilità di gestirle. Soprattutto le lezioni online attraverso la DAD hanno aperto a bambini/e e adolescenti una finestra sul mondo non controllata dagli adulti e nella quale si sono riscontrati numerosi casi di adescamento online finalizzato alla pedo-pornografia. Questa insicurezza informatica dei minori ha colpito soprattutto i ragazzi appartenenti alle famiglie più vulnerabili e disagiate, non preparate alla gestione di un uso così libero e

intensivo di internet, come invece le famiglie più abbienti erano già abituate a fare.

Alcune iniziative meritorie da parte delle scuole nel gestire la sicurezza informatica degli studenti hanno comunque cercato di mitigare parzialmente questo pericolo.

Un altro segnale di indebolimento delle responsabilità genitoriali si è osservato nel forte aumento della **delega dei doveri genitoriali di accudimento** sia alle tecnologie (i videogiochi come babysitter), sia a altre persone, interne o esterne alla famiglia, oltre che ai servizi educativi, anche nella gestione del rapporto con le scuole.

La crisi di responsabilità genitoriale si è manifestata anche attraverso un accresciuto **venir meno del valore della scuola** come luogo di socializzazione, e **dell'istruzione come possibilità di potenziamento delle capacità dei bambini/e**. Un cambiamento osservato soprattutto nei genitori culturalmente più vulnerabili attraverso un evidente allentamento nel rispetto dell'obbligo scolastico. Oltre ai casi di vero e proprio abbandono, che sono aumentati, è peggiorata anche la puntualità nel rispettare gli orari scolastici e nell'applicare il protocollo di sicurezza contro il COVID-19, mentre la sicurezza sanitaria dei figli è stata certamente messa a maggiore rischio nel caso dei genitori no-vax.

L'elevato tasso di assenteismo, in alcune zone soprattutto del Sud già elevato, si è poi ulteriormente aggravato a causa dei timori legati all'emergenza pandemica che hanno indotto a assenze non giustificate.

Certamente un comprensibile stato di ansia e preoccupazione di genitori alle prese con **problemi economici e lavorativi** causati dalla pandemia contribuisce al degrado delle responsabilità genitoriali. Soprattutto nel Sud e nelle realtà territoriali più disagiate, la perdita del lavoro da parte di uno o entrambi i genitori ha rappresentato un importante fattore di esasperazione e malessere, soprattutto nei casi dei lavoratori irregolari o sottopagati in piccole attività di commercio, magari su strada, tutte bloccate nel periodo del lockdown e mai più riprese successivamente.

Un caso particolare, osservato con una certa frequenza, è stato quello delle dimissioni incentivate per le madri prima dello scadere del divieto di licenziamento. Il problema di trovare un altro lavoro per le madri è oggi legato non solo alla ripresa del commercio, ma anche delle attività domestiche a domicilio, particolarmente importanti per il lavoro di molte donne il cui stipendio rappresenta invece un elemento di sicurezza e sussistenza per le famiglie più disagiate.

La guerra e le conseguenti difficoltà sul rincaro del costo

dell'energia stanno inoltre impedendo a parecchi genitori, soprattutto madri delle fasce più vulnerabili, di trovare lavoro, dal momento che si sta rilevando la chiusura di attività a elevato consumo di energia.

Nel caso specifico dei **minori coinvolti nella violenza domestica** si assiste a dinamiche di sofferenza e criticità ben più esasperate rispetto alla situazione precedente la pandemia.

Se non si ha certezza dell'aumento statistico della violenza domestica in termini quantitativi, l'esperienza quotidiana delle forze dell'ordine, avvocati e magistrati rileva invece con certezza un aumento dell'efferatezza della violenza perpetrata sulle donne e, in via diretta o indiretta, sui bambini/e. L'isolamento ha infatti impedito alle donne vittime di violenza di alleggerire e compensare la pressione subita nel familiare attraverso le relazioni esterne alla famiglia, arrivando spesso all'esasperazione e alla rottura di situazioni prima considerate in bilico, ma gestibili. Durante la pandemia i servizi hanno quindi rilevato un maggiore utilizzo d'impulso dei canali di comunicazione di emergenza come il 1522 o le telefonate ai centri antiviolenza, ai quali però raramente sono

seguite denunce o percorsi di fuoriuscita che richiedono invece una volontà più meditata.

Durante la pandemia rompere legami violenti è stato ovviamente più difficile, sia per le donne economicamente non indipendenti che per quelle più agiate. In entrambi i casi infatti la disponibilità di risorse economiche ha rappresentato un fattore condizionante delle scelte ancora maggiore del solito. L'assenza di lavoro e la diminuzione delle probabilità di trovarlo durante la pandemia ha infatti indotto molte donne tra le più vulnerabili a rimandare i propositi di denuncia e a continuare a vivere nel contesto violento, ma anche nei ceti più abbienti la prospettiva di perdere privilegi economici e sociali e l'incertezza della situazione ha indotto molte donne vittime a forme di adattamento che hanno avuto impatto anche sui figli. In generale, la pandemia ha comunque inciso molto sulle prospettive di futuro delle donne vittime di violenza, che hanno abbassato molto le loro aspettative e hanno ridimensionato i loro progetti di vita, riducendone volontà di investire su sé stesse e su un progetto di vita di recupero del quale avrebbero beneficiato anche i loro figli.

3.2.3 LA SICUREZZA NELLE COMUNITÀ DEI SERVIZI TERRITORIALI

I servizi territoriali che agiscono su diversi piani sul benessere e la sicurezza dei bambini/e sono stati messi a dura prova durante la pandemia e a oggi si alternano esperienze di attività virtuose e innovative a altre che mostrano ancora ritardi e inadempienze. Una situazione di disomogeneità nella prestazione dei servizi già ben presente e conosciuta prima della pandemia che in questo momento di ripresa, se non ben individuata e risolta, produce un impatto assolutamente diverso, ingiustificato e discriminatorio sul diritto dei bambini/e al benessere e alla sicurezza psico-fisica.

Il sistema scolastico:

Molte scuole durante la pandemia hanno sviluppato una importante capacità di resilienza, attivandosi per superare ostacoli importanti e trovare soluzioni innovative, anche in collaborazione con altri soggetti del territorio (centri educativi, ASL, ecc.). Permangono però ancora troppe differenze all'interno del sistema scolastico, non solo nell'efficacia didattica, ma anche nella capacità di riconoscere e affrontare il disagio psicologico degli adolescenti e delle situazioni di violenza e maltrattamento domestico. Nel corpo insegnante si osserva ancora

troppa eterogeneità nei comportamenti, tra casi meritori e eccellenti e altri invece inadempienti o inadeguati. Una situazione già in essere che si è resa ancora più evidente e contraddittoria durante la pandemia. Le difficoltà del sistema scolastico sono state inoltre ulteriormente aggravate dal **venire meno del rapporto di fiducia tra le scuole e le famiglie**. Complice anche il degrado delle responsabilità genitoriali descritto nel paragrafo precedente, molte scuole lamentano oggi difficoltà di relazione con le famiglie che mettono in discussione continuamente l'affidabilità e l'attenzione dell'istituzione verso gli adolescenti. Il forte disorientamento delle famiglie nei rapporti con le istituzioni è anche spesso irrazionalmente guidato da manifestazioni emotive che paiono più valvole di sfogo di un malessere generale che una effettiva richiesta di intervento. Nei contesti disagiati e a rischio, la tensione tra famiglie e istituzioni scolastiche è spesso aggravata anche dal contrasto tra il modello educativo trasmesso dalla scuola e quello invece adottato dalle famiglie. Si possono comunque cogliere differenze tra le scuole dei piccoli centri o cittadine, nelle quali vi è un maggiore rapporto personale e un riconoscimento nonché controllo sociale e territoriale del corpo docente, e quelle nei grandi centri metropolitani, nei quali i rapporti

più impersonali si traducono in una maggiore diffidenza da parte dei genitori verso le istituzioni scolastiche.

Le scuole che registrano maggiore dispersione scolastica e con difficoltà a far rispettare l'obbligo di frequenza hanno cercato di rispondere offrendo numerose proposte pomeridiane sportive e altri progetti di interesse, riscontrando molta partecipazione, pur permanendo le difficoltà nel raggiungere gli studenti con i tassi di assenteismo più elevato che non si è riusciti a agganciare. Se molte responsabilità dell'assenteismo sono a carico dei genitori, certamente per le/gli adolescenti l'assenza di un sistema di servizi di mobilità e trasporto pubblico adeguati in diversi territori soprattutto del Sud ha rappresentato un ostacolo in più da superare.

In aggiunta, l'inefficacia degli strumenti giuridici preposti a far rispettare l'adempimento dell'obbligo scolastico rappresenta un problema istituzionale specifico attualmente in fase di valutazione.

L'esplosione della guerra Russia-Ucraina sta tuttavia mettendo a rischio il percorso di recupero della normalità intrapreso in alcuni contesti scolastici.

I centri educativi

La grande sfida educativa posta dalla pandemia ha portato a intensificare la collaborazione tra sistema scolastico e sistema dei centri educativi.

In molti casi questi hanno messo a disposizione le proprie strutture per consentire ai bambini/e delle famiglie più vulnerabili di poter seguire le lezioni in DAD che per vari motivi non potevano seguire nelle loro abitazioni.

I centri educativi nelle zone più disagiate hanno quindi rafforzato durante la pandemia il loro ruolo di alleati delle scuole e di mediatori con le famiglie, molte delle quali hanno delegato loro il rapporto con gli insegnanti. Un indicatore in questo senso è l'aumento della delega ad alcuni centri educativi da parte di famiglie e scuole dell'istruzione parentale grazie alla quale è stato possibile tentare di recuperare i casi a rischio di perdita dell'anno scolastico (soprattutto la licenza media ai pluriripetenti) attraverso forme di assistenza e tutoraggio mirato e individuale.

In diversi territori la pandemia ha inoltre spinto i comuni e centri educativi a co-progettare maggiormente insieme e a trovare soluzioni nuove per affrontare problemi e ostacoli impreveduti. Questa maggiore attività di collaborazione lascia pensare che sia in atto una forma di maggiore riconoscimento del valore del terzo settore nel territorio e di una capacità di promuovere l'inclusione e la coesione sociale di forte impatto e valore collettivo

anche attraverso un migliore riconoscimento dei rispettivi ruoli e ambiti di intervento.

Centri antiviolenza

I centri antiviolenza durante la pandemia sono stati anch'essi coinvolti nella gestione di diverse situazioni di emergenza, sia relativamente alle donne e minori già in carico, sia rispetto alle numerose richieste di aiuto ricevute. In molti casi la campagna di comunicazione nazionale ha indotto molte donne a rivolgersi ai centri antiviolenza anche solo per semplice conforto in un momento di difficoltà, oppure per chiedere aiuto sull'impulso dell'exasperazione, ma senza poi proseguire nel rapporto con i centri antiviolenza.

Per i casi, sia nuovi che vecchi, presi in carico dai centri antiviolenza la pandemia ha rallentato particolarmente il lavoro dei tribunali, che ancora oggi non sono riusciti a recuperare il ritardo accumulato e che in diversi casi critici rappresenta un reale rischio di incolumità sia per le madri che per i minori. Più in generale, il sistema di gestione dell'emergenza della violenza domestica e della protezione dei minori vittime di violenza assistita e/o maltrattamento è ancora troppo discontinuo nel passaggio da un servizio all'altro della rete di supporto. Se il sistema di emergenza dei pronto soccorso e delle forze dell'ordine riesce a essere spesso tempestivo, il collo di bottiglia che si produce nel sistema giudiziario e la successiva interazione e integrazione con gli altri servizi come i centri antiviolenza, i servizi socio-sanitari territoriali e di salute mentale, oltre che con i servizi sociali rischia ancora di mettere a rischio sia la sicurezza dei minori e delle madri sia il loro percorso di effettivo recupero.

Particolarmente pericolosi sono i tempi spesso sfasati tra il momento della denuncia della violenza e l'adozione delle misure di protezione, come ad esempio la collocazione in una casa protetta, mentre i ritardi nell'intervento di assistenza psicologica da parte dei servizi pubblici inducono spesso i centri antiviolenza a sopperire con risorse professionali proprie, quando ne hanno la disponibilità. Una necessità che spesso migliora le possibilità di cura dei minori, dal momento che la condizione dello stesso terapeuta delle madri permette loro di esprimersi con maggiore libertà e consapevolezza di essere compresi.

Nei centri antiviolenza, già strutturalmente sottorganico e carenti di risorse economiche, si presenta spesso la necessità di sopperire alle carenze di altri servizi pubblici: una situazione che richiede una ristrutturazione delle competenze e aree di intervento delle varie istituzioni

coinvolte e quindi una migliore integrazione della rete territoriale di servizi.

I servizi sociali

Durante la pandemia i servizi sociali sono stati al centro della crisi di sistema e un nodo centrale nella integrazione dei servizi scolastici, giudiziari, sanitari, centri anti-violenza, ecc.

La sistemica e strutturale carenza di organico di questi servizi e la necessità di maggiore formazione per gli assistenti sociali sono fattori di debolezza conosciuti da tempo che però durante la pandemia hanno raggiunto ulteriori picchi di criticità.

Nell'ambito della tutela dei minori, la riforma delle competenze del Tribunale dei minori ha prodotto nuovi adempimenti che hanno ulteriormente sovraccaricato il lavoro per i servizi sociali, saturando quasi tutta la loro capacità di intervento, penalizzando così il tempo dedicato ai casi non giudiziari e agli accessi spontanei ai servizi, oltre che alle attività di prevenzione.

La necessità di rafforzare tali servizi è tanto più urgente quanto più si consideri lo scenario di crisi sociale e economica che si prevede ulteriormente aggravato nei prossimi mesi a causa della crisi energetica e del diffuso malessere psicologico e sociale.

I servizi sanitari

I servizi sanitari durante la pandemia hanno operato in situazione di massima urgenza e gravità, che ha sottratto risorse e attenzioni alla cura di pazienti non COVID-19, tra i quali rientra anche la cura delle vittime di violenza e di maltrattamento, soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai servizi di salute mentale, come rilevato nell'approfondimento della precedente edizione dell'Indice.

Nel merito specifico della sanità pediatrica, se l'emergenza COVID-19 è stata meno violenta, certamente si è avvertito un sovraccarico di lavoro dovuto alle malattie a esse correlate di carattere psicologico e anche psichiatrico. È emersa anche in questo caso la necessità di rimodulare l'ambito di intervento dei servizi ospedalieri rispetto ai presidi della sanità territoriale, la cui carenza è stata evidente durante la pandemia, sia per la cura degli adulti che dei minori.

