



2020



cesvi

Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia

RESTITUIRE IL FUTURO





Indice regionale
sul maltrattamento
all'infanzia in Italia

RESTITUIRE IL FUTURO





Cesvi

Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia

RESTITUIRE IL FUTURO

A cura di

Valeria Emmi (*Advocacy Coordinator*)
Cesvi

Autrici

Giovanna Badalassi, Federica Gentile (*Consulenti Cesvi*)

Comitato Scientifico

Filomena Albano (*Autorità Garante Infanzia e Adolescenza*)
Donata Bianchi (*Istituto degli Innocenti*)
Giovanna Boda (*Ministero dell'Istruzione. Ministero dell'Università e della Ricerca*)
Rocco Briganti (*CISMAI*)
Gianmario Gazzì (*Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali*)
Maria Giuseppina Muratore (*Istat*)
Gloria Soavi (*CISMAI*)

Editing

Giovanna Leoni (*New Target Agency*)

Progetto grafico

New Target Agency s.r.l.

Foto di copertina Gianfranco Ferraro©

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

ISBN 978-88-943474-3-2

Realizzata da

Cesvi Fondazione Onlus
via Broseta 68/A– 24128 Bergamo, Italia

Cesvi desidera ringraziare per i contributi al capitolo 3:
Rocco Briganti (*CISMAI*), Francesca Giordano (*Unità di Ricerca Sulla Resilienza - Università Cattolica del Sacro Cuore*),
Francesco Salvatore (*Cesvi*)

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

Finito di stampare nel mese di settembre 2020

SOMMARIO

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE	5
1 IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA: INQUADRAMENTO GENERALE	6
1.1 Definizione	6
1.2 Le conseguenze personali, relazionali, sociali ed economiche sui bambini/e e sui futuri adulti	7
1.3 I benefici della prevenzione: fattori di rischio e fattori protettivi	8
2 L'INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA	11
2.1 La metodologia	11
2.2 L'indice regionale dei fattori di rischio e dei servizi per capacità	13
2.2.1 Capacità di cura di sé e degli altri	14
2.2.2 Capacità di vivere una vita sana	18
2.2.3 Capacità di vivere una vita sicura	22
2.2.4 Capacità di acquisire conoscenza e sapere	24
2.2.5 Capacità di lavorare	25
2.2.6 Capacità di accedere alle risorse e ai servizi	27
2.3 L'indice regionale: fattori di rischio e servizi	29
2.3.1 L'indice dei fattori di rischio	29
2.3.2 L'indice dei servizi	30
2.3.3 L'analisi territoriale e l'incrocio tra domanda potenziale e offerta dei servizi	32
2.4 L'indice regionale: totale per capacità	33
3 LA RESILIENZA COME STRATEGIA DI PREVENZIONE, CURA E CONTRASTO AL MALTRATTAMENTO SUI BAMBINI/E	37
3.1 Cos'è la resilienza	37
3.2 L'approccio ecologico alla resilienza	38
3.2.1 La resilienza nei bambini/e maltrattati	38
3.2.2 La resilienza nelle famiglie	39
3.2.3 Il ruolo della comunità	39
3.3 Gli interventi diretti a sviluppare la resilienza nei bambini/e	41
3.4 La resilienza nelle policies e strategie internazionali per il maltrattamento all'infanzia	43
4 IL BENESSERE DEI BAMBINI/E E IL RISCHIO DI MALTRATTAMENTO DURANTE LA CRISI COVID-19	48
4.1 Capacità di cura	48
4.2 Capacità di vivere una vita sana	51
4.3 Capacità di acquisire conoscenza e sapere	52
4.4 Capacità di vivere una vita sicura	53
4.5 Capacità di lavorare	54
4.6 Capacità di accedere alle risorse e ai servizi	55
4.7 Conclusioni	55
5 RIFLESSIONI E PROPOSTE PER POLITICHE DI PREVENZIONE E CONTRASTO	58
BIBLIOGRAFIA	62
SITOGRAFIA	65
APPENDICI	67
I. Il metodo di calcolo utilizzato per l'indicatore: il QUARS	67
II. Tabelle	68

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE

L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia 2020 viene presentato a un anno di distanza dalla precedente edizione, un lasso di tempo piuttosto ravvicinato in termini cronologici, ma particolarmente denso quanto a cambiamenti.

Viviamo infatti in un periodo storico nel quale si stanno manifestando contemporaneamente e con particolare forza dinamiche sociali ed economiche che mettono a dura prova la nostra società.

L'attenzione collettiva è concentrata soprattutto sulle varie emergenze che oramai sono all'ordine del giorno e che sono state drammaticamente acuite ed enfatizzate dalla crisi Covid-19, da quella occupazionale, epidemica, politica e demografica a quella della povertà e dei conti pubblici.

Nel sovrapporsi di crisi strutturali ed emergenziali quasi quotidiane, la nostra visione e il nostro orizzonte di vita si accorciano sempre di più, poiché la costruzione della speranza per il futuro viene sempre più sacrificata alle preoccupazioni del presente. In questa situazione generale si rischia inevitabilmente di trascurare tutti quegli aspetti della nostra società che sono caratterizzati invece da una visione di medio-lungo termine e di ampio respiro, primo tra tutti il benessere dei bambini e delle bambine e la tutela della loro sicurezza e incolumità.

Cosa ci porta infatti a ragionare di futuro, più dell'infanzia? Parlare di maltrattamento all'infanzia in questo momento storico in cui le priorità in agenda sono scandite da emergenze sanitarie ed economiche, diventa quindi un impegno di responsabilità umana e civica, prima ancora che sociale o professionale.

In gran parte sommerso e sempre più offuscato da altre

contingenze, il maltrattamento all'infanzia rimane infatti una problematica particolarmente grave e pervasiva nella nostra società. Come da ultimi - e non più così recenti - dati a disposizione, i servizi sociali dei Comuni seguono ogni anno quasi 100.000 bambini, 9,5 minori ogni 1.000 residenti, mentre per ogni caso conosciuto dai servizi sociali ce ne sono almeno altri 9 sommersi che non verranno né intercettati né curati. Aggiungendo a questi gli adulti di oggi, maltrattati da bambini, questo fenomeno potrebbe arrivare a coinvolgere circa il 10% della popolazione del nostro paese. Una parte importante della nostra società è dunque oggi coinvolta in dinamiche di maltrattamento nel corso della propria infanzia, o lo è stata in passato e ne patisce ancora le conseguenze.

Si possono superare gli effetti dolorosi del maltrattamento all'infanzia? Si può essere "capaci" di evitarlo? Sono domande indagate nell'Indice di quest'anno che intende porre l'attenzione su un fattore protettivo importante quale la resilienza, il complesso di capacità e risorse personali che permette non solo di evitare ma anche di affrontare e superare meglio le esperienze negative e traumatiche come ad esempio quelle prodotte dall'emergenza Covid-19.

Ragionare su una possibile risposta positiva e propositiva alle conseguenze del maltrattamento all'infanzia ci è parso il modo più efficace per affrontare la peculiarità dei tempi che stiamo vivendo, stimolando e rafforzando la necessità di un impegno sistemico e di ridefinizione delle priorità in agenda per migliorare il benessere dei nostri bambini/e attraverso il quale è possibile ricostruire un nuovo slancio verso il futuro, indispensabile per ritrovare una direzione nel presente.

1.1 DEFINIZIONE

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ "il maltrattamento infantile, in alcuni casi definito come abuso infantile e trascuratezza, include tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, trascuratezza e sfruttamento che risulti in effettivo o potenziale danno per la salute, lo sviluppo o la dignità dei bambini". In particolare, con il termine "trascuratezza" si fa riferimento a un'inadeguata attenzione da parte dei genitori o *caregiver* ai bisogni di bambini/e in termini evolutivi, fisici, emotivi, sociali ed educativi.

Si tratta di un fenomeno molto più esteso di quanto si possa immaginare, sia a livello globale che nazionale, che produce importanti e spesso drammatiche conseguenze sulla personalità e la salute dei bambini/e, futuri adulti. Nel mondo, nel 2015, circa tre bambini/e su quattro (1,7 miliardi di minori) hanno vissuto una qualche forma di violenza interpersonale². In particolare, 1,3 miliardi di bambini/e sono stati sottoposti a qualche forma di punizione corporale, 261 milioni di scolari hanno sperimentato violenza da parte dei loro coetanei, mentre 100.000 bambini/e sono stati vittime di omicidio.

La maggior parte degli episodi di violenza sui bambini/e avviene all'interno della famiglia, che rappresenta quindi il luogo più pericoloso: tra il 60% e il 70% dei bambini/e tra i 2 e i 14 anni di età ha vissuto episodi di violenza emotiva da parte dei propri *caregiver* e, nei soli paesi industrializzati, circa il 58% dei bambini/e ha subito una qualche forma di disciplina violenta in casa. La violenza sui minori arriva fino ai più piccoli: secondo dati raccolti in 30 paesi, sei bambini su dieci tra i 12 e i 23 mesi sono soggetti a disciplina violenta e di questi almeno la metà è esposta ad abusi verbali³.

La violenza sui bambini/e, in particolare il maltrattamento e la trascuratezza in famiglia, sono problematiche con profonde radici culturali e sociali: più di un miliardo di persone ritiene infatti accettabile l'uso di punizioni corporali per crescere i propri figli e figlie⁴. Nel mondo il 16,3% dei bambini/e è ancora vittima di negligenza fisica mentre il 18,4% è vittima di trascuratezza emotiva.

L'accettazione sociale della violenza può essere sostenuta solo se il problema viene minimizzato e/o negato, riducendolo a dimensione soggettiva/privata/familiare alla quale non si riconosce una dimensione di carattere sociale⁵. Intervenire in termini di cura e prevenzione del

maltrattamento sui bambini/e in modo efficace richiede quindi innanzitutto un cambiamento culturale radicale e profondo che riconosca la dimensione pubblica e sociale di questo fenomeno⁶.

Come nel resto del mondo, **anche in Europa il maltrattamento e la trascuratezza sono fenomeni diffusi e potenzialmente sottostimati.** Secondo WHO-European Region, circa 55 milioni di bambini/e sono vittime di maltrattamento nell'Unione: nel 9,6% dei casi il maltrattamento assume la forma di abuso sessuale, nel 16,3% dei casi di trascuratezza fisica, nel 18,4% dei casi di trascuratezza emotiva e infine nel 22,9% dei casi di maltrattamento assume la forma di abuso fisico, nel 29,6% dei casi quella di abuso emotivo.

Per quanto riguarda gli omicidi, si stima che il maltrattamento sui minori nell'Unione Europea sia la causa di più di 700 morti di bambini/e sotto i 15 anni di età che si potrebbero evitare ogni anno⁷.

L'UE sta comunque progredendo nel raggiungimento dell'obiettivo stabilito nell'*European Child Maltreatment Prevention Action Plan 2015-2020* per ridurre il maltrattamento sui bambini/e del 20% entro il 2020. Dati relativi al periodo 2010-2014 rilevano che il tasso di omicidi che sono conseguenza di maltrattamento sono stati ridotti dell'11%⁸. Si vedrà a conclusione dell'anno in corso se il trend positivo verrà confermato, anche se difficilmente si raggiungerà l'obiettivo prestabilito.

Per quanto riguarda l'Italia, l'*Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*⁹ ha stimato che nel nostro paese 47,7 minorenni su 1.000 sono seguiti dai servizi sociali. Di questi si stima che i bambini/e vittime di maltrattamento siano 91.272, quasi 100.000. Il rapporto *La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo (2017)*¹⁰ ha ancora messo in evidenza come la violenza domestica sia la causa principale della gran parte dei reati contro i bambini/e: nel 2016 infatti nel nostro paese sono stati 1.618 i reati contro i bambini/e vittime di maltrattamento in famiglia (di cui il 51% bambine), con un incremento del 12% rispetto all'anno precedente. Sono aumentati inoltre in modo preoccupante (+23%) i bambini/e vittime di forme di disciplina violenta, mentre sono diminuiti lievemente gli abusi sessuali di minori di 14 anni (-11%), per l'80% bambine.

Prevenire e arginare il maltrattamento sui bambini/e significa anche prevenire e arginare il fenomeno della violenza contro le donne, dato il loro stretto legame¹¹. Nel mondo,

circa il 30% delle donne con più di 15 anni è stata infatti vittima di violenza domestica¹², **in Europa si stima che una donna su tre (33%) abbia subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita**, e che il 43% delle donne nei 28 Stati dell'UE abbia vissuto una qualche forma di violenza domestica da parte di un partner nel corso della propria vita¹³. Dato che solo il 33% delle donne europee che vengono abusate dal partner si rivolgono alle autorità¹⁴ (il 12,2% in Italia)¹⁵, la problematica è seriamente sottostimata come nel caso del maltrattamento sui minori. Inoltre, sia la violenza contro le donne che il maltrattamento all'infanzia sono caratterizzati da fattori di rischio comuni, quali nuclei familiari con frequenti conflitti coniugali, stress economico, disoccupazione maschile, presenza di padri non biologici, uno scarso livello di istruzione o l'abuso di alcol da parte degli adulti¹⁶. Al di là dei fattori di rischio legati al contesto familiare, le due forme di violenza sono spesso considerate "accettabili" in società caratterizzate da elevati livelli di disuguaglianza in ambito economico, politico e sociale. Inoltre, in un contesto di disuguaglianza di genere, uomini che sottoscrivono tradizionali ruoli di genere possono tendere a utilizzare la violenza come metodo di controllo di donne e bambini/e che occupano una posizione subordinata nella società¹⁷.

Anche la violenza assistita ha effetti significativi sui bambini/e, sebbene con meccanismi non ancora completamente chiariti dalla ricerca: uno studio condotto in Italia rileva che bullismo e vittimizzazione a scuola – specialmente nel caso delle bambine – sono correlati all'essere stati testimoni di episodi di violenza a casa¹⁸.

Infine, nell'adolescenza si verifica una sovrapposizione tra violenza contro le donne e violenza contro le bambine; le ragazze che hanno 15 o più anni sono infatti usualmente incluse da studi e ricerche nel novero delle donne vittime di violenza domestica – soprattutto nel caso in cui siano sposate o abbiano figli – pur essendo ancora minorenni e quindi potenzialmente incluse anche nelle statistiche relative alla violenza contro i bambini/e e gli adolescenti.

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

Le conseguenze del maltrattamento e della trascuratezza sui bambini/e dipendono dal tipo di abuso a cui sono sottoposti, ma occorre sottolineare che **tutte le forme di**

maltrattamento hanno conseguenze gravi non solo sui bambini/e, ma anche sulla società.

Le principali **conseguenze a breve termine** per i bambini/e a livello fisico, psicologico ed emotivo possono essere riassunte in:¹⁹

- ferite, lividi, bruciate in caso di abusi fisici;
- cambiamento nel comportamento, ansia verso il futuro, malattie veneree soprattutto nei casi di abusi sessuali;
- sindrome post traumatica e depressione nei casi di abusi particolarmente gravi.

È tuttavia necessario sottolineare che gli alti livelli di instabilità familiare e l'incidenza di patologie psicologiche dei genitori di bambini/e maltrattati rendono complicato determinare quali siano le conseguenze riconducibili al maltrattamento e abuso e quali siano invece quelle determinate dall'impatto di problematiche legate alla salute mentale dei genitori. 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 adulti²⁰.

Le **conseguenze a lungo termine** del maltrattamento sui bambini/e dipendono da fattori che possono moderare o esacerbare il trauma subito, tra i quali: "il tipo di evento traumatico e la causa, l'età in cui avviene il trauma, la sua durata nel tempo, la presenza, il tipo e l'interconnessione con altri fattori di rischio e di protezione"²¹. Tra le conseguenze a lungo termine di maltrattamento ci sono:

- diabete, asma, obesità nell'adolescenza e ipertensione in età adulta²²;
- 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 etc.)²³;
- 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;
- depressione, ansia, disturbi dell'alimentazione²⁴;
- tentativi di suicidio e abuso di droghe²⁵;
- automutilazione, attività sessuale frequente e indiscriminata, sovralimentazione compulsiva e cronica²⁶.

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 violenza²⁷. Tuttavia, è doveroso ricordare che gli individui che sono stati vittime di maltrattamento non sono a loro volta necessariamente violenti nei confronti dei propri figli²⁸.

Un modo per valutare l'impatto del maltrattamento sui bambini/e, non solo sulla loro salute e sviluppo, ma su tutta la società, è ragionare sul **costo sociale del maltrattamento**, sia in termini di costi diretti che indiretti. Negli USA, ad esempio, i costi sostenuti dalla popolazione durante tutto il corso della vita è stato valutato in 428 miliardi di dollari (2015) per i soli casi confermati di maltrattamento, quello dei casi stimati sale a 2 trilioni di dollari²⁹.

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 PIL³⁰.

1.3 I BENEFICI DELLA PREVENZIONE: FATTORI DI RISCHIO E FATTORI PROTETTIVI

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.

Un'efficace azione di prevenzione va condotta quindi sia intervenendo sul contenimento e la riduzione dei fattori di rischio, sia 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. 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.

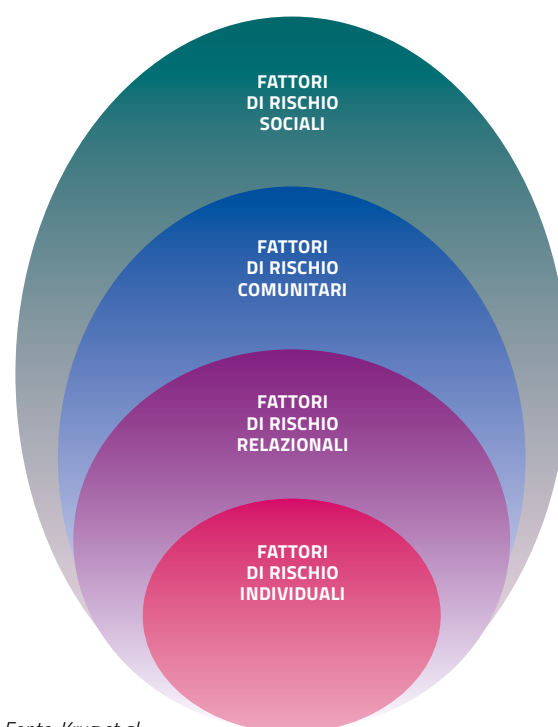
Gli studi sulla materia hanno individuato tra i fattori di rischio che aumentano le probabilità per i bambini/e di

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. Anche il contesto sociale e comunitario nel quale vivono i bambini/e con le loro famiglie rappresenta 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 e può anche giustificare le punizioni corporali.

Il riferimento teorico dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia per la definizione dei fattori di rischio è lo *European Report on Preventing Child Maltreatment, (2013)*³¹, dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO che adotta l'"approccio ecologico" (fig. 1) e classifica i fattori di rischio in quattro categorie: fattori di rischio individuali, relazionali, comunitari e sociali (fig. 2).

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 stesso e di prevenire in modo strutturale il maltrattamento sui bambini/e.

FIGURA 1. CLASSIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO: L'APPROCCIO ECOLOGICO



Fonte: Krug et al.

FIGURA 2. CLASSIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO: DETTAGLIO

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI		FATTORI DI RISCHIO RELAZIONALI	FATTORI DI RISCHIO COMUNITARI
Caratteristiche del maltrattante:	Caratteristiche del bambino/a maltrattato/a:		
Giovane età dei genitori	Genere	Scarse capacità e stress genitoriali	Svantaggio socio-economico
Famiglie monoparentali	Età	Approvazione genitoriale delle punizioni corporali	Insicurezza e scarso controllo sociale
Basso livello di istruzione dei genitori	Problemi prenatali e neonatali	Scarsa coesione familiare e famiglie disfunzionali	Disponibilità di servizi per l'infanzia
Condizione occupazionale dei genitori	Disabilità	Violenza del partner	Accessibilità all'alcol e alla droga
Condizione di immigrato	Bambini/e con disordini comportamentali	Gravidanze indesiderate	
Condizione socio-economica (povertà)	Bambini/e che sono già stati abusati	Numero componenti della famiglia	FATTORI DI RISCHIO SOCIALI
Uso di alcol	Bambini/e scappati di casa e homeless	Presenza in casa di genitore non biologico	Valori e norme sociali che approvano il maltrattamento
Uso di droghe			Recessione economica
Fumo materno durante la gravidanza			Disuguaglianza
Storia di abuso infantile			Legislazione e politica
Malattia mentale			
Scarsa capacità di elaborazione emozionale e sociale			
Caratteristiche caratteriali			
Isolamento sociale			
Paternità incerta			

La letteratura scientifica a oggi³² 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 USA³³ il Dipartimento per la Salute e i Servizi Sociali, ha identificato sei categorie di fattori pro-

tettivi: 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 ed emozionali del bambino/a.

In generale vi è una larga condivisione da parte della comunità scientifica sull'identificare nella **resilienza**, sia nei bambini che nei genitori, **un fattore protettivo particolarmente efficace e importante**. Per tale motivo a essa è dedicato l'approfondimento tematico di questa terza edizione dell'Indice (si veda capitolo 3).

-
- ¹ WHO, Child Maltreatment, http://www.who.int/topics/child_abuse/en/
- ² Know Violence in Childhood (2017), Evidence Highlights 1, p.1.
- ³ UNICEF (2017), p.19.
- ⁴ Ibid. Si noti che secondo la CRC le punizioni corporali sono: "Qualsiasi punizione in cui sia usato la forza fisica e che intenda creare qualche tipo di dolore o fastidio, per quanto lieve". UN Committee on the Rights of the Child (2006).
- ⁵ Romito, P., (2005).
- ⁶ Per un approfondimento su politiche e strumenti normativi di prevenzione e contrasto del maltrattamento sui bambini/e si veda Cesvi, Liberi tutti. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia, par. 1.4, ed. 2018.
- ⁷ WHO, (2018), p. 1.
- ⁸ Ibid. p. 12.
- ⁹ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAL, Fondazione Terre des Hommes Italia (2015).
- ¹⁰ Terre des Hommes (2017).
- ¹¹ Il testo di questo paragrafo è basato su: Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C., Colombini, M., (2016).
- ¹² Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., et al., (2013).
- ¹³ FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2014).
- ¹⁴ EIGE - European Institute for Gender Equality (2018).
- ¹⁵ Istat, (2015).
- ¹⁶ Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C., Colombini, M., (2016), p.6.
- ¹⁷ Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., et al., (2017).
- ¹⁸ Baldry, A. C., (2003).
- ¹⁹ Know Violence in Childhood, (2017), Evidence Highlights 4, p. 1.
- ²⁰ United Nations Secretary-General, (2006), p.64.
- ²¹ Bianchi, D., e Moretti, E., (2006).
- ²² Anda Dong, Brown, Felitti, Giles, Perry, Valerie, Dube, (2009).
- ²³ Shin, S.H., Chung, Y., Rosenberg, R.D, (2016).
- ²⁴ Norman, R. E., Byambaa, M. De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., (2012).
- ²⁵ Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., Russo, M. J., (2010).
- ²⁶ Bianchi D., e Moretti E., (2006).
- ²⁷ Merrick, M.T., e Guinn, A.S., (2018).
- ²⁸ WHO - Regional Office for Europe, (2007)
- ²⁹ Peterson C., Florence C., Klevens J., (2018)
- ³⁰ CISMAL, Università L. Bocconi e Terre des Hommes, (2013b).
- ³¹ WHO - World Health Organization Regional Office for Europe, (2013).
- ³² Ibid.
- ³³ US Department of Health & Human Services, (2012).

2 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.

IL METODO DI CALCOLO

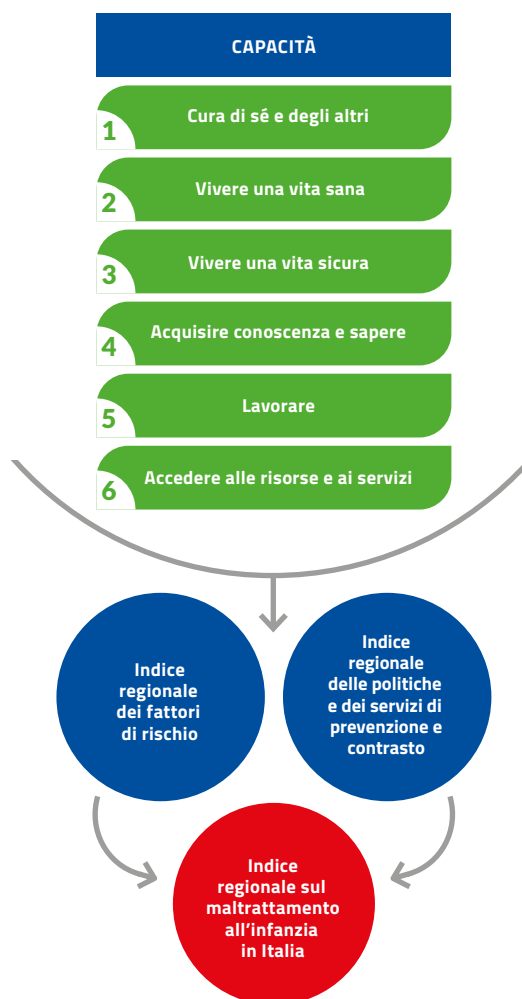


Il metodo di calcolo dell'Indice è quello già efficacemente testato per un'indagine basata su indicatori regionali - il QUARS della campagna "Sbilanciamoci" che rielabora anch'esso in ordine decrescente le regioni rispetto alla minore/maggiore incidenza degli indicatori analizzati in un determinato territorio. 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 macro-indicatore come media semplice dei sotto-indicatori. 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 obbligata 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.

L'Indice viene calcolato sulla base di **64 indicatori statistici**, rappresentativi sia dei fattori di rischio che dei servizi pubblici territoriali, resi confrontabili grazie all'applicazione dell'algoritmo del QUARS² e poi aggregati in sub-indici per arrivare poi 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 sui bambini/e.

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. La scelta delle sei capacità è avvenuta secondo

FIGURA 3. SVILUPPO DELL'INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA



l'adozione dell'“Approccio delle capacità nella prospettiva allo Sviluppo Umano”³, 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 sulla prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e 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 ad oggi statisticamente rappresentabili, soprattutto quelli relativi alle caratteristiche individuali e relazionali, e che gli indicatori statistici disponibili 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 sui 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.

Gli indicatori sono per la maggior parte riferiti 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 terza edizione, quindi, gli indicatori relativi ai servizi provengono quasi tutti dall'indagine Istat sugli *Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*⁵ che quest'anno è stata aggiornata al 2016, rispetto ai dati del 2015 disponibili nella precedente edizione.

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

L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia è composto da 64 indicatori, tra fattori di rischio e servizi, che cercano di rappresentare la complessità di un fenomeno prodotto da numerose variabili, solo in parte ricostruibile attraverso i dati quantitativi.

La lettura temporale riflette inoltre le **carenze del sistema informativo nazionale** nel delineare le variabili maggiormente riconducibili al maltrattamento: i 64 indicatori, infatti, aggiornati nei primi mesi del 2020, si riferiscono per il 41,5% al 2018, per il 41,5% al 2016-2017 e per il 16,9% al 2013-2014.

La chiave di lettura più appropriata nell'analisi dell'Indice, quindi, non è tanto riferibile a una rilevazione puntuale, quanto piuttosto a una **valutazione delle dinamiche tendenziali e degli squilibri territoriali del fenomeno**.

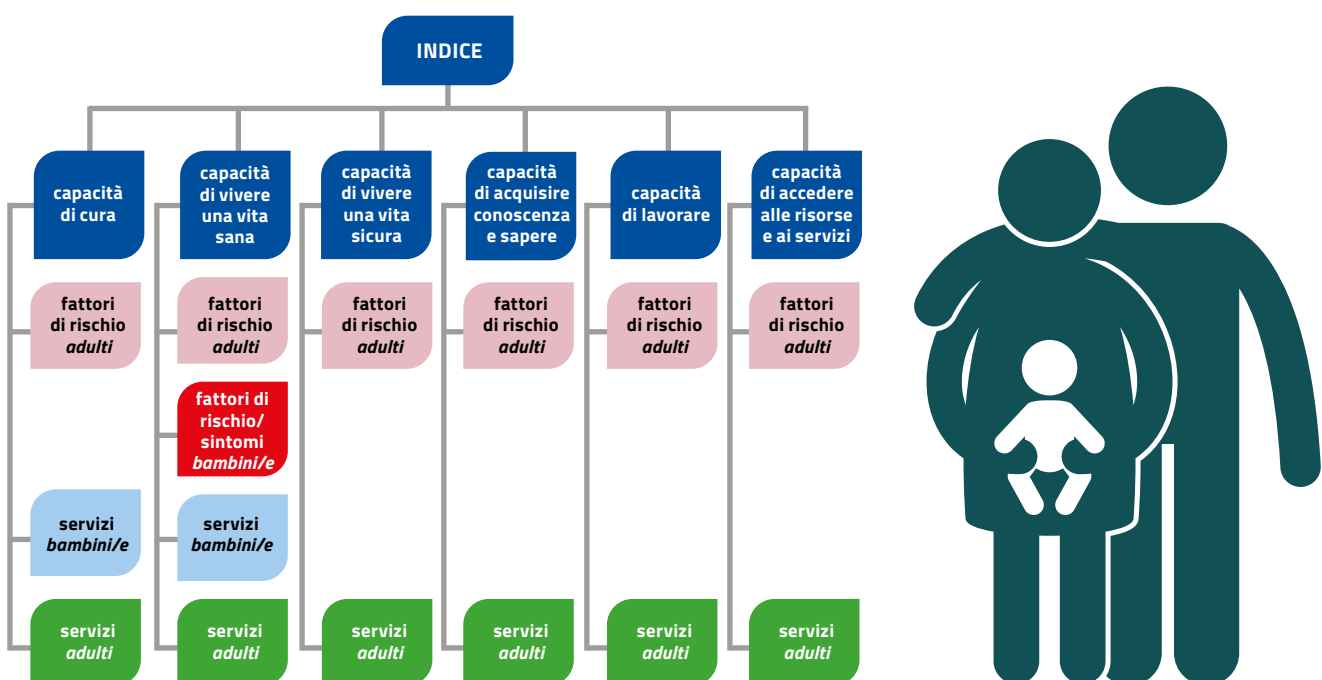
La lettura comparata delle sei capacità, che sviluppano a livelli concentrici la dimensione individuale, relazionale, comunitaria e sociale, ci permette infatti di maturare la consapevolezza di quanto anche il fenomeno del maltrattamento all'infanzia sia interconnesso con il contesto circostante e risenta quindi della situazione generale della società e dell'economia.

È importante quindi mettere in evidenza questi differenti piani di analisi attraverso il riconoscimento delle tendenze in atto, in parte già conosciute, ma che solitamente non vengono messe in relazione con il maltrattamento.

Se guardiamo infatti agli ultimi 10 anni, vediamo come la condizione economica dell'Italia permane in uno stato di crisi che, dopo lo shock del 2008, si è stabilizzato in una graduale tendenza al ribasso in numerose variabili economiche e sociali. Nonostante una temporanea ripresa tra il 2015 e il 2018, il PIL del paese oscilla sempre su tassi di crescita prossimi allo zero⁶, con probabili tendenze a una ulteriore contrazione nel 2020 legati alla pandemia da Coronavirus. Questo andamento macroeconomico ha avuto un impatto importante anche sulla vita delle persone in generale e, a maggior ragione, su quelle più fragili: il tasso di occupazione, per quanto rimasto sostanzialmente stabile tra il 2008 (58,6%) e il 2018 (58,5%), nasconde un deterioramento strutturale del mercato del lavoro: è aumentato il lavoro precario, il lavoro part time involontario, le retribuzioni sono diminuite.