Criticità specifiche che si rilevano anche nella sanità pediatrica riguardano un elevato esaurimento emotivo del personale di prima emergenza, provato dalla cura del forte disagio psicologico dei minori e dalla carenza del personale medico.

Le forze dell'ordine

Le forze dell'ordine, sia la Polizia di Stato che i Carabinieri, hanno fatto notevoli progressi negli ultimi anni rispetto al riconoscimento e alla gestione della violenza e maltrattamento, sia sui minori che sulle donne. Si tratta di un progresso che è imputabile all'attività formativa massiccia, prolungata e diffusa, che ha prodotto risultati evidenti e riconosciuti anche da avvocati, magistrati, assistenti sociali, psicologhe dei centri anti-violenza intervistati, anche se certamente occorre ancora arrivare a una certa uniformità di intervento e di approccio da parte di tutti i rappresentanti delle forze dell'ordine. Questa attività formativa è stata poi supportata da nuovi e più avanzati strumenti normativi che hanno migliorato l'efficacia di alcuni interventi (ad esempio, gli ammonimenti), mentre altri strumenti, come ad esempio i tre giorni per la denuncia del codice rosso, non si sono dimostrati altrettanto efficaci. Importante è anche l'apertura delle forze dell'ordine alla collaborazione con soggetti esterni che negli ultimi anni è stata molto incentivata, non solo nelle attività di prevenzione condotte nelle scuole ma anche nella collaborazione con i servizi sanitari di emergenza, con i centri anti-violenza, i servizi sociali e l'associazionismo.

La magistratura:

Durante le fasi di picco della pandemia da COVID-19 gli uffici giudiziari hanno rilevato una diminuzione importante di denunce in generale, e in particolare di reati di violenza contro le donne quali lo stalking e le violenze sessuali, cioè tutti quei reati che vengono commessi se c'è libertà di movimento. Nella fattispecie della violenza domestica si è invece verificato un problema di sicurezza delle donne vittime e dei loro figli a causa dell'allentamento della misura cautelare dell'allontanamento dalla casa familiare; in molte cause è stato infatti valutato prioritario garantire un alloggio al padre accusato di violenza piuttosto che tutelare le vittime di violenza.

Durante la pandemia è stato più difficile difendere le donne vittime di violenza e i loro figli. In alcuni casi, la mancanza di una immediata difesa legale – a seguito del contatto con le forze dell'ordine – ha spesso precluso una tempestiva raccolta delle prove della violenza, ma ha anche causato numerosi ritiri di denunce da parte delle donne vittime di violenza che non sentendosi adeguatamente protette dal sistema ci hanno ripensato. Il timore di perdere la custodia dei figli è stato un deterrente importante nel proseguire l'iter giudiziario: attual-

mente in caso di denuncia, infatti, il primo provvedimento assunto dalla magistratura è spesso la sospensione della responsabilità genitoriale sia per il padre che per la madre, dal momento che le supposte violenze del padre vengono equiparate a ipotetiche incapacità materne di proteggere i minori, non essendosi le madri ribellate prima alla violenza.

Si tratta di decisioni contrarie alla Convenzione di Istanbul, entrata nel nostro ordinamento nazionale con Legge n. 77 del 27/06/2013, ma la mancata conoscenza della normativa specialistica in questo campo da parte di larga parte della magistratura è un elemento di criticità importante che spesso mette a rischio la sicurezza dei minori e delle loro madri. Ad esempio, nella scelta delle misure cautelari da applicare (divieto di avvicinamento piuttosto che detenzione in carcere) i magistrati spesso non prendono in considerazione lo spettro dei fattori di rischio e il loro potenziale aggravamento secondo criteri di valutazione già sperimentati a livello scientifico. Questa valutazione della gravità del reato commesso, senza considerare la potenziale gravità dei fattori di rischio esistenti, impedisce alla magistratura di esercitare una indispensabile azione preventiva e non solo sanzionatoria, nonostante la normativa richieda l'accertamento della pericolosità dell'indagato alla stregua degli elementi oggettivi di pericolosità. Un impatto positivo sistemico sulla sicurezza dei minori vittime, primarie o secondarie, di violenza domestica è invece rappresentato dalla sentenza della Corte di Cassazione sul cd. "caso Massaro" (Ordinanza n. 286/2022 depositata il 24 marzo 2022), da considerarsi "storica" perché per la prima volta chiarisce in modo netto che la PAS non ha base scientifica, che il minore deve essere obbligatoriamente sentito dal

giudice, che questa attività non è delegabile a consulenti, e che il prelievo forzato del bambino non è legittimo e non corrisponde allo Stato di diritto. Principi basilari per la difesa dei bambini/e che non sono mai stati esposti in modo così esplicito prima in una sentenza né in Italia né in Europa.

I servizi informali e i rapporti di vicinato

Un importante fattore di protezione e di sicurezza per l'infanzia che si è potuto osservare durante la pandemia nei quartieri più popolari e nelle zone più vulnerabili del paese è la forte **solidarietà di vicinato** che ha favorito la creazione di una rete importante di mutuo aiuto tra vicini di casa, nonostante i timori del contagio.

Le differenze territoriali tra Nord e Sud del paese ancora una volta mettono in evidenza il disagio di bambini/e e adolescenti delle regioni meridionali legato a contesti familiari degradati e alla carenza di risorse e servizi nel territorio, ma pur sempre sostenuti da un ricco sistema di relazioni interpersonali. Nelle regioni settentrionali i bambini/e e gli adolescenti, pur avendo più servizi a disposizione, e probabilmente pur potendo godere di più risorse, soffrono un maggiore isolamento, sia a livello familiare che in termini più ampi all'interno della loro comunità di riferimento. Si tratta di una povertà relazionale che in qualche modo condiziona la loro potenziale resilienza.

Anche per la violenza contro le donne e i minori, per quanto trasversale a tutti i territori, si osserva nelle regioni settentrionali un maggiore isolamento e solitudine delle vittime che riduce la possibilità di chiedere aiuto all'interno della propria rete di prossimità.

3.2.4 LA SICUREZZA NELLA SOCIETÀ E NEL SISTEMA ISTITUZIONALE

Nella dimensione pubblica, diversi eventi internazionali e nazionali stanno avendo e avranno un considerevole impatto sui fattori di rischio maggiormente collegati alla condizione occupazionale.

L'attesa crisi economica dovuta alla crisi energetica e alla guerra Russia-Ucraina impatterà di nuovo sulle famiglie nel merito delle ricadute indirette sul lavoro. Se la pandemia ha certamente mandato in crisi l'occupazione in tutti i settori più a diretto contatto con il pubblico e con i servizi, con la crisi economica ci si attende una maggiore criticità nei settori economici più energivori quali la manifattura e quindi un impatto maggiore sulle regioni del Nord nelle quali si concentra maggiormente

l'industria.

Per tale motivo le politiche per il lavoro e gli ammortizzatori sociali rappresentano indirettamente un fattore protettivo nei confronti del maltrattamento, nella misura in cui mitigano le conseguenze pericolose dell'exasperazione legata alla mancanza di risorse economiche.

L'intervento pubblico in termini di sostegno economico ai cittadini/e in maggiore difficoltà economica è dunque importante anche per prevenire il maltrattamento dei bambini/e e risolvere le situazioni di emergenza.

Il reddito di cittadinanza ad esempio, nonostante i conosciuti problemi di irregolarità che si sono manifestati, ha rappresentato un importante ammortizzatore sociale

per molte famiglie, che spesso lo hanno cumulato con altri strumenti di welfare come ad esempio i buoni spesa o le pensioni di familiari disabili conviventi.

Nel caso delle donne non economicamente indipendenti questo supporto economico, assieme agli altri ammortizzatori erogati durante la pandemia, si è rivelato molto utile per permettere loro di uscire dalla situazione della violenza: per trovare una abitazione e mantenersi, spesso in attesa della sentenza di separazione e il riconoscimento dell'assegno di mantenimento, ma anche per evitare di denunciare i padri, nonostante il mancato

pagamento dell'assegno di mantenimento al fine di non penalizzarne il rapporto lavorativo e di conseguenza la loro futura solvibilità.

Il reddito di cittadinanza si è rivelato infine ancora di aiuto per contenere la dispersione scolastica dal momento che la sua erogazione ai genitori è legata alla presenza a scuola dei figli. Spesso però si sono rilevati casi talmente difficili che le scuole stesse hanno evitato di segnalare alle autorità queste situazioni per non aggravare ulteriormente situazioni familiari già particolarmente degradate.

- ¹ Enciclopedia Treccani, Sicurezza, <https://www.treccani.it/enciclopedia/sicurezza/>
- ² I bisogni di sicurezza sono inclusi nella piramide di Maslow che delinea una gerarchia dei bisogni, da quelli di base (bisogni fisici) fino a bisogni più complessi (bisogni di autorealizzazione). I bisogni di protezione vengono immediatamente dopo quelli fisici.
- ³ UNICEF (2021b).
- ⁴ OHCHR (2020), p. 1.
- ⁵ Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (2022), p. 2.
- ⁶ Hillis, S. D., Unwin, H. J. T., Chen, Y., Cluver, L., Sherr, L., Goldman, P. S., Ratmann, O., Donnelly, C. A., Bhatt, S., Villaveces, A., Butchart, A., Bachman, G., Rawlings, L., Green, P., Nelson, C. A., III, & Flaxman, S. (2021).
- ⁷ UNODOC (2020).
- ⁸ ONU (1989).
- ⁹ La Stampa, (22 dicembre 2022), Covid, via libera dell'Aifa al vaccino Novavax. Crescono del 96% i ricoveri pediatrici, metà ha genitori No Vax, https://www.lastampa.it/cronaca/2021/12/22/news/COVID-19-ricoveri_pediatrici_a_96_meta_ha_genitori_no_vax_vicenza_calcio_in_isolamento-1955304/.
- ¹⁰ Ministero della salute - Istituto Superiore di Sanità, (30 marzo 2022), Monitoraggio Fase 2- Report Settimanale, https://www.iss.it/documents/20126/0/Monitoraggio+Fase+2_+report_nazionale_98_finale.pdf/78df4d85-1ef1-34c1-bb52-597d01397358?t=1648829173984.
- ¹¹ Lab 24, (6 aprile 2022), Vaccini in tempo reale, <https://lab24.ilssole24ore.com/numeri-vaccini-italia-mondo/#vaccinati-per-fa-sce-di-eta>.
- ¹² OCSE, (2020), Combatting COVID-19's effect on children, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/combating-COVID-19-19-s-effect-on-children-2e1f3b2f>
- ¹³ Dondi, A., Candela, E., Morigi, F., Lenzi, J., Pierantoni, L., & Lanari, M. (2020).
- ¹⁴ L'OMS definisce la salute mentale come "uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso, e è in grado di dare un contributo alla propria comunità." WHO (2004), p.13.
- ¹⁵ UNICEF (2021c).
- ¹⁶ Oliveira, J., Butini, L., Pauletto, P., Lehmkühl, K., Stefani, C., & Bolan, M. et al. (2022).
- ¹⁷ Commodari, E., & La Rosa, V. (2020).
- ¹⁸ Dondi, A., Fetta, A., Lenzi, J., Morigi, F., Candela, E., & Rocca, A. et al. (2021).
- ¹⁹ Il Sole 24 ore, (8 novembre 2021), Covid/ Sinpia: balzo dei ricoveri in Italia per disturbi psichiatrici di bambini e adolescenti, <http://surl.li/bsdru>.
- ²⁰ UNICEF (2021a).
- ²¹ Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019).
- ²² Lev-Wiesel, R., Dagan, Z., Kendel, L., Amsalem, O., Lynton, N., & From, A. et al. (2021).

- ²³ Johnson, M. S., Skjerdingsstad, N., Ebrahimi, O. V., Hoffart, A., & Johnson, S. U. (2021).
- ²⁴ Wolf, J. P., Freisthler, B., & Chadwick, C. (2021).
- ²⁵ Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2020).
- ²⁶ Margaria A. (2021).
- ²⁷ Scourfield, J. (2014).
- ²⁸ Chen, Y.-Y., Cai, Z., Chang, Q., Canetto, S. S., & Yip, P. S. F. (2021).
- ²⁹ World Health Organization, (2021), Violence against women, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- ³⁰ EIGE, Violenza da parte di un partner intimo, <https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1265?lang-it#:~:text=Definizione%20generale%3A%20modello%20di%20comportamento,partner%20senza%20il%20suo%20consenso.>
- ³¹ Coohy, C. (2007); WHO - Europe, (2021).
- ³² Biroli, P., Bosworth, S., Della Giusta, M., Di Girolamo, A., Jaworska, S., & Vollen, J. (2021).
- ³³ Weitzman, A., & Behrman, J. (2016) e Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020).
- ³⁴ UN Women (2021), e UN Women (24 novembre 2021), COVID-19 and violence against women: What the data tells us, <https://www.unwomen.org/en/news-stories/feature-story/2021/11/COVID-19-and-violence-against-women-what-the-data-tells-us>
- ³⁵ Eurobarometer (2022).
- ³⁶ WHO-Europe, (2021).
- ³⁷ Istat (2021a).
- ³⁸ Istat e Dipartimento Pari Opportunità (23 marzo 2022), Conoscere per decidere: attuazione Piano Nazionale sulla violenza di genere contro le donne, https://www.youtube.com/watch?v=Ogm8_zvEx1
- ³⁹ Istat (2021a).
- ⁴⁰ Ibidem.
- ⁴¹ CISMAI (2009).
- ⁴² OCSE (2019).
- ⁴³ Istat e Dipartimento Pari Opportunità (23 marzo 2022), Conoscere per decidere: attuazione Piano Nazionale sulla violenza di genere contro le donne, https://www.youtube.com/watch?v=Ogm8_zvEx1
- ⁴⁴ McTavish, J., MacGregor, J., Wathen, C., & MacMillan, H. (2016).
- ⁴⁵ Ferrara, P., Caporale, O., Cutrona, C., Sbordone, A., Amato, M., & Spina G. (2015).
- ⁴⁶ Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (2022).
- ⁴⁷ Il Sole 24 ore, (6 aprile 2021) Lavoro, Istat: crollo occupazione da inizio pandemia, persi 945mila posti, <https://www.ilsole24ore.com/art/lavoro-istat-crollo-occupazione-inizio-pandemia-persi-945mila-posti-AD7ePfvB>
- ⁴⁸ Lawson, M., Piel, M. H., & Simon, M. (2020).
- ⁴⁹ Istat (2021c).
- ⁵⁰ Vedi: Maguire-Jack, K., (2014).
- ⁵¹ Maguire-Jack, K., Font, S., Dillard, R., Dvalishvili, D., & Barnhart, S. (2021).
- ⁵² Gracia, E., Marco, M., López-Quílez, A., Lila, M., (2021).
- ⁵³ Oxfam, (17 gennaio 2022), La pandemia delle disuguaglianze, <https://www.oxfamitalia.org/la-pandemia-della-disuguaglianza/>
- ⁵⁴ Eckenrode, J., Smith, E. G., McCarthy, M. E., & Dineen, M. (2014).
- ⁵⁵ Instabilità economica intesa come una serie di cambiamenti - non voluti - che si ripetono nel tempo relativi all'occupazione, al reddito/benessere finanziario e che non portano ad una mobilità verso l'alto.

- ⁵⁶ Brooks-Gunn, J., Schneider, W., Waldfogel, J. (2013).
- ⁵⁷ Wong, J. Y.-H., Wai, A. K.-C., Wang, M. P., Lee, J. J., Li, M., Kwok, J. Y.-Y., Wong, C. K.-H., & Choi, A. W.-M. (2021).
- ⁵⁸ Brown, E. D., Anderson, K. E., Garnett, M. L., & Hill, E. M. (2019).
- ⁵⁹ Il Comitato europeo per la coesione sociale definisce la coesione sociale come "la capacità di una società di assicurare il benessere [welfare] di tutti i suoi membri, riducendo le differenze e evitando le polarizzazioni. Una società coesa è una comunità di sostegno reciproco di individui liberi che perseguono obiettivi comuni con mezzi democratici." p. 3
- ⁶⁰ WHO (2006).
- ⁶¹ Eurofound (2018).
- ⁶² Reuters, (18 gennaio 2022), Pandemic scars on social cohesion to last a decade, says labour leader, <https://www.reuters.com/world/pandemic-scars-social-cohesion-last-decade-says-labour-leader-2022-01-18/>
- ⁶³ Governo Italiano - Presidenza del Consiglio dei Ministri. PNRR: inclusione e coesione (2021) <https://www.governo.it/it/approfondimento/inclusione-sociale/16706>.
- ⁶⁴ Venturini, G., & Graziano, P., R. (2022).
- ⁶⁵ Enciclopedia Treccani, Capitale sociale, https://www.treccani.it/enciclopedia/capitale-sociale_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/#:~:text=capitale%20sociale%20Insieme%20di%20aspetti,%2C%20per%20primo%2C%20da%20R.
- ⁶⁶ Garbarino, J., & Sherman, D. (1980); Whipple, E.E & Webster-Stratton, C., (1991), Dubowitz, H., Hampton, R.L., Bithoney, W.G., & Newberger, E.H. (1987).
- ⁶⁷ Zolotor, A., & Runyan, D. (2006).
- ⁶⁸ Bartscher, A. K., Seitz, S., Sieglösch, S., Slotwinski, M., & Wehrhöfer, N. (2021)
- ⁶⁹ Durante, R., Guiso, L., & Gulino, G. (2021).
- ⁷⁰ Emery, C. R., Nguyen Trung, H., & Wu, S. (2015).
- ⁷¹ Nawa, N., Isumi, A., & Fujiwara, T. (2018).
- ⁷² Fujiwara, T., Yamaoka, Y., Kawachi, I. (2016).
- ⁷³ Maguire-Jack, K., Yoon, S., & Hong, S. (2021).
- ⁷⁴ Istat (2021b), p. 111.
- ⁷⁵ Mascheroni, G., Saeed, M., Valenza, M., Cino, D., Dreesen, T., Zaffaroni, L. G. & Kardefelt-Winther D. (2021).
- ⁷⁶ Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (2022).
- ⁷⁷ Shan, H., Muhajarine, N., Loptson, K., & Jeffery, B. (2012).
- ⁷⁸ CARE - Catalogo di Azioni ben descritte Rivolte all'Equità https://www.dors.it/tooldis/CARE/pratiche_completa.php?id=38 e Weber, M., & Droomers, M. (2020).
- ⁷⁹ Vyncke, V., De Clercq, B., Stevens, V., Costongs, C., Barbareschi, G., Jónsson, S. H., Curvo, S. D., Kebza, V., Currie, C., & Maes, L. (2013).
- ⁸⁰ Biazzi, G., Chiaf, E., & Asis, J. (2017), e Collana Trentino famiglia (2012), p. 179.
- ⁸¹ Si ringraziano: Valeria Anatrella (Il Grillo Parlante, Soc. Coop Sociale onlus), Associazione Thamaia Onlus, Elena Biaggioni (Avvocata), Libera Cesino (Ass. Libera dalla Violenza, Roma), Maria Cristina Cilli (Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini di Missaglia, Lecco), Elisabetta Corbucci (Il cerchio delle relazioni Soc. Coop. Sociale onlus, Genova), Marco De Nunzio (Polizia di Stato, Bergamo), Paola Di Nicola Travaglini (Corte di Cassazione, Roma), Daniela Frittitta (Istituto Comprensivo Chindemi, Siracusa), Giuseppina Latella (Tribunale dei Minori di Roma), Marcella Pirrone (Avvocata), Maria Contino - Rosaria Di Blasi - Elvira Tassone (Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato di Roma), Pierangela Rocchi (Comune di Casavatore, Napoli), Grazia Maria Rossi (Ordine degli Psicologi della Liguria), Arturo Sica (Ass. White Dove, Genova), Francesco Silenzi (Direttivo CISMAI, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze).

4

RIFLESSIONI E PROPOSTE PER POLITICHE DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Questa quinta edizione dell'Indice viene elaborata e presentata in un momento di grande pressione sui servizi di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia, chiamati a trovare un punto di equilibrio tra vecchie e nuove emergenze che mettono a rischio la sicurezza dei bambini/e e dei giovani sotto molteplici punti di vista.

All'insegna di questa consapevolezza si invoca quindi una presa di coscienza importante da parte delle istituzioni di questa situazione particolarmente critica e una reazione adeguata alla gravità di quanto sta accadendo. In un contesto di simile criticità occorre infatti rispondere con un adeguato intervento generale, ampio e complesso.

Per questo motivo la principale raccomandazione quest'anno è quella di adottare al più presto una Legge Quadro di riordino normativo – ripartendo ad esempio dalla proposta di Legge in merito già presentata in Parlamento nel 2017¹ – sulla base della quale approntare un **Piano straordinario di intervento per il benessere e la sicurezza dell'infanzia** per affrontare in modo sistemico, coerente e ragionato i seguenti punti:

1. Adottare un approccio multidimensionale e di medio-lungo termine per le politiche di prevenzione e contrasto al maltrattamento.

Questo auspicato cambio di prospettiva è una costante in tutte le raccomandazioni delle precedenti edizioni dell'Indice, ma in questo nuovo e mutato contesto, la necessità di un salto di qualità delle politiche di intervento in tal senso risulta ancora più urgente. L'impatto della crisi pandemica, sovrapposto alle preesistenti situazioni di disagio e di maltrattamento sarà prolungato nel me-

dio-lungo termine e multidimensionale. È indispensabile quindi che le strategie di intervento per affrontarlo siano adeguate e strutturate per essere anch'esse multidimensionali e programmate e pianificate in modo sistemico e strutturale, in grado di assistere più generazioni. Questo approccio si rende necessario anche per rendere sostenibile la cura di una salute psico-fisica generale così deteriorata da trasformarsi tra qualche anno in un costo socio-sanitario insostenibile.

2. Investire nella resilienza come fattore protettivo prioritario e adottarla come strategia trasversale in ogni ambito di intervento

Il rinforzo della resilienza rappresenta un fattore protettivo indispensabile per contenere il disagio e una base necessaria sulla quale sviluppare percorsi di cura, di cambiamento, di fuoriuscita dalla violenza, nonché di nuovi progetti di vita. Nell'edizione 2020 dell'Indice la resilienza è stata oggetto di analisi specifica, ma è importante ribadire l'esigenza di investire nel potenziamento della resilienza in tutte le fasi di sviluppo e crescita del bambino, sia attraverso progetti specifici sia integrando questo approccio nei programmi di cura e prevenzione già in essere.

3. Rafforzare l'ecosistema di tutti i servizi preposti alla prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia.

È indispensabile investire risorse cospicue nell'implementare tutti i servizi preposti alla cura e prevenzione del maltrattamento all'infanzia, sia rispetto alle varie fasce di età (0-3 anni, bambini/e, preadolescenti, adolescenti), sia rispetto ai vari ambiti di intervento (sociale,

educativo, scolastico, sanitario, giudiziario ecc.). Questo intervento massivo va strutturato in risposta sia al picco della crisi dei bambini/e, giovani e famiglie specificatamente alla pandemia, sia alle carenze strutturali del sistema dei servizi, che si potevano osservare, sia in quantità che in qualità, già prima della pandemia e che a maggiore ragione devono essere affrontate e risolte in questo contesto. In particolare occorre:

Intervenire urgentemente sul disagio psicologico degli adolescenti:

È indispensabile intervenire in modo urgente sul recupero degli adolescenti, passando necessariamente attraverso percorsi di rinforzo della loro resilienza.

Se il bonus per interventi psicologici ha dato il segnale della consapevolezza del problema da parte delle istituzioni, la sua gravità, da alcuni intervistati descritta come "catastrofe sociale", richiede interventi massivi, strutturati e prolungati. Non si tratta infatti solo della cura di un malessere generale, ma di rimettere su percorsi essenziali equilibrati una intera generazione di adolescenti che rappresentano i genitori, i lavoratori e i cittadini di domani. Intervenire in questo momento è indispensabile anche per interrompere subito la trasmissione intergenerazionale di questo malessere e tutelare quindi la sicurezza e il benessere delle generazioni di bambini/e a venire.

Nel merito specifico, occorre predisporre servizi psicologici specialistici negli adolescenti, sia a scuola che individuali da parte dei servizi territoriali per quelli che hanno bisogno di assistenza immediata. Il rafforzamento di strumenti che stanno dando risultati incoraggianti, come la mediazione scolastica tra pari e l'istituto della messa alla prova per i minorenni sottoposti a procedimenti giudiziari può rivelarsi prezioso per i casi di disagio manifestato nelle forme più aggressive, mentre un più ampio ruolo di prevenzione e di individuazione del disagio può essere poi svolto da parte del sistema scolastico, degli educatori e dei servizi sociali.

Investire nella scuola come luogo primario di prevenzione e rilevazione del disagio negli adolescenti e di situazioni di maltrattamento nell'infanzia:

La scuola rappresenta per definizione il luogo primario della prevenzione non solo rispetto a bambini/e e adolescenti, ma anche rispetto alle famiglie e ai genitori, per rinforzarne le responsabilità genitoriali, altrimenti "quando si arriva ai servizi sociali è già tardi".

Investire con queste finalità nel sistema scolastico significa innanzitutto investire nel corpo docente che deve essere adeguatamente formato su queste tematiche, ma anche nella rete di tutti i servizi integrati a vario titolo con l'istituzione scolastica, i servizi sociali, educativi, sanitari, così come le forze dell'ordine e il sistema giudiziario. Per quanto la formazione del corpo docente sia indispensabile, il suo ruolo prevalente rimane pur sempre quello in ambito didattico, altre competenze specialistiche vanno quindi maggiormente coinvolte.

Il rapporto interpersonale sia con gli studenti che con i genitori rimane indispensabile per iniziative di cura e prevenzione di malessere e disagio, così come il potenziamento del tempo pieno in tutte le scuole rappresenta un importante fattore protettivo per i minori.

Investire nel rinforzo della responsabilità genitoriale:

Occorre intervenire attraverso opportune iniziative che educino/rieducino i genitori alla capacità di cura in tutti gli ambiti nei quali questa si esprime. Questo bisogno è tanto più necessario quanto più si consideri che famiglie poco numerose, come sono sempre di più le famiglie moderne, implicano per i neogenitori anche minori possibilità di apprendere questa capacità di cura attraverso l'esempio e l'emulazione che può offrire una rete parentale ricca di più generazioni nella quale zii, cugini e nipoti possono offrire esperienze di cura importanti. Lasciare lo sviluppo delle capacità genitoriali a processi di autoapprendimento significa quindi contribuire a aumentare ancora le disuguaglianze, mentre l'intervento pubblico favorirebbe una maggiore coesione sociale anche nella dimensione genitoriale.

Per tale motivo è importante investire in iniziative che hanno già dimostrato la propria efficacia, quali ad esempio l'home visiting, i progetti di genitorialità positiva (positive parenting), i programmi ad hoc nelle scuole.

Istituzionalizzare e mettere a sistema la sicurezza informatica dei minori:

La sicurezza informatica dei minori è diventata oramai una criticità che richiede un intervento pubblico ben strutturato per mettere a sistema funzioni, responsabilità e competenze specifiche delle istituzioni (scolastiche, forze dell'ordine o altro): lasciare solo ai genitori o alle scuole più virtuose la responsabilità di un simile controllo rappresenta un fattore di rischio particolarmente grave per le famiglie più vulnerabili e meno culturalmente attrezzate.

Questo intervento è tanto più necessario quanto più vi è la consapevolezza che il sistema scolastico continuerà anche in futuro a fare un uso intensivo della didattica on line, anche se in forma promiscua a quella in presenza.

4. Investire in un sistema integrato di governance dei servizi.

Il sistema complessivo di governance dei servizi va ridisegnato sia a livello territoriale che nazionale potenziando l'integrazione la condivisione di metodologie e obiettivi, nonché un sistema informativo in grado di assistere e guidare le scelte e le decisioni lungo tutto il processo di implementazione del sistema. In questo senso le già numerose e spesso virtuose esperienze di tavoli di coordinamento territoriale vanno ulteriormente diffuse, rafforzate e sostenute.

Vanno inoltre affrontati e risolti i nodi procedurali che spesso sono all'origine dei salti temporali che si riscontrano tra il sistema dei servizi di emergenza e quelli di cura.