Se è noto il periodo di difficoltà generalizzata nel paese, minore consapevolezza diffusa vi è, invece, di quanto la crisi economica abbia colpito la parte più fragile della nostra società, con un **aumento della povertà e della disuguaglianza**. La crisi economica ha avuto e sta continuando ad avere, quindi, anche un forte impatto sulla

FIGURA 4. INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ: SCHEMA DI ANALISI



vita delle persone, non solo in termini materiali ma anche nella dimensione psicologica legata alla depressione, alla perdita di speranza, allo scoraggiamento. Diversi indicatori dell'ultimo decennio legati alla dimensione personale ci offrono infatti una **lettura interconnessa tra la situazione economica e quella sociale**: sono diminuiti i matrimoni, sono aumentati i divorzi e le separazioni, sono peggiorate le condizioni mentali.

Una situazione di disagio generalizzato che certamente mette maggiormente a rischio la salute e il benessere dei bambini/e e dei ragazzi/e, per i quali gli unici indicatori in miglioramento sono quelli che risentono dei cambiamenti strutturali nei comportamenti: l'indice delle gravidanze precoci è in progressiva diminuzione, così come quello dell'obesità infantile e della dipendenza da alcol.

Per quanto non vi siano gli elementi di conoscenza necessari per affermare se nell'ultimo decennio il numero dei bambini/e maltrattati sia aumentato piuttosto che diminuito, la consapevolezza del peggioramento generalizzato dei fattori di rischio, pur in presenza di qualche estemporaneo progresso, obbliga a elevare il livello di attenzione su questo tema e a sottolineare l'urgenza di affrontarlo con adeguati strumenti, sia economici che amministrativi e gestionali, migliorando sensibilmente la capacità di intervento attraverso i servizi.

L'analisi degli indicatori relativi ai servizi comunali che intervengono sull'area famiglia e minori, maggiormente riconducibile a situazioni di maltrattamento infantile, mostra infatti un sostanziale consolidamento della situazione negli ultimi anni: tra risorse proprie dei Comuni e compartecipazione del Servizio Sanitario Nazionale, la spesa pubblica tra il 2013 e il 2016 è rimasta stabile sui 2,7 miliardi di euro, con una variazione in aumento dell'1,7% (+45 milioni di euro)⁷. Se da una parte occorre evidenziare una sostanziale tenuta della spesa pubblica in questa area, occorre però domandarsi se l'incremento dell'1,7% possa essere sufficiente per assistere un'utenza particolarmente fragile in un simile momento economico e sociale.

L'analisi dettagliata degli indicatori dei servizi porta infatti a considerare l'esigenza di spendere più e meglio per prevenire e curare il maltrattamento dell'infanzia.

Non si tratta infatti solo di una dimensione quantitativa dell'utenza intercettata dai servizi: alcuni indicatori sull'impatto degli assistiti, parametrati sulla popolazione giovanile residente, sono persino in miglioramento a causa della diminuzione della natalità e quindi dei bambini presenti nei territori.

La situazione generale del nostro paese che si riflette sul peggioramento di numerosi fattori di rischio deve invece far maturare la consapevolezza che è **aumentato il rischio di maltrattamento sui nostri bambini/e** e che occorre dotarsi di strumenti di intervento adeguati ed efficaci, soprattutto tenendo conto degli elevati squilibri territoriali che nel dettaglio dell'analisi degli indicatori emergono con particolare evidenza.



2.2.1 CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

> Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati

I fattori di rischio relativi alla **capacità di cura** degli adulti e famiglie potenzialmente maltrattanti sono rappresentati da otto indicatori: 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.

L'analisi dell'andamento generale di questi indicatori nei tre anni di realizzazione dell'Indice mette in evidenza come la capacità di cura non sia influenzata dalla contingenza economica o da una prospettiva di breve termine, ma risenta di trend di medio-lungo termine, essendo legata a comportamenti individuali e collettivi di carattere psicologico, sociale e culturale, che richiedono tempo per modificarsi in modo vistoso e che seguono dinamiche di miglioramento o peggioramento non collegate alla congiuntura economica o politica.

L'indice di fecondità giovanile, ad esempio, è in continua riduzione, sia per una maggiore consapevolezza da parte delle adolescenti delle proprie scelte riproduttive, sia per una generale diminuzione del tasso di fecondità che si registra oramai in Italia da anni. Per tale motivo questo indicatore, che nel 2010 ha raggiunto 32,6/1.000 donne in età 15-19 anni, è sceso ancora tra il 2016 e il 2017 dal 24,2/1.000 al 21,7/1.000 (-10,3%).

Anche l'età media del padre, complici le dinamiche demografiche negative, sta continuando a salire, seppur molto lentamente (+0,1% tra il 2017 e il 2018), mentre è in peggioramento l'indicatore sulle famiglie monogenitore, che sono aumentate del 3,1% tra il biennio 2015-2016 e il biennio 2016-2017.

Le persone molto soddisfatte per la propria vita sono aumentate tra il 2017 e il 2018 del 4,5% mentre il tasso di

LA CAPACITÀ DI CURA NEGLI ADULTI



La capacità di cura comprende l'insieme dei comportamenti umani dediti al mantenimento e allo sviluppo del benessere, di sé o degli altri. Prendersi cura della propria persona, dei propri figli, compagni, parenti, amici, è alla base della nostra esperienza di vita relazionale e sociale. Una buona capacità di cura da parte degli adulti, genitori, parenti o *caregiver* rappresenta quindi la principale tutela dei bambini/e e prevenzione di qualsiasi forma di maltrattamento.

La letteratura sul maltrattamento all'infanzia indica la **giovane età dei genitori** tra i fattori di rischio legati alle **caratteristiche dei maltrattanti**. Tuttavia, l'associazione tra la giovane età dei genitori e il maltrattamento di bambini/e è debole e **indiretta**. Genitori giovani potrebbero non aver gli strumenti adeguati per gestire emozioni quali la rabbia e ostilità che possono costituire un fattore di rischio da moderato (sull'abuso sessuale) a significativo (per il maltrattamento fisico e la trascuratezza) in relazione ai diversi tipi di maltrattamento⁸. Rientrano nella categoria "cura di sé e degli altri" **la pianificazione, o meglio la non pianificazione della gravidanza**: 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 padri⁹. A tal proposito è importante sottolineare come la tutela dei diritti riproduttivi delle donne sia un elemento da tenere in considerazione nella definizione delle politiche di prevenzione del maltrattamento ai bambini/e.

Con riferimento ai **problemi emotivi** dei *caregivers*, lo **stress** vissuto dai genitori è un fattore di rischio di maltrattamento ai bambini/e, soprattutto se generato da casi quali disoccupazione, status di migrante, relazioni familiari disfunzionali etc., in cui può esserci una correlazione con il rischio di abuso¹⁰. Secondo una ricerca condotta in Finlandia, la preoccupazione per la mancanza di risorse economiche era la caratteristica principale dei casi di maltrattamento sui bambini/e¹¹.

Le caratteristiche relative alla famiglia rappresentano in generale un livello di rischio moderato: **le madri single** in letteratura sono più volte collegate al rischio di maltrattamento sui bambini/e, ma con un rischio basso; in particolare, la transizione delle madri a una condizione di madri single può essere collegata a un maggiore rischio

di trascuratezza a sua volta potenzialmente moderato dal coinvolgimento nella vita familiare di un padre anche non convivente¹². È importante sottolineare che le madri single, in un contesto sociale ed economico caratterizzato dalla disuguaglianza di genere, hanno più probabilità di versare in condizioni economiche difficili e quindi di soffrire di un maggiore stress, elementi, che, in assenza di sufficienti fattori protettivi, potrebbero portare a una maggiore probabilità di maltrattamento dei propri figli/e. Anche una minore **coesione familiare**, come nel caso di divorzio e di mancanza di supporto paterno, può influire sul maltrattamento. Uno studio britannico ha dimostrato che relazioni familiari poco stabili influiscono negativamente soprattutto sulle capacità genitoriali delle madri, alimentando in tal modo il rischio di maltrattamento sui figli/e¹³. Infine, **il numero di componenti in famiglia e la convivenza dei minori con persone adulte diverse dai genitori** hanno effetti limitati sul rischio di abuso fisico e di trascuratezza. Uno studio condotto in Olanda ha rilevato che vi è una relazione tra maltrattamento di bambini/e e genitori non biologici, ma solo nel caso di conviventi e non di genitori adottivi¹⁴.

LA CAPACITÀ DI RICEVERE CURA NEI BAMBINI/E

Con riferimento ai bambini/e la capacità di cura va letta in termini di soggetti destinatari di azioni di accudimento da parte di adulti. Per tale motivo è importante valutare non tanto i fattori di rischio, quanto i sintomi manifestati da bambini/e attraverso i quali è possibile rilevare il maltrattamento subito.

I servizi territoriali destinati sia ai bambini/e che alle loro famiglie sono fondamentali, quindi, non solo per individuare 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.

I programmi di assistenza all'infanzia più in generale possono contribuire in maniera indiretta a contrastare il maltrattamento sui bambini/e¹⁵. Come rilevato da uno studio americano¹⁶, c'è una relazione diretta tra disponibilità di posti negli asili nido e il rischio di maltrattamento ai bambini/e: a una maggiore disponibilità di posti in asilo nido in un quartiere corrisponderebbe un minore tasso di maltrattamento nell'area in questione.

separazione tra coniugi ogni 10.000 abitanti mostra una riduzione molto contenuta (-1% tra il 2016 e il 2017), che al momento non lascia presagire una stabile inversione di tendenza per un fenomeno sociale ancora in progressivo peggioramento: negli ultimi dieci anni, tra il 2008 e il 2017 è infatti aumentato da 14,3/10.000 a 16,3/10.000 abitanti.

La percentuale di persone soddisfatte delle proprie relazioni familiari è migliorata tra il 2017 e il 2018 dello 0,6%, ma anche in questo caso rimane la tendenza di fondo di un indicatore in graduale peggioramento negli ultimi dieci anni, essendo sceso dal 35,6% (2009) delle persone over 14 che sono soddisfatte delle proprie relazioni familiari al 33,2% (2018).

Le famiglie numerose con più di cinque componenti, che in Italia rappresentano il 5,3% del totale delle famiglie, sono rimaste invece stabili tra il 2017 e il 2018.

Complessivamente, mediando le variazioni degli indicatori riferibili all'attività di cura, si può indicare un miglioramento generale dell'1,9% rispetto all'Indice 2019, con un unico indicatore in peggioramento e gli altri in miglioramento, seppur contenuto e non ancora sufficiente a invertire una tendenza decennale al peggioramento.

Rispetto all'andamento nei territori, l'indice sintetico sui fattori di rischio per questa capacità segnala una situazione

sostanzialmente statica rispetto alle prime quattro regioni (Trentino, Veneto, Lombardia e Friuli Venezia Giulia) e alle ultime sei (Abruzzo, Calabria, Lazio, Puglia, Sicilia e Campania), mentre alcune regioni registrano alcune variazioni rispetto all'Indice 2019: in netto miglioramento la Valle d'Aosta e la Basilicata (+ 6 posizioni) oltre alla Sardegna (+5 posizioni), mentre in peggioramento sono il Piemonte e il Molise (-6 posizioni), le Marche (-4) e la Toscana (-3).

> Servizi per potenziali maltrattanti: i risultatiⁱⁱ

I servizi dedicati a sostenere la **capacità di cura di sé e degli altri**, con un particolare impatto sui fattori di rischio riguardano: il numero di gestanti o madri maggiorenti con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, il numero di consultori 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.

In questa edizione è stato possibile aggiornare cinque dei sei indicatori, rilevati dall'indagine Istat *Interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati*¹⁷ del 2016, mentre l'ultimo dato sui consultori materno-infantili delle strutture sanitarie distrettuali risale al 2013.

FIGURA 5. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

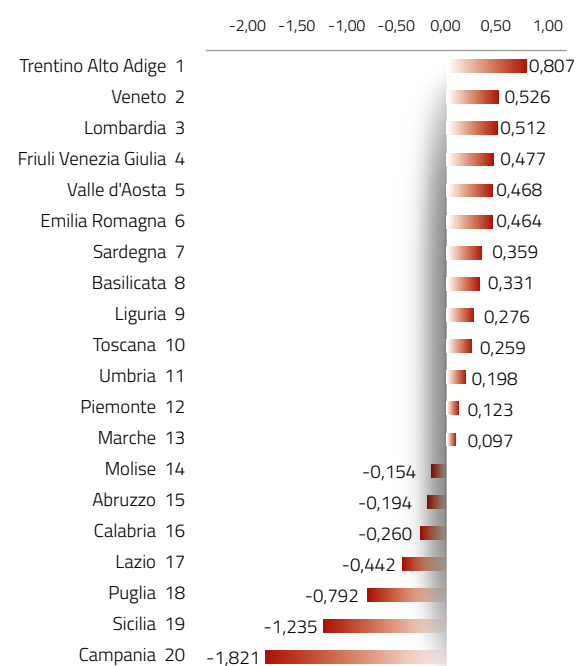
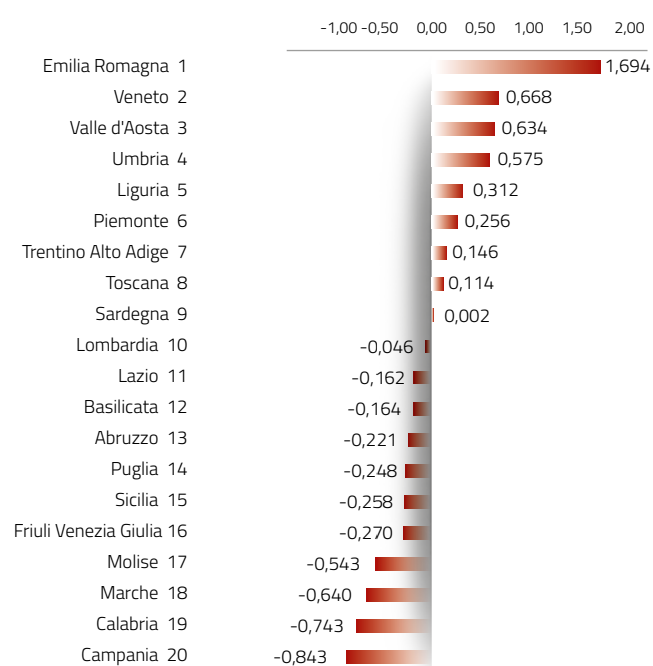


FIGURA 6. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI



Se nell'Indice 2019 si era riscontrato un progresso medio generale degli indicatori (+2,4%) rispetto all'anno precedente, in questa edizione la variazione media degli indicatori mostra un andamento decrescente, con una riduzione complessiva dell'8,3%, dovuta soprattutto alla riduzione del numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali (-22%), del numero di utenti dei servizi a sostegno della genitorialità (-10,2%) e del numero di utenti dei servizi per l'assistenza residenziale socio-assistenziale (-11,6%), solo in minima parte compensati dall'aumento degli utenti dell'assistenza domiciliare per l'area famiglia e minori (+3,4%).

Rispetto alla lettura territoriale, la regione più impegnata in questo tipo di servizi è l'Emilia Romagna, seguita da Veneto, Valle d'Aosta, Umbria, Liguria, Piemonte e Trentino Alto Adige. Le regioni con maggiori criticità rispetto a questa tipologia di servizi sono invece il Molise, le Marche, la Calabria e la Campania.

Le regioni che hanno visto la variazione più consistente rispetto all'Indice 2019 sono l'Abruzzo e la Liguria (+2 posizioni), entrambe migliorate relativamente all'indicatore sul numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

> Servizi per bambini/e: i risultatiⁱⁱⁱ

Gli indicatori selezionati per descrivere i **servizi di cura ai minori** che maggiormente impattano sulla cura e prevenzione del maltrattamento sui bambini/e sono cinque: il numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia (ogni 100 bambini/e tra zero e due anni), la percentuale di bambini/e tra i quattro-cinque 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.

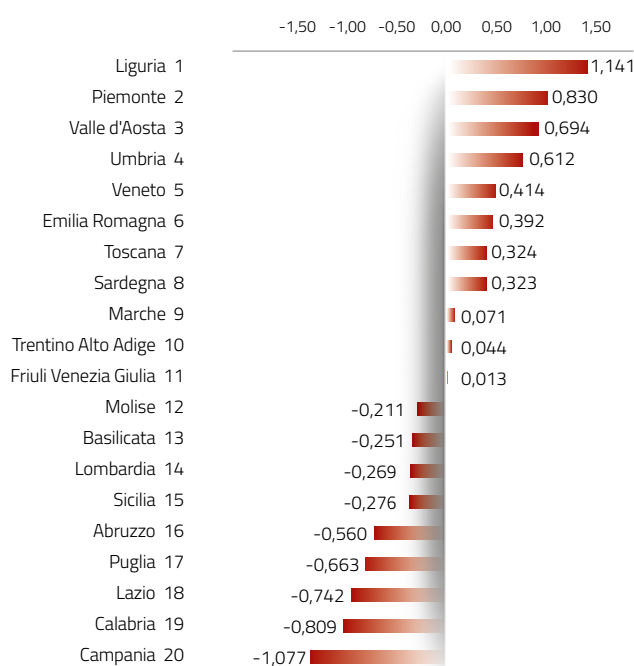
Rispetto alla precedente rilevazione è stato possibile effettuare l'aggiornamento di quattro dei cinque indicatori che nel complesso mostrano una variazione percentuale media in aumento del 2,7%. Tale progresso è dovuto soprattutto agli indicatori relativi al numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia (dal 23,1% del 2015 al 24,7% del 2017) e al numero di utenti relativi al sostegno socio-educativo (+5,1% tra il 2015-2016).

La crescita dell'indicatore relativo al numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia tra il 2015 e il 2017 ha interessato tutto il territorio nazionale: il Nord è cresciuto del 2% (dal 28,6% al 30,6%), il Centro del 2,1% (dal 30,3% al 32,4%), il Sud dell'1,4% (dall'11,3% al 12,7%). Su tali cambiamenti hanno influito le dinamiche demografiche che hanno visto in questo periodo la diminuzione del numero di minori presenti. Il numero dei posti autorizzati in termini assoluti infatti, vede infatti premiato l'impegno delle regioni del Sud, che hanno aumentato il numero dei posti del 7,4%, contro lo 0,2% del Centro e lo 0,7% del Nord, anche se lo squilibrio generale rimane nelle sue dimensioni strutturali.

Ulteriore miglioramento si registra per l'indicatore relativo al numero di utenti dei servizi di sostegno socio-educativo. Il progresso si deve ad alcune regioni del Nord che hanno investito soprattutto in contributi economici per i servizi scolastici e in sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare, andando così a compensare la riduzione di questo tipo di servizi in altre regioni.

La proiezione territoriale vede tra le regioni con maggiore disponibilità di servizi la Liguria, il Piemonte, la Valle d'Aosta, l'Umbria e il Veneto; tra le Regioni con maggiori criticità la Puglia, il Lazio, la Calabria e la Campania.

FIGURA 7. INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI/E: CAPACITÀ DI RICEVERE CURA



Nel confronto con l'elaborazione precedente dell'Indice si osserva una sostanziale stabilità, nonostante i moderati progressi generali, dal momento che nessuna regione ha registrato variazioni superiori alle due posizioni, sia in aumento che in diminuzione.

Questo dato evidenzia il carattere strutturale di questa tipologia di servizi, per i quali ci si può attendere variazioni significative solo con investimenti duraturi e protratti

nel medio-lungo termine, soprattutto in una prospettiva di riequilibrio territoriale.



2.2.2 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

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

I fattori di rischio di maltrattamento sui bambini/e legati alla **capacità di vivere una vita sana** non includono l'area

LA CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA NEGLI ADULTI



Nell'ambito del maltrattamento ai bambini/e, la capacità di vivere una vita sana da parte dei genitori non si riferisce a condizioni di salute generiche, ma solo a quelle riconducibili a fattori di rischio specifici che potrebbero mettere a repentaglio la sicurezza psicofisica di bambini/e.

Tra i fattori collegati al rischio di maltrattamento c'è ad esempio il **fumo materno durante la gravidanza** che rappresenta però un fattore di rischio basso per il maltrattamento sui minori¹⁸.

L'**uso di droga da parte dei genitori** rappresenta anch'esso un rischio basso/medio per quanto riguarda la probabilità di maltrattamento. Secondo alcuni studi, i fattori che portano all'uso di droghe (ansia, depressione, abusi e violenza assistita) costituiscono un aumento del rischio di abuso fisico e sessuale dei bambini e delle bambine rispetto ai genitori che non ne fanno uso¹⁹. Studi condotti negli USA nel contesto dell'attuale vertiginoso aumento del tasso di abuso di oppiacei (Opioids epidemic) hanno rilevato che i bambini e le bambine figli di genitori che abusano di oppiacei sono a particolare rischio di trascuratezza e di essere testimoni di episodi di violenza domestica²⁰.

L'*European Report on preventing child maltreatment* definisce l'**abuso di alcol** come un fattore di rischio di maltrattamento "basso", ma uno studio della WHO stabilisce invece una relazione significativa tra abuso di alcol e maltrattamento sui minori²¹; anche una ricerca australiana condotta su circa 30.000 bambini/e ha rilevato che l'84% dei bambini/e presi in carico dai servizi sociali e i cui *carers* abusavano di alcol era stato vittima di uno o più episodi di maltrattamento²².

Di conseguenza, l'**accesso facilitato ad alcol e droghe** in una comunità, poiché collegato a un maggiore tasso di

violenza in generale, può rappresentare un fattore di rischio per il maltrattamento sui bambini/e²³.

Comportano un fattore di rischio di maltrattamento alto i **problemi di salute mentale dei genitori**²⁴. In particolare la **depressione** delle madri – soprattutto di bambini e bambine molto piccoli – rappresenta un fattore di rischio per 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 ed empatiche nei confronti dei propri figli/e²⁵. Anche i **disturbi borderline della personalità** rappresentano fattori di rischio per il maltrattamento e trascuratezza di bambini e bambine²⁶. Infine, **una storia progressiva di abusi può comportare un rischio di maltrattamento di bambini/e**: 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 figlie e figli.

LA CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA NEI BAMBINI/E

Anche per questa capacità, al pari di quanto già illustrato per la capacità di cura, nel caso dei bambini/e si parla di sintomi relativi alle loro condizioni di salute che devono far sospettare possibili situazioni di maltrattamento. Si tratta di 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 della WHO²⁷ definisce con una forte associazione ad abusi fisici, emotivi, sessuali o di trascuratezza, sintomi quali ad esempio la depressione, l'ansia, i disturbi o disordini nell'alimentazione, i tentativi di suicidio, l'autolesionismo, l'obesità, l'uso di droghe, le infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio.

della salute nel suo complesso, ma solo quegli aspetti che possono essere collegati, direttamente o indirettamente, al comportamento violento degli adulti verso i bambini/e. Per questo motivo, seguendo le indicazioni della letteratura internazionale e nell'ambito dei dati che il nostro sistema statistico mette a disposizione, gli indicatori selezionati per questa capacità riguardano solo le dipendenze da alcol e da droghe nonché la condizione psicologica e di salute mentale e la depressione²⁸.

Dei cinque indicatori utilizzati per rappresentare i fattori di rischio per gli adulti potenzialmente maltrattanti per la capacità di vivere una vita sana, è stato possibile anche quest'anno aggiornarne tre: la popolazione di 14 anni e più che presenta almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol, il tasso di mortalità per dipendenza da droghe e tossicomania (ogni 10.000 abitanti) e l'indice di salute mentale.

Non vi sono state sostanziali variazioni di questi tre indicatori nelle ultime due annualità analizzate, evidenziando così una situazione stazionaria che deriva però da diversi anni di progressivo miglioramento generale: i comportamenti a rischio nei consumi di alcol mostrano infatti un miglioramento negli ultimi 12 anni, dal 22,3% (2007) al 16,7% (2018) della popolazione over 14; l'indicatore sulla mortalità per droga conferma un miglioramento a livello nazionale tra il 2005 e il 2016 (dallo 0,08 allo 0,04 per ogni 10.000 abitanti), mentre l'indice di salute mentale, che risente sia del progressivo invecchiamento della popolazione sia delle difficoltà della crisi economica e sociale, è ancora in peggioramento: da 70,2% (2013) a 67,5% (2017), anche se con un lieve miglioramento nel 2018 quando è risalito a 67,8% (+0,4%).

Questa situazione generale sostanzialmente stazionaria si ripercuote anche nella lettura territoriale, nella quale il Trentino Alto Adige si conferma la regione con la situazione migliore rispetto a questa capacità, mentre nelle altre regioni si registrano contenute variazioni di posizione, a eccezione della Lombardia e della Sardegna (+4 posizioni rispetto alla precedente rilevazione) e al Friuli Venezia Giulia (-4 posizioni).

> Sintomi di maltrattamento e vulnerabilità dei bambini/e: i risultati^v

L'analisi della **capacità di vivere una vita sana** dei bambini/e passa attraverso l'osservazione di cinque indicatori relativi alla loro salute che la letteratura scientifica ha

FIGURA 8. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

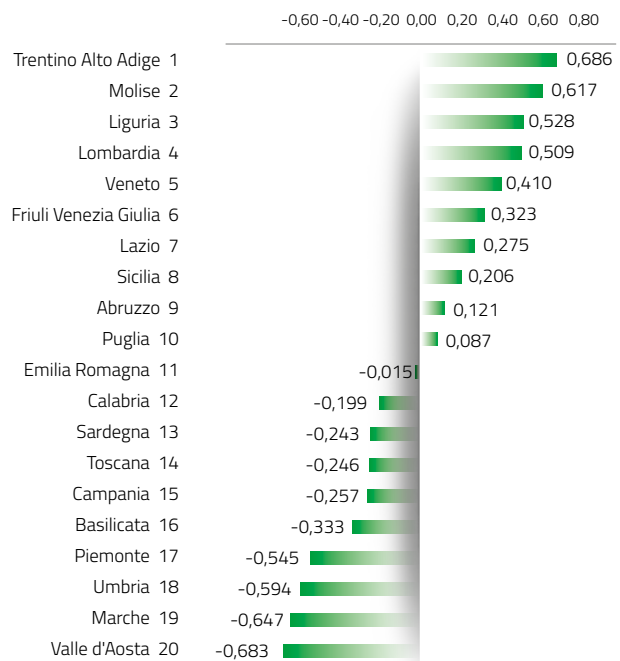
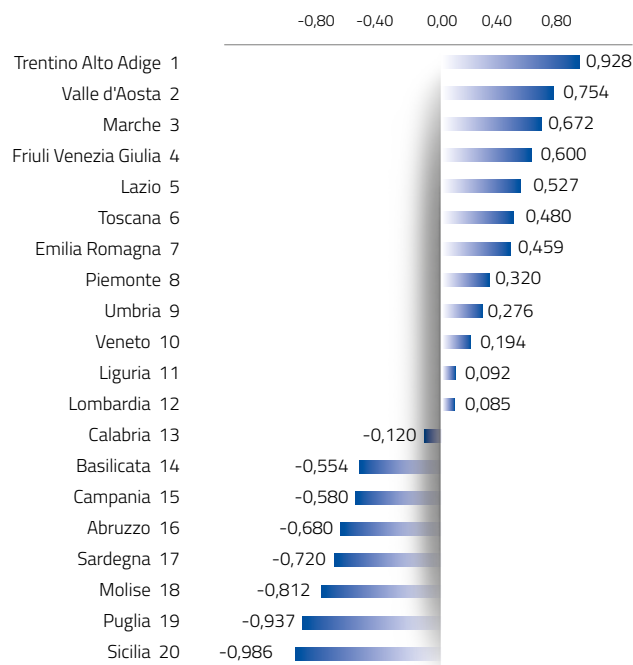


FIGURA 9. INDICE REGIONALE SINTOMI DI VULNERABILITÀ DEI BAMBINI/E AL MALTRATTAMENTO: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA



individuato come strettamente riconducibili a fenomeni di maltrattamento: le gravidanze precoci, l'obesità infantile, il fumo, il consumo di alcol e di droghe in età giovanile. Dei cinque indicatori solo due risultano aggiornati (gravidanze precoci e obesità infantile), poiché la rilevazione degli altri tre viene effettuata ogni quattro anni. Si conferma una tendenza al miglioramento dei due indicatori aggiornati: le gravidanze precoci (quoziente specifico di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni) continuano infatti a diminuire (25,7/1.000 nel 2015, 24,2/1.000 nel 2016 e 21,7/1.000 nel 2017) così come anche l'obesità infantile (% di bambini/e in eccesso di peso tra 6 e 17 anni) che si attesta al 24,07% nel 2017 (era del 24,3% nel 2016 e del 25,01% nel 2015). Si tratta di miglioramenti che comunque risentono degli squilibri territoriali in modo consistente. Anche se la velocità dei progressi rilevati è lievemente superiore nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord, nel 2017 l'indice delle gravidanze precoci è stato infatti del 16,4% al Nord e del 30,5% nel Mezzogiorno, quello sull'obesità infantile del 19,9% al Nord e del 30,6% nel Mezzogiorno. La lettura territoriale vede tra le regioni più virtuose rispetto ai cinque indicatori il Trentino Alto Adige seguito dalla Valle d'Aosta, le Marche, il Friuli Venezia Giulia e il Lazio. Tra le regioni con le maggiori criticità si registrano

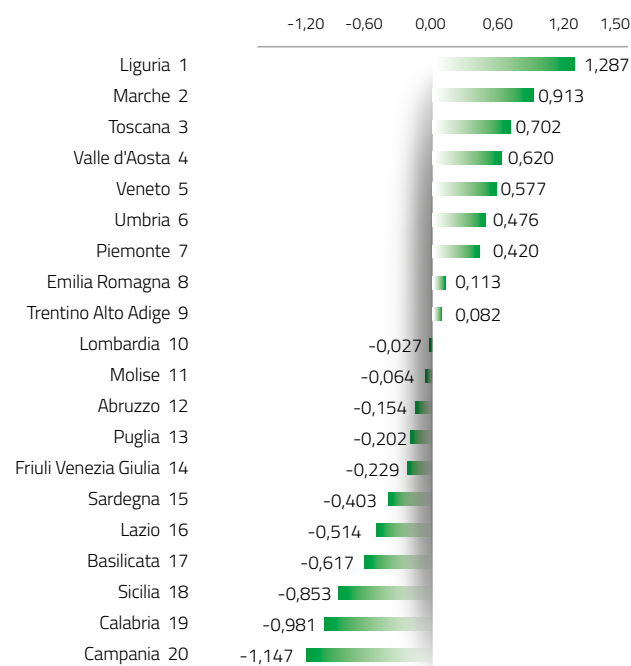
invece la Sardegna, il Molise, la Puglia e la Sicilia. Rispetto alla precedente edizione dell'Indice si osserva una sostanziale stabilità: otto regioni hanno mantenuto la stessa posizione, altre otto hanno registrato spostamenti non superiori a una posizione, tre regioni di due posizioni. Solo una regione, l'Umbria, è migliorata di quattro posizioni (dalla 13^a alla 9^a), grazie a un considerevole decremento dell'indicatore relativo all'obesità infantile (sceso dal 27,9% del 2016 al 17,9% del 2017) e alla riduzione delle gravidanze precoci, che si sono ridotte da 17,9/1.000 a 16,5/1.000 tra il 2016 e il 2017.

> Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati^{vi}

I servizi dedicati alla **capacità di vivere una vita sana** relativamente ai potenziali maltrattanti sono rilevati attraverso sei indicatori relativi all'utenza di servizi per la cura di patologie psicologiche e mentali e di stati di dipendenza erogate sia nell'ambito del sistema sanitario e ospedaliero²⁹ che in quello sociale e territoriale³⁰. Sono stati tutti aggiornati a eccezione del numero di strutture di assistenza psichiatrica e centri di salute mentale per 100.000 abitanti, il cui ultimo dato disponibile risale al 2013.