La governance a livello nazionale delle reti territoriali è comunque indispensabile per garantire la stessa qualità di tutela, cura e prevenzione a tutti i minori del territorio. A tal fine la modalità di lavoro da remoto, così massicciamente utilizzata durante la pandemia per l'organizzazione dei servizi, rappresenta uno strumento di integrazione e implementazione dei servizi particolarmente importante.

5. Investire nel superamento delle disegualianze territoriali attraverso i lep e i liveas.

L'integrazione dei servizi e una loro declinazione nella dimensione nazionale vanno certamente nella direzione di una loro maggiore efficacia in tutti i territori, ma, date le disparità, strategie mirate in tal senso sono necessarie, oltre a una attenta destinazione e utilizzo delle risorse. Come suggerito anche nelle edizioni precedenti dell'Indice è quindi necessario **garantire** livelli essenziali di prestazioni e servizi accessibili per i bambini/e e le famiglie di tutti i territori² attraverso all'attuazione pratica dei **LEP** (Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali) e dei **LIVEAS** (Livelli Essenziali di Assistenza Socio-assistenziale)³ che rappresentano uno strumento indispensabile per il riequilibrio territoriale. In questo senso è indispensabile dare piena attuazione al Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, recentemente approvato (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2022).

Implementare un sistema informativo puntuale sul tema del maltrattamento all'infanzia:

Di fronte alle numerose sfide sociali, sanitarie e economiche dei prossimi anni, un sistema informativo in grado di ben rappresentare sia i fattori di rischio che l'impatto dei servizi è sempre più urgente e indispensabile per qualsiasi iniziativa di carattere strategico e con orizzonti di medio lungo termine. Questa necessità è stata richiamata in ogni edizione dell'Indice anche come risposta alla raccomandazione dell'ONU all'Italia sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza⁴ e del Gruppo CRC⁵. Ancora in questa edizione, l'impossibilità di aggiornare numerosi indicatori ha condizionato la capacità di descrivere adeguatamente l'impatto della pandemia sul maltrattamento ai minori attraverso il dato statistico.

Nel merito specifico, come negli anni scorsi si lamenta la mancata possibilità di circoscrivere la rilevazione dei fattori di rischio alla fascia d'età, di approfondire il target di utenza specificatamente connesso con comportamenti maltrattanti nell'ambito dell'indagine Istat sui servizi sociali e socio-assistenziali⁶ – area “famiglia e minori” – sui servizi sociali erogati dai Comuni, di disporre di una stima aggiornata ogni anno⁷ del numero dei bambini/e vittime di maltrattamento in Italia seguiti dai servizi sociali, piuttosto che una rilevazione delle dinamiche di interdipendenza di trasmissione intergenerazionale; un approfondimento sul tema della sicurezza e del maltrattamento ai bambini/e nell'indagine Istat sulla sicurezza delle donne; la possibilità di utilizzare i dati del Casellario dell'Assistenza dell'INPS⁸ e di impiegare gli strumenti di rilevazione, test e questionari⁹ per genitori e bambini/e già ampiamente sperimentati a livello internazionale (es: CAST¹⁰).

L'impegno importante delle forze dell'ordine nell'implementare la propria banca dati in collaborazione con la commissione parlamentare contro il femminicidio è certamente meritorio e foriero di futuri progressi, e si auspica che in futuro si possa arrivare a identificare con precisione l'ambito nel quale i reati sono commessi (familiare, scolastico o per strada), il numero dei femminicidi commessi ogni anno in Italia e il numero dei bambini/e uccisi nell'ambito delle dinamiche di violenza domestica. La possibilità di avere un registro dei traumi abusivi pediatrici in dotazione al sistema sanitario di emergenza potrebbe inoltre rappresentare un valido strumento di sicurezza per i bambini/e vittime di abusi e maltrattamenti.

6. Investire in personale, formare e curare i curanti.

Parecchi servizi già storicamente privi di un numero adeguato di personale dedicato, durante la pandemia sono andati ancora di più in sotto organico, a causa dei numerosi pensionamenti che si sono verificati, sia per lo stress patito, sia per la maturazione dell'anzianità contributiva della cosiddetta generazione "baby boomers", particolarmente numerosa e ben presente nei servizi pubblici.

Per tale motivo un incremento nel numero di personale specializzato in tutti i servizi dedicati al maltrattamento (sanità, scuola, assistenti sociali, educatori, ecc.) è necessario, dato l'aumento importante dei problemi da affrontare, sia in quantità che in complessità e gravità. Tale investimento deve però di essere accompagnato da percorsi formativi e di tutoraggio importanti e prolungati, per garantire la qualità dei servizi. Per attrarre le risorse migliori è anche opportuno alzare il livello complessivo delle retribuzioni in tali settori.

In particolare una formazione intensiva sui temi del maltrattamento all'infanzia si rende necessaria soprattutto per il corpo docente, i magistrati e gli assistenti sociali.

In questo momento è inoltre particolarmente importante offrire assistenza psicologica agli operatori e opera-

trici maggiormente a contatto diretto con il disagio dei minori. Le interviste hanno restituito, in misura ben superiore rispetto agli altri anni, la descrizione di una forma di esaurimento e stress condiviso conseguente alla difficoltà della pandemia che spesso può portare a vere e proprie situazioni di burnout. Riconoscere e affrontare questo malessere generalizzato tra gli operatori è fondamentale per permettere loro di prendersi cura della propria salute psicofisica e tornare a esercitare al meglio il proprio compito.

Interventi sulla cura dei curanti si erano resi già necessari in piena pandemia soprattutto per gli operatori e operatrici della sanità in prima linea nei reparti COVID-19, psicologicamente molto provati. Questo bisogno di cura e di supporto si è ora esteso anche a altri tipi di operatori coinvolti nell'ecosistema dei servizi di cura e maltrattamento ai minori.

Se tra gli operatori sanitari pediatrici, a contatto con il disagio psicologico degli adolescenti, si sta osservando un fortissimo stress emozionale, anche legato a processi di immedesimazione genitoriale, anche per altri operatori e operatrici, quali ad esempio insegnanti, psicologi e assistenti sociali si profilano criticità analoghe che rendono urgente un intervento che genererebbe un impatto sicuramente positivo sulla società tutta.

¹ Proposta di legge: Zampa: Disposizioni per la prevenzione del maltrattamento dei bambini e degli adolescenti (4354), Prima lettura Camera Proposta di legge C. 4354, presentata l'8 marzo 2017.

² Si veda anche la proposta dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2019).

³ Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186 <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>

⁴ Nazioni Unite, Comitato sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza. Osservazioni conclusive sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti del Fanciullo, CRC/C/ITA/CO/5-6 (febbraio 2019). Punto 9:

<https://www.unicef.it/doc/8858/rese-note-le-raccomandazioni-onu-allitalia-luci-e-ombre-sui-diritti-dei-bambini.htm>

⁵ Gruppo CRC (2017)

⁶ Istat (2018), Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, <http://dati.istat.it/>

⁷ Le ultime due rilevazioni, entrambe elaborate da Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes, sono state pubblicate nel 2015 su dati del 2013 e nel 2021 con dati riferiti al 2018 (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes, 2021).

⁸ INPS, Casellario dell'assistenza, <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46898> il casellario prevede l'istituzione di una "Banca dati per la raccolta delle informazioni e dei dati relativi alle prestazioni sociali erogate da tutti gli enti centrali dello Stato, gli enti locali, gli organismi gestori di forme di previdenza e assistenza obbligatorie". Il Casellario prevede tra l'altro la costituzione di una Banca Dati delle Valutazione Multidimensionale (VM) all'interno della quale una sezione specifica è dedicata all'infanzia, adolescenza e famiglia (SINBA).

⁹ WHO - Regional Office for Europe (2016).

¹⁰ ISPCAN, Child Abuse Screening Tools (ICAST), <https://www.ispcan.org/learn/icast-abuse-screening-tools/> un questionario elaborato da ISPCAN assieme a Unicef, il Segretariato Generale delle Nazioni Unite, l'Alto Commissariato per i diritti Umani e WHO e già adottati in numerosi Paesi.

BIBLIOGRAFIA

- Anda, R. F., Dong, M., Brown, D. W., Felitti, V. J., Giles, W. H., Perry, G. S., Valerie, E. J., & Dube, S. R. (2009). The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members. *BMC Public Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-106>
- Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., Preen, D. B., Brown, D. S., Nguyen, H., & Segal, L. (2021). Intergenerational transmission of child maltreatment in South Australia, 1986–2017: A retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00024-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00024-4)
- Bartscher, A. K., Seitz, S., Siegloch, S., Slotwinski, M., & Wehrhöfer, N. (2021). Social capital and the spread of COVID-19: Insights from European countries. *Journal of Health Economics*, 80, 102531. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102531>
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes Italia (2021). Seconda Indagine nazionale sul maltrattamento di bambini e degli adolescenti in Italia, <https://cismai.it/documento/seconda-indagine-nazionale-sul-maltrattamento-di-bambini-e-adolescenti-in-italia-dati-2018/>
- Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (2022). Raccomandazioni Consulta- Progetto Enya
- Ben David, V. (2021). Associations between parental mental health and child maltreatment: The importance of family characteristics. *Social Sciences*, 10(6), 190. <https://doi.org/10.3390/socsci10060190>
- Bianchi, D., Moretti, E. (2006). Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile, Quaderno 40, Istituto Nazionale degli Innocenti, Firenze.
- Biazzi, G., Chiaf, E., & Asis, J. (2017). Le practices internazionali a favore dei più piccoli: elementi innovativi e linee di sviluppo, https://centrostudisocialis.it/wp-content/uploads/2018/04/Report_Best-practices-servizi-prima-infanzia.pdf
- Biroli, P., Bosworth, S., Della Giusta, M., Di Girolamo, A., Jaworska, S., & Vollen, J. (2021). Family life in lockdown. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687570>
- Brooks-Gunn, J., Schneider, W., & Waldfogel, J. (2013). The Great Recession and the risk for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 721–729. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.004>
- Brown, E. D., Anderson, K. E., Garnett, M. L., & Hill, E. M. (2019). Economic instability and household chaos relate to cortisol for children in poverty. *Journal of Family Psychology*, 33(6), 629–639. <https://doi.org/10.1037/fam0000545>
- Brown, D., & De Cao, E. (2018). The Impact of Unemployment on Child Maltreatment in the United States, ISER Working Paper Series, n. 4, University of Essex. <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2018-04.pdf>
- CESVI (2020). Restituire il futuro. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia, Edizione 2020, ISBN 978-88-943474-3-2 https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/06/Cesvi_INDICEReg_2020_full.pdf
- CESVI (2021). Il tempo della cura. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia, Edizione 2021 ISBN: 978-88-943474-4-9 https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2021/05/2021-05-03-Indice-maltrattamento_WEB.pdf
- Chen, Y.-Y., Cai, Z., Chang, Q., Canetto, S. S., & Yip, P. S. F. (2021). Caregiving as suicide-prevention: An ecological 20-country study of the association between men's family carework, unemployment, and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(12), 2185–2198. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02095-9>
- Cismai, (2009). Verso gli stati generali sul maltrattamento all'infanzia in Italia, https://cismai.it/wp-content/uploads/2010/12/Documento_finale_Stati_Generali_finale02a9.pdf
- Cismai, Università L. Bocconi e Terre des Hommes (2013). Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?, https://terredeshommes.it/download/Tagliare%20sui%20bambini_studioTDH_Bocconi_Cismai.pdf
- COE (2004). A new strategy for social cohesion, <https://>

www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesion-dev/source/RevisedStrategy_en.pdf

Collana Trentino famiglia n. 47 (2012) Dossier Politiche Familiari 3° edizione, <https://www.trentinofamiglia.it/content/download/11728/117101/file/COLLANA%20TRENTINOFAMIGLIA%20N.%204.7.pdf>

Commodari, E., & La Rosa, V. (2020). Adolescents in Quarantine During COVID-19 Pandemic in Italy: Perceived Health Risk, Beliefs, Psychological Experiences and Expectations for the Future. *Frontiers In Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.559951

Coohy, C. (2007). The relationship between mothers' social networks and severe domestic violence: A test of the social isolation hypothesis. *Violence and Victims*, 22(4), 503–512. <https://doi.org/10.1891/088667007781554008>

Coulton, C. J., Richter, F. G.-C., Korbin, J., Crampton, D., & Spilsbury, J. C. (2018). Understanding trends in neighborhood child maltreatment rates: A three-wave panel study 1990–2010. *Child Abuse & Neglect*, 84, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.025>

Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2020). Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8297. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>

Dondi, A., Candela, E., Morigi, F., Lenzi, J., Pierantoni, L., & Lanari, M. (2021). Parents' Perception of Food Insecurity and of Its Effects on Their Children in Italy Six Months after the COVID-19 Pandemic Outbreak. *Nutrients*, 13(1):121. <https://doi.org/10.3390/nu13010121>

Dondi, A., Fetta, A., Lenzi, J., Morigi, F., Candela, E., & Rocca, A. et al. (2021). Sleep disorders reveal distress among children and adolescents during the COVID-19 first wave: results of a large web-based Italian survey. *Italian Journal Of Pediatrics*, 47(1). doi: 10.1186/s13052-021-01083-8

Drake, B., Jonson-Reid, M., Dvalishvili, D. (2022). Poverty and Child Maltreatment. In: Krugman, R.D., Korbin, J.E. (eds) *Handbook of Child Maltreatment. Child Maltreatment*, vol 14. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2_11

Dubowitz, H., Hampton, R. L., Bithoney, W. G., & Newberger, E. H. (1987). Inflicted and non inflicted injuries: Differences in child and familial characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(4), 525–535. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03568.x>

Durante, R., Guiso, L., & Gulino, G. (2021). Asocial capital: Civic culture and social distancing during COVID-19. *Journal of Public Economics*, 194, 104342. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104342>

Eckenrode, J., Smith, E. G., McCarthy, M. E., & Dineen, M. (2014). Income inequality and child maltreatment in the United States. *Pediatrics*, 133(3), 454–461. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1707>

Emery, C. R., Trung, H. N., & Wu, S. (2015). Neighborhood informal social control and child maltreatment: A comparison of protective and punitive approaches. *Child Abuse & Neglect*, 41, 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.05.002>

Eurofound (2018). *Social Cohesion and Well-being in Europe*, <https://www.eurofound.europa.eu/it/publications/report/2018/social-cohesion-and-well-being-in-europe>