Complessivamente il numero di utenti dei servizi sanitari è aumentato, soprattutto per quanto riguarda le aree

FIGURA 10. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA



della dipendenza da droga. La variazione percentuale media complessiva dei cinque indicatori aggiornati (sui sei previsti) è infatti positiva (+3,7%), soprattutto grazie all'aumento del tasso di dimissioni per disturbi psichici da abuso di droghe per la fascia di età genitoriale 25-44 anni (da 2,05% del 2016 a 2,56% del 2018) e del numero di utenti SERD ogni 10.000 abitanti per regione (da 21,4/10.000 del 2017 a 22,18/10.000 del 2018), un progresso solo in parte compensato dalla contenuta riduzione dei tassi di dimissioni per disturbi psichici affettivi e per abuso di alcol.

La lettura territoriale degli indicatori restituisce una fotografia simile a quella rilevata nella precedente edizione dell'Indice: tra le regioni più virtuose si trovano ancora la Liguria, le Marche, la Toscana e la Valle d'Aosta, tra le regioni con maggiori criticità si confermano invece la Basilicata, la Sicilia, la Calabria e la Campania.

Diciassette regioni non mostrano variazioni significative che superino una o due posizioni. Le uniche regioni che mostrano variazioni di tre posizioni sono l'Emilia Romagna in aumento e il Molise e la Basilicata in diminuzione. L'Emilia Romagna è migliorata di tre posizioni, dalla 11ª alla 8ª, soprattutto grazie ai progressi nel tasso di dimissioni per disturbi psichici da abuso di alcol, e in quello di dimissioni per disturbi psichici affettivi, oltre al numero di utenti SERD ogni 10.000 abitanti.

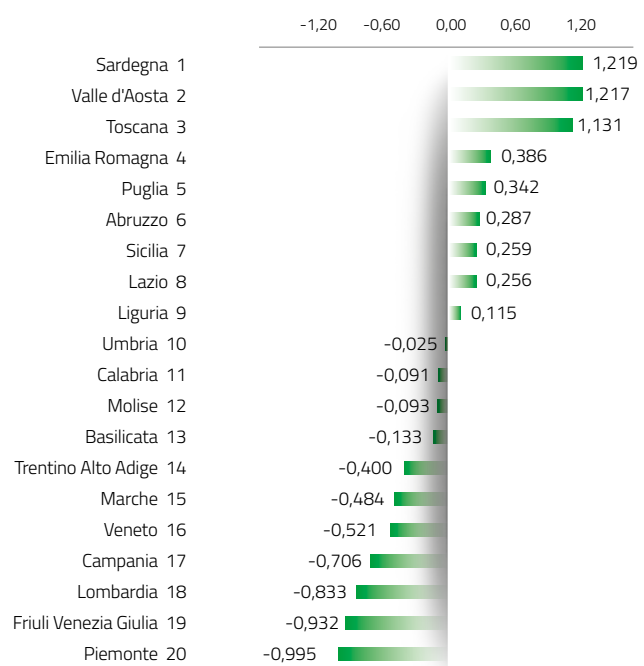
> Servizi per bambini/e: i risultati^{vii}

L'intervento del sistema sanitario in merito alla **cura e prevenzione dei disturbi connessi al maltrattamento e riduzione dei sintomi nei bambini/e**, effettivamente o potenzialmente maltrattati, viene rappresentato da tre indicatori: il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni, la presenza di pediatri nei territori per ogni 10.000 bambini/e al di sotto dei 15 anni e i consultori familiari per quanto riguarda la loro azione di prevenzione delle gravidanze precoci. Dall'aggiornamento dei primi due indicatori emerge una situazione generale di maggiore copertura territoriale dei servizi (+5,5% la variazione media percentuale dei due indicatori tra le due edizioni dell'Indice), in parte però dovuta non tanto all'aumento della presenza dei servizi quanto al decremento demografico della popolazione minorile presente che ha migliorato il rapporto tra il numero dei servizi e la popolazione potenziale beneficiaria: ad esempio, sebbene il

numero dei pediatri sia diminuito in termini assoluti del -1,5%, (da 7.705 nel 2013 a 7.590 nel 2017), lo stesso dato, rapportato alla popolazione al di sotto dei 15 anni per 10.000 abitanti, registra un aumento del +1,7%, da 9,17 per 10.000 abitanti a 9,33 nello stesso periodo di riferimento.

Nella proiezione regionale si osservano le stesse posizioni della precedente edizione dell'Indice per le prime tre regioni (Sardegna, Valle d'Aosta, Toscana) e per le ultime sei (Marche, Veneto, Campania, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Piemonte). Tra le altre regioni la variazione più significativa si registra per la Puglia, avanzata di quattro posizioni, dalla nona alla quinta, grazie ai progressi registrati in entrambi gli indicatori aggiornati.

FIGURA 11. INDICE REGIONALE 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



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.

Certamente la violenza domestica sulle donne rappresenta un fattore di rischio importante anche per la prevenzione del maltrattamento sui bambini/e, dal momento che, come si è visto (par. 1.1) i due fenomeni sono strettamente legati. Secondo alcune ricerche³¹ nei paesi occidentalizzati il rischio di maltrattamento e trascuratezza nei confronti dei bambini/e è in aumento in modo significativo per le famiglie nelle quali si presentano anche episodi di violenza domestica sulle donne.

Infine, un fattore di rischio di maltrattamento all'infanzia è rappresentato da **una storia progressiva di vittimizzazione**: secondo l'*European report on preventing child maltreatment* di WHO, i bambini/e che sono già stati vittime di abusi hanno una maggiore tendenza a essere vittimizzati ripetutamente rispetto a bambini/e che non hanno mai subito maltrattamenti.

Ulteriori fattori di rischio per il maltrattamento di minori riguardano la capacità di vivere la propria vita in un contesto sociale sicuro. Uno **scarso capitale sociale** e l'**isolamento sociale dei genitori** alimentano direttamente il rischio di maltrattamento sui bambini/e, seppur in

modo non particolarmente significativo. I fattori di rischio legati alla mancata sicurezza dei bambini in termini di relazioni familiari disfunzionali o di isolamento sociale sono motivati soprattutto da un aumento dello stress genitoriale³². Secondo uno studio condotto sui padri la mancanza di supporto sociale è l'unico fattore significativo predittivo di rischio di maltrattamento e trascuratezza di minori³³.

Un altro fattore di rischio da considerare nell'ambito di questa capacità riguarda il **contesto urbano e il contesto rurale**. Anche se il legame con il maltrattamento non è stato ancora molto approfondito nelle ricerche, uno studio ad esempio condotto negli Stati Uniti nel 2010³⁴ ha rilevato che gli abusi sono maggiormente diffusi nelle zone rurali, poiché fenomeni quali povertà, livelli di istruzione inferiore, disoccupazione e abuso di alcol e droghe tendono a essere prevalenti in quelle aree, dove i tassi di abuso di bambini/e sono 1,7 volte superiori rispetto a quelli rilevati nelle zone urbane.

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: **matrimoni precoci** e **mutilazioni genitali femminili** rappresentano un fattore di rischio evidente per il maltrattamento infantile. Altri fattori che possono influire sul maltrattamento di bambini/e si rintracciano nel supporto in famiglia alle **punizioni corporali**. In un contesto familiare in cui si ritiene che le punizioni siano necessarie per crescere figli e figlie, è più facile che vi sia un maggior rischio di maltrattamento.

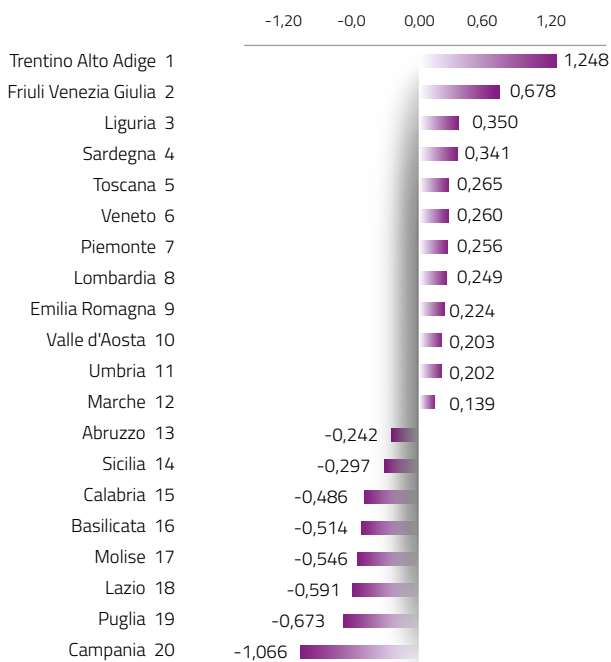
> **Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati**^{viii}

Il concetto di sicurezza associato a questo tipo di capacità parte da una dimensione privata e più vicina al bambino/a all'interno della famiglia, per poi estendersi a quella ambientale e sociale. I sette indicatori selezionati (dei quali quattro aggiornati per la presente rilevazione³⁵) riguardano infatti 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.

In generale la media delle variazioni percentuali degli indicatori mostra una sostanziale stazionarietà rispetto alla precedente edizione dell'Indice con un modesto progresso positivo (+0,43%). Nel merito dei singoli indicatori aggiornati, quello che ha avuto la variazione positiva maggiore è l'indice regionale sulla fiducia interpersonale: la percentuale di persone che ha risposto "bisogna stare molto attenti" è infatti scesa al 77,7% nel 2018 (era del 78,7% nel 2017). Le persone che si dichiarano soddisfatte delle loro relazioni amicali sono invece lievemente aumentate dal 23,1% (2017) al 23,2% (2018) mentre il tasso di omicidi e la

FIGURA 12. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA



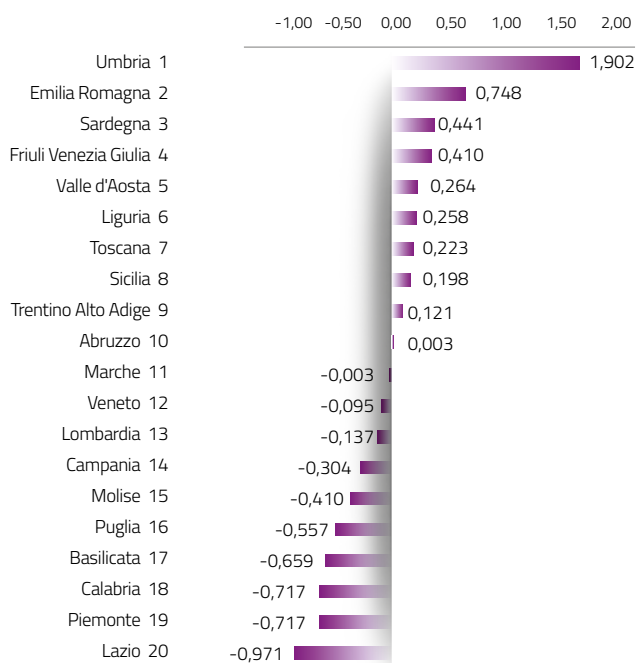
fiducia nelle forze dell'ordine sono rimasti invariati. Tra le regioni con il livello di sicurezza più elevato si possono osservare il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria e la Sardegna, che confermano le stesse posizioni della precedente rilevazione. Per le altre regioni si osservano progressi significativi per la Toscana e per il Veneto (+5 posizioni) e per la Sicilia (+4 posizioni), mentre la Valle d'Aosta è arretrata di cinque posizioni e la Basilicata di tre. Il progresso per la Toscana è dovuto alle migliori relazioni amicali tra il 2017 e il 2018 (le persone molto soddisfatte sono aumentate dal 25,4% al 27%) e a un minor numero di persone che dichiarano di dover stare molto attenti nel fidarsi di altre persone, sempre nello stesso periodo (diminuite dal 78,6% al 74,8%). Anche i progressi del Veneto sono dovuti alla riduzione dell'indicatore sulla sfiducia interpersonale (sceso dal 79,6% al 73,8%) e alla riduzione del tasso di omicidi. L'avanzamento di quattro posizioni registrato dalla Sicilia è dovuto grazie all'aumento della fiducia nelle forze dell'ordine (apprezzate dalle persone over 14 con un voto medio che è passato tra il 2017 e il 2018 da 6,9 a 7,3 su una scala di 10). Le cinque posizioni perse dalla Valle d'Aosta, invece, sono riconducibili all'aumento del tasso di omicidi, passati da 0,8 (2017) a 1,6 (2018) ogni 100.000 abitanti e

a una moderata riduzione della soddisfazione per le relazioni amicali.

> Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati^{ix}

I servizi territoriali relativi alla **capacità di vivere una vita sicura** sono descritti attraverso tre indicatori: gli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa, i servizi sociali di integrazione sociale e i centri antiviolenza e le case rifugio. A parte il dato sui centri antiviolenza, che non ha avuto aggiornamenti successivi al 2017, gli altri due indicatori sono stati aggiornati rispetto alla precedente edizione dell'Indice. A livello nazionale gli indicatori indicano una flessione nella disponibilità di servizi nel territorio: la percentuale di adulti ospiti nei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa è diminuita da 3,3 su 100.000 abitanti tra i 18-64 anni (2015) a 2,9 su 100.000 abitanti (2016), mentre i servizi sociali di integrazione sociale si sono ridotti da 1.117,8 utenti su 100.000 abitanti minori e adulti tra i 18 e i 64 anni (2015) a 1.108,0 (2016). Le regioni più virtuose risultano essere l'Umbria, l'Emilia Romagna, la Sardegna e il Friuli Venezia Giulia. Le regioni con maggiori criticità sono invece la Basilicata, la Calabria, il Piemonte e il Lazio.

FIGURA 13. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA





2.2.4 CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

LA CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE



L'European report on preventing child maltreatment evidenzia che un **basso livello di istruzione** può determinare un elemento di fragilità associato a una incapacità nel provvedere ai propri figli/e 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 minori³⁶.

> Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati^x

Il basso livello di istruzione dei genitori, soprattutto delle madri, può rappresentare un fattore di rischio di maltrattamento sui bambini/e. Pertanto per rappresentare i fattori di rischio legati alla **capacità di acquisire conoscenza e sapere** l'Indice regionale fa riferimento a due indicatori: uno riguarda in generale il basso livello di istruzione, rappresentato dalla percentuale di popolazione tra i 25 e i 64 anni con nessun titolo di studio o la licenza elementare,

l'altro rileva invece il livello di istruzione delle madri o potenziali madri, definito con il tasso di istruzione terziaria delle donne nella fascia di età tra i 30 e i 34 anni.

In generale questa capacità è in progressivo miglioramento secondo un trend temporale piuttosto lungo, legato al crescente livello di istruzione delle generazioni che progressivamente arrivano all'età genitoriale. 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 5,7% nel 2018. Il tasso di istruzione terziaria femminile nella fascia d'età 30-34 anni rimane invece sostanzialmente stabile tra il 2017 e il 2018, attestandosi al 34% (era 34,1% nel 2017), ma in costante e progressivo aumento rispetto al 22,2% registrato nel 2007.

Tra le regioni con il livello di istruzione migliore rispetto a questi due indicatori si posizionano il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta, la Liguria e il Friuli Venezia Giulia. Tra le regioni con maggiori criticità rispetto a questa dimensione si possono osservare la Puglia, la Sicilia, la Campania e la Calabria.

Rispetto alla precedente edizione si possono osservare significativi progressi per la Liguria (+10 posizioni), la Valle d'Aosta (+8 posizioni), e il Friuli Venezia Giulia (+4 posizioni).

I progressi della Liguria sono dovuti alla diminuzione della percentuale di popolazione tra i 25 e i 64 anni con nessun titolo di studio o la licenza elementare (dal 4,8% del 2017 al 3,3% del 2018) e al considerevole aumento del tasso di istruzione terziaria femminile nella fascia d'età 30-34 anni (dal 33,5% al 39,4% tra il 2017 e il 2018). Anche per le altre regioni con significativi progressi si osservano simili tendenze.

Tra le regioni con un arretramento significativo si osservano l'Umbria (-8 posizioni), le Marche (-7 posizioni), l'Abruzzo (-6), la Lombardia e il Lazio (-4).

La perdita di posizioni dell'Umbria è dovuta sia all'indicatore relativo al basso livello di istruzione che è rimasto sostanzialmente inalterato, ma è arretrato rispetto alle altre regioni invece sensibilmente migliorate tra il 2017 e il 2018, sia al tasso di istruzione terziaria femminile che è diminuito dal 41,1% al 37,1% nello stesso periodo.

> Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati^{xi}

L'unico indicatore territoriale disponibile e utilizzato per definire la **capacità di acquisire conoscenza e sapere** riguarda gli adulti inoccupati nella classe d'età 25-64 anni che partecipano ad attività formative e di istruzione nelle regioni, aggiornato al 2018.

A livello nazionale questo indicatore è stato in progressiva

FIGURA 14. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

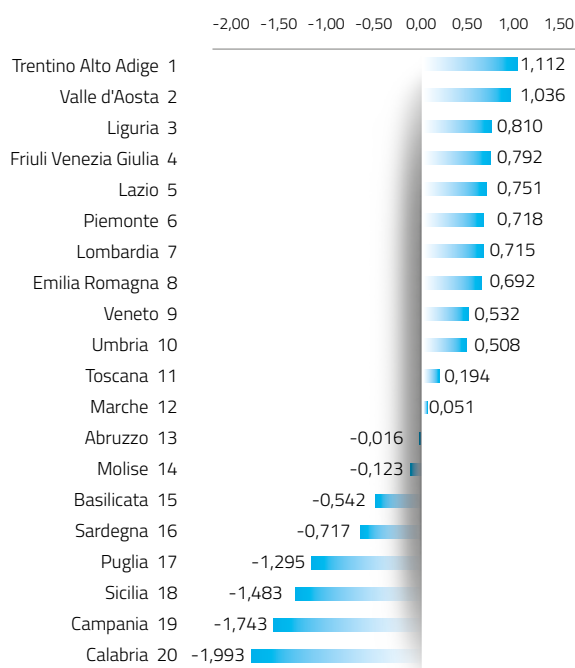
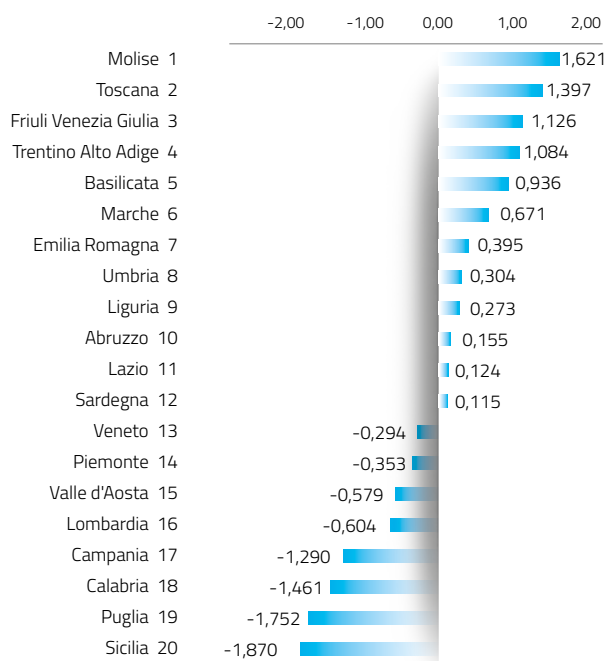


FIGURA 15. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE



crescita nell'ultimo decennio, essendo passato dal 5,9% (2008) al 7% (2018), con una maggiore presenza di questo servizio nelle regioni del Centro Italia, che arrivano all'8,5%, contro il 7,6% registrato nelle regioni del Nord e il 6% delle regioni del Mezzogiorno.

L'analisi territoriale vede tra le regioni con un maggiore impegno in questo servizio il Molise, seguito dalla Toscana, il Friuli Venezia Giulia e il Trentino Alto Adige. Tra le regioni con minore offerta di servizi di questo tipo si possono osservare la Campania, la Calabria, la Puglia e la Sicilia.

Le variazioni rispetto alla precedente rilevazione mostrano oscillazioni anche significative dovute al ricorso a un unico indicatore. Tra le regioni che hanno registrato le variazioni più importanti: le Marche e l'Abruzzo, migliorate entrambe di otto posizioni, il Lazio che ne ha perse sette e la Sardegna che è arretrata di cinque posizioni.



2.2.5 CAPACITÀ DI LAVORARE

LA CAPACITÀ DI LAVORARE



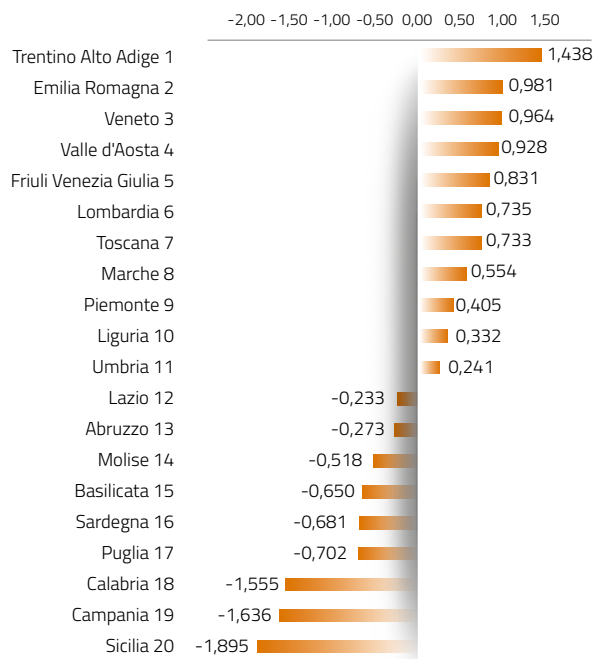
Una condizione occupazionale critica o instabile rappresenta, nello schema dell'*European report on preventing child maltreatment*, un fattore di rischio di maltrattamento ai bambini/e legato a una condizione di stress genitoriale. Anche se la disoccupazione di per sé non rappresenta un fattore scatenante, uno studio condotto negli USA per il periodo 2000-2012 stabilisce ad esempio una relazione significativa tra i tassi di occupazione di uomini (padri) nella fascia d'età 20-34 anni e il rischio di maltrattamento sui bambini/e. La disoccupazione paterna infatti è collegata a stress e depressione che possono portare ad abuso di sostanze e violenza domestica³⁷. Uno studio più recente ha invece sottolineato come la disoccupazione all'interno di una famiglia sia strettamente collegata alla negligenza, dato che con un reddito più basso è più facile che i genitori non possano provvedere ai bisogni primari di bambini e bambine (cibo, vestiti etc.). Secondo gli autori dello studio, a un aumento di un punto percentuale nel tasso di disoccupazione corrisponderebbe un aumento del 20% nelle denunce per negligenza³⁸. Questo effetto negativo sulla negligenza può essere mediato da sussidi alla disoccupazione.

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

Gli indicatori relativi alla **capacità di lavorare** con riferimento ai fattori di rischio di maltrattamento sui bambini/e sono stati selezionati con una specifica attenzione alle criticità lavorative che riguardano le fasce di età legate alla dimensione parentale e familiare, nonché alle situazioni di difficoltà lavorativa prolungata. Per tale motivo ci si è riferiti in questo ambito al tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni, all'incidenza della disoccupazione di lunga durata, alla presenza degli occupati non regolari e alla presenza nelle famiglie di individui a bassa intensità lavorativa³⁹.

Dei quattro indicatori è stato possibile aggiornarne tre al 2018, mentre il tasso di lavoratori irregolari è fermo al 2016. Dopo i progressi registrati nella precedente edizione dell'Indice con riferimento al biennio 2016-2017, nell'aggiornamento al 2018 si rileva a livello nazionale una situazione sostanzialmente stazionaria. Gli indicatori rilevati per questa capacità sono variati di poco meno dell'1%, sia in positivo che in negativo: il tasso di disoccupazione

FIGURA 16. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI LAVORARE



tra i 35 e i 44 anni è sceso di pochi decimali (dal 9,7% del 2017 al 9,3% del 2018), nello stesso periodo l'incidenza di disoccupazione di lunga durata è lievemente aumentata (dal 58,8% al 59,1%) mentre gli individui in famiglie a bassa intensità lavorativa si sono ridotti di poco (dall'11,8% all'11,3%).

Si tratta di una stazionarietà complessiva che trova una situazione sostanzialmente inalterata anche a livello territoriale. Nessuna regione infatti restituisce variazioni di posizione significative rispetto alla precedente rilevazione dell'Indice.

Tra le regioni con la migliore condizione lavorativa si trovano il Trentino Alto Adige, l'Emilia Romagna, il Veneto, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia.

Le regioni con maggior criticità sono invece la Puglia, la Calabria, la Campania e la Sicilia.

Le sole regioni con variazioni di due posizioni sono la Puglia, arretrata dalla 15ª posizione alla 17ª a causa dell'aumento del numero di individui che vivono in famiglie a bassa intensità lavorativa (dal 12,6% al 13,4% tra il 2017 e il 2018), e la Calabria, che invece è salita dalla 20ª posizione alla 18ª grazie a un miglioramento nello stesso indicatore (gli individui che vivono in famiglie a bassa intensità lavorativa sono infatti diminuiti dal 22,4% al 14,2%).

> Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati^{xiii}

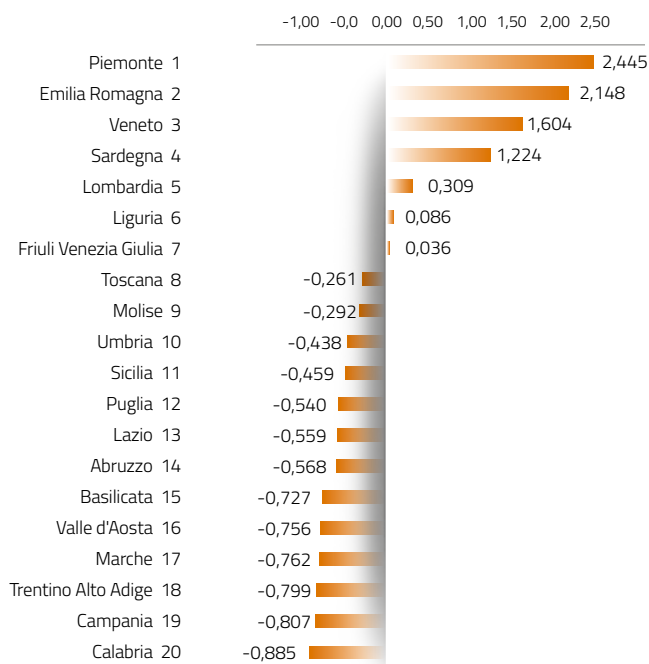
In merito ai servizi territoriali dedicati alla **capacità di lavorare**, l'unico indicatore disponibile riguarda i servizi comunali per l'inserimento lavorativo, calcolato secondo gli utenti (ogni 100.000 disoccupati over 15) che hanno avuto accesso a servizi sociali comunali quali il sostegno all'inserimento lavorativo e ad altre attività socio-educative oltre ai contributi per l'inserimento lavorativo, come risulta dall'indagine Istat *Interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati*⁴⁰.

Il dato nazionale complessivo per questo indicatore, aggiornato al 2016, mostra una lieve flessione pari a -0,8% (da 1.350 servizi per 100.000 disoccupati over 15 nel 2015 a 1.340 nel 2016).

Le regioni con una maggiore offerta di questo tipo di servizi sono il Piemonte, l'Emilia Romagna, il Veneto, la Sardegna e la Lombardia. Tra le regioni dove tali servizi sono meno presenti compaiono la Valle d'Aosta, le Marche, il Trentino Alto Adige, la Campania e la Calabria.

Considerato che si tratta di un unico indicatore le cui variazioni non possono essere mediate con l'andamento di altri indicatori, nel confronto con la precedente edizione dell'Indice si possono osservare variazioni nelle posizioni più ampie rispetto ad altre capacità.

FIGURA 17. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI LAVORARE



Le regioni con maggior progressi sono state quindi il Piemonte, passato dalla settima posizione alla prima (grazie soprattutto alle attività socio-educative e di inserimento lavorativo che sono più che raddoppiate) e il Molise, sceso invece dalla quarta posizione alla nona.

2.2.6 CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

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

La **capacità di accedere alle risorse e ai servizi**, che è quella maggiormente legata alle condizioni economiche delle famiglie, viene descritta nell'Indice attraverso sei indicatori, tutti aggiornati in questa edizione dell'Indice: 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.

Da una lettura di tali indicatori a livello nazionale emerge per il biennio 2017-2018 una situazione complessivamente stazionaria, dopo i progressi invece registrati nel biennio precedente tra il 2016 e il 2017. Gli elementi positivi e negativi osservati nei diversi indicatori di questa capacità nella sintesi generale finiscono infatti con il compensarsi. Le variabili di carattere economico che possono incidere maggiormente sul benessere delle famiglie a rischio di maltrattamento risentono quindi dell'andamento generale del paese e confermano, come è normale aspettarsi, un andamento coerente con i risultati emersi nell'analisi della capacità di lavorare.

Alcuni indicatori mostrano un trend positivo: tra il 2017 e il 2018 sono diminuiti l'indice di grave deprivazione materiale (dal 10,1% all'8,5%), la percentuale di persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali (dal 5,5% al 5%), e l'indice di povertà relativa familiare (dal 12,3% all'11,8%).

Per contro, sono peggiorati altri indicatori quali la valutazione soggettiva di difficoltà economica, salita dall'8,6% (2017) al 9,7% (2018), così come l'indice di disuguaglianza del reddito disponibile che è aumentato da 5,9% (2016) a 6,1% (2017).

Tra le regioni con il più elevato livello di capacità di accedere alle risorse e ai servizi si rilevano il Veneto, la Valle d'Aosta,

LA CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI



Una scarsa disponibilità di risorse non rappresenta di per sé un fattore di rischio per il maltrattamento sui bambini/e, ma vi è una maggiore probabilità che questo fenomeno si manifesti quando l'indigenza si abbina ad altri fattori di rischio collegati quali ad esempio la disoccupazione, i problemi di salute - soprattutto mentali - e i problemi relazionali legati allo stress genitoriale.

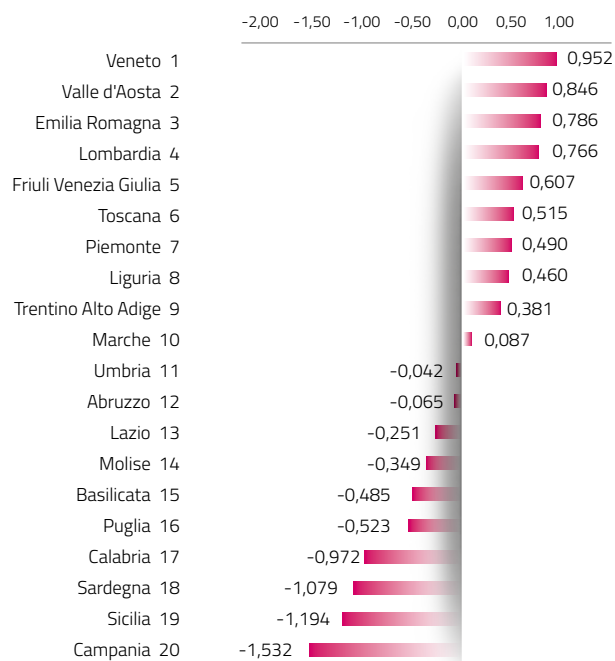
Oltre alla dimensione personale e familiare, una capacità di accesso alle risorse può trasformarsi in fattore di rischio anche quando si esprime a livello ambientale, sociale o comunitario. Ad esempio, le società nelle quali il livello di disuguaglianza economica e sociale è più elevato mettono a maggiore rischio la sicurezza dei bambini/e, come dimostra una ricerca svolta negli USA che ha rilevato una relazione diretta tra elevato tasso di disuguaglianza economica e maggiore incidenza del maltrattamento infantile⁴¹. La disuguaglianza economica incide inoltre sulla violenza domestica di genere che rappresenta a sua volta un fattore di rischio per il maltrattamento sui bambini/e.