Ferrara, P., Caporale, O., Cutrona, C., Sbordone, A., Amato, M., Spina, G., Ianniello, F., Fabrizio, G. C., Guadagno, C., Basile, M. C., Miconi, F., Perrone, G., Riccardi, R., Verrotti, A., Pettoello-Mantovani, M., Villani, A., Corsello, G., & Scambia, G. (2015). Femicide and murdered women's children: Which future for these children orphans of a living parent? *Italian Journal of Pediatrics*, 41(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-015-0173-z>

Fondazione Studi Consulenti del Lavoro (2022), *Donne e lavoro, ancora lontana la ripresa occupazionale, 2022* https://www.consulentidellavoro.it/files/PDF/2022/FS/Dossier_Donne_2022_web.pdf

- Fujiwara, T., Yamaoka, Y., & Kawachi, I. (2016). Neighborhood social capital and infant physical abuse: A population-based study in Japan. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0047-9>
- Garbarino, J., & Sherman, D. (1980). High-Risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child Development*, 51(1), 188. <https://doi.org/10.2307/1129606>
- Gracia, E., Marco, M., López-Quilez, A., & Lila, M. (2021). Chronic high risk of intimate partner violence against women in disadvantaged neighborhoods: An eight-year space-time analysis. *Preventive Medicine*, 148, 106550. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106550>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A., & Vederhus, J.-K. (2021). Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: A cross-sectional study of 28047 adults from the general population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00384-9>
- Hien, D., Cohen, L. R., Caldeira, N. A., Flom, P., & Wasserman, G. (2010). Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.006>
- Hill, H. D., Romich, J., Mattingly, M. J., Shamsuddin, S., & Wething, H. (2017). An introduction to household economic instability and social policy. *Social Service Review*, 91(3), 371–389. <https://doi.org/10.1086/694110>
- Hillis, S. D., Unwin, H. J. T., Chen, Y., Cluver, L., Sherr, L., Goldman, P. S., Ratmann, O., Donnelly, C. A., Bhatt, S., Villaveces, A., Butchart, A., Bachman, G., Rawlings, L., Green, P., Nelson, C. A., III, & Flaxman, S. (2021). Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: A modelling study. *The Lancet*, 398(10298), 391–402. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01253-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01253-8)
- Istat (2021a). Effetti della pandemia sulla violenza di genere. https://www.istat.it/it/files//2021/11/EFFETTI_PANDEMIA_-VIOLENZA_D_GENERE.pdf
- Istat, (2021b). Rapporto BES 2020:il benessere equo e sostenibile in Italia. <https://www.istat.it/it/files//2021/03/5.pdf>
- Istat (2021c). Torna a crescere la povertà assoluta, https://www.istat.it/it/files/2021/06/REPORT_POVERTA_2020.pdf
- Istat (2022) Istituto nazionale di STATistica, IV trimestre 2021, Stima preliminare del PIL, Statistiche Flash, 31 gennaio 2022 https://www.istat.it/it/files//2022/01/FLASH_21q4.pdf
- Johnson, M. S., Skjerdingsstad, N., Ebrahimi, O. V., Hof-fart, A., & Johnson, S. U. (2021). Parenting in a Pandemic: Parental stress, anxiety and depression among parents during the governmentinitiate physical distancing measures following the first wave of COVID19. *Stress and Health*. <https://doi.org/10.1002/smi.3120>
- Katz, C. (2021). What happened to the prevention of child maltreatment during COVID-19? A yearlong into the pandemic reflection. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*. <https://doi.org/10.1007/s42448-021-00076-8>
- Kim, H., & Drake, B. (2018). Child maltreatment risk as a function of poverty and race/ethnicity in the USA. *International Journal of Epidemiology*, 47(3), 780–787. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx280>
- Klein, S. (2011). The availability of neighborhood early care and education resources and the maltreatment of young children. *Child Maltreatment*, 16(4), 300–311. <https://doi.org/10.1177/1077559511428801>
- Lev-Wiesel, R., Dagan, Z., Kendel, L., Amsalem, O., Lynton, N., & From, A. et al. (2021). The Impact of Lock-downs during the Corona Pandemic on Parental Aggressiveness Behaviors. *Journal Of Loss And Trauma*, 1-17. doi: 10.1080/15325024.2021.1997207

- Laulik, S., Allam, J., & Browne, K. (2014). Maternal borderline personality disorder and risk of child maltreatment. *Child Abuse Review*, 25(4), 300–313. <https://doi.org/10.1002/car.2360>
- Lawson, M., Piel, M. H., & Simon, M. (2020). Child maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104709. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709>
- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S., & Lavergne, C. (2015). Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Canadian Journal of Public Health*, 106(S7), eS45–eS56. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4838>
- Lewit, R. A., Kotagal, M., Duron, V. P., Falcone, R. A., Fortenberry, L. C., Greene, H. M., Leonard, J. C., Makoroff, K., Midura, D., Moody, S., Ramaiah, V., Gosain, A., & Slidell, M. B. (2022). Association of Economic Recession and Social Distancing With Pediatric Non-accidental Trauma during COVID-19. *Journal of Surgical Research*, 276, 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.02.038>
- Lindo, J. M., Schaller, J., & Hansen, B. (2018). Caution! Men not at work: Gender-specific labor market conditions and child maltreatment. *Journal of Public Economics*, 163, 77–98. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.04.007>
- Margaria, A. (2021). Fathers, childcare and COVID-19. *Feminist Legal Studies*, 29(1), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10691-021-09454-6>
- Maguire-Jack, K. (2014). Multilevel investigation into the community context of child maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(3), 229–248. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.881950>
- Maguire-Jack, K., Font, S., Dillard, R., Dvalishvili, D., & Barnhart, S. (2021). Neighborhood poverty and adverse childhood experiences over the first 15 years of life. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 4(1), 93–114. <https://doi.org/10.1007/s42448-021-00072-y>
- Maguire-Jack, K., Yoon, S., & Hong, S. (2021). Social cohesion and informal social control as mediators between neighborhood poverty and child maltreatment. *Child Maltreatment*, 107755952110075. <https://doi.org/10.1177/10775595211007566>
- Mascheroni, G., Saeed, M., Valenza, M., Cino, D., Dresen, T., Zaffaroni, L. G. & Kardefelt-Winther D. (2021). La didattica a distanza durante l'emergenza COVID-19: l'esperienza italiana. Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF, Firenze, 2021.
- McTavish, J., MacGregor, J., Wathen, C., & MacMillan, H. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *International Review Of Psychiatry*, 28(5), 504–518. doi: 10.1080/09540261.2016.1205001
- Mienko, J.A. & Rebbe, R. (2021). Understanding the effect of the opioid epidemic on child maltreatment. OPRE Report #2021-255, Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/opre/opre-understanding_effect_opioid_epidemic_child_maltreatment-jan2022.pdf
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319–1329. <https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
- Ministero della salute - Istituto Superiore di Sanità (30 marzo 2022), Monitoraggio Fase 2- Report Settimanale, https://www.iss.it/documents/20126/0/Monitoraggio+ Fase+2_+report_nazionale_g8_finale.pdf/8df4d85-1ef1-34c1-bb52-597d01397358?t=1648829173984
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2022). Decreto 30 dicembre 2021 Approvazione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, e di riparto del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale relativo al triennio 2021-2023. (22A01214) (GU n.44 del 22-2-2022) <https://www.gazzettaufficiale.it/>

atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2022-02-22&atto.codiceRedazionale=22A01214&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario

Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2009). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53–63. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9269-9>

Nawa, N., Isumi, A., & Fujiwara, T. (2018). Community-level social capital, parental psychological distress, and child physical abuse: A multilevel mediation analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(11), 1221–1229. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1547-5>

Nelson, C. A., III, & Flaxman, S. (2021). Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: A modeling study. *The Lancet*, 398(10298), 391–402. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01253-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01253-8)

NICHD Early Child Care Research Network (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35(5), 1297–1310.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

OCSE (2019). *Changing the Odds for Vulnerable Children: Building Opportunities and Resilience*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/a2e8796c-en>

OHCHR, *Child rights and the 2030 Agenda for Sustainable Development in the context of the COVID-19 pandemic*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Children/ChildRights_2030Agenda.pdf

Oliveira, J., Butini, L., Pauletto, P., Lehmkuhl, K., Stefani, C., & Bolan, M. et al. (2022). Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID19 pandemic: A systematic review. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*. doi: 10.1111/wvn.12566

ONU (1989). *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/documenti/Convenzione_diritti_infanzia_adolescenza_autorita.pdf

Peterson, C., Florence, C., & Klevens, J. (2018). The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse & Neglect*, 86, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.018>

Racine, N., Zhu, J., Hartwick, C., & Madigan, S. (2022). Differences in Demographic, Risk, and Protective Factors in a Clinical Sample of Children who Experienced Sexual Abuse Only vs. Poly-victimization. *Frontiers in Psychiatry*, 12.10.3389/fpsyt.2021.789329

Ray, J. A., Choi, J.-K., & Jackson, A. P. (2021). Adverse childhood experiences and behavior problems among poor Black children: Nonresident father involvement and single mothers' parenting stress. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105264. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105264>

Sattler, K. M. P. (2022). Protective factors against child neglect among families in poverty. *Child Abuse & Neglect*, 124, 105438. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105438>

Schneider, W. (2017). Single mothers, the role of fathers, and the risk for child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 81, 81–93. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.07.025>

Scourfield, J. (2014). Improving work with fathers to prevent child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38(6), 974–981. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.002>

Shan, H., Muhajarine, N., Loptson, K., & Jeffery, B. (2012). Building social capital as a pathway to success: Com-

- community development practices of an early childhood intervention program in Canada. *Health Promotion International*, 29(2), 244–255. <https://doi.org/10.1093/heapro/das063>
- Shin, S. H., Chung, Y., & Rosenberg, R. D. (2016). Identifying sensitive periods for alcohol use: The roles of timing and chronicity of child physical abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(5), 1020–1029. <https://doi.org/10.1111/acer.13038>
- Singer, J. B., Erbacher, T. A., & Rosen, P. (2018). School-Based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School Mental Health*, 11(1), 54–71. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9245-8>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Terre des Hommes (2021). Indifesa, https://terrede-shommes.it/indifesa/pdf/Dossier_indifesa_tdh_2021.pdf
- The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, End Violence Against Children, UNICEF, WHO (2020). COVID-19: Protecting Children from Violence, Abuse and Neglect in the Home, <https://www.unicef.org/media/68711/file/COVID-19-Protecting-children-from-violence-abuse-and-neglect-in-home-2020.pdf>
- Theodorou, C. M., Brown, E. G., Jackson, J. E., & Beres, A. L. (2022). Child abuse and the COVID-19 pandemic. *Journal of Surgical Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.02.039>
- Trainor, G. (2021). The Impact of Childhood Neglect on Cognition in School-Aged Children. *Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research*, 34(5). doi: 10.26717/bjstr.2021.34.005629
- Tso, W., Chan, K., Lee, T., Rao, N., Lee, S., & Jiang, F. et al. (2022). Mental health & maltreatment risk of children with special educational needs during COVID-19. *Child Abuse & Neglect*, 105457. doi: 10.1016/j.chia-bu.2021.105457
- Tucker, M. C., & Rodriguez, C. M. (2014). Family dysfunction and social isolation as moderators between stress and child physical abuse risk. *Journal of Family Violence*, 29(2), 175–186. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9567-0>
- UN Women (2021). Measuring the shadow pandemic: violence against women during COVID-19, <https://data.unwomen.org/sites/default/files/documents/Publications/Measuring-shadow-pandemic.pdf>
- UNICEF (2010). Child disciplinary practices at home: evidence from a range of low- and middle-income countries, <https://data.unicef.org/resources/child-disciplinary-practices-at-home-evidence-from-a-range-of-low-and-middle-income-countries/>
- UNICEF (2021a). Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19, Innocenti Research Report, <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Life-in-Lockdown.pdf>
- UNICEF (2021b). Preventing a lost decade, <https://www.unicef.org/media/112891/file/UNICEF%2075%20report.pdf>
- UNICEF (2021c). The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health, <https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>
- UNODOC (2020). Protecting children deprived of liberty during the COVID-19 outbreak, https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/MoS_Children_in_detention_COVID-19.pdf
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of*

- Mental Health Nursing, 29(4), 549–552. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
- Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., Prinzie, P., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents. *Child Maltreatment*, 14(4), 369–375. <https://doi.org/10.1177/1077559509342125>
- Vasquez Guerrero, D.A. (2009). Hypermasculinity, intimate partner violence, sexual aggression, social support, and child maltreatment risk in urban, heterosexual fathers taking parenting classes, *Child Welfare*, 88(4), 135–155.
- Venturini, G., & Graziano, P., R., (2022). Terzo rapporto sulla coesione sociale nelle regioni italiane, https://welforum.it/wp-content/uploads/2018/06/OCIS_SCPAPER02_2018.pdf.pdf
- Vermeulen, S., Alink, L. R. A., & van Berckel, S. R. (2022). Child maltreatment during school and childcare closure due to the COVID-19 pandemic. *Child Maltreatment*, 107755952110648. <https://doi.org/10.1177/10775595211064885>
- Vyncke, V., De Clercq, B., Stevens, V., Costongs, C., Barbareschi, G., Jónsson, S. H., Curvo, S. D., Kebza, V., Currie, C., & Maes, L. (2013). Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-65>
- Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1409–1425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.07.002>
- Weber, M., & Droomers, M. (2020). Theory to practice: How the City of Utrecht develops a Health and Equity in all Policies approach. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.120>
- Weitzman, A., & Behrman, J. (2016). Disaster, disruption to family life, and intimate partner violence: The case of the 2010 earthquake in Haiti. *Sociological Science*, 3, 167–189. <https://doi.org/10.15195/v3.a9>
- Whipple, E. E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse & Neglect*, 15(3), 279–291. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90072-l](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90072-l)
- Wolf, J. P., Freisthler, B., & McCarthy, K. S. (2021). Parenting in poor health: Examining associations between parental health, prescription drug use, and child maltreatment. *Social Science & Medicine*, 277, 113887. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113887>
- Wolf, J. P., Freisthler, B., & Chadwick, C. (2021). Stress, alcohol use, and punitive parenting during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, 117, 105090. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105090>
- Wong, J. Y.-H., Wai, A. K.-C., Wang, M. P., Lee, J. J., Li, M., Kwok, J. Y.-Y., Wong, C. K.-H., & Choi, A. W.-M. (2021). Impact of COVID-19 on child maltreatment: Income instability and parenting issues. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1501. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041501>
- World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>
- World Health Organization (2006). Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf
- World Health Organization-Europe (2013). European Report on Preventing Child Maltreatment, <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>
- World Health Organization- Europe (2018). European status report on preventing child maltreatment, <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-status-report-on-preventing-child-maltreatment-2018#:~:text=Child%20maltreatment%20is%20>

a%20major.costs%20to%20society%20are%20avoi-
dable

World Health Organization (2020). Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>

World Health Organization-Europe (2021). Responding to violence against women and children during COVID-19, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349504/9789289056403-eng.pdf>

Zolotor, A. J., & Runyan, D. K. (2006). Social capital, family violence, and neglect. *Pediatrics*, 117(6), e1124-e1131. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1913>

SITOGRAFIA

CARE - Catalogo di Azioni ben descritte Rivolte all'Equità, https://www.dors.it/tooldis/CARE/pratiche_completa.php?id=38

Centro regionale di informazione delle Nazioni Unite, Obiettivo 16: Pace, giustizia e istituzioni forti, <https://unric.org/it/obiettivo-16-pace-giustizia-e-istituzioni-forti/>

Dipartimento della Protezione civile, 2022 <https://mappe.protezionecivile.gov.it/it/mappe-emergenze/mappe-coronavirus/situazione-desktop>

EIGE, Violenza da parte di un partner intimo, <https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1265?lang=it#:~:text=Definizione%20generale%3A%20modello%20di%20comportamento,partner%20senza%20il%20suo%20consenso.>

Enciclopedia Treccani, Capitale sociale, https://www.treccani.it/enciclopedia/capitale-sociale_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/#:~:text=capitale%20sociale%20Insieme%20di%20aspetti,%2C%20per%20primo%2C%20da%20R.