Esiste poi una **forte relazione tra disuguaglianza e povertà che influisce a sua volta sul maltrattamento e la trascuratezza di bambini/e**⁴². Tuttavia, uno studio condotto in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord⁴³ ha rilevato che la **povertà non è un fattore di rischio né sufficiente né necessario per il maltrattamento e la trascuratezza di bambini/e**.

La letteratura scientifica non ha individuato, invece, una relazione tra origine etnica dei bambini/e e delle famiglie e rischi di maltrattamento. Va evidenziato però che immigrati recenti e rifugiati sono sottoposti a stress specifici che potrebbero influire sulle probabilità di maltrattamento ai minori⁴⁴. Pertanto, fattori di rischio più elevati sono legati alla maggiore vulnerabilità economica e sociale in cui spesso versano i migranti, mentre non esiste una relazione tra origine etnica e culturale e una maggiore probabilità di maltrattamento all'infanzia, tranne che per le mutilazioni genitali femminili che costituiscono uno dei fattori di rischio al maltrattamento sui bambini/e in famiglia.

l'Emilia Romagna, la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia e la Toscana. Tra le regioni con maggiori criticità si osservano invece la Calabria, la Sardegna, la Sicilia e la Campania.

FIGURA 18. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI



Nel confronto con la precedente edizione dell'Indice si mantengono le vistose differenze territoriali tra le regioni settentrionali, meridionali e del Centro Italia, anche se alcune variazioni di posizioni mostrano dinamiche territoriali specifiche. Tra le più importanti: il Trentino Alto Adige perde otto posizioni (dalla prima alla nona), l'Umbria tre, la Liguria ne guadagna cinque (dalla 13^a all'8^a) e la Valle d'Aosta e l'Abruzzo migliorano di quattro.

I cambiamenti del Trentino Alto Adige si manifestano soprattutto nell'aumento della percentuale di persone che vivono in sovrappollamento abitativo (passate dal 3,9% al 6,2% tra il 2017 e il 2018) e dell'indice di disuguaglianza del reddito disponibile (da 4,4% a 4,9% nel biennio 2016-2017) oltre che in una variazione del tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante inferiore a quella registrata nelle altre regioni.

> Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati^{xv}

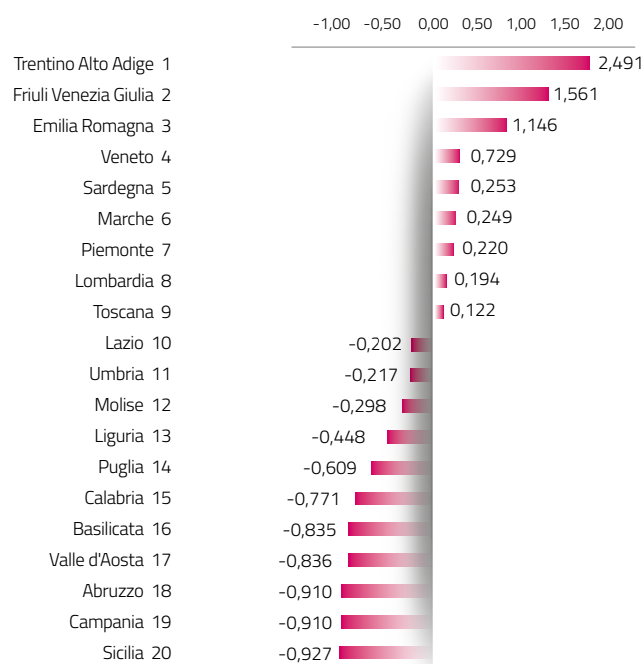
I due indicatori che descrivono i servizi territoriali mirati ad aumentare la **capacità di accedere alle risorse e ai servizi** sono i servizi e i contributi dei Comuni per l'integrazione di reddito e quelli per la situazione abitativa, entrambi rapportati alla popolazione che versa in stato di grave deprivazione materiale.

A livello nazionale questa edizione dell'Indice mostra un arretramento dei servizi dedicati a questa capacità, dovuto al doppio effetto di un decremento del numero di utenti dei servizi e all'aumento delle persone in stato di deprivazione tra il 2015 e il 2016.

Infatti, mentre nella precedente edizione dell'Indice la variazione media generale di questi due servizi sociali era migliorata del 13,3% tra il 2013 e il 2015, nella presente edizione questo progresso è stato annullato con un decremento percentuale medio del 17,8% registrato tra il 2015 e il 2016.

Nella lettura territoriale, le regioni maggiormente presenti con questo tipo di servizi sono il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna. Tra le regioni con minore copertura territoriale dei servizi si osservano invece la Basilicata, la Valle d'Aosta, l'Abruzzo, la Campania e la Sicilia. Rispetto alla precedente edizione non si osservano variazioni significative nelle posizioni, a eccezione della Sardegna che migliora di sei posizioni (dalla 11^a alla 5^a) grazie a un lieve aumento nei servizi erogati, ma soprattutto a causa della diminuzione di persone in grave stato di deprivazione (da 242.374 nel 2015 a 157.567 nel 2016) che ha migliorato sensibilmente la possibilità di accesso a questi servizi in rapporto ai potenziali beneficiari.

FIGURA 19. INDICE REGIONALE SERVIZI 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

Poiché i fattori di rischio sottintendono in gran parte comportamenti personali e dinamiche sociali di medio-lungo termine, i cambiamenti dell'Indice rispetto all'edizione precedente rimangono piuttosto contenuti. Tra le prime sei regioni più virtuose rimangono ancora con posizioni invariate il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Valle d'Aosta. Analogamente, tra le sei regioni con maggiori criticità si confermano, al netto di variazioni non superiori alla singola posizione, la Sardegna, la Basilicata, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Campania. L'unica regione in aumento di due posizioni è la Liguria.

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 sulle dinamiche annuali può invece provenire dal confronto del valore numerico dell'Indice tra i due anni, il quale può variare, in positivo



FIGURA 20. INDICE REGIONALE SUI FATTORI DI RISCHIO

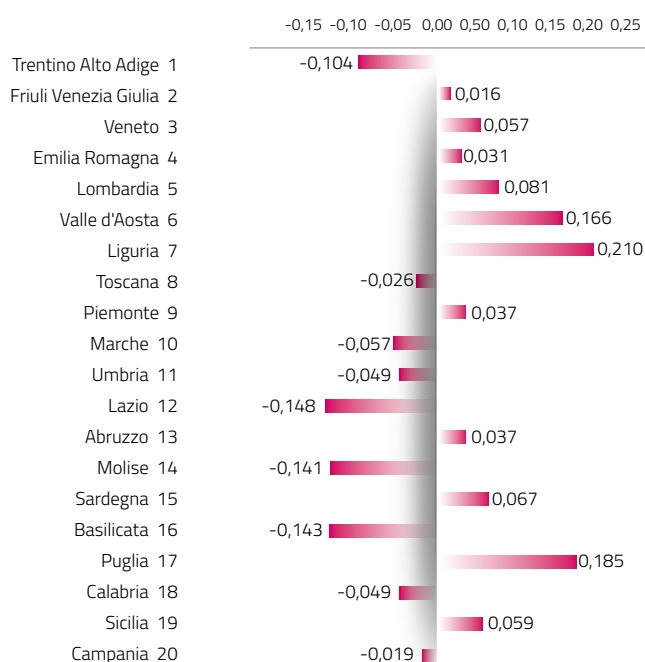
	-1,20	-0,60	0,00	0,60	1,20	INDICE 2019	INDICE 2020	POS 2019	POS 2020	VAR	DIFF. POS
Trentino Alto Adige				0,943		1,047	0,943	1	1	⊖	0
Friuli Venezia Giulia				0,615		0,600	0,615	2	2	⊖	0
Veneto				0,548		0,492	0,548	3	3	⊖	0
Emilia Romagna				0,513		0,482	0,513	4	4	⊖	0
Lombardia				0,510		0,430	0,510	5	5	⊖	0
Valle d'Aosta				0,508		0,342	0,508	6	6	⊖	0
Liguria				0,407		0,197	0,407	9	7	⬆️	2
Toscana				0,314		0,340	0,314	7	8	⬇️	-1
Piemonte				0,253		0,216	0,253	8	9	⬇️	-1
Marche				0,136		0,193	0,136	10	10	⊖	0
Umbria				0,113		0,161	0,113	11	11	⊖	0
Lazio			0,005			0,153	0,005	12	12	⊖	0
Abruzzo		-0,193				-0,230	-0,193	14	13	⬆️	1
Molise		-0,269				-0,129	-0,269	13	14	⬇️	-1
Sardegna		-0,391				-0,458	-0,391	16	15	⬆️	1
Basilicata		-0,392				-0,250	-0,392	15	16	⬇️	-1
Puglia		-0,691				-0,875	-0,691	18	17	⬆️	1
Calabria		-0,798				-0,749	-0,798	17	18	⬇️	-1
Sicilia		-0,983				-1,043	-0,983	19	19	⊖	0
Campania		-1,233				-1,215	-1,233	20	20	⊖	0

o in negativo, pur se in alcuni casi non abbastanza per modificare la posizione delle regioni.

Da questa rilevazione più approfondita è possibile osservare ad esempio come il Trentino Alto Adige, pur rimanendo sempre nella prima posizione, tra le due ultime edizioni dell'Indice sia leggermente arretrato nella distanza che lo separa dalla media nazionale, mentre le altre regioni, dalla seconda alla settima, sono tutte migliorate, soprattutto la Valle d'Aosta e la Liguria. Le altre regioni alternano situazioni di crescita e di decremento. Tra le variazioni più significative: la Puglia in termini positivi e il Lazio, la Basilicata e il Molise, invece in termini peggiorativi.



FIGURA 21. INDICE REGIONALE SUI FATTORI DI RISCHIO: VARIAZIONI 2020



2.3.2 L'INDICE DEI SERVIZI

L'analisi complessiva dei servizi territoriali dedicati a prevenire, curare e contrastare il maltrattamento sui bambini/e mostra per il terzo anno consecutivo come l'Emilia Romagna rappresenti la regione con il migliore sistema di servizi (per adulti e bambini/e). Anche le altre quattro regioni più virtuose rimangono le stesse, salvo qualche variazione di posizione: la Toscana e l'Umbria guadagnano due posizioni, la Sardegna arretra di una e il Veneto di tre. Tra le regioni con una minore copertura territoriale dei servizi si confermano, nelle stesse posizioni, la Sicilia, la Puglia, la Calabria e la Campania.

Tra le regioni con le maggiori variazioni di posizione si possono osservare il Piemonte, che ne guadagna tre (dall'11^a all'8^a posizione) e il Trentino Alto Adige, la Liguria e l'Abruzzo che salgono di due posizioni, mentre ne perdono tre il Veneto (dalla seconda alla quinta), il Friuli Venezia Giulia (dalla sesta alla nona) e la Valle d'Aosta (dalla settima alla decima).

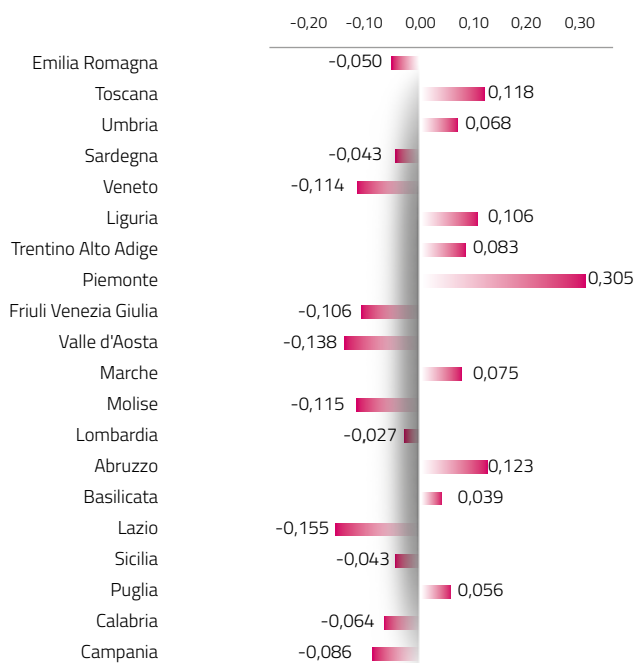
Le variazioni relative alla dimensione numerica dell'indice, al di là della posizione tra le varie regioni, ci mostrano una situazione molto variegata tra le regioni, tra le quali emerge il Piemonte che ha registrato la maggiore variazione di indice numerico rispetto all'anno precedente, anche grazie ai progressi registrati nei servizi dedicati allo sviluppo della capacità di acquisire conoscenza e sapere, oltre che quella di lavorare e di vivere una vita sicura (in particolare nell'ambito dei servizi di integrazione sociale).

FIGURA 22. INDICE REGIONALE SUI SERVIZI

	-1,00	-0,5	0,00	0,5	1,0	INDICE 2019	INDICE 2020	POS 2019	POS 2020	VAR	DIFF. POS
Emilia Romagna				0,878		0,928	0,878	1	1	⊖	0
Toscana				0,469		0,351	0,469	4	2	⬆️	2
Umbria				0,399		0,330	0,399	5	3	⬆️	2
Sardegna				0,397		0,440	0,397	3	4	⬆️	-1
Veneto				0,385		0,500	0,385	2	5	⬆️	-3
Liguria				0,378		0,272	0,378	8	6	⬆️	2
Trentino Alto Adige				0,346		0,263	0,346	9	7	⬆️	2
Piemonte				0,263		-0,041	0,263	11	8	⬆️	3
Friuli Venezia Giulia				0,214		0,320	0,214	6	9	⬆️	-3
Valle d'Aosta				0,157		0,295	0,157	7	10	⬆️	-3
Marche			0,002			-0,073	0,002	12	11	⬆️	1
Molise		-0,036				0,079	-0,036	10	12	⬆️	-2
Lombardia		-0,177				-0,150	-0,177	13	13	⊖	0
Abruzzo		-0,246				-0,369	-0,246	16	14	⬆️	2
Basilicata		-0,306				-0,345	-0,306	15	15	⊖	0
Lazio		-0,346				-0,192	-0,346	14	16	⬆️	-2
Sicilia		-0,523				-0,480	-0,523	17	17	⊖	0
Puglia		-0,529				-0,585	-0,529	18	18	⊖	0
Calabria		-0,807				-0,743	-0,807	19	19	⊖	0
Campania		-0,886				-0,800	-0,886	20	20	⊖	0



FIGURA 23. INDICE REGIONALE SUI SERVIZI: VARIAZIONI 2020



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. Questo tipo di analisi incrociata consente infatti di individuare quattro gruppi di regioni (*cluster*) ai quali sono associate analoghi livelli di criticità, alta o bassa, rispetto ai fattori di rischio e ai servizi. Si possono quindi definire **regioni "a elevata criticità"** quei territori nei quali, a fronte di una elevata criticità ambientale, rappresentata 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 le stesse sette regioni della precedente edizione dell'Indice (Campania, Puglia, Sicilia, Calabria, Basilicata, Abruzzo e Lazio) oltre al Molise che, precedentemente posto sulla media nazionale, è invece arretrato di una posizione per i fattori di rischio e di due per i servizi. Nell'ambito di questo *cluster* si

possono osservare territori con differenti livelli di complessità: 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 17ª e la 19ª posizione, mentre il Lazio e l'Abruzzo si avvicinano di più alla media nazionale sia per i fattori di rischio (rispettivamente 12ª e 13ª posizione) che per i servizi (16ª e 14ª).

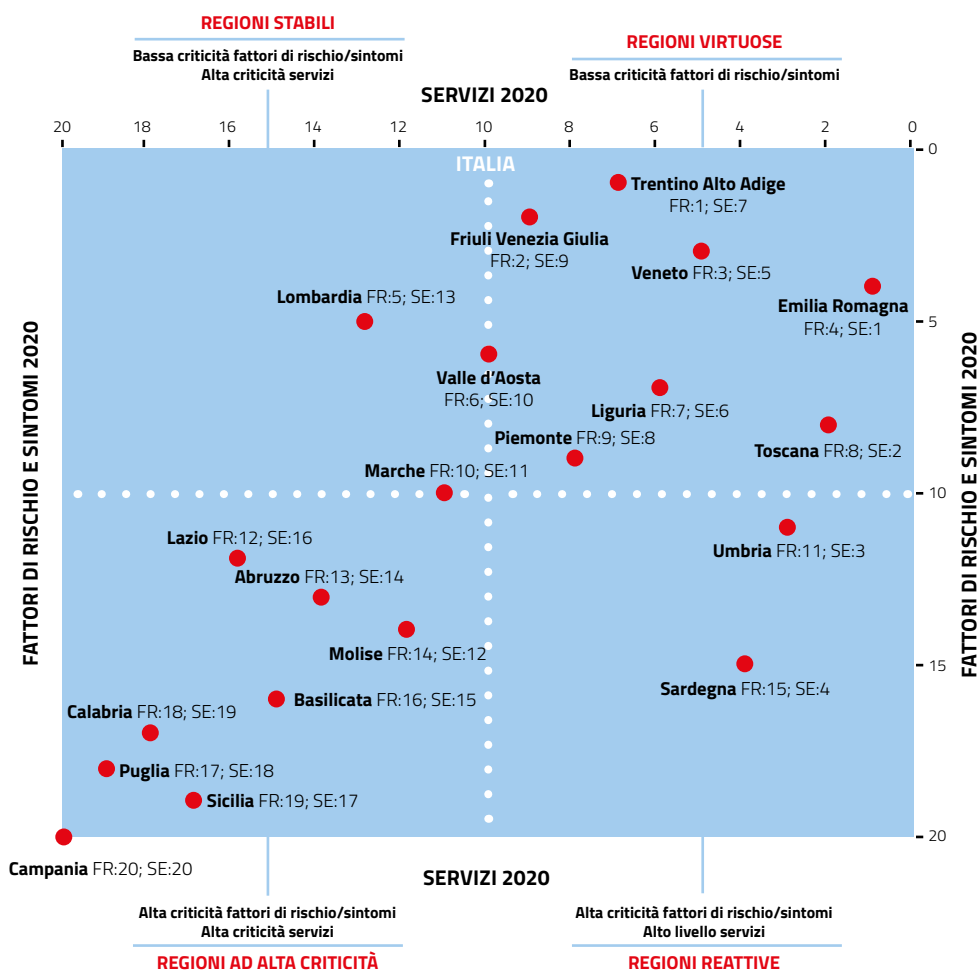
Tra le **regioni "reattive"**, che rispondono alle elevate criticità nei fattori di rischio con servizi al di sopra della media nazionale, si confermano la Sardegna e l'Umbria. La Sardegna è migliorata di una posizione per i fattori di rischio (dalla 16ª alla 15ª) mentre è arretrata di una posizione per i servizi (dalla terza alla quarta), l'Umbria è rimasta stabile all'11ª posizione per i fattori di rischio, ma è ulteriormente migliorata per quanto riguarda i servizi (dalla quinta alla terza).

Le **regioni "virtuose"** sono regioni le quali, pur in presenza di un contesto ambientale relativo ai fattori di rischio migliore rispetto alla media nazionale, continuano a investire nei

servizi. In questo gruppo si confermano sei delle sette regioni della precedente edizione dell'Indice (Emilia Romagna, Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Valle d'Aosta) oltre al Piemonte che, pur perdendo una posizione per i fattori di rischio (dall'ottava alla nona), migliora nei servizi (dall'11ª alla 8ª), passando così dal *cluster* "regioni stabili" al *cluster* "regioni virtuose".

Anche in questo caso il gruppo di regioni comprende territori che hanno un contesto ambientale favorevole e un sistema di servizi più vicino alla media nazionale (il Trentino alto Adige è primo per fattori di rischio e settimo per servizi) con altri che, viceversa, rispondono alle criticità ambientali con servizi molto superiori alla

FIGURA 24. MATRICE FATTORI DI RISCHIO DEGLI ADULTI POTENZIALMENTE MALTRATTANTI E SERVIZI TERRITORIALI



media nazionale (l'Emilia Romagna è quarta per fattori di rischio e prima per servizi).

Tra le **regioni "stabili"** che combinano situazioni ambientali favorevoli con sistemi di servizi invece inferiori alla media nazionale si trova la Lombardia, che conferma la quinta posizione tra i fattori di rischio e la 13^a tra i servizi rispetto alla precedente edizione dell'Indice. La Valle d'Aosta, collocata tra le regioni virtuose nella precedente edizione dell'Indice, si pone invece in questo caso tra le stabili in quanto allineata alla media nazionale per quanto riguarda i servizi (decima posizione) e alla sesta per i fattori di rischio. Anche le Marche si pongono sulla media nazionale rispetto ai fattori di rischio (decima posizione), ma all'11^a rispetto al sistema dei servizi.

2.4 L'INDICE REGIONALE: TOTALE PER CAPACITÀ

L'Indice regionale di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia nella sua presentazione finale che media i fattori di rischio e i servizi offre una sintesi conclusiva della situazione dei vari territori rispetto a questa problematica, combinando sia la lettura del contesto con riferimento ai fattori di rischio, sia la capacità dei territori di rispondere a questi con adeguati sistemi di servizi. L'elaborazione dell'Indice 2020 conferma quindi ancora al primo posto l'Emilia

Romagna e al secondo il Trentino Alto Adige, seguite da Friuli Venezia Giulia e Veneto che si scambiano il terzo e il quarto posto, e dalla Toscana, confermata alla quinta posizione. Tra la sesta e la decima posizione si registra la maggiore concentrazione di regioni che rilevano cambiamenti di posizione rispetto alla precedente edizione dell'Indice: la Liguria migliora di due posizioni (dalla ottava alla sesta), il Piemonte di tre (dalla decima alla settima), mentre l'Umbria e la Valle d'Aosta scendono di due posizioni e la Lombardia di una.

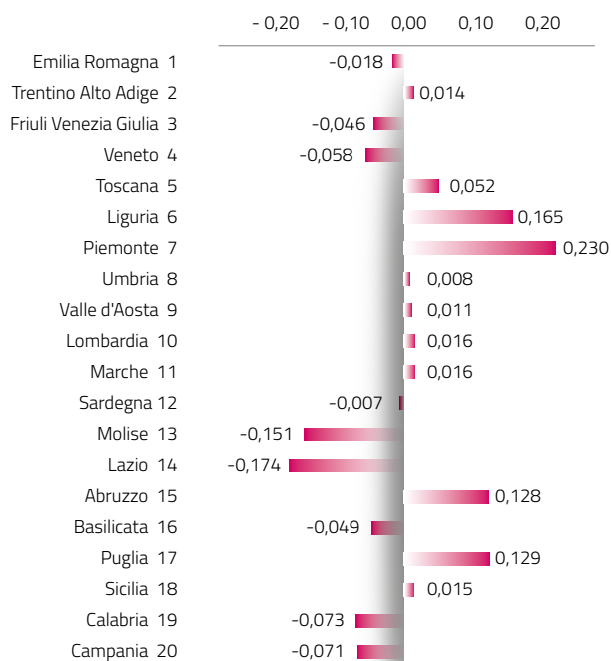
Dall'11^a alla 20^a posizione si confermano le stesse regioni della precedente edizione dell'Indice, a eccezione dell'Abruzzo e della Sicilia che salgono di una posizione, e della Basilicata e della Calabria che scendono di una.

L'analisi del valore numerico dell'Indice offre anche in questo caso la possibilità di sottolineare i progressi o meno delle regioni rispetto alla media nazionale nel confronto con la precedente edizione dell'Indice grazie a un ulteriore livello di dettaglio che evidenzia le variazioni marginali anche nell'ambito della stessa posizione. Tra le prime cinque regioni quindi il Trentino Alto Adige e la Toscana sono quindi lievemente migliorate rispetto alla media nazionale pur mantenendo la stessa posizione, mentre l'Emilia, il Friuli Venezia Giulia e il Veneto sono leggermente arretrati. Le variazioni positive di Liguria, Piemonte, Abruzzo e Sicilia spiegano gli avanzamenti di posizione, mentre le modifiche positive o negative

FIGURA 25: INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ

	-1,20	-0,80	-0,40	0,00	0,40	0,80	INDICE 2019	INDICE 2020	POS 2019	POS 2020	VAR	DIFF. POS	
Emilia Romagna							0,774	0,792	0,774	1	1	⊖	0
Trentino Alto Adige							0,699						
Friuli Venezia Giulia							0,506	0,551	0,506	4	3	⬆️	1
Veneto							0,505						
Toscana							0,391	0,339	0,391	5	5	⊖	0
Liguria							0,357						
Piemonte							0,323	0,093	0,323	10	7	⬆️	3
Umbria							0,287						
Valle d'Aosta							0,272	0,260	0,272	7	9	⬇️	-2
Lombardia							0,185						
Marche							0,075	0,059	0,075	11	11	⊖	0
Sardegna							0,023						
Molise							-0,141	0,010	-0,141	13	13	⊖	0
Lazio							-0,213						
Abruzzo							-0,232	-0,359	-0,232	16	15	⬆️	1
Basilicata							-0,363						
Puglia							-0,678	-0,808	-0,678	17	17	⊖	0
Sicilia							-0,816						
Calabria							-0,895	-0,822	-0,895	18	19	⬇️	-1
Campania							-1,094						

FIGURA 26. INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ: VARIAZIONI 2020



nelle altre regioni non si sono rivelate abbastanza intense da produrre una variazione di posizione. Il confronto dell'indice numerico tra fattori di rischio e servizi rispetto alle variazioni intervenute tra le due edizioni dell'Indice consente invece di apprezzare il contributo che il sistema dei servizi può offrire a migliorare il contesto ambientale e i fattori di rischio legati al maltrattamento all'infanzia. Le regioni al di sopra della media nazionale continuano infatti a migliorare i servizi, a fronte di variazioni nei fattori di rischio più o meno intense, ma sempre positive rispetto alla media nazionale.

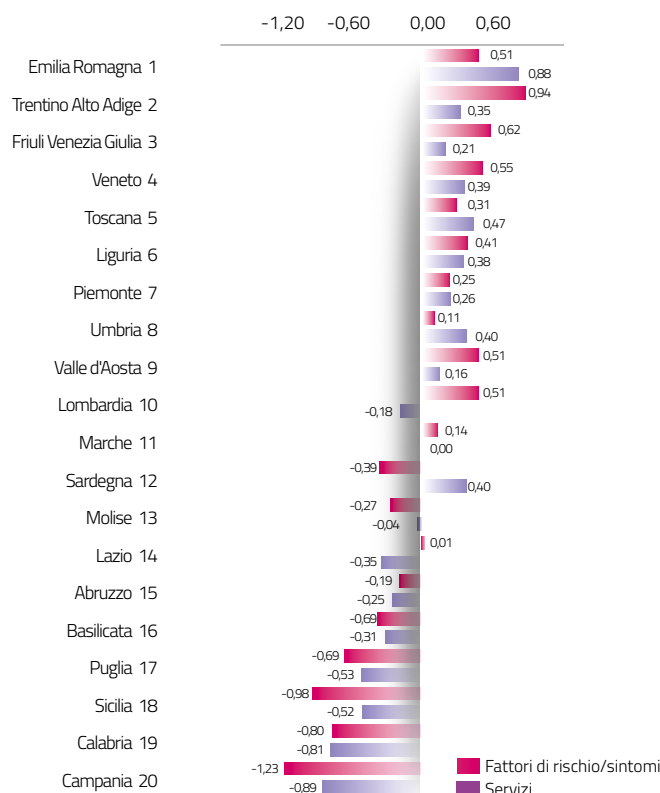
Le regioni al di sotto della media nazionale invece, mettono in evidenza le elevate criticità dei territori del Sud Italia, registrando peggioramenti sia tra i fattori di rischio che tra i servizi, pur con diversi livelli di intensità. Solo la Sardegna registra un peggioramento dei fattori di rischio e un miglioramento dei servizi, circostanza virtuosa già emersa nell'analisi territoriale per *cluster* che l'ha posta tra le regioni "reattive". La Lombardia, tra le regioni stabili, migliora invece la propria situazione ambientale rispetto ai fattori di rischio, alla quale corrisponde un lieve arretramento rispetto ai servizi nella media nazionale anche se, come si è visto nelle pagine precedenti, mantiene inalterata la 13ª posizione.

Approfondendo il contributo che ciascuna della capacità analizzate ha dato alla formazione della classifica conclusiva















































è possibile valutare meglio i punti di forza e di debolezza di ciascuna regione. L'Emilia Romagna, che si conferma anche quest'anno la regione con i risultati migliori, mantiene il proprio punto di forza nelle capacità di cura e di lavorare, per le quali è al primo posto, mentre è quarta per la capacità di vivere una vita sicura e quinta per le capacità di avere una vita sana e di acquisire conoscenza e sapere. Il Trentino Alto Adige è primo per la capacità di acquisire conoscenza e sapere e per l'accesso alle risorse, mentre la Toscana ha il primato nella capacità di vivere una vita sana e l'Umbria in quella di vivere una vita sicura.

Alcune regioni, come ad esempio il Friuli Venezia Giulia e il Veneto, pur non registrando la prima posizione per alcuna capacità, hanno un bilanciamento complessivo tra punti di forza e di debolezza che li pone rispettivamente alla terza e alla quarta posizione. Tra le regioni con le maggiori criticità, posizionate tra la 17ª e la 20ª posizione si osserva una parziale difficoltà strutturale in tutte le capacità che lascia ipotizzare l'urgenza di piani di intervento sistemici di medio-lungo termine per poter migliorare in modo consistente sia la situazione ambientale relativa ai fattori di rischio sia quella legata al complesso dei servizi disponibili sul territorio.

FIGURA 27. CONFRONTO FATTORI DI RISCHIO/SINTOMI E SERVIZI



INDICE REGIONALE DI PREVENZIONE E CURA DEL MALTRATTAMENTO SUI BAMBINI/E: DETTAGLIO PER CAPACITÀ

							
	TOTALE	CURA	VITA SANA	VITA SICURA	CONOSCENZA E SAPERE	LAVORARE	ACCEDERE RISORSE
1	  EMILIA ROMAGNA 0,774	1	5	4	5	1	3
2	  TRENTINO ALTO ADIGE 0,699	7	4	2	1	6	1
3	  FRIULI VENEZIA GIULIA 0,506	10	11	3	2	5	2
4	  VENETO 0,505	4	6	9	13	3	4
5	  TOSCANA 0,391	8	1	7	3	8	7
6	  LIGURIA 0,357	3	2	6	6	9	9
7	  PIEMONTE 0,323	6	16	14	12	2	6
8	  UMBRIA 0,287	5	9	1	8	11	11
9	  VALLE D'AOSTA 0,272	2	3	8	10	10	10
10	  LOMBARDIA 0,185	11	12	11	15	4	5
11	  MARCHE 0,075	13	8	10	9	12	8
12	  SARDEGNA 0,023	9	10	5	16	7	14
13	  MOLISE -0,141	14	13	15	4	14	13
14	  LAZIO -0,213	16	7	20	7	13	12
15	  ABRUZZO -0,232	15	14	13	14	15	15
16	  BASILICATA -0,363	12	19	16	11	17	17
17	  PUGLIA -0,678	17	15	18	18	16	16
18	  SICILIA -0,816	18	17	12	19	18	19
19	  CALABRIA -0,895	19	18	17	20	19	18
20	  CAMPANIA -1,094	20	20	19	17	20	20

- ¹ In questa edizione viene presentata una sintesi della metodologia seguita per elaborare l'Indice di prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e. 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 Istat (2020).
- ⁷ Banca dati Istat: <http://dati.istat.it/>
- ⁸ 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).
- ⁹ Guterman, K., (2015).
- ¹⁰ Tucker, M. C., e Rodriguez, C. M., (2014).
- ¹¹ Paaivilainen, E., e Astedt-Kurki P., (2003).
- ¹² Schneider, M., (2017).
- ¹³ Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A., (2009).
- ¹⁴ Van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., Prinzie, P., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., (2009).
- ¹⁵ US Department of Health and Human Services, Reductions in Child Maltreatment <https://homvee.acf.hhs.gov/Outcome/2/Reductions-in-Child-Maltreatment/4/1>
- ¹⁶ Klein, S., (2011).
- ¹⁷ Banca dati Istat: <http://dati.istat.it/>
- ¹⁸ Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Meriläinen, J., Siimes, M. A., (2006).
- ¹⁹ Walsh, C., MacMillan, H.L., Jamieson, E., (2003).
- ²⁰ Spehr, M. K., Coddington, J., Ahmed, A.H, Jones, E., (2017).
- ²¹ WHO, (2010).
- ²² Laslett, A., Room, R., Dietze, P., Ferris, J., (2012).
- ²³ Freisthler, B., e Weiss R.E., (2008), Freisthler, B., Wolf, J., Wiegmann, W., Kepple, N., (2017).
- ²⁴ WHO, (2013).
- ²⁵ NICHD Early Child Care Research Network, (1999).
- ²⁶ Laulik, S., Allam, J., Browne K., (2016).
- ²⁷ WHO, (2013).
- ²⁸ I tassi di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici di varia origine (abuso di alcol, droghe, disturbi affettivi etc.) 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.
- ²⁹ 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.
- ³⁰ 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.
- ³¹ Know Violence in Childhood (2017), Evidence Highlights 5, p. 1.
- ³² Tucker, M. C., e Rodriguez, C. M., (2014).
- ³³ Vasquez Guerrero, D. A., (2009).
- ³⁴ Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., et al., (2010).
- ³⁵ Oltre all'indicatore sul rischio di criminalità non è stato possibile aggiornare i due indicatori relativi alla violenza sulle donne. Questi infatti 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. Pur avendo come popolazione di riferimento solo quella femminile, nello specifico donne tra i 16 e i 70 anni, si è ritenuto che gli indicatori desunti da questa indagine potessero essere adeguatamente rappresentativi nel confronto regionale.
- ³⁶ UNICEF, (2010).
- ³⁷ Lundberg, M., e Wuermli, A., eds., (2012).
- ³⁸ Brown, D., e De Cao, E., (2018).
- ³⁹ 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.
- ⁴⁰ Banca dati Istat: <http://dati.istat.it/>
- ⁴¹ Eckenrode, J., Smith, E., McCarthy, M., Dineen, M., (2014).
- ⁴² Pelton L. H., (2015).
- ⁴³ Bywaters, B., Bunting, L., Davidson, G., Hanratty, J., et al., (2016).
- ⁴⁴ LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S. L., et al., (2016).

3 LA RESILIENZA COME STRATEGIA DI PREVENZIONE, CURA E CONTRASTO AL MALTRATTAMENTO SUI BAMBINI/E

L'Indice analizzato nelle pagine precedenti fotografa la situazione territoriale delle regioni rispetto ai fattori di rischio che possono esporre i bambini/e al maltrattamento e al sistema di servizi deputati a contrastarli.

Partendo da questa ricognizione dell'esistente, è opportuno riflettere su una possibile strategia di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia che passa attraverso lo sviluppo di una capacità personale "trasversale", la **resilienza**, che ha dimostrato, grazie agli studi e alle sperimentazioni, di rappresentare un fattore protettivo importante.

Proporre lo sviluppo della resilienza come elemento **a supporto delle azioni di sistema** per prevenire e curare il maltrattamento all'infanzia risponde infatti al bisogno di una strategia strutturale non solo di carattere "difensivo" ma anche di tipo propositivo e costruttivo. Grazie a questa è possibile infatti proporre interventi in grado di rafforzare le capacità personali e sociali di bambini/e e adulti, dotandoli degli strumenti psicologici necessari a sostenere meglio i traumi eventualmente subiti e/o di evitare di subirne o perpetuarne altri.

Sviluppare la resilienza nelle persone rappresenta quindi una grande sfida per il complesso sistema dei servizi poiché, richiedendo lo sviluppo di diverse capacità individuali e sociali, necessita del coinvolgimento di tutti gli attori politici e amministrativi che erogano servizi deputati a svilupparle, attraverso un approccio *mainstream*, tanto complesso da raggiungere, quanto fondamentale per un'azione di prevenzione, cura e contrasto al maltrattamento realmente efficace.

3.1 COS'È LA RESILIENZA

Il termine **resilienza** deriva dal latino "resilire" che significa "saltare indietro, ritornare in fretta, di colpo, rimbalzare, ripercuotersi", e dunque in modo traslato "ritirarsi, restringersi, contrarsi". Anche se il termine è principalmente utilizzato nell'ambito della fisica e in ingegneria per indicare la capacità di un materiale di resistere a un urto¹ ultimamente è stato adottato anche nelle discipline sociali².

In letteratura la resilienza è infatti stata rappresentata con definizioni che:

- 1) la concettualizzano come un processo/capacità che si può sviluppare nel corso del tempo;
- 2) la centrano sull'adattamento dopo un'esperienza traumatica e il ritorno allo stato pre-trauma;
- 3) aggiungono ai due aspetti citati il fatto che la resilienza

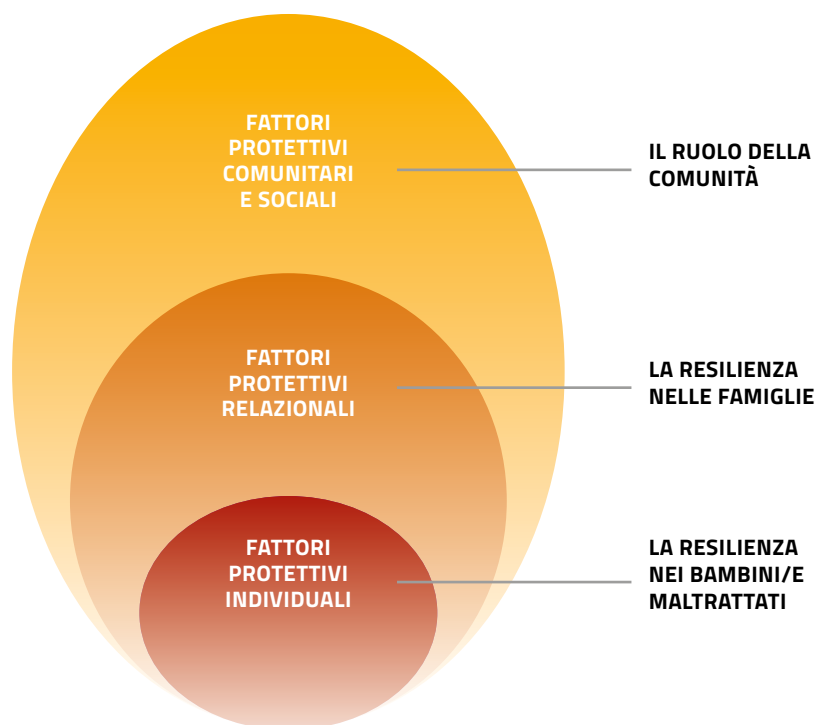


comporta anche una crescita dal punto di vista psicologico³. Quindi, con resilienza si tende in generale a indicare il processo psicologico che permette di reagire in modo positivo alle avversità, eventualmente trasformando forme di stress estremamente deleterie in occasioni di crescita. Non si tratta di una capacità innata, ma piuttosto di una capacità che può essere sostenuta e sviluppata, negli adulti e nei bambini/e. È infatti il risultato di una costante interazione tra una potenziale disposizione caratteriale e circostanze esterne.

Alcuni studi rilevano che la resilienza, soprattutto in relazione a fattori quali la povertà, potrebbe essere promossa in modo più efficace da una **maggiore attenzione delle politiche nazionali** rispetto a una visione allargata che vada oltre il focus esclusivo sulle capacità innate dei bambini/e, delle famiglie e della comunità⁴. È quindi importante sottolineare che l'enfasi sulla resilienza deve andare al di là della singola persona: questo concetto si è infatti affermato in un periodo storico in cui molti governi, per via delle politiche di *austerità*, tendono a non finanziare servizi che di fatto aiuterebbero lo sviluppo di resilienza nella società e negli individui, lasciando quindi ai singoli il compito di migliorare la propria situazione, contando solo sulle proprie forze e risorse.

Per questo motivo, quando si parla di resilienza, è importante individuare anche i fattori e le politiche che la minano a livello macro. Focalizzarsi solo sugli individui silenzia infatti "le condizioni che hanno creato precarietà e disuguaglianza in primo luogo, e la responsabilità dello stato e della società nell'affrontarle"⁵.

FIGURA 28. CLASSIFICAZIONE DEI FATTORI PROTETTIVI: L'APPROCCIO ECOLOGICO



3.2 L'APPROCCIO ECOLOGICO ALLA RESILIENZA

La resilienza rappresenta una serie di capacità personali il cui sviluppo passa anche attraverso l'interazione con la famiglia, la comunità e la società, pertanto è opportuno approfondire le interazioni tra questi ambiti ricorrendo all'"approccio ecologico" che lo *European Report on Preventing Child Maltreatment* ha utilizzato per classificare i fattori di rischio (si veda paragrafo 1.3).

3.2.1 LA RESILIENZA NEI BAMBINI/E MALTRATTATI

Essere vittima di maltrattamento comporta serie conseguenze fisiche e psicologiche sia nel breve che nel lungo termine. In particolare, bambini/e che sono stati vittime di circostanze avverse, come per esempio il maltrattamento, tendono ad avere una scarsa autoregolazione soprattutto in ambito cognitivo, emotivo e comportamentale⁷. Dunque **la resilienza può proteggere dalle conseguenze fisiche e psicologiche degli abusi**, come dimostrato da alcuni studi longitudinali che confermano che circa il 10%–20% dei bambini maltrattati reagiscono al maltrattamento in modo resiliente⁶.

Benché esista in letteratura un numero limitato di studi che misurano la resilienza di bambini/e che hanno subito maltrattamenti, e in generale di analisi sui fattori che supportano la resilienza nell'infanzia, soprattutto tra i 5 e i 12 anni, gli studi compiuti sul tema hanno in generale evidenziato che caratteristiche caratteriali come competenze cognitive e comportamento prosociale sono associate a una maggiore resilienza di bambini/e maltrattati⁸.

Lo studio di Cicchetti et al., pur evidenziando come sia

molto complesso individuare l'insieme di fattori che rende alcuni bambini/e vittime di maltrattamento più resilienti di altri, evidenzia che aspetti quali l'autonomia organizzativa, l'autostima⁹, l'autosufficienza, la capacità di regolare le proprie emozioni e l'adattabilità possano contribuire a una maggiore capacità di affrontare le difficoltà e quindi sviluppare resilienza¹⁰. Tra gli altri fattori¹¹ si possono ancora ricordare le competenze prosociali quali cooperazione e senso di responsabilità che supportano il benessere interiorizzato nei bambini/e, e il benessere di chi si prende cura di loro.

Per quanto riguarda invece il ciclo della violenza, alcuni studi dimostrano che un **comportamento prosociale** non solo aumenta la resilienza di bambini/e maltrattati, ma protegge anche dall'adottare comportamenti aggressivi nei confronti degli altri, **spezzando così il circolo vizioso della violenza**. La ricerca in merito ha dimostrato che la maggior parte dei bambini/e che sviluppano buone capacità prosociali dimostrano un tasso di aggressione fisica nel corso del tempo moderata-media, contro invece tassi di aggressione fisica elevati registrati tra i coetanei carenti in tali capacità¹². Anche l'autocontrollo è una capacità che permette di aumentare la resilienza di coloro che sono maltrattati, anche se la natura e la frequenza degli abusi subiti sono un fattore da tenere in considerazione: nel caso di bambini/e abusati più frequentemente l'autocontrollo svolge infatti una funzione meno protettiva per la resilienza e l'interruzione del ciclo della violenza.

Infine, la resilienza è **il risultato dell'interazione tra capacità e inclinazioni individuali e ambiente**: il report *The Science of Resilience* riporta che "né caratteristiche individuali, né ambiente sociale di per se stessi possono

produrre risultati positivi per bambini che hanno esperienza di periodi prolungati di stress tossico¹³. Infatti, un aspetto importante per la promozione della resilienza è l'esistenza e il supporto di **relazioni solide e positive con caregivers adulti**. Un contesto familiare coeso può costituire un cuscinetto di protezione nei confronti di fattori sociali avversi (per es. contro bullismo e varie forme di discriminazione) nel quale i bambini/e acquisiscono strategie di resilienza. Questo punto è riconosciuto e ripreso anche dallo *European Report on Prevention of Children Maltreatment* che evidenzia come un ruolo importante nella promozione della resilienza sia svolto dal contesto sociale: scuola, sicurezza nelle strade e coesione sociale sono tutti fattori che possono aiutare a sviluppare la resilienza, al di là di eventuali fattori individuali¹⁴.

3.2.2 LA RESILIENZA NELLE FAMIGLIE

La **resilienza dei genitori e delle famiglie è un fattore protettivo contro il maltrattamento**: se i genitori sono in grado di gestire lo stress dovuto a una situazione difficile, diminuisce anche la probabilità che la frustrazione li porti a rivalersi su figli/e adottando comportamenti violenti¹⁵.

Tra le eventuali strategie possibili per la promozione della resilienza nei genitori ci sono l'attività fisica e per la riduzione dello stress¹⁶. L'adozione di questi comportamenti virtuosi può inoltre costituire un modello positivo per bambini/e da adottare quando dovessero trovarsi in una situazione traumatica, ma anche le politiche di congedi parentali remunerati e di sostegno al reddito hanno un impatto importante. Un fattore chiave sia per la diminuzione dei fattori di rischio di maltrattamento che per lo sviluppo di resilienza è rappresentato dalle strategie e politiche rivolte a contrastare povertà, abuso di droghe e di alcol, crimine, e problemi di salute mentale¹⁷. In particolare, lo studio di Dubowitz et al. rileva che se i bambini/e maltrattati hanno genitori depressi, le loro *chances* di reagire in modo resiliente ai maltrattamenti sono minori di quelle un bambino/a maltrattato i cui genitori non abbiano sintomi di depressione¹⁸.

Un altro studio che si è concentrato invece sull'esposizione di bambini/e a violenza domestica ha individuato come fattori cruciali per la resilienza dei bambini/e la salute mentale materna e l'efficacia dei genitori, evidenziando come interventi rivolti a supportare madri e figli/e possano limitare i danni a lungo termine derivanti dall'aver vissuto

situazioni di violenza domestica¹⁹. Anche adottare politiche e strategie volte a sviluppare la resilienza degli uomini e dei padri rappresenta un fattore importante.

Quando si prende in considerazione **la resilienza delle donne e delle madri**, è bene anche considerare che le donne tendono a svolgere un carico di lavoro domestico e di cura maggiore e mediamente sono più povere degli uomini. Questa maggiore vulnerabilità dal punto di vista sociale ed economico è un fattore che può incidere negativamente sulla loro resilienza. Infatti i dati dell'indicatore EIGE per il 2019 sulla parità di genere²⁰ hanno rilevato che "le donne hanno una probabilità quattro volte maggiore (81%) rispetto agli uomini (20%) di trascorrere del tempo cucinando e facendo i lavori di casa ogni giorno per almeno un'ora". Minore è anche la loro disponibilità economica: nel nostro paese le donne guadagnano il 18% in meno rispetto agli uomini, anche il 30% in meno se sono in coppia e con figli, raggiungendo un rischio di povertà pari al 20%²¹.

Carico di lavoro e rischio di povertà rappresentano quindi fattori che **possono minare la resilienza delle donne**, e di conseguenza delle famiglie e delle comunità.

3.2.3 IL RUOLO DELLA COMUNITÀ

La comunità può svolgere un ruolo chiave nella promozione della resilienza; infatti uno studio del 2018 che fa riferimento all'*Asset-Based Community Development* (ABCD)²² ha rilevato che un "approccio ABCD allo sviluppo della resilienza investirebbe in caratteristiche che supportano la connessione culturale, le reti di amicizie, i *role models* della comunità, e l'accesso al supporto da parte della comunità"²³. Questo approccio consentirebbe un ritorno per la comunità in termini di benessere di bambini/e nell'immediato e garantirebbe loro una maggiore salute (mentale e fisica), e quindi resilienza, nel lungo periodo. Sono ancora però pochi gli studi che analizzano il ruolo svolto dalla comunità nello sviluppo della resilienza e soprattutto quelli riferiti ai bambini/e maltrattati. Uno studio del 2007 ha comunque evidenziato come vivere in un quartiere ad alto tasso di crimine e con scarsa coesione sociale diminuisca la probabilità per un bambino/a vittima di maltrattamento di reagire in modo resiliente²⁴.

Nell'ambito della comunità, **la scuola può giocare un ruolo molto importante** per quanto riguarda non solo la prevenzione del maltrattamento e il riconoscimento dei sintomi a esso legati, ma anche per lo sviluppo della resilienza.

Infatti, i bambini/e passano la maggior parte del proprio tempo, almeno fino a una certa età, a scuola, un contesto favorevole dove gli insegnanti la possono promuovere attivamente.

Anche se la resilienza è un processo che può essere portato avanti con successo a qualsiasi età, **la prima infanzia** è un momento cruciale in cui si ha l'occasione, come società, di assicurare che i bambini/e siano messi nelle migliori condizioni per affrontare eventuali esperienze negative nel corso della propria vita tra le quali, per esempio, maltrattamento e abusi²⁵. Un'esperienza positiva soprattutto nei primi anni di vita, caratterizzata da cure efficienti, da un buon rapporto tra educatori/trici e famiglie costituisce quindi un fattore protettivo per bambini/e a rischio di maltrattamento. Non solo, servizi per l'infanzia diffusi ed efficaci possono supportare i genitori nel promuovere a loro volta un ambiente familiare sereno che metta i bambini/e nelle migliori condizioni per sviluppare la resilienza.

Lo studio di Hall et al. sostiene che per i bambini/e il cui sviluppo potrebbe essere considerato a rischio (non necessariamente per via di maltrattamento, ma anche a causa di altri fattori), servizi per l'infanzia di buona qualità possono mitigare l'impatto di eventuali fattori di rischio, e "[...] possono proteggere lo sviluppo cognitivo di bambini piccoli e a sua volta aiutarli ad adottare comportamenti resilienti di fronte alle avversità"²⁶. Lo studio ipotizza che gli effetti non siano solo a breve, ma anche a lungo termine. Uno studio di Ellenbogen, Klein e Wekerle sostiene che i servizi per l'infanzia siano effettivamente un fattore di resilienza per i bambini/e maltrattati e per le loro famiglie e sottolinea **l'impatto positivo dei servizi per l'infanzia sulla resilienza sia dei genitori che dei figli/e**²⁷.

Questi servizi consentono ai genitori di avere supporto in un momento della vita dei propri figli/e particolarmente faticoso da gestire, hanno un impatto positivo sullo sviluppo delle capacità cognitive e sociali di bambini/e; inoltre consentono a operatori/trici di intercettare possibili segni di maltrattamento in una fascia di età in cui – a meno che accedano a servizi per l'infanzia – sono meno facili da raggiungere²⁸. Infine, un maggiore accesso a servizi per l'infanzia incrementa le possibilità per i genitori, per le madri soprattutto, di lavorare e quindi di essere autosufficienti, un elemento che sicuramente ha un impatto positivo sulla resilienza della famiglia nel suo insieme.

Tuttavia, nel nostro paese la disponibilità di posti negli **asili nido**, servizio che potrebbe svolgere un ruolo cruciale nello



sviluppo della resilienza per bambini/e vittime o meno di violenza, è ancora limitata: secondo dati Istat 2017 i bambini tra 0 e 3 anni che hanno accesso a strutture pubbliche o finanziate dal settore pubblico sono solo il **13,5%**²⁹. Vi sono oltretutto notevoli differenze a livello territoriale nella disponibilità di posti negli asili nido, svantaggiando i bambini che vivono nel Sud Italia. A livello di *policies*, numerosi studi sottolineano come finanziamenti statali per politiche sociali e programmi che sono volti ad aumentare la qualità dei servizi per l'infanzia possono essere efficaci per promuovere fattori individuali collegati alla resilienza. Per quanto riguarda invece le **metodologie di insegnamento**, quelle basate sull'acquisizione incrementale di competenze che sviluppi sicurezza e un senso di controllo in bambini/e viene associato dalla ricerca più recente a un maggiore livello della loro resilienza³⁰.

Si tratta quindi – nel corso dell'infanzia e oltre – di promuovere la resilienza con programmi universali rivolti a tutti i bambini/e, non solo quelli a rischio. Gli interventi per la promozione della resilienza non si traducono in una invulnerabilità di bambini e bambine di per sé: è certamente difficile prevedere come le persone reagiscano a fattori di stress, ma è un diritto di tutti gli individui essere messi nelle condizioni migliori per affrontare situazioni di rischio. È necessario quindi creare un contesto e sistemi di cura che contribuiscano alla resilienza di bambini/e e ragazzi/e i quali saranno poi a loro volta nelle condizioni migliori per contribuire a una maggiore resilienza delle proprie famiglie e comunità.

3.3 GLI INTERVENTI DIRETTI A SVILUPPARE LA RESILIENZA NEI BAMBINI/E

Nonostante gli studi sulla resilienza presentino ancora molte potenzialità di sviluppo e approfondimento, nel mondo sono già state sperimentate alcune metodologie di successo con l'obiettivo mirato di aumentare la resilienza nei bambini/e, soprattutto in ambito scolastico.

Tra queste, l'**educazione socio-emotiva per la resilienza** (SEE - Social Emotional Education)³¹ viene definita come "il processo attraverso il quale bambini/e e adulti acquisiscono e applicano in modo efficace la conoscenza, le attitudini e le competenze necessarie per comprendere e gestire le emozioni, stabilire e raggiungere obiettivi positivi, sentire e dimostrare empatia per gli altri, stabilire e mantenere relazioni positive e prendere decisioni responsabili"³².

La letteratura evidenzia un **legame stretto e positivo tra educazione socio-emotiva e competenze che influiscono sulla resilienza**, tra cui le capacità di *problem solving* e la risoluzione di conflitti, effetti sulla depressione, sull'autostima, nonché sul conseguimento di migliori risultati accademici³³. Una meta-analisi ha esaminato 82 programmi implementati nelle scuole e ha rilevato che in generale - indipendentemente da altri fattori quali la razza e il background socio-economico - gli studenti e le studentesse che hanno partecipato a programmi di educazione socio-emotiva hanno ottenuto risultati migliori in termini di competenze sociali ed emotive rispetto a studenti che non vi hanno partecipato³⁴. Una *review* condotta su circa 200 studi, ha rilevato che i bambini/e che hanno partecipato a programmi di educazione socio-emotiva hanno riportato risultati di 11 punti percentuali maggiori degli altri studenti³⁵. Infine, è stata rilevata una minore incidenza di comportamenti problematici, come per esempio uso di droga e stress emotivo. Un'istruzione attenta agli aspetti sociali ed emotivi della persona può quindi avere effetti positivi anche sui bambini/e maltrattati. In questa prospettiva, l'educazione socio-emotiva può essere concettualizzata come una "**strategia di resilienza**" che, benché universale, protegge in modo efficace i bambini/e più vulnerabili o che possono diventare vulnerabili nel corso della loro vita³⁶.

Se si guarda ai **programmi di educazione socio-emotiva nel panorama europeo**, la situazione nei vari stati membri non è omogenea. In alcuni stati come Irlanda e Malta l'educazione socio-emotiva fa parte dei curricula scolastici, mentre nella maggioranza degli altri

paesi ricade sotto altre materie e aree di apprendimento (per es. educazione alla salute ed educazione fisica, prevenzione della violenza etc.)³⁷.

In Svezia il programma **Social and Emotional Training (SET)** è rivolto a studenti dall'età prescolare fino alla scuola secondaria, ed è basato sui programmi americani "Promoting Alternative Thinking Strategies" e "Botvin Life Skills Training". Il programma svedese si concentra sulla gestione delle proprie emozioni, sulla promozione dell'empatia e sullo sviluppo di competenze sociali e ha riportato risultati positivi per quanto riguarda l'autostima di studenti/tesse coinvolti e una minore internalizzazione ed esternalizzazione di problemi³⁸.

In Irlanda il programma **The Incredible Years Parent, Teacher and Child Training Series** è rivolto a bambini/e dagli 0 ai 12 anni e ai loro genitori e insegnanti, ed è volto a diminuire comportamenti dannosi e a migliorare la competenza sociale ed emotiva di studenti/tesse. I risultati positivi hanno rilevato un miglioramento di comportamenti prosociali a scuola e a casa oltre a un aumento del benessere di genitori e bambini³⁹.

Tra i programmi che non fanno esplicitamente riferimento all'educazione socio-emotiva, ma che comunque influiscono positivamente sulla resilienza si può ricordare ancora il **Resilience Programme: Psychosocial support in and out of school**, sviluppato nel 2010 da Save the Children Danimarca e dal Psychosocial Centre of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, che si è concentrato sul miglioramento della resilienza di bambini/e tra i 10 ed i 16 anni ed è stato implementato in 16 Paesi⁴⁰.

Il progetto europeo **RESCUR - Resilience Curriculum**⁴¹ ha sviluppato un curriculum di resilienza per la prima infanzia e per le scuole elementari. Il curriculum di resilienza è basato sulle esigenze e i bisogni a livello sociale, economico e tecnologico dei partner coinvolti e ha l'obiettivo di aiutare bambini/e a sviluppare le competenze che possano permettere loro di ottenere buoni risultati accademici e di migliorare il proprio benessere sociale ed emotivo. Il progetto si concentra soprattutto su bambini/e vulnerabili, quali Rom, disabili, figli/e di rifugiati, immigrati e appartenenti a minoranze etniche. RESCUR si basa su sette temi principali⁴² e tende a focalizzarsi non tanto sui fattori di rischio, ma più su un approccio positivo volto a sviluppare i punti di forza che sono già presenti negli studenti e nelle studentesse, sottolineando come sia necessario far sì che questo approccio non diventi un intervento straordinario, ma sia integrato nelle

scuole e coinvolga gli insegnanti, gli studenti e i genitori. Una valutazione condotta su circa 97 bambini/e in età prescolare ha rilevato un miglioramento nelle capacità di resilienza, un maggiore impegno nel processo di apprendimento e una maggiore incidenza di comportamento prosociale⁴³.

Sempre in ambito europeo, **UPRIGHT (Universal Preventive Resilience Intervention Globally)**⁴⁴ si concentra sugli adolescenti e si propone di sviluppare 18 tipi di capacità in 4 aree collegate con lo sviluppo della resilienza: 1) *Mindfulness*; 2) Capacità di affrontare i problemi; 3) Efficacia; 4) Apprendimento sociale ed emotivo. Il progetto ha coinvolto 34 scuole e circa 6.000 adolescenti per produrre un impatto positivo sulla salute mentale a breve e lungo termine

negli adolescenti grazie all'aumento delle loro capacità di resilienza⁴⁵.

Per quanto riguarda l'**Italia**, come riportato nel rapporto *Strengthening Social and Emotional Education as a core curricular area across the EU*, non ci sono linee guida nazionali ufficiali riguardo all'educazione socio-emotiva né è inclusa come materia a parte nei curriculum scolastici. Tra le sperimentazioni condotte nel nostro paese occorre ricordare il programma **BY YOUR HAND** che si è concentrato su bambini/e della scuola materna nel Nord Italia e ha avuto come risultati una maggiore competenza sociale ed emotiva di bambini/e, oltre a una diminuzione di problemi comportamentali⁴⁶.

I TUTORI DI RESILIENZA NELLA RETE "IOCONTO"



La resilienza è il processo che permette agli individui di far fronte alle proprie avversità facendo leva sulle proprie risorse interne (fiducia in sé, strategie di *coping*, competenze sociali) ed esterne (relazioni familiari, con i pari a scuola, nei centri di ricreazione) e di uscirne vincitore. Questo processo può essere supportato dall'azione di professionisti che lavorano a contatto con questa tipologia di utenza fragilizzata da esperienze avverse. Tali operatori, mediante la costruzione di una relazione d'aiuto autentica, possono promuovere, rafforzare e sostenere il processo di resilienza nei propri beneficiari, assumendo così il ruolo di Tutori di Resilienza.

A partire da questi presupposti nasce il modello d'intervento psicosociale "Tutori di resilienza"⁴⁷, finalizzato a promuovere in educatori, insegnanti, assistenti sociali, psicologi e altre figure che operano nell'ambito della protezione e della tutela dell'infanzia e della violenza di genere, l'assunzione del ruolo di tutore di resilienza con minori e famiglie in condizione di rischio.

Il modello è stato adottato in via sperimentale da Cesvi con alcuni partner della **rete "IoConto"**⁴⁸ e descritto nel manuale operativo *Tutori di Resilienza nella Rete IoConto*⁴⁹ realizzato da Cesvi in collaborazione con l'**Unità di Ricerca sulla Resilienza (RiRes) dell'Università Cattolica di Milano** e si muove su un doppio binario di azione: da un lato offre ai futuri Tutori di Resilienza l'opportunità di riflettere insieme sul significato della relazione d'aiuto nel proprio ruolo professionale, e arricchirlo con la prospettiva della resilienza, dall'altro si propone di trasmettere agli operatori

strumenti, metodi e principi d'azione *resilience-focused* da impiegare nella pianificazione e nella conduzione delle proprie azioni al fine di ridurre il rischio e rafforzare le risorse degli utenti.

L'applicazione del modello sul campo prevede la conduzione di tre sessioni formative: un *capacity building* iniziale di quattro giorni, finalizzato a trasmettere le caratteristiche principali del modello, un *follow-up* di due giorni a metà progetto e due giorni finali di restituzione e chiusura lavori. L'approccio impiegato è di tipo *partecipativo* mentre l'obiettivo del percorso formativo è rispondere al quesito iniziale circa cosa significhi essere tutore di resilienza nel contesto operativo dei partecipanti e con i loro beneficiari.

La validità e l'efficacia del modello vengono monitorate mediante una verifica degli apprendimenti condotta al termine del training iniziale, l'incontro di follow-up e, infine, mediante l'applicazione di un protocollo scientifico di valutazione del benessere e del disagio dei beneficiari volto a monitorare l'impatto del programma sul benessere degli utenti.

In particolare vengono misurati negli operatori la presenza di un cambiamento nella propria rappresentazione della relazione d'aiuto con i beneficiari, mentre nei destinatari del programma un miglioramento del benessere e una diminuzione della sintomatologia post-traumatica.

La progettazione e l'applicazione del modello prevede la stretta collaborazione con enti e organizzazioni nazionali e internazionali coinvolti nel settore della Tutela Minori, su scala nazionale, e di Child Protection e GVB (Gender-Based Violence) su scala internazionale. A oggi, più di 500 operatori in 15 paesi di Africa, America Latina, Asia e Europa, sono stati formati al modello Tutori Resilienza, e lo applicano con i propri beneficiari.