Enciclopedia Treccani, Sicurezza, <https://www.treccani.it/enciclopedia/sicurezza/>

Eurobarometer (2022). Factsheet Flash Eurobarometer Women in times of COVID-19, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2712>

Governo Italiano - Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2021) PNRR: inclusione e coesione, <https://www.governo.it/it/approfondimento/inclusione-sociale/16706>

Know Violence in Childhood (2017). Ending Violence in Childhood. Global Report 2017, Key Facts, Evidence Highlights <http://www.knowviolenceinchildhood.org/publication/evidence-highlights>

Il Sole 24 ore, (8 novembre 2021), Covid/Sinopia: balzo dei ricoveri in Italia per disturbi psichiatrici di bambini e adolescenti, <http://surl.li/bsdru>

Il Sole 24 ore, (6 aprile 2021), Lavoro, Istat: crollo occupazione da inizio pandemia, persi 945mila posti, <https://www.ilsole24ore.com/art/lavoro-istat-crollo-occupazione-inizio-pandemia-persi-945mila-posti-AD7ePfVB>

Istat e Dipartimento Pari Opportunità, (23 marzo 2022), Conoscere per decidere: attuazione Piano Nazionale sulla

violenza di genere contro le donne, https://www.youtube.com/watch?v=Ogm8_zvEx1

La Stampa, (22 dicembre 2022), Covid, via libera dell'Aifa al vaccino Novavax. Crescono del 96% i ricoveri pediatrici, metà ha genitori No Vax, https://www.lastampa.it/cronaca/2021/12/22/news/COVID-19_ricoveri_pediatrici_a_96_meta_ha_genitori_no_vax_vicenza_calcio_in_isolamento-1955304/

Lab 24, (6 aprile 2022), Vaccini in tempo reale, <https://lab24.ilsole24ore.com/numeri-vaccini-italia-mondo/#vaccinati-per-fasce-di-eta>

OCSE (2020). Combatting COVID-19's effect on children, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/combating-COVID-19-19-s-effect-on-children-2e1f3b2f>

Oxfam, (17 gennaio 2022), La pandemia delle disuguaglianze, <https://www.oxfamitalia.org/la-pandemia-della-disuguaglianza/>

Reuters, (18 gennaio 2022), Pandemic scars on social cohesion to last a decade, says labour leader, <https://www.reuters.com/world/pandemic-scars-social-cohesion-last-decade-says-labour-leader-2022-01-18/>

UN Women, (24 novembre 2021), COVID-19 and violence against women: What the data tells us, <https://www.unwomen.org/en/news-stories/feature-story/2021/11/COVID-19-and-violence-against-women-what-the-data-tells-us>

WHO, Child Maltreatment, <https://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/#:~:text=Four%20types%20of%20child%20maltreatment,mental%20abuse%2C%20and%20neglect>

World Health Organization (2010). Violence Prevention - The Evidence, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2021). Violence against women, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

APPENDICI

I. IL METODO DI CALCOLO UTILIZZATO PER L'INDICATORE: IL QUARS

L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia e sulle politiche preventive e di contrasto nelle regioni italiane è stato calcolato adottando la metodologia che è già stata sperimentata dal QUARS, L'Indice di Qualità dello Sviluppo Regionale, un indicatore che prova a individuare e collegare tra loro le componenti di uno sviluppo fondato sulla sostenibilità, la qualità, l'equità, la solidarietà e la pace. Questo Indicatore è stato prodotto annualmente dal 2004 al 2010 dall'Associazione Sbilanciamoci (<http://www.sbilanciamoci.org/quars/>), ed è uno dei pochi indicatori riferito al livello territoriale regionale.

Una peculiarità del QUARS è stata quella di essere stato costruito con un forte approccio partecipativo, che ha visto il contributo soprattutto delle 46 associazioni che hanno aderito alla campagna di Sbilanciamoci.

Le dimensioni individuate da questo processo di consultazione, che costituiscono il quadro teorico del QUARS, sono sette: Ambiente, Economia e Lavoro, Salute, Istruzione e Cultura, Diritti e Cittadinanza, Pari opportunità, Partecipazione, mentre 41 sono gli indicatori che sono stati selezionati per rappresentarle.

A queste sette dimensioni è stato dato lo stesso peso in termini di importanza nel concorrere all'indicatore finale, mentre una particolare attenzione è stata dedicata a quegli elementi di benessere dei cittadini che possono essere direttamente ottenuti dall'attuazione di politiche pubbliche nei vari livelli amministrativi.

La metodologia statistica adottata per il calcolo del QUARS ha il merito di rendere comparabili indicatori con unità di misura differente. Ogni indicatore viene infatti standardizzato in modo tale da avere media zero (la media nazionale) e stesso ordine di grandezza, senza quindi introdurre la distorsione che si determina utilizzando i valori assunti dagli estremi della distribuzione (rispettivamente, i valori delle regioni con indicatore più alto e più basso). Una volta resi confrontabili i vari indicatori viene calcolato, per ogni ambito, un macroindicatore come media semplice dei sottoindicatori. Il QUARS permette quindi il ranking fra le regioni italiane non solo in termini complessivi di qualità della vita, bensì anche separatamente per ciascuno degli ambiti considerati, fornendo quindi un maggiore livello di dettaglio sulla

composizione e la connotazione del benessere di un territorio.

L'indice sintetico QUARS viene infine elaborato come media dei 7 macroindicatori calcolati per ciascun ambito. Con l'intento di ridurre al minimo l'influenza di scelte metodologiche di tipo arbitrario, si assegna così lo stesso peso a ogni macroindicatore, riconoscendo a tutti gli ambiti la stessa importanza nel contribuire alla determinazione del livello generale di qualità della vita.

Il procedimento di calcolo prevede che, per aggregare in un unico valore di sintesi un set di valori di natura differente, si proceda, in prima istanza, a riportare tutte le variabili a dei valori tra di loro confrontabili, non legati a una unità di misura, usando un procedimento di standardizzazione attraverso la seguente trasformazione:

$$Z_{ij} = \frac{X_{ij} - \mu_j}{\sigma_{xj}}$$

σ_{xj}

Dove X_{ij} è il dato della regione i relativo alla variabile j , μ_j è la media tra i valori di tutte le regioni per la variabile j , σ_{xj} è lo scarto quadratico medio o deviazione standard della distribuzione della variabile j in altre parole è la media degli scarti dei valori di tutte le regioni dalla media della variabile. Questo valore serve per quantificare l'intervallo all'interno del quale si distribuiscono i dati delle variabili. Il valore della deviazione standard è lo stesso per tutti i valori relativi a una variabile Z_{ij} è il dato della regione i relativo alla variabile j standardizzato. A ogni X_{ij} corrisponde uno e un solo Z_{ij} , inoltre vengono conservate per costruzione le distanze.

Successivamente si procede alla media tra valori confrontabili. La media semplice viene calcolata prima tra le variabili che compongono ciascun macro-indicatore, e poi, per arrivare al valore di sintesi finale, tra i macro-indicatori. Si è deciso di utilizzare una media semplice tra gli indicatori piuttosto che quella ponderata, per non dover attribuire dei pesi che sono generalmente molto arbitrari. Tutti i sette aspetti, quindi, rappresentati dai sette macro-indicatori, hanno la stessa importanza.

È importante sottolineare che il risultato delle elaborazioni che portano al calcolo del QUARS non permettono di dire quale regione operi bene e quale male in termini

assoluti, ma solamente quale operi meglio e quale peggio in relazione alle altre regioni prese in considerazione.

Fonte:

RAPPORTO QUARS 2010

<http://sbilanciamoci.info/wp-content/uploads/2018/09/QUARS-2010.pdf>

Multidimensionalità nelle analisi di benessere e problemi di comparazione

di Enrica Chiappero Martinetti¹ e Gisella Accolla Working Paper ORES n. 1 / 2011 8 febbraio

<http://www-3.unipv.it/webdsps/docenti/chiappero/papers/150101Multidimensionalita%27%20nelle%20analisi%20di%20benessere%20e%20problemi%20di%20comparazione.pdf>

II. TABELLE

Perché non sono stati scelti alcuni indicatori disponibili: rispetto alla numerosità di sintomi elencati in letteratura, in questo contesto è stato possibile prenderne in considerazione solo alcuni. Alcuni "sintomi" non si sono resi disponibili in quanto non statisticamente monitorati a livello regionale (spesso neanche a livello nazionale) es: ansia e depressione tra i giovani, disordini alimentari, ecc. Altri indicatori sono stati scartati perché la rilevazione regionale restituiva dati talmente bassi da non consentirne la rilevazione. È questo il caso del tasso di suicidio giovanile e del tasso di infezioni AIDS e HIV (a zero in diverse regioni). Per il tasso di criminalità minorile, invece, si è potuto osservare come il dato regionale sia troppo dipendente dalle differenti propensioni alle denunce da parte dei territori, e quindi sia distorsivo rispetto all'effettiva violenza tra i minori, spesso non denunciata alle autorità. L'indicatore regionale sul bullismo promosso dall'indagine HBSC/WHO appare condizionato in alcune regioni dalla capacità dei ragazzi stessi

di riconoscere e "denunciare", anche nell'ambito di un questionario, situazioni che sono in grado di identificare come atti di violenza e di bullismo, una capacità di riconoscimento che in alcune zone appare meno sviluppata. Una dinamica assimilabile ad esempio alla già studiata incapacità delle donne vittime di violenza di genere di essere in grado di riconoscere, definire e identificare come ingiusto quanto loro successo. È questo anche il caso dell'indicatore sull'IVG in età minorile, che in alcuni contesti appare più che un sintomo di ragazze che hanno subito stupri, un indicatore culturale di scelte differenti sia da parte delle famiglie che delle ragazze: in alcune regioni, infatti, a un basso indicatore di IVG in età minorile corrisponde un elevato indicatore di gravidanze precoci, e viceversa. Il tasso di abbandono scolastico, disponibile solo per il primo biennio delle scuole superiori si è mostrato inadatto a rappresentare un sintomo di disagio riconducibile al maltrattamento e non ad altre variabili socio-economiche.



Tabella 1. Indicatori fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di cura di sé e degli altri

N°	Classe	Fattore di rischio/ protettivo (r/p)	Indicatore di contesto	Anno	Fonte
1		R Giovane età dei genitori	Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni	2018-2019	ISTAT
2	Individuale/ maltrattante	R Giovane età dei genitori	Indice regionale di fecondità per età media del padre	2019-2020	ISTAT
3		R Famiglie monoparentali	Indice regionale famiglie monogenitoriali/totale famiglie	2019-2020	ISTAT
4		P Caratteristiche caratteriali personali	Persone di 14 anni e più che hanno espresso un punteggio di soddisfazione per la vita tra 8 e 10	2019-2020	ISTAT
5	Relazionali	P Gravidanze indesiderate	Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni	2013	ISTAT
6	Relazionali	R/P Scarsa coesione familiare e famiglie disfunzionali	Separazioni per 10.000 abitanti	2018-2019	ISTAT - Noi Italia
7	Relazionali		Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione per le relazioni familiari	2019-2020	ISTAT
8	Relazionali	R Numero componenti della famiglia	Famiglie con più di cinque componenti	2019-2020	ISTAT



Indice regionale fattori di rischio potenziali maltrattanti: capacità di cura di sé e degli altri

Regioni	Tasso fecondità /1.000 donne 15-19 anni	Fecondità per età media del padre	% Famiglie monogenitori/totale famiglie	Soddisfazione per la vita	% Donne 15-49 anni che usano metodi moderni di contraccezione	Separazioni/10.000 ab.	Soddisfazione relazioni familiari	Famiglie con più di 5 componenti	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	6	17	2	1	2	2	1	19	0,918	1
Veneto	2	10	12	5	4	3	4	13	0,591	2
Lombardia	13	7	3	4	3	4	5	9	0,561	3
Friuli-Venezia Giulia	4	15	8	3	6	7	2	7	0,530	4
Liguria	16	9	5	10	1	19	3	1	0,489	5
Emilia-Romagna	9	13	6	6	10	6	7	6	0,390	6
Valle d'Aosta	7	11	4	2	12	20	8	3	0,307	7
Basilicata	3	1	15	11	19	1	16	11	0,292	8
Toscana	5	8	13	15	9	10	6	10	0,255	9
Piemonte	12	16	7	13	5	16	10	4	0,154	10
Umbria	11	14	1	12	11	11	9	14	0,148	11
Marche	1	4	14	7	15	5	13	15	0,039	12
Molise	14	3	10	14	17	8	18	8	-0,020	13
Sardegna	15	2	20	9	7	13	15	2	-0,027	14
Lazio	8	6	19	18	8	17	11	5	-0,198	15
Calabria	17	12	11	8	14	9	14	17	-0,268	16
Abruzzo	10	5	17	16	18	15	12	12	-0,313	17
Puglia	18	18	9	17	20	14	20	18	-0,895	18
Sicilia	20	20	16	19	13	18	17	16	-1,277	19
Campania	19	19	18	20	16	12	19	20	-1,675	20