Da citare è il network europeo **ENSEC**⁵⁰ (European Network for Social and Emotional Competence) che coinvolge ricercatori, professionisti e *policy-makers* finalizzato alla condivisione di ricerche, progetti di intervento e buone pratiche inerenti la promozione dell'apprendimento socio-emotivo, la resilienza e salute mentale nei contesti educativi. A livello nazionale, **PROMEHS**⁵¹ (Promoting Mental Health at Schools) prevede la costruzione di un curriculum scolastico *evidence-based* per la promozione della salute mentale con attività finalizzate allo sviluppo dell'apprendimento socio-emotivo e della resilienza, coordinato dall'Università di Milano Bicocca, Dipartimento di Scienze Umane per la formazione "R. Massa".

A livello extraeuropeo sono stati implementati alcuni programmi nel quadro dell'educazione socio-emotiva con impatti positivi sulla resilienza. Tra questi si ricorda **CASEL** (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learn), negli USA, con alcuni programmi tra cui 4Rs (Reading, Writing, Respect & Resolution) rivolto a studenti dall'età prescolare fino alle medie⁵⁰. Il Programma **Caring School Community**, anch'esso implementato negli USA, è invece rivolto ad allievi/e dalla scuola materna fino al primo anno delle medie, con attività all'interno della scuola e altre da completare a casa⁵¹. In Australia, il programma nazionale **Kids Matter**, rivolto ai servizi per l'infanzia, si pone l'obiettivo di supportare la salute mentale di bambini/e⁵². Infine, altro programma australiano, **FRIENDS**, basato sulla terapia cognitiva-comportamentale e applicato con successo a livello internazionale, ha l'obiettivo di prevenire ansia e depressione in studenti/tesse di diverse età e negli adulti⁵³.

3.4 LA RESILIENZA NELLE POLICIES E STRATEGIE INTERNAZIONALI PER IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA

L'analisi delle metodologie di successo sperimentati specificamente sulla resilienza ha messo in evidenza come questo tipo di approccio sia ancora piuttosto recente e necessiti ancora di studio e approfondimento.

Oltre a promuovere iniziative ulteriori che affinino le metodologie di intervento diretto sulla resilienza in generale, è importante **rinforzare l'adozione di questo approccio in modo integrato e trasversale** anche all'interno delle più generali **politiche, strategie, programmi e metodologie mirate alla prevenzione, cura e contrasto al maltrattamento sui bambini/e** e l'attenzione per la resilienza sia

adeguatamente considerata anche all'interno di programmi di intervento più ampi che prendono in considerazione altri fattori di rischio e/o protettivi (es: interventi di carattere economico o occupazionale, sulla salute etc.), come l'Indice regionale ricorda.

Le strategie di intervento internazionali sul maltrattamento all'infanzia elaborate dalla WHO (Organizzazione Mondiale per la Sanità) e poi progressivamente calate nei contesti nazionali hanno conosciuto negli anni una progressiva evoluzione, grazie a un crescente impegno nello sviluppo di approcci sempre più efficaci e mirati. Il punto di riferimento più recente in questo senso è il piano strategico WHO, **I.N.S.P.I.R.E.**⁵⁴ per attuare la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, un documento che rappresenta anche la sintesi e il punto di arrivo delle strategie precedentemente proposte dall'organizzazione⁵⁵.

Lanciata nel 2016, INSPIRE rappresenta una strategia globale articolata in 7 piani di intervento la cui adozione è raccomandata a tutti gli Stati assieme a una forte partecipazione della società civile e delle comunità: 1) Implementazione e rafforzamento dei sistemi normativi; 2) cambiamento delle **Norme Sociali e valori**; 3) **Sicurezza del contesto ambientale**; 4) sostegno ai genitori e ai *caregiver* (**Parental Support**); 5) rafforzamento della situazione reddituale ed economica (**Income and economic Strengthening**); 6) **Risposta nell'offerta dei servizi**; 7) Istruzione (**Education**) e sviluppo delle capacità umane.

All'interno delle 7 strategie di INSPIRE vi sono due ambiti di intervento, corrispondenti a due delle sei capacità analizzate nell'Indice, che sono indirettamente riconducibili allo sviluppo della resilienza nei bambini e nelle loro famiglie: **l'istruzione e lo sviluppo delle capacità umane** (capacità di acquisire conoscenza e sapere) e il **supporto a genitori e caregiver** (capacità di cura di sé e degli altri). Per quanto la complessità dei fattori di rischio renda interconnessi tutti gli ambiti di intervento per la prevenzione, cura e contrasto al maltrattamento, la letteratura⁵⁶ ha infatti messo in evidenza come in questi due ambiti di intervento si concentri la maggiore efficacia dei programmi rispetto allo sviluppo della resilienza nei bambini/e e nei genitori.

La strategia "**Istruzione e sviluppo delle capacità umane**" è quella maggiormente predisposta ad accogliere integrazioni delle *policies* e dei programmi mirate a rinforzare lo sviluppo della resilienza nei ragazzi/e, sia come fattore protettivo che di cura. Nel quadro complessivo di INSPIRE questa strategia ha l'obiettivo di aumentare l'accessibili-

tà dei bambini/e a una formazione più efficace e attenta alle tematiche di genere, oltre che allo sviluppo di capacità sociali ed emozionali, assicurando anche un ambiente scolastico sicuro e stimolante. In questo senso il documento INSPIRE della WHO cita: "Un'istruzione di qualità aiuta i bambini/e ad acquisire le conoscenze, le abilità e le esperienze che costituiscono la **resilienza** e riducono i fattori di rischio della violenza". Per arrivare a questo risultato, la WHO promuove un sistema di collaborazione tra il sistema scolastico e formativo e i genitori, la cui collaborazione e coinvolgimento sono indispensabili per prevenire, curare e contrastare il maltrattamento sui bambini/e. Le scuole in particolare sono considerate il luogo privilegiato per sviluppare le "life skills", che possiamo ricondurre sempre al rafforzamento della resilienza, viste come "abilità per un comportamento adattivo e positivo che rende le persone effettivamente capaci di affrontare le sfide di ogni giorno". La strategia INSPIRE individua sei approcci⁵⁷, testati a livello internazionale, tra i più efficaci per migliorare istruzione e sviluppo delle capacità umane. Tra questi l'approccio maggiormente riconducibile allo sviluppo della resilienza è senza dubbio quello della formazione allo **sviluppo delle capacità personali e sociali (Life and social skills training)**. Secondo la WHO, le **life and social skills** possono essere descritte come quelle abilità per un comportamento adattivo e positivo che consentono agli individui di affrontare efficacemente le sfide della vita quotidiana. Queste includono funzioni cognitive ed emotive, come messa a fuoco, autocontrollo, pensiero critico e *problem solving*. Sono comprese anche competenze interpersonali e sociali, intese come un sottoinsieme delle abilità di vita. Le abilità sociali descrivono infatti i modi di interagire e costruire relazioni con gli altri: programmi efficaci che sviluppano queste competenze portano a comportamenti prosociali, tra cui la risoluzione efficace dei conflitti e la dimostrazione di empatia verso gli altri.

Questo approccio allo sviluppo delle capacità personali e sociali viene poi ripreso e approfondito in un altro documento strategico della WHO⁵⁸, una guida pratica per prevenire la violenza in ambito scolastico, specificatamente dedicato ai cosiddetti **school based programs** nel quale lo sviluppo della resilienza viene sostenuto attraverso le raccomandazioni sull'adozione nelle scuole di iniziative formative sulle capacità personali e sociali: "[...] Questo approccio mira a **rafforzare la resilienza** degli studenti migliorando la loro capacità di creare relazioni positive

e risolvere i problemi quotidiani in modo costruttivo. La formazione sulle competenze di vita può aiutare a ridurre i problemi comportamentali dei bambini, l'aggressività e la violenza, aumentare le competenze sociali e la capacità di gestire le emozioni e migliorare le prestazioni accademiche [...]".

La guida della WHO individua quindi un percorso di formazione che accompagna studenti/tesse lungo tutto il ciclo formativo: 1) programmi di rafforzamento delle "life and social skills" dalla scuola materna fino alla scuola secondaria superiore; 2) integrazione con programmi di formazione per genitori e insegnanti; 3) attività formativa svolta da insegnanti adeguatamente preparati e in grado di utilizzare una varietà di metodologie (ad es. i giochi di ruolo, le discussioni, le attività di gruppo, esercizi scritti).

In Italia il programma *school based* più significativo è "Percospini"⁵⁹, pluripremiato in ambito nazionale e riconosciuto in ambito comunitario oltre che indicato da ISPCAN durante gli Stati Generali CISMAL sul maltrattamento all'infanzia 2017⁶⁰, insieme a "Stay Safe"⁶¹, come miglior intervento europeo e buona prassi internazionale.

Strettamente connessa alla strategia "Istruzione e sviluppo della capacità umana", la strategia di **"supporto ai genitori e ai caregiver"** è ancora indispensabile sia per sviluppare la resilienza nei bambini/e prima ancora che entrino nel ciclo scolastico, sia per valorizzare e non vanificare i risultati ottenuti nel contesto scolastico se non inseriti in un contesto familiare e genitoriale coerente. L'obiettivo di questa strategia è la riduzione delle pratiche genitoriali troppo dure e la creazione di una relazione positiva tra genitore e bambino/a. Secondo il documento della WHO, "[...] programmi basati sul supporto alla genitorialità hanno dato ottima prova in termini di efficacia nel rinforzare il rapporto tra genitori e figli, la capacità di cura, di vivere una vita sana e sicura e **la resilienza** dei bambini e delle famiglie [...]", innescando così dinamiche virtuose che prevengono tutti i tipi di violenza sui bambini/e a partire dalla primissima infanzia fino alla loro età adulta. I programmi per la genitorialità e i *caregiver* possono essere sviluppati sia in termini generici che specificatamente per i nuclei familiari a rischio o per situazioni individuali specifiche in casi di evidenza di maltrattamento.

Al centro di questa strategia vi sono quindi certamente i programmi che usano un approccio basato sulla **genitorialità positiva (positive parenting)**⁶².

La genitorialità positiva si concentra sulla creazione di

ambienti domestici sicuri e sulla costruzione di una base di sostegno e cura per i bambini/e attraverso l'affetto, il tempo di qualità, l'apprezzamento e i metodi sani per affrontare comportamenti difficili, come la disciplina positiva che insegna comportamento prosociale. Supportare la genitorialità significa dunque aiutare i bambini/e a sviluppare comportamenti sociali ed emotivi sani, insegnare le capacità di vita e promuovere il benessere attraverso modelli favorevoli a risolvere i problemi e comunicare i sentimenti. La disciplina positiva si riferisce alla lode, alla ricompensa, al sostegno di un buon comportamento e a risposte non violente a comportamenti scorretti che tengono conto della fase cognitiva ed emotiva dei bambini e delle bambine.

I programmi di genitorialità positiva possono essere indirizzati in modo generico a tutti i genitori ma possono essere anche mirati specificatamente a famiglie a rischio e a genitori di bambini a rischio di disordini comportamentali. Di solito si tratta di programmi condotti da figure professionali specializzate⁶⁵ (pedagoghi, operatori sociali, infermiere etc.) e si concentrano soprattutto nei primi due-tre anni di vita dei bambini/e. Alcuni programmi possono iniziare prima ancora della nascita del bambino, essere personalizzati e individuali oppure condotti in piccoli gruppi.

Tra i programmi maggiormente sperimentati si citano il *positive parenting program* (triple P) e l'*home visiting*.

Il **positive parenting program**⁶⁶ mira a prevenire i problemi dei bambini/e attraverso il rafforzamento delle capacità, della conoscenza e della confidenza dei genitori. Sviluppato in Australia, il programma prevede diversi tipi di aiuto, che vanno da informazioni veicolate attraverso i media a sessioni personalizzate e seminari per i genitori, con moduli intensivi per le famiglie a rischio. Il programma è stato validato da ottimi risultati nel migliorare le capacità genitoriali e ridurre lo stress, ed è stato sperimentato anche in diversi paesi europei (Belgio, Germania, Svizzera, Olanda e Regno Unito).

Tra i protocolli e le procedure più significative in letteratura, sia dal punto di vista metodologico che nelle applicazioni pratiche, da citare è il lavoro di **Children and Family Training**⁶⁷ e in particolare il lavoro sulle modularità formative riferite al *positive training*.

I programmi di *home visiting* prevedono interventi concentrati soprattutto nei primi anni del bambino/a nell'ambito delle famiglie maggiormente a rischio, con attività che possono iniziare anche durante la gravidanza. Con questi

programmi si promuove lo sviluppo e la crescita sana dei bambini/e migliorando le capacità genitoriali, supportando la salute mentale della madre, ad esempio aiutando i genitori a trovare lavoro o a perseguire altre opportunità che possono migliorare la situazione della famiglia.

Le sperimentazioni condotte a livello internazionale e nazionale hanno messo in evidenza l'importanza dei programmi di supporto per le famiglie a rischio durante i primi mille giorni, ovvero durante i primi tre anni di vita, un periodo cruciale per lo sviluppo di bambini e bambine.

Anche le visite domiciliari sono quindi importanti per prevenire fattori di rischio per il maltrattamento, quali la depressione delle madri e i problemi comportamentali dei bambini/e⁶⁸. Nei casi di bambini/e particolarmente marginalizzati, quali Rom, appartenenti a famiglie povere e con disabilità, è stato ancora dimostrato che le visite a domicilio e l'accesso agevolato ai servizi di cura o a contributi per la natalità ha registrato una diminuzione di punizioni corporali nell'80% dei casi⁶⁹.

Sperimentati in diversi paesi europei, tra i programmi di *home visiting* di maggiore successo nel ridurre il maltrattamento all'infanzia si può citare il "Nurse family partnership (NFP)", nato negli USA e poi sviluppato anche in Inghilterra e in Olanda. Si tratta di un servizio di sostegno e supporto alla salute prenatale svolto da puericultrici, dedite all'educazione dei genitori allo sviluppo del bambino/a e nell'accompagnamento e *coaching* alle primipare maggiormente vulnerabili. Tra i risultati riscontrati del programma, si è osservata una diminuzione nelle ferite dei bambini/e, una crescita dello sviluppo emozionale e nel linguaggio, progressi nella salute e nel benessere sia per i bambini/e che per le madri.

In Italia, il Cismai ha elaborato delle linee guida⁷⁰ specifiche sull'*home visiting* offrendo un riferimento scientifico puntuale sulla possibilità di sviluppare progetti e servizi seguendo standard e procedure consolidate a livello internazionale.

- ¹ Accademia della Crusca, L'elasticità di resilienza, <http://www.accademiadellacrusca.it/lingua-italiana/consulenza-linguistica/domande-risposte/l-elasticita-resilienza>
- ² La definizione del termine non è semplice, poiché può riferirsi ad una varietà di fenomeni diversi e perché implica giudizi soggettivi riguardo alla definizione di che cosa costituisce un "successo" o un risultato desiderabile e/o positivo in determinate circostanze.
- ³ Meredith, L., et al., (2011), p. 21.
- ⁴ Seccombe, K., (2002).
- ⁵ Orgad, S., & Gill, R., (2019).
- ⁶ Weir, C., (2017).
- ⁷ Holmes, M. R., Yoon, S., Voith, L. A., Kobulsky, J. M., & Steigerwald, S., (2015), p. 178.
- ⁸ Gartland, D., et al., (2019).
- ⁹ WHO - Regional Office for Europe, (2013). Anche lo European Report on Preventing Child Maltreatment cita lo sviluppo di competenze quali l'autocontrollo e l'autostima come molto importanti per lo sviluppo della resilienza.
- ¹⁰ Cicchetti, D., & Rogosch, F.A., (2009).
- ¹¹ Meredith, L., et al., (2011), p. 21. Una literature review ha identificato sette principali fattori individuali nella promozione della resilienza nei bambini/e: capacità di affrontare in modo positivo le difficoltà, affetti solidi, pensiero positivo, realismo, controllo del proprio comportamento, essere in buona forma fisica, e altruismo.
- ¹² Masten, A.S., (2011).
- ¹³ Center on the Developing Child – Harvard University, (2015), p. 1.
- ¹⁴ WHO - Regional Office for Europe, (2013).
- ¹⁵ Ibidem, p. 52.
- ¹⁶ Center on the Developing Child – Harvard University, (2015), p. 2.
- ¹⁷ Ibidem.
- ¹⁸ Dubowitz, H., & al., (2016).
- ¹⁹ Wathen, C. N., & Macmillan, H. L., (2013).
- ²⁰ EIGE, Gender Equality Index (2019), Time, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/time/IT>
- ²¹ EIGE, Gender Equality Index (2019) – Money, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/money/IT>
- ²² Si tratta di una strategia che mira a mettere in luce gli aspetti positivi di una specifica comunità e ad affrontare, grazie alla partecipazione di chi vive nella comunità, gli aspetti che sono invece negativi.
- ²³ Bellis, M.A., et al. (2018), p. 11.
- ²⁴ Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A., (2007).
- ²⁵ Masten, A. S., & Gewirtz, A. H., (2006).
- ²⁶ Hall, J., et al., (2009), pp. 344-345.
- ²⁷ Ellenbogen, S., Klein, B., & Wekerle, C., (2014).
- ²⁸ Ibidem, p.1365.
- ²⁹ Istat, Banca dati, Dati.Istat.it
- ³⁰ Lippman, L., & Schmitz, H., (2013). Alcuni fattori che aumentano la resilienza nelle scuole sono: 1) Buone relazioni tra studenti e staff, tra studenti e tra scuole e famiglie; 2) Coltivare qualità positive, come l'empatia, l'ottimismo o il perdono e offrire agli studenti la possibilità di usarle; 3) Notare e rafforzare le qualità che sono fondamentali per la resilienza; 4) Evitare di concentrarsi su fallimenti o comportamenti negativi; 5) Insegnare con l'esempio; 6) Applicare tecniche di giustizia riparativa che offrono agli studenti un'opportunità di risolvere le difficoltà incoraggiando la riflessione e l'empatia; 7) Favorire sentimenti di competenza e autoefficacia; 8) Impostare aspettative alte per gli studenti; insegnare loro a fissare obiettivi realistici e raggiungibili, e a chiedere aiuto quando necessario.
- ³¹ Weare, K., & Nind, M., (2011). La struttura dell'educazione socio-emotiva verte su 5 gruppi di competenze: consapevolezza di sé, autocontrollo, consapevolezza sociale, competenze relazionali e assunzione di decisioni responsabili. Queste competenze vengono poi sviluppate in 3 ambiti specifici (classe, scuola, comunità). L'educazione socio-emotiva viene integrata nel lavoro fatto in classe attraverso l'insegnamento e il *role playing*, promuove il coinvolgimento di studenti e studentesse, e li include nelle varie fasi di pianificazione, implementazione e valutazione di questi programmi.
- ³² CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, What is SEL?, <https://casel.org/what-is-sel/>
- ³³ Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., Solomon, J., & Schaps, E., (1989).
- ³⁴ Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P., (2017).
- ³⁵ Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., & Schellinger, K.B., (2011).
- ³⁶ Cefai, C., Bartolo P. A., Cavioni, V., & Downes, P., (2018), p. 56.
- ³⁷ Ibidem, pp. 90-91. In Finlandia, Irlanda, Malta, Olanda, Spagna, e Gran Bretagna l'educazione socio-emotiva viene concepita più in termini di sviluppo di competenze relative alle relazioni interpersonali, mentre in altri paesi (Austria, Francia, Germania e Svezia) viene affrontata in termini di educazione civica e diritti delle persone.
- ³⁸ Ibidem, p. 88.
- ³⁹ Ibidem, pp. 82-83.
- ⁴⁰ Save the Children, The Children's Resilience Programme: Psychosocial Support in and out of schools, <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools>
- ⁴¹ Rescur – Resilience Curriculum, About the Project, <https://www.rescur.eu/about-the-project/> Cofinanziato dalla Commissione europea e da partner croati, greci, italiani, maltesi, portoghesi e svedesi.
- ⁴² 1) Sviluppo di un approccio orientato alla crescita 2) Promozione di speranza, felicità e senso dell'umorismo 3) Costruire sui punti di forza 4) Sviluppo dell'autodeterminazione 5) Sviluppo di competenze comunicative 6) Stabilire e mantenere relazioni sane 7) Trasformare le sfide in opportunità. Cefai, C., et al., (2014).
- ⁴³ Cefai C., et al., (2018).
- ⁴⁴ Finanziato nell'ambito di Horizon 2020, il progetto UPRIGHT ha coinvolto sette istituzioni dalla Spagna, dall'Italia, dalla Polonia, dalla Norvegia, dalla Danimarca e dall'Islanda.
- ⁴⁵ Las Hayas, C., et al., (2019).
- ⁴⁶ Cefai, C., et al., (2018), p. 84.
- ⁴⁷ Giordano, F., Ungar, M. (in press); Giordano, F. et al., (2018).
- ⁴⁸ Cesvi ha creato la rete progettuale "IoConto", con l'obiettivo di aumentare la capacità di prevenire, identificare e rispondere a casi di maltrattamento all'infanzia affrontando il problema a più livelli: individuale, familiare e comunitario. Cesvi opera a livello locale, supportando ed espandendo i servizi erogati dai propri partner - Consorzio FA a Bergamo, Coop. Il Grillo Parlante nella VII Municipalità di Napoli e Fondazione Giovanni Paolo II nei quartieri di Quartiere San Paolo, San Girolamo, Japigia di Bari e, a livello nazionale, favorendo la "circolarità" di competenze, saperi ed esperienze tra i soggetti parte del programma e i territori di riferimento.
- ⁴⁹ Cesvi, (2019a).
- ⁵⁰ Il network ENSEC include attualmente più di 450 membri provenienti dall'Europa e da altri paesi extra europei. Per ulteriori informazioni: <https://www.enseceurope.com>
- ⁵¹ PROMEHs (2019-2022) è un progetto europeo Erasmus+ KA3 finalizzato alla realizzazione di un curriculum scolastico evidence-based per la promozione della salute mentale degli studenti e dei docenti di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria in 6 Stati europei (Croazia, Grecia, Italia, Lettonia, Romania e Portogallo). <https://www.promehs.org/>
- ⁵² CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, (2012), p.43.
- ⁵³ Ibidem, p.45.
- ⁵⁴ Slee, P., et al., (2012). Il programma ha ottenuto buoni risultati per quanto riguarda il benessere e la salute mentale di bambini/e, la riduzione di comportamenti problematici e una maggiore consapevolezza dello staff dei servizi per l'infanzia riguardo a problemi di salute mentale di bambini/e.
- ⁵⁵ FRIENDS Resilience, About Us, <https://www.friendsresilience.org/about-us/> e Lowry-Webster, H., Barrett, P., & Dadds, M., (2001). Il programma ha ottenuto risultati positivi in termini di minori livelli di ansia e depressione, maggiore resilienza e sicurezza in sé stessi, oltre a migliori competenze sociali ed emotive.

⁵⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/0665/272996/9789241514095-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵⁷ INSPIRE è considerata una strategia globale di prevenzione, cura e contrasto al maltrattamento sui bambini finalizzata ad attuare le protezioni dell'infanzia previste nella Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza sottoscrivendo la quale gli Stati si sono obbligati a sviluppare adeguatamente tali protezioni a livello legislativo, amministrativo, sociale ed educativo. INSPIRE mira inoltre ad attuare gli Obiettivi di sviluppo sostenibile per quanto riguarda il Target 16.1 "Ridurre ovunque e in maniera significativa tutte le forme di violenza e il tasso di mortalità ad esse correlato", il Target 16.2 "Porre fine all'abuso, allo sfruttamento, al traffico di bambini/e e a tutte le forme di violenza e tortura nei loro confronti" e il Target 5.2 "Eliminare ogni forma di violenza nei confronti di donne e bambine, sia nella sfera privata che in quella pubblica, compreso il traffico di donne e lo sfruttamento sessuale e di ogni altro tipo". UN - United Nations, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

⁵⁸ Resilient Adaptation Among At-Risk Children: Harnessing Science Toward Maximizing Salutary Environments Suniya S. Luthar Nancy Eisenberg First published:01 February 2017 <https://doi.org/10.1111/cdev.12737>

⁵⁹ 1) Approaches at-a-glance; 2) Increase participation in school; 3) Safe and enabling school environments; 4) Life and social skills training; 5) Help children protect themselves from sexual abuse and exploitation; 6) Adolescent IPV prevention.

⁶⁰ WHO, (2019).

⁶¹ Progetto porcospini <https://porcospini.org/>; Specchio magico www.specchiomagico.org

⁶² Intervento di Jenny Gray Past President ISPCAN <http://cismai.it/stati-generalisul-mal-trattamento-allinfanzia-2017/>

⁶³ Programma scolastico irlandese per le scuole elementari, "Stay Safe" (<http://www.staysafe.ie/>) si è rivelato particolarmente efficace nella prevenzione del maltrattamento sui minori e del bullismo.

⁶⁴ Si veda report sul Positive Parenting di ISPCAN: https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2017/03/Positive_Parenting_Report_Fi.pdf

⁶⁵ Roberts, R. (2016). Promoting Positive Parenting è stato sviluppato per figure specializzate e professionali per consentire loro di aiutare i genitori a sviluppare tecniche di genitorialità positiva. I genitori possono usare queste tecniche in molteplici situazioni per guidare i propri figli/e a sviluppare atteggiamenti non violenti e apprendere comportamenti prosociali, e sviluppare la loro resilienza.

⁶⁶ Hardcastle, K. et al, (2015).

⁶⁷ www.childrenandfamilytraining.org.uk Promoting Positive Parenting. Intervention guide editor: Rosemary Roberts. Editors: Arnon Bentovim and Jenny Gray.

⁶⁸ European Commission, Home-Start, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203>

⁶⁹ UNICEF, (2017a), p. 35.

⁷⁰ CISMAI, (2017).

La crisi Covid-19 è stata definita la più grande sfida per la sopravvivenza che l'umanità ha dovuto affrontare, e tuttora sta affrontando, dopo la seconda guerra mondiale. Questo virus, salito alla ribalta mediatica con l'epicentro in Cina a Wuhan a gennaio 2020, si è trasformato velocemente in una pandemia globale che non ha risparmiato nessun paese: solo in Italia si stima che siano state contagiate ad oggi 247.158 persone e che di queste 35.132 siano decedute¹, per l'85,5% nelle regioni del Nord.

Di fronte al tracollo dei sistemi sanitari che ne è seguito, l'unica forma di protezione, in attesa di un vaccino, è stata quella della simultanea sospensione di tutte le attività di vita e di lavoro tranne quelle ritenute essenziali. Dopo la

chiusura delle prime "zone rosse" del 25 febbraio, il *lock-down* totale (Fase 1) è iniziato il 4 marzo 2020 seguito da una parziale riapertura nella Fase 2 il 4 maggio, e una successiva Fase 3 avviata il 15 giugno che mantiene comunque significative restrizioni e cautele². Lo stravolgimento economico in Italia, conseguenza della crisi, può essere riassunto in pochi dati: -11,2% la diminuzione del PIL prevista dalla UE³, 459.000⁴ le persone che hanno perso il lavoro tra il primo e il secondo trimestre del 2020, 5 milioni di lavoratori/trici in cassa integrazione a marzo-aprile 2020⁵, nuove povertà prima impensabili che si stanno formando in fasce della popolazione in precedenza completamente autonome e autosufficienti.

Il Covid-19 ha provocato una crisi sanitaria e di cura che ha prodotto una drammatica crisi economica. A differenza di quanto successo nel 2008, in questo caso la matrice "umana" della crisi traccia una via per la ripresa che deve iniziare quindi dagli interventi sulla salute e benessere delle persone, adulti e bambini/e, e sulla loro capacità di superare paure e preoccupazioni attraverso la speranza e la fiducia, indispensabili anche per riavviare i consumi e quindi l'economia. La resilienza e capacità di ripresa delle famiglie, dei minori, dei servizi e di tutto il sistema rappresenta così un elemento strategico determinante, anche per prevenire il rischio di maltrattamento, abuso e violenza ai minori che la crisi ha inevitabilmente peggiorato. Per tale motivo è importante chiedersi: cosa è successo nelle famiglie durante la crisi Covid-19? Come l'hanno affrontata? Quanto stanno pesando le difficoltà economiche e lavorative? Quali sono state le ricadute sui bambini/e e sugli adolescenti? Come si sono comportati i genitori che già presentavano elevati fattori di rischio di maltrattamento ai bambini/e? Domande alle quali è stato possibile rispondere solo grazie ad una analisi qualitativa, svolta attraverso 12 interviste a testimoni privilegiati⁶, operatori/trici sociali, psicologi/ghe, educatori/trici etc., provenienti da contesti territoriali differenti con l'obiettivo di garantire una rappresentatività geografica Nord-Sud e del livello di criticità della crisi generata dalla pandemia. Gli intervistati hanno offerto dal loro punto di osservazione specifico una visione, seppur parziale e incompleta, di come la crisi abbia colpito e tuttora stia colpendo i bambini/e e le loro famiglie e quali forme di resilienza, oltre ai servizi e tutto il sistema di welfare, stiano mettendo in campo. Il quadro generale che emerge da queste interviste conferma, pur nell'esasperazione dell'emergenza, le caratteristiche strutturali di un sistema e

di un paese estremamente eterogeneo per territori, capacità di risposta, condizioni sociali, nel quale convivono situazioni di eccellenza e di estremo degrado, potenzialità enormi da sviluppare e situazioni considerate senza possibilità di ripresa, storie di dedizione, passione e impegno a fianco di altre caratterizzate da indifferenza, disinteresse e rassegnazione.



4.1 CAPACITÀ DI CURA

Tra le tante vittime, dirette e indirette, del Covid-19, i **bambini/e** sono stati i meno colpiti a livello sanitario, ma certamente i più indifesi e dimenticati. L'urgenza della malattia, le ansie, le paure e le difficoltà economiche che hanno dovuto affrontare gli adulti ha infatti messo in secondo piano le loro esigenze. La chiusura repentina di scuole e asili e il confinamento domestico li hanno privati di numerosi diritti, a partire da quello delle relazioni, mentre la Fase 2 e la Fase 3 hanno finora restituito loro solo alcune libertà individuali. Durante la crisi, il mondo dei bambini/e si è quindi improvvisamente ristretto alla sola relazione con i genitori che è stata gestita in condizioni molto diverse a seconda dei territori e della condizione familiare, sociale ed economica.

Per le famiglie con un buon equilibrio e una favorevole condizione economica e sociale la diminuzione delle relazioni reali dei bambini/e si è spesso tradotta soprattutto in un aumento di quelle attraverso social media e media tradizionale in generale, con un utilizzo di televisione, videogiochi e internet ben oltre il limite di solito consentito, complice anche la necessità dei genitori lavoratori di trovare un'occupazione a figli rimasti senza scuola e attività di gioco.

Nelle famiglie, che già prima avevano equilibri piuttosto in-

stabili, la perdita di molte relazioni reali ha aumentato invece spesso la conflittualità, portando a manifestazioni di scompensi e forti disagi psico-emotivi che hanno richiesto interventi specifici.

Per gli/le adolescenti, in particolare, la restrizione delle libertà personali, proprio in una fase della vita nella quale sperimentano forme crescenti di autonomia, è stata particolarmente sofferta e spesso affrontata con un uso ancora più intensivo dei social. Soprattutto quelli/e che già vivevano una fase conflittuale con i genitori, il *lockdown* ha rappresentato un'occasione di ulteriori scontri legati alla convivenza forzata.