Tabella 2. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: capacità di cura di sé e degli altri

N°	Categoria di servizio	Indicatore di impatto del servizio	Anno	Fonte
1	Sostegno alla maternità	Gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - N° utenti/100.000 donne 18-64 anni abitanti per regione	2017-2018	ISTAT
2		N° consultori materno-infantili/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2018-2019	ISTAT + Min Salute
3	Sostegno alla genitorialità	Sostegno alla genitorialità famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT
4	Servizio Sociale Professionale ⁱⁱ	Servizio Sociale Professionale famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT
5	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare socio-assistenziale famiglia e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT
6	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale utenti famiglia e minori n° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT


Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti: capacità di cura di sé e degli altri

Regioni	<u>Sostegno alla maternità</u>		Sostegno alla genitorialità	Servizio sociale professionale	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Totale	Pos. Tot.
	Gestanti o madri maggiorenni con figli	Numero consultori						
Emilia-Romagna	1	2	1	2	17	2	1,771	1
Valle d'Aosta	9	1	4	9	9	8	0,529	2
Sardegna	3	6	7	3	6	6	0,514	3
Veneto	17	10	2	1	13	4	0,394	4
Basilicata	13	5	10	11	1	17	0,176	5
Piemonte	5	12	3	4	12	12	0,154	6
Umbria	16	3	16	12	2	15	0,131	7
Lombardia	14	18	14	13	3	5	0,067	8
Liguria	4	11	12	5	15	10	0,033	9
Trentino-Alto Adige	6	8	11	17	20	1	-0,006	10
Puglia	15	14	8	7	5	9	-0,053	11
Toscana	8	4	18	8	10	11	-0,072	12
Lazio	11	17	6	10	7	13	-0,223	13
Abruzzo	18	9	9	14	8	7	-0,232	14
Sicilia	2	13	17	18	18	14	-0,274	15
Friuli-Venezia Giulia	7	16	19	16	19	3	-0,371	16
Molise	10	20	13	6	14	19	-0,419	17
Marche	20	7	5	15	16	16	-0,506	18
Campania	19	19	15	19	4	18	-0,765	19
Calabria	12	15	20	20	11	20	-0,848	20

Tabella 3. Indicatori servizi per bambini/e: capacità di ricevere cura

N°	Categoria di servizio	Indicatore	Anno	Fonte
1	Disponibilità di servizi per l'infanzia	Servizi socio-educativi per la prima infanzia - Posti autorizzati per 100 bambini/e di 0-2 anni	2018-2019	ISTAT
2	Disponibilità di servizi per l'infanzia	% bambini/e di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	2017-2019	ISTAT
3	Servizi sociali per l'infanzia	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per l'infanzia (affidi e adozioni) /100.000 abitanti	2016-2018	ISTAT
4	Minori ospiti presidi residenziali	Ospiti fino a 17 anni dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche)	2017-2018	ISTAT
5	Servizi sociali per sostegno socio-educativo e scolastico	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per sostegno socio-educativo e scolastico /100.000 abitanti	2016-2018	ISTAT

Indice regionale servizi per bambini/e: capacità di ricevere cura

Regioni	Servizi prima infanzia posti autorizzati per 100 bambini di 0-2 anni	Bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	Servizi per l'infanzia per affidi e adozione	Minori ospiti presidi	Servizi sostegno socio-educativo	Totale	Posizione Tot.
Liguria	7	11	2	3	2	0,972	1
Emilia-Romagna	3	18	5	4	1	0,837	2
Piemonte	12	15	1	10	4	0,674	3
Umbria	2	10	4	15	7	0,481	4
Valle d'Aosta	1	6	7	7	13	0,425	5
Sardegna	13	8	11	8	5	0,232	6
Toscana	4	16	6	12	6	0,223	7
Veneto	9	17	3	18	3	0,221	8
Molise	15	14	16	1	11	0,127	9
Basilicata	16	4	8	5	14	0,051	10
Friuli-Venezia Giulia	6	13	18	9	8	0,005	11
Marche	10	12	10	13	12	-0,126	12
Trentino-Alto Adige	11	5	19	6	20	-0,150	13
Sicilia	18	9	14	2	15	-0,172	14
Puglia	17	3	13	14	16	-0,326	15
Abruzzo	14	7	15	19	10	-0,389	16
Lombardia	8	19	9	16	9	-0,411	17
Calabria	19	2	17	17	19	-0,624	18
Campania	20	1	20	20	18	-0,766	19
Lazio	5	20	12	11	17	-0,827	20


Tabella 4. Indicatori fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di vivere una vita sana

<i>N°</i>	<i>Classe</i>	<i>Fattore di rischio</i>	<i>Indicatore di contesto</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Individuale/ maltrattante	Uso di alcol	Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol	2019-2020	ISTAT
2			Tasso mortalità dipendenza da droghe, tossicomania M+F	2017-2018	ISTAT
3		Uso di droghe	Indice di stato psicologico relativo alle persone di 14 anni e più	2013	ISTAT
4		Malattia mentale	Indice di salute mentale relativo alle persone di 14 anni e più	2019-2020	ISTAT
5			Popolazione secondo le malattie croniche diagnosticate - depressione - per regione	2013	ISTAT

Indice regionale servizi per bambini/e: capacità di vivere una vita sana

<i>Regioni</i>	<i>Comportamento a rischio alcol</i>	<i>Tasso mortalità dipendenza da droghe M+F</i>	<i>Indici di stato psicologico</i>	<i>Indici di salute mentale</i>	<i>Depressione diagnosticata</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Trentino-Alto Adige	19	10	1	1	3	0,913	1
Veneto	15	8	7	6	1	0,540	2
Friuli-Venezia Giulia	17	11	3	2	4	0,487	3
Lazio	3	2	8	7	12	0,457	4
Sicilia	1	5	16	11	14	0,333	5
Liguria	9	6	2	8	19	0,292	6
Lombardia	13	7	6	15	5	0,161	7
Puglia	8	3	17	9	11	0,100	8
Molise	18	14	4	18	2	0,039	9
Abruzzo	4	18	12	10	6	-0,017	10
Emilia-Romagna	16	12	10	4	9	-0,040	11
Basilicata	12	9	15	12	7	-0,046	12
Calabria	6	4	18	13	16	-0,164	13
Campania	2	1	19	20	18	-0,194	14
Toscana	11	13	14	14	10	-0,246	15
Sardegna	14	17	9	5	20	-0,339	16
Umbria	7	16	11	16	15	-0,424	17
Piemonte	10	19	13	19	8	-0,523	18
Marche	5	15	20	17	13	-0,656	19
Valle d'Aosta	20	20	5	3	17	-0,674	20


Tabella 5. Indicatori sintomi di vulnerabilità dei bambini/e al maltrattamento: capacità di vivere una vita sana

N°	Categoria di sintomo	Indicatore	Anno	Fonte
1	Gravidanze precoci	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni	2018-2019	Istat
2	Obesità infantile	Persone di 6-17 anni per eccesso di peso (per 100 persone di 6-17 anni della stessa zona)	2019-2020	Istat
3	Fumo in età giovanile	Ragazzi 11-15 anni che fumano almeno 1 volta alla settimana (per 100 ragazzi 11-15 anni residenti nella zona)	2014	HBSC/ WHO
4	Consumo di alcol in età giovanile	Ragazzi 11-15 anni che hanno consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (fenomeno del binge drinking) (per 100 ragazzi 11-15 anni residenti nella zona)	2014	
5	Consumo di droghe in età giovanile	Ragazzi di 15 anni che hanno fatto uso di cannabis almeno 1 volta nella vita (per 100 ragazzi 15 anni residenti nella zona)	2014	


Indice regionale sintomi potenziale maltrattamento dei bambini/e: capacità di vivere una vita sana

Regioni	Gravidanze precoci	Obesità infantile	Fumo in età giovanile	Consumo di alcol	Consumo di droghe	Totale	Posizione Tot.
Valle d'Aosta	7	1	1	13	2	0,931	1
Trentino-Alto Adige	6	6	3	8	5	0,663	2
Lazio	8	5	8	1	12	0,634	3
Toscana	5	7	5	4	9	0,607	4
Friuli-Venezia Giulia	4	10	4	3	7	0,595	5
Marche	1	14	6	5	11	0,532	6
Veneto	2	4	9	11	6	0,411	7
Emilia-Romagna	9	13	2	2	8	0,391	8
Lombardia	13	2	10	9	4	0,202	9
Piemonte	12	11	7	7	1	0,151	10
Liguria	16	3	14	6	3	0,067	11
Umbria	11	15	11	10	10	-0,002	12
Calabria	17	19	12	17	18	-0,139	13
Molise	14	8	16	20	14	-0,472	14
Abruzzo	10	12	17	16	13	-0,525	15
Campania	19	20	15	12	15	-0,563	16
Basilicata	3	18	20	19	17	-0,669	17
Sardegna	15	9	19	15	20	-0,848	18
Sicilia	20	16	13	14	19	-0,963	19
Puglia	18	17	18	18	16	-1,005	20


Tabella 6. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: capacità di vivere una vita sana

N°	Categoria di servizio	Indicatore di impatto del servizio	Anno	Fonte
1	Uso di Alcol	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	2019-2020	ISTAT
2	Uso di droghe	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 M+F	2019-2020	ISTAT
3	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F	2019-2020	ISTAT
4	Uso di alcol Uso di droghe	N° utenti SERD/100.000 abitanti per regione	2019-2020	ISTAT
5	Malattia mentale	N° strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	2018-2019	ISTAT + Min. salute
6	Uso di alcol Uso di droghe	Dipendenza utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti	2016-2018	ISTAT


Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti: capacità di vivere una vita sana

Regioni	Uso di Alcol	Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Totale	Posizione Tot.
	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F	Utenti SERD/100.000 abitanti per regione	Strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	Dipendenza utenti servizio sociale professionale /100.000 ab		
Valle d'Aosta	1	3	3	6	2	7	1,223	1
Liguria	3	1	1	4	8	6	1,203	2
Marche	2	2	15	1	14	8	0,728	3
Veneto	7	8	7	14	9	1	0,564	4
Umbria	5	4	18	8	1	12	0,467	5
Toscana	12	12	4	7	7	5	0,363	6
Piemonte	8	7	2	2	6	20	0,352	7
Molise	13	11	17	5	5	3	0,194	8
Trentino-Alto Adige	4	6	5	12	17	13	0,083	9
Emilia-Romagna	11	5	14	13	4	14	-0,015	10
Lombardia	9	9	10	9	11	15	-0,121	11
Abruzzo	6	10	13	3	18	16	-0,121	12
Friuli-Venezia Giulia	10	15	19	18	3	4	-0,236	13
Sardegna	14	13	9	15	13	9	-0,261	14
Basilicata	18	20	12	11	10	2	-0,310	15
Puglia	16	14	16	10	12	10	-0,363	16
Lazio	15	16	11	16	16	11	-0,530	17
Sicilia	20	18	6	19	15	18	-0,769	18
Campania	19	17	20	17	20	17	-1,195	19
Calabria	17	19	8	20	19	19	-1,257	20



Tabella 7. Indicatori servizi per bambini/e: capacità di vivere una vita sana

<i>N°</i>	<i>Categoria di servizio</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici M+F 0-17 anni	2019-2020	ISTAT
2	Assistenza medica territoriale	Medici pediatri (rispetto ai bambini/e di età <15 anni) - valori per 10.000	2017-2018	ISTAT
3	Sostegno alla maternità	Numero consultori materno-infantili/100.000 minori e abitanti 18-64 anni non celibi/nubili per regione	2018-2019	ISTAT e Min. Salute



Indice regionale servizi per bambini/e: capacità di vivere una vita sana

<i>Regioni</i>	<i>Tasso dimissioni disturbi psichici età pre-adulta 0-17 M+F</i>	<i>Pediatri ogni 10.000 under 15</i>	<i>Consultori ogni 100.000 minori e 18-64 anni non celibi/nubili</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Valle d'Aosta	4	8	1	1,552	1
Toscana	1	11	4	1,233	2
Sardegna	2	5	6	1,112	3
Emilia-Romagna	19	1	2	0,675	4
Umbria	11	7	3	0,372	5
Puglia	6	4	14	0,313	6
Sicilia	7	2	13	0,191	7
Abruzzo	15	6	9	0,136	8
Lazio	3	10	17	0,091	9
Liguria	5	12	11	0,014	10
Calabria	9	9	15	-0,190	11
Marche	12	13	7	-0,237	12
Molise	13	3	20	-0,240	13
Basilicata	17	15	5	-0,390	14
Veneto	8	17	10	-0,470	15
Trentino-Alto Adige	14	18	8	-0,514	16
Campania	10	14	19	-0,719	17
Lombardia	16	16	18	-0,921	18
Friuli-Venezia Giulia	20	19	16	-0,991	19
Piemonte	18	20	12	-1,018	20


Tabella 8. Indicatori fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di vivere una vita sicura

N°	Classe fattore di rischio/protettivo	Definizione fattori di rischio e protettivi (r/p)	Indicatore di contesto	Anno	Fonte
1	Individuale/ maltrattante	R/P Isolamento sociale	Persone di 14 anni e più che si dichiarano molto soddisfatte delle relazioni amicali	2019-2020	ISTAT
2			Indice regionale fiducia interpersonale in merito alla risposta: bisogna stare molto attenti	2019-2020	ISTAT
3	Relazionali	R Violenza del partner	Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza dal partner o da ex partner negli ultimi cinque anni (per 100 donne con le stesse caratteristiche)	2014	ISTAT
4	Comunitari	R/P Insicurezza e scarso controllo sociale	Tasso di omicidi per regione/100.000 abitanti	2018-2019	ISTAT
5			Percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono (ogni 100 famiglie)	2019-2020	ISTAT
6			Persone di 14 anni e più che esprimono fiducia nelle forze dell'ordine, nei vigili del fuoco (fiducia media)	2019-2020	ISTAT
7	Sociali	P Valori e norme sociali che approvano il maltrattamento	Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza da un partner, per denuncia di almeno una violenza subita	2014	ISTAT


Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di vivere una vita sicura

Regioni	Soddisfazione nelle relazioni amicali	Fiducia interpersonale	Violenza da partner/ex partner negli ultimi 5 anni	Tasso di omicidi	Percezione criminalità	Fiducia forze dell'ordine	Donne vittime violenza da un partner, per denuncia	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	1	1	8	2	3	4	5	1,397	1
Friuli-Venezia Giulia	2	3	2	11	5	6	10	0,792	2
Valle d'Aosta	5	2	3	10	1	11	16	0,495	3
Liguria	7	7	18	6	8	1	2	0,474	4
Piemonte	9	13	12	1	13	2	4	0,472	5
Veneto	3	5	4	4	15	5	14	0,336	6
Lombardia	6	8	9	7	16	3	6	0,292	7
Emilia-Romagna	4	9	17	8	17	7	3	0,264	8
Toscana	8	10	13	9	11	8	13	0,175	9
Sardegna	13	11	7	19	4	19	1	0,151	10
Marche	14	15	5	5	9	17	9	-0,117	11
Abruzzo	11	4	20	13	12	9	7	-0,132	12
Umbria	10	18	14	15	10	10	8	-0,162	13
Basilicata	15	17	6	3	6	18	19	-0,271	14
Calabria	17	14	1	20	7	12	12	-0,402	15
Sicilia	19	20	11	17	14	16	11	-0,578	16
Molise	20	19	19	14	2	14	17	-0,642	17
Lazio	12	6	15	12	19	13	18	-0,660	18
Puglia	18	12	10	18	18	15	20	-0,714	19
Campania	16	16	16	16	20	20	15	-1,169	20



Tabella 9. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: capacità di vivere una vita sicura

<i>N°</i>	<i>Categoria di servizio</i>	<i>Indicatore di impatto del servizio</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Insicurezza e scarso controllo sociale	Coinvolti in procedure penali - Adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	2017-2018	ISTAT
2	Violenza del partner	N° centri antiviolenza e case rifugio/100.000 donne abitanti tra 18-70 anni e minori 0-17 anni	2017-2018	ISTAT/DPO
3	Integrazione sociale	N° utenti servizi dei Comuni per l'integrazione sociale/100.000 abitanti	2016-2018	ISTAT



Indice regionale servizi per bambini/e: capacità di vivere una vita sicura

<i>Regioni</i>	<i>Coinvolti in procedure penali - Ospiti dei presidi</i>	<i>Numero centri antiviolenza e case rifugio</i>	<i>Servizi sociali per l'integrazione sociale</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Umbria	1	14	6	1,167	1
Emilia-Romagna	13	3	1	1,107	2
Friuli-Venezia Giulia	17	2	2	0,880	3
Marche	2	11	5	0,716	4
Valle d'Aosta	6	1	13	0,603	5
Sardegna	5	13	3	0,482	6
Trentino-Alto Adige	3	6	15	0,334	7
Veneto	19	10	4	0,083	8
Toscana	12	5	10	0,045	9
Molise	20	4	11	-0,056	10
Lombardia	10	7	9	-0,090	11
Abruzzo	11	8	8	-0,113	12
Liguria	4	9	18	-0,208	13
Puglia	14	12	7	-0,230	14
Basilicata	9	17	14	-0,551	15
Calabria	7	15	20	-0,587	16
Piemonte	18	16	12	-0,746	17
Campania	15	18	16	-0,861	18
Sicilia	8	20	19	-0,943	19
Lazio	16	19	17	-1,032	20


Tabella 10. Indicatori fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di acquisire conoscenza e sapere

<i>N°</i>	<i>Classe fattore di rischio</i>	<i>Definizione fattore di rischio e protezione (r/p)</i>	<i>Indicatore di contesto</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Individuale/ maltrattante e comunitari	R: Basso livello di istruzione e svantaggio socio-economico	Indice regionale % popolazione 25-64 anni con nessun titolo di studio/licenza elementare	2019-2020	ISTAT
2	Individuale/ maltrattante	P: Elevato livello di istruzione delle donne	Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (femmine)	2019-2020	ISTAT


Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di acquisire conoscenza e sapere

<i>Regioni</i>	<i>% Popolazione 25-64 anni nessun titolo di studio/ licenza elementare</i>	<i>Tasso di istruzione terziaria femminile 30-34 anni</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Lazio	8	1	1,255	1
Friuli-Venezia Giulia	2	2	1,012	2
Trentino-Alto Adige	1	5	0,947	3
Emilia-Romagna	5	3	0,858	4
Umbria	7	6	0,794	5
Marche	10	4	0,711	6
Liguria	3	10	0,684	7
Lombardia	6	8	0,682	8
Valle d'Aosta	11	9	0,558	9
Abruzzo	12	7	0,538	10
Veneto	4	12	0,353	11
Toscana	13	11	0,321	12
Piemonte	9	13	0,043	13
Molise	14	15	-0,255	14
Basilicata	15	14	-0,471	15
Sardegna	16	16	-0,545	16
Campania	19	18	-1,536	17
Calabria	20	17	-1,603	18
Puglia	18	19	-1,633	19
Sicilia	17	20	-1,734	20



Tabella 11. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: capacità di acquisire conoscenza e sapere

<i>N°</i>	<i>Categoria di servizio</i>	<i>Indicatore di impatto del servizio</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Formazione	Adulti inoccupati (disoccupati e non forze di lavoro) nella classe d'età 25-64 anni che partecipano ad attività formative e di istruzione per 100 adulti inoccupati nella classe d'età corrispondente	2019-2020	ISTAT



Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti: capacità di acquisire conoscenza e sapere

<i>Regioni</i>	<i>Adulti inoccupati che partecipano ad attività formative e di istruzione</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Abruzzo	1,294	1,294	1
Basilicata	1,274	1,274	2
Toscana	1,257	1,257	3
Umbria	0,873	0,873	4
Liguria	0,820	0,820	5
Lazio	0,716	0,716	6
Molise	0,715	0,715	7
Sardegna	0,560	0,560	8
Friuli-Venezia Giulia	0,489	0,489	9
Veneto	0,425	0,425	10
Emilia-Romagna	0,250	0,250	11
Trentino-Alto Adige	0,099	0,099	12
Marche	-0,467	-0,467	13
Piemonte	-0,569	-0,569	14
Puglia	-0,642	-0,642	15
Campania	-0,998	-0,998	16
Lombardia	-1,114	-1,114	17
Valle d'Aosta	-1,365	-1,365	18
Calabria	-1,446	-1,446	19
Sicilia	-2,171	-2,171	20


Tabella 12. Indicatori fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di lavorare

<i>N°</i>	<i>Classe fattore di rischio</i>	<i>Definizione fattore di rischio</i>	<i>Indicatore di contesto</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1			Tasso di disoccupazione età 35-44 (tot)	2019-2020	ISTAT
2	Individuale /maltrattante e comunitari	Condizione occupazionale	Incidenza della disoccupazione di lunga durata (tot)	2019-2020	ISTAT
3			Incidenza di occupati non regolari (valori %)	2017-2018	ISTAT
4			Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	2018-2019	ISTAT


Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di lavorare

<i>Regioni</i>	<i>Tasso di disoccupazione Tot. età 35-44</i>	<i>Incidenza della disoccupazione di lunga durata</i>	<i>% Incidenza di occupati non regolari</i>	<i>Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Trentino-Alto Adige	4	1	2	4	1,310	1
Valle d'Aosta	3	2	3	1	1,110	2
Veneto	1	3	1	2	1,086	3
Emilia-Romagna	5	4	4	5	0,867	4
Lombardia	2	6	7	6	0,762	5
Friuli-Venezia Giulia	6	9	5	7	0,678	6
Marche	7	10	8	8	0,536	7
Toscana	8	5	9	9	0,525	8
Umbria	10	7	11	3	0,446	9
Liguria	11	8	10	12	0,328	10
Piemonte	9	15	6	11	0,298	11
Abruzzo	14	11	13	10	-0,049	12
Lazio	13	13	15	13	-0,212	13
Basilicata	12	14	12	14	-0,217	14
Molise	15	17	14	16	-0,607	15
Sardegna	17	12	16	18	-0,829	16
Puglia	16	16	17	17	-0,830	17
Calabria	20	18	20	15	-1,581	18
Campania	18	19	19	19	-1,658	19
Sicilia	19	20	18	20	-1,963	20



Tabella 13. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: capacità di lavorare

<i>N°</i>	<i>Categoria di servizio</i>	<i>Indicatore di impatto del servizio</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Inserimento lavorativo	Indice regionale servizi comunali per inserimento lavorativo: N° utenti/100.000 disoccupati over 15	2016-2018	ISTAT



indice regionale servizi potenziali maltrattanti: capacità di lavorare

<i>Regioni</i>	<i>Inserimento lavorativo</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Piemonte	2,584	2,584	1
Veneto	2,382	2,382	2
Emilia-Romagna	1,195	1,195	3
Friuli-Venezia Giulia	0,350	0,350	4
Lombardia	0,314	0,314	5
Toscana	0,115	0,115	6
Sardegna	0,046	0,046	7
Liguria	0,014	0,014	8
Valle d'Aosta	0,000	0,000	9
Puglia	-0,030	-0,030	10
Trentino-Alto Adige	-0,384	-0,384	11
Sicilia	-0,544	-0,544	12
Molise	-0,638	-0,638	13
Lazio	-0,675	-0,675	14
Abruzzo	-0,701	-0,701	15
Umbria	-0,712	-0,712	16
Marche	-0,728	-0,728	17
Basilicata	-0,801	-0,801	18
Campania	-0,881	-0,881	19
Calabria	-0,905	-0,905	20


Tabella 14. Indicatori fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di accedere alle risorse e ai servizi

N°	Classe fattore	Fattore di rischio	Indicatore di contesto	Anno	Fonte
1			Indice di grave deprivazione materiale	2018-2019	ISTAT
2	Individuale/ maltrattante e comunitari	Povertà/ Svantaggio socio-economico	Indice regionale % persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali	2018-2019	ISTAT
3			Indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica	2018-2019	ISTAT
4			Relazionali	Incidenza di povertà relativa familiare (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)	2019-2020
5	Sociali	Disuguaglianza	Indice di disuguaglianza del reddito disponibile	2017-2018	ISTAT
6	Sociali	Fattori economici (recessione)	Tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante	2018-2019	ISTAT


Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: capacità di accedere alle risorse e ai servizi

Regioni	Indice di grave deprivazione materiale	% Persone in situazioni di sovraffollamento abitativo	Valutazione soggettiva difficoltà economica	Indice povertà relativa familiare	Indice di disuguaglianza del reddito (Gini)	Tasso crescita PIL procapite	Totale	Pos. Tot.
Veneto	1	2	1	8	2	13	0,713	1
Friuli-Venezia Giulia	10	1	3	9	4	14	0,681	2
Trentino-Alto Adige	4	8	5	1	7	12	0,550	3
Toscana	7	7	9	5	10	7	0,523	4
Umbria	2	17	2	11	3	6	0,519	5
Emilia-Romagna	8	10	6	2	8	10	0,451	6
Valle d'Aosta	6	4	11	3	1	18	0,443	7
Liguria	3	9	7	10	11	11	0,354	8
Piemonte	5	5	8	6	12	16	0,353	9
Lombardia	11	11	10	7	13	15	0,202	10
Marche	9	15	4	12	5	19	0,155	11
Sardegna	14	3	16	14	18	1	0,108	12
Lazio	13	14	12	4	16	8	-0,006	13
Basilicata	16	12	14	20	6	2	-0,034	14
Calabria	15	6	13	19	15	4	-0,057	15
Puglia	17	16	15	17	17	3	-0,413	16
Molise	18	19	19	16	14	5	-0,684	17
Abruzzo	12	20	18	13	9	20	-0,859	18
Sicilia	20	13	17	15	20	9	-1,177	19
Campania	19	18	20	18	19	17	-1,821	20


Tabella 15. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: Capacità di accedere alle risorse e ai servizi

<i>N°</i>	<i>Categoria di servizio</i>	<i>Indicatore di impatto del servizio</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Integrazione al reddito e per accesso a servizi	Indice regionale numero utenti servizio/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2016-2018	ISTAT
2	Povertà/situazione abitativa	Indice regionale servizi per gli alloggi: numero utenti/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2016-2018	ISTAT


Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti: capacità di accedere alle risorse e ai servizi

<i>Regioni</i>	<i>Integrazione al reddito</i>	<i>Povertà abitativa</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Trentino-Alto Adige	2	1	3,104	1
Friuli-Venezia Giulia	1	2	1,507	2
Emilia-Romagna	3	3	1,030	3
Lombardia	4	8	0,415	4
Piemonte	5	4	0,281	5
Veneto	6	7	0,192	6
Marche	7	11	-0,102	7
Toscana	9	5	-0,177	8
Umbria	8	12	-0,290	9
Sardegna	10	9	-0,362	10
Liguria	13	6	-0,390	11
Molise	11	13	-0,421	12
Lazio	12	14	-0,431	13
Puglia	14	10	-0,508	14
Valle d'Aosta	15	15	-0,555	15
Sicilia	16	18	-0,621	16
Abruzzo	17	20	-0,653	17
Basilicata	18	16	-0,662	18
Calabria	19	17	-0,669	19
Campania	20	19	-0,685	20

Fondazione Cesvi è un'organizzazione umanitaria italiana laica e indipendente, nata a Bergamo nel 1985. Presente in 23 Paesi, Cesvi opera in tutto il mondo per trasformare l'intervento umanitario in una occasione per costruire progetti di lungo periodo in grado di promuovere l'autosviluppo e il protagonismo dei beneficiari. Cesvi, lavora per garantire la sicurezza alimentare, promuove lo sviluppo sostenibile e agisce per contrastare gli effetti del cambiamento climatico. Nel mondo protegge i bambini più vulnerabili attraverso le Case del Sorriso e in Italia è impegnata per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento infantile e nell'integrazione di minori stranieri non accompagnati. Realizza campagne di sensibilizzazione per incoraggiare tutti a diventare cittadini attivi e responsabili. Nel 2020, Cesvi ha aiutato più di 1,7 milioni di persone, investendo il 92% delle proprie risorse sul campo. Premiata tre volte con l'Oscar di Bilancio per la trasparenza, Cesvi è parte del network europeo Alliance2015.



Per informazioni:

Fondazione Cesvi

Via Broseta 68/A

24128 - Bergamo

Tel. **035 2058058**

Email: cesvi@cesvi.org

www.cesvi.org



cesvi