Molti bambini/e e adolescenti hanno però messo in campo delle strategie di **resilienza**, attingendo a proprie risorse interiori: gli operatori/trici sono rimasti infatti molto sorpresi della relativa facilità con la quale tutti/e, anche i/le più fragili, hanno accettato le dure regole del *lockdown*, a parte pochi casi. Importante è stata anche la capacità e velocità dei bambini/e nel riconnettersi poi con l'esterno, osservata per i più piccoli nella ripresa immediata del gioco appena riaperti i centri estivi, anche se si registrano casi di bambini/e che hanno avuto difficoltà a ricominciare ad uscire di casa e una certa stanchezza dei ragazzini/e più grandi a partecipare ad attività di gruppo nelle zone più colpite.

Durante il *lockdown* alcuni adolescenti che prima manifestavano qualche indicatore di disagio, hanno persino mostrato dei miglioramenti, poiché si sono sentiti più protetti dalla confusione del mondo esterno. Nei casi di maggiore conflitto familiare, alcuni adolescenti sono riusciti a trovarsi dei propri spazi di libertà con strategie "innovative" quali ad esempio invertire gli orari del giorno con quelli della notte per evitare occasioni di scontro con i genitori.

I bambini/e e gli/le adolescenti hanno comunque risentito molto della condizione psicologica ed emotiva dei **genitori**, anch'essi provati da una quotidianità stravolta. Per tutte le famiglie si è trattato di cambiare abitudini e adattarsi a convivere 24h/24 tutti insieme negli stessi spazi, spesso angusti, soprattutto nelle case sovraffollate delle famiglie numerose del Sud o nelle piccole case dei centri metropolitani.

Si è trattato di una situazione di grande compressione e di convivenza forzata, aggravata dalle preoccupazioni lavorative ed economiche, che ha comportato una forte pressione psicologica sui genitori e che in alcuni casi ha portato a fenomeni come il maltrattamento, la trascuratezza o, al contrario, l'ipercura.

Le capacità genitoriali sono state messe a dura prova anche perché i genitori sono stati chiamati a sviluppare nuove com-

petenze, quella dell'insegnante ad esempio, e a fare fronte a un sovraccarico del lavoro di cura che è ricaduto soprattutto sulle madri.

L'impressione generale, già riportata dai media, ma confermata anche dagli operatori/trici intervistati, è che soprattutto i genitori, anche quando sono stati risparmiati direttamente o indirettamente dal dolore dei lutti, siano oggi molto stanchi, stressati e preoccupati per il futuro, non solo economico e lavorativo, ma anche legato alle incertezze sui servizi di istruzione e di conciliazione.

Anche i genitori in questa crisi hanno quindi dovuto mettere in campo tutte le proprie risorse di resistenza e di **resilienza**, a partire dall'accettazione e adozione in massa delle disposizioni di confinamento e di protezione. Per superare paure e angosce, le famiglie hanno inoltre riscoperto il valore del vicinato, la solidarietà condominiale o di prossimità e si sono spesso appoggiate a strategie alimentari autoconsolatorie, che hanno avuto in molti casi il risvolto positivo di coinvolgere i bambini/e nel cucinare, condividendo così momenti di gioco familiare. L'utilizzo di diverse risorse online messe a disposizione, dai corsi ai film o alle visite virtuali nei musei, è stato poi importante per chi ha deciso di "non lasciarsi andare". In alcune famiglie, dove prima della crisi i genitori pativano la distanza, sia fisica che emotiva dai figli a causa di una quotidianità frenetica, si è anche osservato un certo miglioramento nelle relazioni grazie al sollievo di poter rallentare i tempi e rinforzare le relazioni.

In alcune zone del Nord maggiormente colpite dai lutti e dall'emergenza sanitaria un elemento di resilienza è stato individuato inoltre nella forte "arrabbiatura" generale che ha avuto il risvolto positivo di "tenere" nonostante tutto, e che oggi rappresenta forse anche la spinta per una voglia di ripresa e di riscatto di popolazioni così drammaticamente colpite.

Per chi è riuscito ad affrontare positivamente questa sfida, vi è stato quindi un ulteriore rinforzo nella consapevolezza di sé e di appartenenza al gruppo familiare, per chi non ha avuto la forza di superare questa prova, la crisi ha rappresentato invece un detonatore di ulteriori tensioni che in alcuni casi hanno aumentato il rischio di maltrattamento dei bambini/e e dei ragazzi. Di fronte ai nuovi bisogni di cura e assistenza, i **servizi sociali territoriali** hanno subito una battuta d'arresto legata al *lockdown*: i servizi per l'infanzia hanno chiuso per primi, seguiti poi da tutti i servizi alla persona e in "presenza". Le amministrazioni hanno quindi proceduto ad una "rimodulazione dei servizi" che in alcuni casi li ha trasformati in attività di "assistenza leggera" o a distanza, in altri li ha rimandati spostandoli in avanti

consentendone la trasformazione in altre tipologie di servizi, per esempio i centri estivi. Di fatto, in numerose situazioni si è verificata una reale perdita di ore di assistenza durante i mesi del *lockdown* che non verrà recuperata e che ha prodotto una mancanza di cura considerevole soprattutto verso i bambini/e diversamente abili e le situazioni familiari più fragili.

Secondo una prima indagine del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS) la reazione dei servizi al *lockdown* è stata quindi molto diversa a seconda degli accordi istituzionali, dei territori, dell'organizzazione degli uffici e della dimensione dei Comuni. Gli operatori/trici hanno adottato comportamenti molto differenti: nelle realtà più virtuose si è registrata una forte resilienza e capacità di innovazione, ricorrendo alle piattaforme multimediali, ai social o anche solo alle telefonate per tenere i contatti o seguire le famiglie più fragili; in altre, vi è stata una sostanziale sospensione del servizio.

In questo frangente alcuni servizi sono inoltre riusciti ad allargare il proprio raggio di azione ad attività di cura che prima non svolgevano, ampliando così il loro bacino abituale di utenza. Infatti, non solo hanno proposto versioni online di servizi già abitualmente erogati come i colloqui familiari o le consulenze psicosociali, ma hanno offerto anche strumenti di informazione e proposte di intrattenimento, attraverso siti dedicati o pagine social per attività di narrazione e *storytelling*, laboratori a distanza di pittura o cucina per genitori, nonni e figli.

Molto apprezzati sono stati anche gli interventi, soprattutto nei primi giorni di *lockdown*, volti a dare ai genitori delle linee guida e delle regole⁷ per capire come comportarsi con i bambini/e in determinate situazioni.

Oltre a regole di condotta specifiche per affrontare l'emergenza con i bambini/e, alcuni servizi hanno ritenuto inoltre importante svolgere una funzione educativa nella ridefinizione di regole di comportamento e di convivenza, in un processo di corresponsabilità generale per gestire una situazione che induceva alla perdita di confini e regole. Si sono adoperati così per sostenere le famiglie nell'instaurare le regole di una nuova quotidianità, per una riorganizzazione familiare fatta di nuove turnazioni, orari, impegni settimanali per i componenti della famiglia e regole per la gestione e condivisione di spazi spesso molto ristretti. È stata posta attenzione anche a migliorare la comunicazione verbale, sul come dirsi le cose in famiglie in un momento di stress così forte, imparando a darsi il turno di parola e a rispettare i tempi di attesa e dunque superando quella impotenza comunicativa che rischia di portare al conflitto fisico.

Nella fase della riapertura è stato molto importante aiutare

i bambini/e e i ragazzi al riprendersi il gioco, gli spazi di crescita e di socializzazione, soprattutto nelle aree più depresse e disagiate del paese, nelle quali i servizi offrono alcune attività di socializzazione di solito svolte dalle famiglie, come ad esempio portare i bambini/e al mare, far vedere film educativi, farli giocare.

Dalle interviste emerge che la riapertura di servizi come i centri estivi è stata quindi molto importante per i bambini/e, ma anche per sollevare i genitori da un impegno di cura e di accudimento particolarmente gravoso, contribuendo così ad allentare situazioni di tensione e di conflitto familiare. Le modalità della riapertura sono state però fortemente condizionate dalle disposizioni normative per la sicurezza sanitaria che hanno sottratto parecchio tempo e risorse alle strutture per la loro comprensione e applicazione. Le regole del distanziamento che hanno notevolmente ridotto il rapporto del numero di bambini/e per ogni educatore, se da un lato hanno consentito certamente di seguirli meglio, dall'altro, a parità di risorse assegnate, hanno ridotto in modo considerevole il numero dei posti a disposizione e il numero di ore di servizio, danneggiando le famiglie meno abbienti che non si possono permettere alternative a pagamento.

In alcune zone particolarmente disagiate l'impegno nel *post-lockdown* sarà, inoltre, anche quello di recuperare la regressione osservata rispetto a risultati che erano stati già raggiunti: ad esempio, bisognerà convincere alcune madri, timorose di una seconda ondata e influenzate dallo stereotipo culturale della madre totalizzante, a far ritornare i figli all'asilo nido o alla scuola materna a settembre per garantire ai bambini/e almeno un pasto completo al giorno e una vita di relazione e di cura adeguata.

I servizi che hanno mostrato più **resilienza** in questa crisi si sono rivelati capaci di un ripensamento delle proprie attività rispetto ai nuovi bisogni, spesso appoggiandosi alle capacità e volontà individuale degli operatori/trici, molti dei quali hanno rivelato una notevole dose di elasticità e disponibilità personali. In parecchi ad esempio hanno usato i propri supporti informatici, connessioni e *device* personali, o sono rimasti volontariamente in contatto con i ragazzini più fragili e con le loro famiglie anche se magari erano in Cassa Integrazione a causa della sospensione della convenzione tra le cooperative e i Comuni.

Per chi non si è tirato indietro, il lavoro di riorganizzazione dei servizi ha rappresentato comunque una grande prova, particolarmente faticosa e coinvolgente, soprattutto per gli operatori e le operatrici vittime dirette o indirette del Covid-19,

che hanno condiviso le stesse paure ed angosce di coloro che dovevano assistere.

Per essere di aiuto agli altri alcune realtà hanno dunque attivato delle strategie di resilienza che comportavano anche una cura degli operatori/trici, ad esempio attraverso le tecniche della narrazione o dell'arte-terapia, ma anche iniziative di ringraziamento e riconoscimento dell'impegno profuso.



4.2 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

Escluse le complicazioni, spesso letali, di chi è stato contagiato, i problemi di salute legati al Covid-19, sia dei bambini/e che degli adulti, hanno riguardato soprattutto la salute mentale e il benessere psicologico che sono stati messi a dura prova non solo dal confinamento, ma anche da tutte le incertezze sul contagio e sul futuro che hanno prodotto angosce, paure e timori.

La salute mentale dei **bambini/e** ha infatti dovuto sopportare non solo le limitazioni alla libertà e socializzazione ma, soprattutto all'inizio e nelle zone più colpite, anche le paure connesse ai pericoli del Covid-19 per la loro famiglia e le persone loro vicine. Molti bambini/e del Nord si sono dovuti infatti confrontare con il trauma del lutto e della perdita, spesso all'interno della propria famiglia, ma anche nella cerchia più ampia delle proprie relazioni. Le modalità di elaborazione del lutto da Covid-19 sono infatti particolarmente insidiose per la salute mentale soprattutto dei bambini/e, ma anche degli adulti. L'impossibilità del rito funebre, del saluto e del commiato dopo la malattia espone infatti maggiormente ad un lutto traumatico e/o cronico dal momento che la mente non riesce a elaborare con un senso di realtà quanto accaduto. Per questo alcuni bambini/e, soprattutto al Nord, hanno manifestato dei sintomi anche fisici di ansie e paure: attacchi di ansia e di panico, difficoltà di deglutizione, di respirazione, problemi alimentari, di irrequietezza o di sonno. I bambini/e del Centro-Sud, a parte i primissimi giorni di paura del contagio, hanno invece subito soprattutto le conseguenze di un trauma secondario legato al confinamento o al riflesso delle preoccupazioni familiari.

I bambini/e e i ragazzi hanno comunque manifestato una importante capacità di **resilienza** non solo ricorrendo a proprie risorse personali per affrontare le paure, ma anche accettando l'utilizzo della mascherina per proteggersi. In questo la riapertura ha rappresentato un rischio soprattutto per gli/le adolescenti che in molti casi hanno adottato comportamenti meno prudenti, partecipando

ad assembramenti e occasioni di svago affollate.

Anche negli adulti e nei **genitori** si stanno osservando importanti ricadute in termini di salute mentale, soprattutto nelle zone più colpite dal Covid-19 dove la paura del contagio ha portato in alcuni casi a forme ossessive di pulizia e di ipercura. Nelle zone meno colpite, ma economicamente più depresse una paura analoga è maggiormente riconducibile alla preoccupazione per la condizione economica e lavorativa, spesso ai limiti della sussistenza. Il distanziamento sociale, ha inoltre accentuato nei soggetti più fragili fobie e paranoie che hanno prodotto per alcuni problemi a tornare alle forme di socializzazione parzialmente consentite dopo la Fase 1.

Un indicatore legato a manifestazioni di ansia è già emerso ad esempio nella pressione alta riscontrata in tutte le donne incinte che hanno fatto gli esami di controllo presso un consultorio di una zona rossa, e al più elevato numero di aborti da parte di donne contagiate dal Covid-19 e preoccupate per le conseguenze.

In alcune zone la paura e l'ansia ha portato inoltre a un peggioramento delle dipendenze, che è stato osservato soprattutto nell'ambito di quelle meno costose e più facilmente accessibili, come ad esempio il maggiore consumo di alcol.

Anche per i genitori la più importante manifestazione di **resilienza** nel proteggere la propria salute è stata certamente quella di adottare con diligenza le misure di distanziamento e di igiene, mentre rispetto alla salute mentale le strategie di cura di sé hanno certamente contribuito a contenere questo tipo di problematiche, ma nei casi di maggiore disagio e fragilità non sono risultate sufficienti.

Molti **servizi** sanitari che si occupano della salute mentale dei bambini/e e degli adulti (consultori, neuropsichiatrie, centri psicosociali e Sert) sono rimasti fermi solo per i primi 15 giorni di *lockdown*, e hanno poi riaperto in quanto considerati servizi essenziali per fronteggiare le emergenze, in alcuni casi svolgendo incontri a distanza di teleterapia e di telepsicologia, mentre in alcune realtà territoriali si sono coordinati con i pediatri su come gestire eventuali traumi da lutto nei bambini/e.

Oltre ai servizi sanitari, anche molti servizi sociali del territorio si sono dovuti convertire a prestazioni di carattere terapeutico, dal momento che i numerosi casi di disagio mentale riscontrati hanno richiesto interventi a un livello più profondo per curare il trauma.

I servizi sociali hanno poi svolto una importante azione anche di prevenzione sanitaria, educando soprattutto i bambini/e e i ragazzi, ma anche diversi adulti, al rispetto delle norme di

distanziamento e di protezione come ad esempio l'uso della mascherina.

Vi è comunque una impressione condivisa che, pur nelle differenze territoriali, sociali ed economiche, vi sia un'ampia fascia di popolazione che ha e avrà in futuro bisogno di elaborare un trauma, spesso manifestato da sintomi di disagio non esplicitamente riconducibili al Covid-19 ma che gli operatori/trici riconoscono invece come connessi a questa emergenza. Molte manifestazioni dei traumi devono quindi ancora emergere e dovranno essere intercettate dai servizi nei prossimi mesi.



4.3 CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

La capacità di acquisire conoscenza e sapere dei bambini/e è stata gravemente compromessa dalla chiusura delle scuole, decisa per tutto il territorio nazionale il 5 marzo 2020⁹ e dalla prosecuzione della didattica a distanza (DAD) su diverse piattaforme di comunicazione online. La diversa condizione territoriale delle scuole e della classe insegnante, oltre alle diseguali situazioni economiche e sociali delle famiglie, hanno inciso su una estrema eterogeneità nell'accesso all'istruzione dei bambini/e, comportando delle disegualianze importanti. In alcune zone del Nord, già tecnologicamente avanzate e con buone disponibilità economiche e culturali familiari, la DAD si è rivelata quindi sostenibile per i **bambini/e**, che sono riusciti ad andare avanti nei programmi anche se con un comprensibile calo di rendimento soprattutto negli ultimi giorni di lezione, e con una importante fatica sia degli **insegnanti** che dei **genitori**, soprattutto le madri, alle prese con la sovrapposizione dell'impegno lavorativo con quello dell'assistenza scolastica da prestare ai figli.

Molto diversa è stata invece la situazione nelle aree più povere e disagiate del paese, soprattutto tra le famiglie più numerose. In questo caso molte famiglie si sono trovate senza connessioni o *device* adatti, impossibilitate a consentire a più figli di seguire le lezioni a distanza, mentre molte scuole hanno faticato a tenere i contatti con ragazzi/e che già prima erano a rischio di dispersione scolastica, spesso perdendoli del tutto. All'interno delle famiglie più numerose e fragili vi è stato in più anche il problema della concorrenza tra fratelli, spesso risolta a favore dei più grandi in quanto impegnati in cicli di studio più impegnativi e ritenuti più importanti. Questo problema si è rivelato più grave soprattutto per i bambini/e che quest'anno hanno fatto la prima elementare, poiché, considerati i tempi di apprendimento, vi è il sospetto concre-

to che a settembre inizino la seconda elementare senza aver ancora appreso a leggere e a scrivere.

Per gli adolescenti vi è stato da superare anche l'ostacolo della vergogna nel collegarsi e mostrare il proprio ambiente domestico, spesso degradato o sovraffollato, o anche solo occupato da genitori impegnati nelle faccende domestiche.

In questo contesto gli insegnanti, le famiglie, i servizi sociali e i volontari che si sono prestati a sostenere al massimo l'utilizzo della DAD hanno certamente mostrato una grande capacità di **resilienza** e di disponibilità, ma certamente è emersa una considerevole incapacità del sistema nell'offrire pari opportunità di accesso all'istruzione a tutti i bambini/e del paese: il 12,3% dei bambini/e e ragazzi tra i 6 e i 17 anni non ha un computer in casa (20% nel Mezzogiorno) e solo il 6,1% vive in famiglie con un computer per ogni componente⁹. Alcuni **servizi** sociali hanno comunque cercato di sostenere per quanto possibile la partecipazione scolastica dei bambini/e, ad esempio assistendo le famiglie nell'accedere al buono erogato da alcune regioni per dotare tutti gli studenti di *device* e connessioni, o adoperandosi con le scuole nel reperire apparecchiature, in prestito, in donazione o acquistate anche con fondi di privati.

Rispetto alle famiglie è stata svolta anche un'azione di rieducazione, per sostenere i genitori nella riorganizzazione familiare, disponendo turni, orari e regole per l'accesso alla DAD in modo da far partecipare tutti i figli, senza trascurare i più piccoli ma anche senza farvi rinunciare i più grandi, in alcune zone particolarmente responsabilizzati nell'accudimento dei fratelli minori.

Per i ragazzi/e che già prima manifestavano una propensione alla dispersione scolastica, diversi servizi si sono impegnati in un tutoraggio individuale, ad esempio controllando i compiti e gli orari della sveglia poiché il confinamento ha fatto spesso perdere il ritmo sonno-veglia giornaliero.

In alcune realtà i servizi sociali già presenti nelle scuole hanno collaborato attivamente con gli insegnanti e sono entrati nelle piattaforme scolastiche per poter prendere in carico individualmente ragazzi e ragazze più in difficoltà con il consenso dei genitori.

Un elemento di difficoltà importante ha riguardato certamente gli studenti diversamente abili che di solito dispongono di un sostegno scolastico, e che in questa situazione sono stati ulteriormente penalizzati. Molti di questi non hanno seguito la DAD e non hanno potuto essere assistiti, con pesanti segnali di regressione, soprattutto nei casi di bambini/e con disabilità relazionali quali ad esempio l'autismo.

Per il prossimo anno scolastico vi è dunque preoccupazione per il recupero dei deficit di apprendimento, reso ancora più difficile dalle difficoltà nell'organizzazione dei servizi laboratoriali e delle consulenze psicologiche, permanendo regole di distanziamento che richiederebbero risorse aggiuntive importanti anche solo per mantenere il livello di servizi offerto prima del Covid-19.



4.4 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA

Tutti gli operatori/trici intervistati sono stati concordi nell'indicare un peggioramento delle condizioni di sicurezza dei bambini/e, delle madri e in alcuni casi anche del contesto comunitario di riferimento. Un'osservazione legata per ora a pochi casi che sono però considerati la punta dell'iceberg. Ci si aspetta infatti per i prossimi mesi che vengano alla luce situazioni conflittuali particolarmente gravi, soprattutto quelle che si erano già manifestate prima del *lockdown*, magari già in fase di separazione, e che possono solo essere peggiorate sotto lo stress di una convivenza forzata 24h/24.

Vi è dunque una consapevolezza diffusa dell'aumento della **violenza domestica su donne e bambini/e** che al momento è stata confermata da due indicatori: le telefonate al numero 1522 delle donne per violenza domestica sono aumentate durante il *lockdown* del 73%¹⁰ e, appena si sono rese possibili, si sono quadruplicate richieste di intervento dei servizi sociali da parte dell'Autorità Giudiziaria e le audizioni protette.

Anche in questo caso la diversa condizione economica e sociale delle famiglie ha prodotto delle differenze: nelle aree più agiate dove le donne hanno un più elevato livello di *empowerment* e di indipendenza il conflitto sta portando ad un percorso di separazione caratterizzato in molti casi da violenza psicologica. Nelle zone più disagiate e nelle quali le donne non hanno indipendenza economica, il conflitto viene invece soffocato all'interno delle mura domestiche e si esprime più frequentemente attraverso la violenza fisica, sia sulle donne che sui minori. In alcune zone la presenza forzata durante il *lockdown* dei padri in casa, figure di padri-padroni che di solito sono piuttosto assenti, ha portato ad una degenerazione del conflitto risolta con richieste di aiuto ai servizi sociali e denunce sia di madri che dei figli, con rimandi ai Centri antiviolenza o alle forze dell'ordine. In altri casi si è invece potuta osservare per contro una sorta di "pacificazione forzata", dal momento che l'impossibilità da parte delle donne di esprimere qualsiasi forma di autonomia e indipendenza a causa del confinamento ha tranquillizzato e rassicurato i mariti/compagni violenti

circa il loro potere di controllo.

Le aspettative degli operatori/trici rispetto ai casi specifici di maltrattamento e abuso dei bambini/e che emergeranno sono quelle di conoscere per primi i casi che coinvolgono i ragazzi più grandi, mentre ci vorrà più tempo per venire a conoscenza dei casi che riguardano i bambini/e più piccoli.

I minori in comunità, tra i quali molti stanno affrontando dei percorsi di uscita dal maltrattamento, abuso e violenza familiare, hanno dovuto anch'essi subire il confinamento all'interno delle strutture di accoglienza. In questo caso non si sono osservati ancora comportamenti disfunzionali, anche se alcuni sintomi di disagio potrebbero ancora uscire alla distanza. Vi sono stati anzi segnali di una certa resilienza nell'affrontare la situazione, grazie al fatto di poter vivere in un ambiente conosciuto e protetto, senza dover affrontare i problemi di adattamento di solito portati dai nuovi inserimenti che sono stati anch'essi bloccati. Per molti, in comunità perché allontanati da famiglie conflittuali o violente, la sospensione degli incontri con i famigliari nei weekend, sostituiti da telefonate, e la chiusura degli spazi neutri si sono rivelati un ulteriore motivo di tranquillità. Anche la sospensione della scuola, spesso fonte di stress per l'adattamento a situazioni nuove e a frequenti episodi di bullismo, ha contribuito ad allentare in alcuni bambini/e un abituale autocontrollo forzato che è fonte di costante tensione. La scelta di molti educatori di fare la quarantena in comunità senza rientrare in famiglia ha rappresentato poi un ulteriore elemento di stabilizzazione.

Per i bambini/e vittime di violenza domestica e accolti assieme alle madri nelle **case rifugio** si sono invece registrati dei comportamenti di disadattamento piuttosto importanti soprattutto nei casi dove era stato appena avviato un percorso di semi-autonomia che consentiva un allentamento del controllo e delle regole di vigilanza. Il vedersi ritornare ad una situazione di confinamento ha rappresentato per questi bambini/e già così provati una condizione psicologicamente molto difficile che ha prodotto in alcuni forme di ribellione.

Per gli **adolescenti** e i preadolescenti un ulteriore fattore di rischio relativo alla loro sicurezza ha riguardato la maggiore esposizione ai pericoli del web legate al maggiore tempo che vi hanno dedicato. La rete si è rivelata un'opportunità priva di confini in grado di proteggerli adeguatamente: gli intervistati hanno riportato che gli episodi di **cyberbullismo** sono quadruplicati nelle zone dove sono stati monitorati, mentre alcuni episodi estremi come ad esempio una setta satanica di ragazzi/e sono nati per emulazione di quanto appreso sul web.

Anche la dimensione della sicurezza estesa al contesto so-

ziale e territoriale sta conoscendo un peggioramento legato alla **criminalità** soprattutto a causa del deterioramento della condizione economica e lavorativa generale. In particolare questa dinamica è stata osservata a Napoli, città che prima della crisi Covid-19 stava conoscendo una ripresa economica trainata dal turismo che aveva favorito la nascita di tante piccole attività microimprenditoriali regolari anche da parte di persone prima coinvolte nella microcriminalità. Dopo il *lockdown* e la chiusura forzata di queste attività vi sono chiari segnali di un ritorno di forme di criminalità territoriale che in precedenza era fortemente diminuita, come ad esempio il ritorno in attività di bande, o il riproporsi di alcune tipologie di crimini efferati che in certe zone non si vedevano da anni. Segnali di allarme che riguardano anche la sicurezza dei bambini/e e dei ragazzi, dal momento che numerose sono le occasioni di coinvolgimento di minori in tali attività, in alcuni casi tornati a fare "da palo" ai padri.

I servizi sociali, privati della possibilità di fare le visite domiciliari, hanno cercato di continuare il più possibile il monitoraggio delle situazioni più problematiche di violenza domestica, ma è stata ed è tuttora forte la preoccupazione di non riuscire a tenere "agganciate" le famiglie più fragili e di perdere il contatto soprattutto con le situazioni sottoposte a provvedimenti giudiziari. Gli abituali canali di informazione dei servizi sociali su queste famiglie sono stati infatti tutti silenziati durante il *lockdown*: i Tribunali hanno sospeso l'attività, escluse le emergenze conclamate, e anche le indagini per le tutele, dove non sono state del tutto sospese, sono state condizionate dal dover tenere i contatti solo da remoto.

La chiusura delle scuole ha inoltre privato i servizi di un importante punto di informazione e di osservazione sulla condizione psicofisica di bambini/e che spesso non hanno altri posti nei quali formulare una richiesta di aiuto, mentre anche la riduzione dell'attività dei pediatri, limitata alle sole emergenze, ha fatto venire meno un'altra antenna utile per cogliere segnali di disagio.

Capire cosa stava succedendo nelle famiglie problematiche è stato comunque particolarmente complesso anche quando gli operatori/trici riuscivano a mantenere con queste una forma di "vicinanza a distanza" grazie alle tecnologie. La comunicazione online, per quanto certamente utile, è stata infatti condizionata spesso da un connotato di falsità intrinseco a questo tipo di relazione virtuale. Alcuni operatori/trici hanno osservato che la risposta dei ragazzi alla domanda "come stai" è stata spesso influenzata da una rappresentazione sociale di sé spesso artefatta, ma anche da imbarazzi e reticenze

causate dalla inevitabile presenza di altri adulti o componenti della famiglia nella stessa stanza durante le videochiamate. Un'altra criticità che ha impedito un adeguato monitoraggio delle situazioni critiche o potenzialmente critiche ha riguardato l'età dei bambini/e. Per i più piccoli infatti l'impossibilità del contatto di persona ha impedito qualsiasi forma di relazione diretta che non fosse filtrata dai genitori.

La sospensione delle relazioni di persona ha quindi rappresentato secondo molti operatori/trici non solo il limite all'efficacia della loro azione e il congelamento delle situazioni, ma un regresso del lavoro svolto con i bambini/e e le loro famiglie, con la netta sensazione di aver perso gran parte del lavoro fatto in precedenza anche nell'indispensabile rapporto di relazione e di fiducia. Anche servizi quali gli inserimenti in **comunità, gli affidi** e i percorsi per gli inserimenti di minori in famiglie affidatarie si sono arrestati per il periodo di *lockdown*. La riapertura, contestuale a quella delle Procure, ha comportato un repentino aumento delle denunce e la necessità di recuperare le attività di indagine sul maltrattamento rimaste in sospeso, con un conseguente sovraccarico di lavoro degli assistenti sociali. Nelle realtà dove ci si è resi conto dei maggiori pericoli che correvano i bambini/e e i ragazzi per l'eccessiva esposizione online e il rischio del **cyberbullismo** sono inoltre state avviate iniziative con le scuole per inserire moduli di prevenzione ad hoc nelle attività di DAD, oppure si è intervenuti sui genitori sensibilizzandoli sui rischi ai quali venivano esposti i figli e insegnando loro il parental control.



4.5 CAPACITÀ DI LAVORARE

La capacità di lavorare dei genitori, rispetto alle dinamiche del maltrattamento e dell'abuso ai minori, rappresenta un fattore protettivo quando c'è, e un fattore di rischio quando la perdita del lavoro si traduce in una povertà economica fonte di preoccupazioni, tensioni e di esasperazione di situazioni conflittuali prima magari latenti. La crisi del Covid-19 ha certamente messo a dura prova la capacità di lavorare di tutte/i: la **perdita di posti di lavoro** è stata da subito considerevole e si stima che continuerà ancora nei prossimi mesi. Ad oggi la chiusura delle attività economiche maggiormente legate ai rapporti personali, come il piccolo commercio, il turismo, la ristorazione, i servizi alla persona e domestici, ha determinato una perdita ingente di posti di lavoro, soprattutto relativi alle donne lavoratrici, che sono prevalentemente impegnate in questi settori di attività. Tra i/lavoratori/trici più colpiti/e bisogna ricordare anche quelle/i irregolari, particolarmente

frequenti in tante zone soprattutto meridionali del paese, per i quali la mancanza di qualsiasi tipo di tutela ha determinato una veloce caduta nella povertà economica.

Per le famiglie nelle quali i genitori hanno continuato a lavorare nei servizi essenziali, da quelli sanitari a quelli del settore alimentare, spesso con orari molto lunghi e straordinari, la paura del contagio, proprio e della propria famiglia ha rappresentato certamente un fattore di stress e di preoccupazione al quale si sono aggiunti i problemi pratici dell'affidamento dei figli.

Per le famiglie che si sono invece ritrovate a lavorare in smart-working è stato registrato un forte carico di lavoro generale soprattutto per le madri, che ha prodotto uno stato generale di stanchezza e stress piuttosto evidente.

Le politiche pubbliche hanno cercato di fronteggiare la crisi occupazionale che si è prodotta con una serie di misure quali ad esempio la Cassa integrazione Guadagni, i trasferimenti di denaro (i c.d. buoni spesa o voucher) o il blocco dei licenziamenti. Il punto di osservazione degli assistenti sociali in questo ambito ha confermato l'esistenza di ampie fasce di popolazione particolarmente esposta alla perdita di lavoro e di conseguenza alla **povertà economica**, solo in parte mitigata dagli strumenti che sono stati messi in campo, spesso non solo inefficaci dal punto di vista quantitativo, ma anche inefficienti rispetto ai ritardi di erogazione che sono stati registrati. In tutte queste dinamiche il benessere e la tutela dei bambini/e è rimasto in secondo piano, poiché l'emergenza economica ha distolto l'attenzione dal malessere psicologico di tutti. Diversi operatori/trici hanno quindi spesso sottolineato la **tempistica diversa della crisi economica**, subito emersa e in qualche modo affrontata, da quella psicologica, che a loro parere è rimasta occultata in questi mesi ma che diventerà molto chiara nei prossimi.



4.6 CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

Nel periodo del *lockdown* nel quale sono stati messi a disposizione buoni e voucher per fronteggiare la crisi, i servizi sociali che si sono occupati della loro erogazione hanno riportato di essere venuti in contatto diretto anche con **nuove forme di povertà** rappresentate da nuclei familiari in crisi economica fortemente a disagio nell'utilizzo dei sussidi, anche perché in molti casi riguardavano lavoratori e lavoratrici altamente professionalizzati e qualificati, ma con forme contrattuali precarie.

Se vi è una generale impressione che, tra sussidi, sostegno familiare e della comunità, si siano registrate poche situazioni

di grave carenza alimentare, è indubbio che il disagio economico generale che si protrarrà per mesi mette a repentaglio il benessere di molte famiglie e bambini/e.

I servizi sociali riconvertiti per svolgere gli adempimenti burocratici necessari per l'**erogazione dei buoni** e aiuti hanno fatto emergere una realtà territoriale molto diversificata: ci sono stati Comuni più organizzati, che hanno utilizzato molto le tecnologie, altri che hanno messo gli assistenti sociali a lavorare a tempo pieno sulle liste dei destinatari e sulle consegne, altri che invece sono riusciti a separare l'attività di erogazione dei buoni, rimasta in capo alle strutture comunali, da quella di assistenza alle famiglie e ai minori, svolta invece dagli enti gestori convenzionati. Si è trattato comunque di un'attività di assistenzialismo economico che nelle zone più disagiate del paese ha certamente raggiunto molte famiglie, ma che ha sottratto risorse e tempo ai servizi di cura e assistenza.

In un contesto di simile emergenza, un contributo di **resilienza** importante è emerso dal protagonismo del **terzo settore** e delle attività del volontariato. Da iniziative di "spesa pagata", e donazioni private al ruolo dei volontari nel consegnare le spese e i kit alimentari, la forza della comunità in alcuni territori "si è fatta Stato" in senso lato, contribuendo attraverso variegate forme di autorganizzazione al benessere anche economico generale, al punto che alcuni operatori/trici vedono in questa inaspettata partecipazione e solidarietà non solo un elemento di resilienza, ma anche un punto di forza da valorizzare per future progettazioni sociali.

Con la fine del *lockdown* e la contestuale conclusione degli strumenti di sostentamento economico di emergenza, le famiglie già fragili sono state reindirizzate ad altre forme di assistenza magari appoggiate al terzo settore e al volontariato (Protezione Civile, Croce Rossa, pacchi di viveri etc.), mentre per le nuove povertà non è stato attivato alcun strumento di **monitoraggio** che permetta di sapere come e se le famiglie si siano riprese dopo il primo periodo di emergenza economica e lavorativa. Questa mancanza di informazioni rende anche non misurabile il rischio sociale legato a una maggiore diffusione della criminalità legata all'accesso al credito e all'usura.

4.7 CONCLUSIONI

Come è proprio nella definizione stessa di crisi, il Covid-19 ha agito da agente polarizzante di pregi e difetti che già erano presenti nel sistema, estremizzando in positivo e in negativo caratteristiche strutturali già conosciute. È emerso nella popolazione un elevato grado di resilienza e di sostanziale

tenuta, sia nelle famiglie che nei bambini/e, al prezzo però di un peggioramento ulteriore delle situazioni che già erano instabili o conflittuali. È aumentato quindi il **divario sia sociale che economico** tra chi era già strutturato e ha trovato le risorse per una ulteriore crescita grazie al superamento di una prova così impegnativa, e chi invece aveva già forti fragilità o si trovava in situazioni difficili e ha quindi ricevuto dalla crisi gli stimoli deleteri per una regressione personale, sociale, economica. Si tratta in questo caso di un peggioramento delle disegualianze sociali ed economiche che rappresenta una condizione di rischio importante anche per il benessere psicofisico dei bambini/e.

Il **divario territoriale** tra Nord e Sud - già più volte evidenziato in questa e nelle precedenti edizioni dell'Indice come elemento di forte criticità per i diritti di bambini e bambine - in occasione della crisi si è ancora più acuito, non solo per l'asimmetria del contagio, ma anche per la capacità di resilienza offerta dalle maggiori disponibilità economiche dei territori del Nord che hanno potuto reggere meglio l'impatto della disoccupazione e hanno avuto un migliore accesso alle tecnologie sia per la didattica a distanza sia per il contatto con i servizi sociali.

La crisi ha avuto un **impatto multidimensionale** importante: partita come crisi sanitaria, si è poi allargata immediatamente alle capacità di cura, di lavorare, di essere al sicuro, di acquisire conoscenza e sapere, di accedere alle risorse. Un impatto ancora più forte per le famiglie e i bambini/e a rischio maltrattamento e trascuratezza che conferma l'importanza di una risposta multidisciplinare da parte dei servizi socio-assistenziali attraverso esperienze di reti di servizi sul territorio sempre più integrate e collaborative. Tuttavia, la pandemia da Covid-19 ha anche fatto riflettere su alcuni elementi nuovi e recepiti da alcuni operatori/trici come un'occasione di crescita importante e di rafforzamento della **resilienza**.

Gli **strumenti tecnologici** e della comunicazione online hanno rappresentato per molti una scoperta particolarmente apprezzata per il temporaneo effetto sostitutivo delle relazioni di persona. Permangono comunque alcuni elementi di criticità che inducono a vedere in futuro un utilizzo limitato e consapevole delle tecnologie tenendo conto che esiste un forte **digital divide** nella popolazione e nei territori che rappresenta un elemento di disegualianza nell'accesso alle tecnologie: sia la didattica a distanza sia tutte le attività sociali condotte online hanno di fatto escluso i bambini/e e le famiglie più disagiate. Una situazione irrisolvibile nell'emergenza e solo in parte mitigata dall'impegno collettivo per dotare di supporti adeguati bambini/e e famiglie, che però va tenuta in conside-

razione e va superata se si vuole potenziare in futuro l'utilizzo delle tecnologie online a fini sociali e didattici.

I rapporti online possono aiutare per migliorare il coinvolgimento delle famiglie su attività di intrattenimento, animazione e di assistenza "leggera", per superare difficoltà territoriali e logistiche di accesso ad alcuni servizi sia sociali che sanitari. Per le situazioni di carattere socio-assistenziale più problematiche, per i bambini/e molto piccoli e per le famiglie conflittuali rimane invece assolutamente **indispensabile il contatto diretto e l'home visiting**.

I rapporti online possono per contro rappresentare anche per il futuro uno strumento utile per fare **rete tra servizi del territorio, per il coordinamento dei team multidisciplinari** e degli operatori/trici, per le attività di gestione dei servizi sociali e per la formazione degli operatori/trici. Tuttavia è necessario un importante **investimento in attrezzature e connessioni** anche da parte del pubblico e dei servizi: nell'emergenza parecchi operatori/trici hanno fatto ricorso a propri *device* e connessioni personali non solo perché erano confinati, ma anche perché i loro uffici erano sprovvisti di attrezzature adeguate. Una disponibilità personale encomiabile che non può però essere presa a parametro in futuro per una situazione ordinaria e permanente.

L'esperienza del *lockdown* e fasi successive generate dal Covid-19 fanno emergere una **resilienza territoriale** che è un punto di forza sul quale dover investire per favorire una governance nazionale e il riequilibrio tra Nord e Sud. L'auto-revolezza personale di alcuni Sindaci o di assistenti sociali "storici", la forte identità istituzionale di alcuni servizi sociali capaci anche di imporsi su orientamenti politici più o meno attenti alla cura delle persone, la capacità di relazione delle reti territoriali, l'impegno del terzo settore e del volontariato sono stati tutti elementi di una resilienza che va adeguatamente accolta, stimolata e rafforzata. A questa va aggiunta la **formazione professionale continua**: gli operatori/trici che ne hanno beneficiato durante la propria esperienza e carriera professionale - soprattutto per il rinforzo della propria struttura personale - hanno rivelato quanto sia stata essenziale in questa fase di emergenza e crisi sistemica. La formazione e dotazione di strumenti di resilienza hanno consentito infatti di potersi dedicare agli altri quando essi stessi subivano le conseguenze del Covid-19, attraverso una maggiore padronanza degli strumenti di intervento utili a riprogettare soluzioni innovative e a stimolare reazioni resilienti nelle famiglie e nei bambini/e seguiti.

-
- ¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione civile (2020) Mappa della situazione aggiornamento statistiche Covid19 al 30/07/2020 <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>
- ² Wikipedia (2020) Pandemia di COVID-19 del 2020 in Italia aggiornato al 30/07/2020 https://it.wikipedia.org/wiki/Pandemia_di_COVID-19_del_2020_in_Italia#Fase_2
- ³ European Commission (2020) European Economic Forecast. Summer 2020, 07 July 2020 https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-performance-and-forecasts/economic-forecasts/summer-2020-economic-forecast-deeper-recession-wider-divergences_en
- ⁴ Istat (2020) Giugno 2020, Occupati e Disoccupati – Dati Provvisori Statistiche Flash pubblicato il 30 luglio 2020 https://www.istat.it/it/files/2020/07/CS_Occupati_disoccupati_GIUGNO_2020.pdf
- ⁵ Inps (2020) Le imprese e i lavoratori in cassa integrazione covid nei mesi di marzo e aprile, pubblicato il 28 luglio 2020 https://www.inps.it/doc/allegatiNP/Mig/Dati_analisi_bilanci/Studi_e_analisi/Prime_evidenze_CIG_28072020_Final.pdf
- ⁶ Si ringraziano: Enrica Bianchi (Coop. Il Mandorlo – Casalpusterlengo, Lodi); Rocco Briganti (CISMAI); Federica Capelli e Michael Evans (Coop. GenerazioniFA – Bergamo); Cristiana Dante (Comune di Milano); Giuseppe De Robertis (Comune di Andria); Rossella Di Costanzo (Coop. Il grillo parlante – Napoli); Grazia Foschino Barbaro (Policlinico – Bari); Valentina Marzano (Fond. Giovanni Paolo II – Bari); Luigi Raciti (ASP – Catania); Mara Sanfelici (FNAS); Eduardo Trulli (Comune di Roma, Posizione organizzative del municipio I Roma Centro).
- ⁷ CISMAI (2020), Traduzione italiana delle infografiche WHO, Sezione “Advice for the public” <https://cismai.it/aiuta-i-bambini-a-far-fronte-allo-stress-durante-lepidemia-covid-19/>
- ⁸ Camera dei Deputati, Documentazione Parlamentare (2020) Le misure adottate a seguito dell'emergenza Coronavirus (COVID-19) per il mondo dell'istruzione (scuola, istruzione e formazione professionale, università, Istituzioni AFAM) aggiornato il 29 luglio 2020 <https://temi.camera.it/leg18/temi/le-misure-adottate-a-seguito-dell-emergenza-coronavirus-covid-19-per-il-mondo-dell-istruzione-scuola-istruzione-e-formazione-professionale-universit-istituzioni-afam.html>
- ⁹ Istat (2020) Spazi in casa e disponibilità di computer per bambini e ragazzi pubblicato il 6 aprile 2020 <https://www.istat.it/it/files/2020/04/Spazi-casa-disponibilita-computer-ragazzi.pdf>
- ¹⁰ Istat (2020) Violenza di genere al tempo del Covid-19: le chiamate al numero verde 1522 pubblicato il 13 maggio 2020 https://www.istat.it/it/files/2020/05/Stat-today_Chiamate-numero-antiviolenza.pdf

La terza edizione dell'**Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia** restituisce dei risultati che confermano le aree sulle quali si ritiene opportuno insistere per migliorare la capacità di intervento pubblico nella prevenzione, cura e contrasto del fenomeno e introducono con maggiore enfasi la necessità di agire non solo per ridurre ed eliminare i fattori di rischio, ma anche per rafforzare e accrescere i fattori protettivi.

1. Un sistema informativo puntuale sul tema del maltrattamento all'infanzia.

Si conferma l'esigenza di disporre di **dati più puntuali sull'entità del maltrattamento all'infanzia** nel nostro paese. Poiché si tratta di un fenomeno largamente sommerso e confinato nel perimetro della dimensione familiare e privata, rimane indispensabile disporre di dati in grado di rilevare e circoscrivere con maggiore precisione la platea di destinatari delle politiche pubbliche che fanno riferimento a situazioni reali o potenziali di maltrattamento all'infanzia. L'emergenza Covid-19, che ha fatto venire meno l'azione di sorveglianza delle scuole, dei servizi sociali e dei pediatri, ha reso ancora più evidente l'importanza di disporre di un **sistema informativo** adeguato in grado di monitorare i bisogni dei bambini/e e delle famiglie e la capacità di risposta dei servizi. Un impegno di carattere politico e governativo che necessita di una regia e di un indirizzo puntuale, e che è già stato oggetto di raccomandazione dell'ONU all'Italia sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza¹, e del Gruppo CRC². In questo senso la recente ricostituzione dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza³ offre i presupposti di *governance* indispensabili per avviare un percorso di potenziamento informativo su questo fenomeno.

Per una maggiore capacità informativa e di indirizzo del processo decisionale si propone più nello specifico di:

- circoscrivere la rilevazione dei fattori di rischio alla fascia d'età genitoriale, dato al momento non disponibile a livello regionale per nessuna delle capacità esaminate nell'Indice. In questo modo il valore del dato di contesto e ambientale può essere più rappresentativo della probabilità di rischio di maltrattamento;
- approfondire il target di utenza specificatamente connesso con comportamenti maltrattanti nell'ambito dell'indagine Istat sui servizi sociali e socio-assistenziali⁴ - area "famiglia e minori" - sui servizi sociali erogati dai Comuni. Si ricorda a tal proposito che l'unica stima del numero di bambini/e vittime di maltrattamento in Italia seguiti dai servizi sociali, rimane ancora la stessa elaborata nel 2013⁵, sebbene sia

in corso un aggiornamento dei dati entro il 2020⁶;

- rilevare in maniera specifica e qualitativa le dinamiche di interdipendenza di trasmissione intergenerazionale;
- promuovere un approfondimento sul tema della sicurezza e del maltrattamento ai bambini/e nell'indagine Istat sulla sicurezza delle donne;
- utilizzare gli strumenti di rilevazione, test e questionari⁷ per genitori e bambini/e già ampiamente sperimentati a livello internazionale (es: CAST⁸) e implementare l'utilizzo del Casellario dell'Assistenza dell'Inps⁹.

2. Investimenti e nuovi strumenti di *governance* per ridurre il divario territoriale.

Il maltrattamento all'infanzia riguarda non solo la sfera privata, individuale e familiare, ma anche quella pubblica legata al contesto della comunità e della società. Si tratta quindi di una problematica permeabile rispetto all'ambiente circostante più o meno prossimo. Criticità del contesto sociale e comunitario possono quindi rappresentare dei fattori di esasperazione tali da esporre i bambini/e a maggiori probabilità di subire maltrattamento. In questa prospettiva le differenze territoriali, che si confermano anche in questa terza edizione dell'Indice - anche nell'ambito dell'emergenza Covid-19 - sottolineano come l'arretratezza nello sviluppo sociale ed economico delle regioni del Mezzogiorno si rifletta anche in un più elevato rischio ambientale di maltrattamento sui bambini/e¹⁰.

Il bisogno di risorse e investimenti nel Mezzogiorno, sia di carattere finanziario che di carattere sociale e politico, va soddisfatto attraverso la costruzione di nuovi sistemi di *governance* e strumenti di raccordo tra livello nazionale e territoriale in grado di selezionare le priorità e dare continuità agli investimenti nei servizi, garantendo livelli essenziali di prestazioni e servizi accessibili per i bambini/e e le famiglie di tutti i territori¹¹. Per ridurre le forti disuguaglianze di opportunità per i bambini/e e le famiglie nelle diverse regioni, è indispensabile quindi **investire di più e meglio nei servizi sul territorio** che appaiono al momento l'unico strumento per prevenire, contrastare e curare il maltrattamento all'infanzia, intervenendo sui bambini/e, sui genitori, ma anche sulle comunità che li circondano.

Si ribadisce quindi l'urgenza di arrivare all'attuazione pratica dei LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Socio-assistenziale)¹² che rappresentano uno strumento indispensabile per il riequilibrio territoriale, mentre un sistema di *governance* più efficace potrebbe passare attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro tematico dedicato al maltrattamento all'infanzia all'interno della Conferenza Stato-Regioni nonché il rafforza-

mento dei compiti e delle funzioni dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza recentemente ricostituito.

3. Un approccio multidimensionale per politiche dirette e indirette di prevenzione e contrasto al maltrattamento.

I risultati dell'Indice mostrano come il maltrattamento all'infanzia sia caratterizzato da una complessità di fattori di rischio che mettono in evidenza la **multidimensionalità** del fenomeno con il sovrapporsi di diverse criticità che si influenzano vicendevolmente, come evidente dalle sei capacità analizzate (si vedano cap. 2 e cap. 4 relativamente all'emergenza Covid-19).

Affrontare il maltrattamento all'infanzia significa quindi acquisire la consapevolezza, sia a livello politico che di governo centrale e territoriale, dell'importanza di **promuovere politiche specifiche e mirate**, così come di integrare nelle politiche sociali, sanitarie, educative, occupazionali ed economiche **una prospettiva in grado di cogliere le ricadute indirette** sul maltrattamento all'infanzia. È necessario rinforzare una visione integrata, dunque, come ribadito anche dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che nelle Osservazioni sull'attuazione della CRC in Italia ha sottolineato che "la preparazione, approvazione, gestione e monitoraggio del bilancio pubblico mancano della prospettiva dei diritti dei bambini"¹³. La multidimensionalità del maltrattamento all'infanzia riguarda anche i diversi soggetti interessati: i bambini e le bambine, le famiglie e tutti coloro che a vario titolo vengono coinvolti, dagli operatori dei servizi agli insegnanti, così come i componenti della comunità stessa.

Un'attenzione particolare va inoltre posta alla dimensione di genere e alla necessità che le politiche di intervento sul maltrattamento all'infanzia tengano sempre conto della prospettiva delle donne nei vari ruoli che queste possono ricoprire, da vittime-bambine a ragazze madri, a madri vittime di violenza o piuttosto perpetratrici del maltrattamento. L'attenzione alla dimensione di genere è infatti centrale negli interventi relativi all'interruzione della **trasmissione intergenerazionale** e nella costruzione di strumenti di intervento in grado di cogliere le specificità di genere nel maltrattamento delle bambine così come della violenza sulle madri.

Per sviluppare politiche integrate, sia dirette che indirette, si ribadisce la necessità di disporre di dati puntuali e indispensabili per costruire strategie di intervento mirate, efficaci ed efficienti, in grado di misurare la multidimensionalità del maltrattamento e di monitorare e valutare l'impatto dei programmi attuati.

4. Politiche di medio-lungo termine per incidere sul cambiamento dei comportamenti umani.

Gli scostamenti contenuti che si sono osservati nell'arco delle tre edizioni dell'Indice confermano la necessità di adottare **strategie di medio-lungo termine** in grado di modificare in modo strutturale i comportamenti umani. Il cambiamento nelle persone e nelle dinamiche sociali ha infatti tempi di elaborazione e di maturazione ben più lunghi di quelli che scandiscono l'alternarsi dei cicli economici o politici.

Se la cura del maltrattamento all'infanzia può richiedere interventi di carattere sanitario e sociale immediati, per la prevenzione e il contrasto è indispensabile che la pianificazione e la programmazione dei servizi sappiano adottare una prospettiva di medio-lungo termine, la sola efficace nel modificare i comportamenti delle persone. Anche in questo caso, l'emergenza Covid-19 ha reso ancora più impellente la necessità di strutturare con un **approccio di medio-lungo termine** un sistema di servizi sociali largamente sottodimensionato rispetto ai bisogni di cura della popolazione che potranno solo aumentare in futuro a causa delle conseguenze attese della crisi sanitaria. Una simile prospettiva ha un impatto tanto più significativo se si considera il carattere strutturale del maltrattamento all'infanzia nella dimensione della trasmissione intergenerazionale, sulla quale si può incidere solo se le politiche e i servizi sostengono un investimento in capitale umano protratto nel tempo. Pertanto, gli strumenti politici e amministrativi devono necessariamente essere di carattere strutturale e permanente nell'organizzazione della *governance*, e il sistema di finanziamento appoggiato su un flusso di risorse certo, costante e non soggetto a continue rinegoziazioni.

Se l'azione delle reti di associazioni e degli ordini professionali è certamente importante in termini di advocacy per stimolare con continuità l'adozione di una prospettiva di medio-lungo termine, è comunque indispensabile rafforzare un approccio di sistema al maltrattamento all'infanzia con una Legge Quadro di riordino normativo che obblighi all'azione permanente, lasciando invece alle diverse sensibilità politiche la scelta delle modalità con le quali agire, recependo in questo modo le numerose raccomandazioni in tal senso già avanzate sia nelle precedenti edizioni di questo Indice che da altri soggetti¹⁴. Poiché una proposta di Legge Quadro è già stata presentata in Parlamento nel 2017¹⁵, si auspica che venga ripresa e ridiscussa attraverso un percorso di condivisione tra tutte le culture politiche e con maggiore vigore e sostegno politico.

5. La resilienza: un approccio trasversale alle politiche e pratiche di intervento.

La terza edizione dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia con il suo focus dedicato alla **resilienza** intende aggiungere all'attenzione sulla riduzione ed eliminazione dei **fattori di rischio**, l'importanza di adottare politiche volte a creare i presupposti per rinforzare i **fattori protettivi** e a sviluppare nelle persone, sia bambini/e che adulti, capacità di reazione e risposta a eventi traumatici che ne preservino la salute psicologica, sia in un'ottica di cura che di prevenzione. È necessario dunque promuovere processi di resilienza nelle metodologie e prassi di intervento, così come nella definizione delle politiche con un approccio *mainstream* e trasversale. Si tratta di una proposta di intervento che si rende ancora più urgente alla luce dell'importanza della resilienza per superare i traumi psicologici prodotti dall'emergenza Covid-19. Anche in questo caso si ritiene quindi importante che metodologie, strumenti e linee guida orientati alla resilienza vengano introdotti nel processo decisionale e nelle politiche di indirizzo, sollecitati dall'Osservatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza, recepiti nella Legge Quadro di riordino della quale si sollecita nel prossimo futuro l'adozione e adottati dal tavolo sul maltrattamento all'infanzia che si auspica venga istituito presso la Conferenza Stato-Regioni. Più nello specifico si propone di:

I. Adottare l'approccio alla resilienza in tutte le fasi di sviluppo e crescita dei bambini/e.

A partire dall'*home visiting*, attraverso i progetti di genitorialità positiva (*positive parenting*) fino ad arrivare ai programmi *ad hoc* nelle scuole, è importante, soprattutto per bambini/e appartenenti a fasce sociali e a gruppi di famiglie a rischio, che la resilienza venga continuamente sviluppata e accresciuta come fattore protettivo attraverso strumenti e metodologie adattati alla fascia di età e al contesto di riferimento. A tal proposito in linea con le raccomandazioni europee e le proposte dell'Autorità garante per l'Infanzia e l'Adolescenza sulla definizione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni)¹⁶ si ribadisce la necessità di garantire l'accesso a servizi per l'educazione e la cura della prima infanzia¹⁷, ovvero dalla nascita all'obbligo scolastico, economicamente accessibili e di alta qualità. Tali servizi rappresentano infatti pratiche fondamentali per uno sviluppo equilibrato dei bambini e il buon esito dell'apprendimento, nelle quali inserire metodologie e strumenti per la promozione e il rafforzamento della resilienza può dare ottimi risultati.

II. Sviluppare la resilienza attraverso programmi specifici e integrare i programmi di prevenzione già in essere.

È necessario promuovere percorsi di resilienza non solo mediante progetti specifici, ma anche attraverso la disseminazione e contaminazione di tutti gli altri programmi di intervento sul maltrattamento all'infanzia che potrebbero essere ulteriormente potenziati e rafforzati in tal senso. L'analisi delle sperimentazioni e delle *policies* presentata ha infatti messo in evidenza l'importanza di sostenere processi di resilienza con un approccio *mainstream*. In questa direzione, il Programma P.I.P.P.I. - Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione¹⁸ già sperimentato in passato con esiti positivi nei territori, andrebbe integrato con l'adozione di un approccio e metodologie di sviluppo della resilienza. Altre sperimentazioni e programmi pilota territoriali già in atto e presentati in questa edizione dell'Indice (cap.3), potrebbero rappresentare un utile precedente metodologico a disposizione. Anche in questo caso l'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza dovrebbe farsi promotore e centro di raccordo per una diffusione a livello nazionale.

III. Formare operatori/trici e insegnanti alle metodologie per promuovere processi di resilienza.

Lo sviluppo ulteriore di metodologie e sperimentazioni che rinforzino la resilienza va affiancato a un corrispondente impegno nella formazione di operatori/trici e di insegnanti coinvolti negli interventi. Considerata la necessità di promuovere il rafforzamento della resilienza sia nel contesto scolastico che in quello familiare, l'attività formativa si rende necessaria sia per gli insegnanti sia per gli operatori/trici che intervengono all'interno o in relazione specifica con le famiglie (pedagogisti, infermieri, assistenti sociali etc.).

L'esigenza di sollecitare i servizi genericamente rivolti alle famiglie e ai bambini/studenti nell'adozione di metodologie e pratiche di resilienza, così come di sviluppare servizi specifici per target di famiglie e bambini a rischio, implica anche una modulazione specifica e mirata dell'attività formativa per operatori e docenti. È importante, comunque, che le metodologie di rinforzo della resilienza siano il più possibile diffuse a vari livelli e che vengano inserite sia nel ciclo formativo curricolare degli operatori e dei docenti sia nelle attività di aggiornamento professionale.

- ¹ 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: "Il Comitato raccomanda che lo Stato continui a implementare il proprio sistema di raccolta dati, in particolare il sistema informativo dei servizi sociali, includendo un continuo ampliamento della banca dati per coprire tutte le aree della Convenzione e dati disaggregati per età, sesso, disabilità, collocazione geografica, origine etnica e nazionale, contesto socio-economico per facilitare l'analisi della situazione di tutti i bambini, soprattutto quelli in condizione di vulnerabilità" <https://www.unicef.it/doc/8858/rese-note-le-raccomandazioni-onu-allitalia-luci-e-ombre-sui-diritti-dei-bambini.htm>
- ² Gruppo CRC, (2017), "pertanto il Gruppo CRC reitera le stesse raccomandazioni: 1. Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri di garantire una rilevazione dati nazionale relativa all'infanzia e all'adolescenza, con un flusso continuo e aggiornato rispetto a tutti i fenomeni che le riguardano; 2. Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di estendere a tutto il territorio italiano il sistema di rilevazione S.In.Ba., per consentire l'effettività della raccolta dati, con le modalità indicate e nei tempi stabiliti, al fine di rendere omogenee le fonti e i sistemi di rilevazione sull'intero territorio nazionale; 3. Al Ministero della Giustizia di garantire la piena operatività della Banca Dati nazionale dei minori adottabili e delle coppie disponibili all'adozione."
- ³ Dipartimento per le Politiche della Famiglia, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2020 <http://famiglia.governo.it/it/notizie/il-ministro-bonetti-ricostituisce-l-osservatorio-nazionale-sullinfanzia-e-l-adolescenza/> e Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, <https://www.minori.it/osservatorio>
- ⁴ Istat, (2016), Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, <http://dati.istat.it/>
- ⁵ Terre des Hommes, CISMAI (2013).
- ⁶ Progetto di ricerca promosso da AGIA insieme a CISMAI e Terre des Hommes in corso al momento della presente pubblicazione.
- ⁷ WHO - Regional Office for Europe, (2016).
- ⁸ 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.
- ⁹ 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)
- ¹⁰ Come da raccomandazioni ONU all'Italia: 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) <https://www.unicef.it/doc/8858/rese-note-le-raccomandazioni-onu-allitalia-luci-e-ombre-sui-diritti-dei-bambini.htm>
- ¹¹ Si veda anche la proposta dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2019).
- ¹² 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/003281.htm>
- ¹³ Nazioni Unite, Comitato sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza. Osservazioni conclusive sullo stato di attuazione della CRC in Italia, CRC/C/ITA/CO/5-6 (febbraio 2019) <https://www.unicef.it/doc/8858/rese-note-le-raccomandazioni-onu-allitalia-luci-e-ombre-sui-diritti-dei-bambini.html> Punto 7: "[...] the Committee is concerned that the austerity measures continue to undermine the effective protection of children's rights in the State party, and that the preparation, approval, execution and monitoring of budgets lacks a child rights perspective".
- ¹⁴ CISMAI, (2013a). Nel 2013, con il documento "Le priorità e le sfide contro la violenza all'infanzia in Italia" il CISMAI ha rilevato che "Le norme di tutela giuridica, sanitaria, sociale ed educativa sono oggi frammentate in diversi testi legislativi che rendono confuso il quadro delle responsabilità e delle procedure" e ha raccomandato la creazione di un testo unico per la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché di un Piano nazionale di prevenzione della violenza all'infanzia", basilare per definire una "riconoscibile e chiara politica contro la violenza all'infanzia". Rimane fondamentale, come osservato dal CISMAI, e come riportato nei vari piani nazionali di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, avviare un sistema informativo nazionale in grado di fornire dati aggiornati sul maltrattamento.
- A queste si aggiungano le raccomandazioni del Comitato ONU sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza (febbraio 2019) sopra citate e del Gruppo CRC.
- ¹⁵ 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.
- ¹⁶ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2019), p.28.
- ¹⁷ ECEC - Early Childhood Education and Care.
- ¹⁸ Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza - Programma P.I.P.P.I. - Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione, varato nel 2010, è il risultato della collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, e i servizi sociali delle dieci città italiane riservatarie del fondo della Legge 285/1997 (Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia). L'obiettivo primario del Programma è di garantire la sicurezza dei bambini/e e migliorare la qualità del loro sviluppo, secondo quanto previsto dalla legge 149/2001 P.I.P.P.I. intende innovare le pratiche di intervento per le famiglie negligenti per diminuire il rischio di maltrattamento e allontanamento di bambini e bambine dalla propria famiglia d'origine. <https://www.minori.gov.it/il-programma-pippi>

BIBLIOGRAFIA

- Accademia della Crusca, *L'elasticità di resilienza*, <http://www.accademiadellacrusca.it/lingua-italiana/consulenza-linguistica/domande-risposte/l-elasticita-resilienza>
- Anda Dong, M., Brown, D.W., Felitti, V.J., Giles, W.H., Perry, G.S., Valeri, 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, p.106
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Fondazione Terre des Hommes (2015), *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2019), *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali delle persone di minore età*, <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/lep-web.pdf>
- Baldry, A C., (2003), *Bullying in schools and exposure to domestic violence*, "Child Abuse & Neglect", 27, pp.713-732.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., Solomon, J., & Schaps, E., (1989), *Effects of an elementary school program to enhance prosocial behavior on children's cognitive-social problem-solving skills and strategies*, "Journal of Applied Developmental Psychology", 10(2), pp. 147–169.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A., Wood, S., Homolova, L., & Davies, A., (2018), *Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance*, "BMC public health", 18, 792.
- Brewer-Smyth K., & Koenig, H.G., (2014), *Could Spirituality and Religion Promote Stress Resilience in Survivors of Childhood Trauma?*, "Issues in Mental Health Nursing", 35(4), pp. 251-256.
- Bianchi, D., Moretti, E., (2006), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Quaderno 40, Istituto Nazionale degli Innocenti, Firenze.
- Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A., (2009), *Problem partners and parenting: exploring linkages with maternal insecure attachment style and adolescent offspring internalizing disorder*, "Attachment & Human Development", 11(1), pp.69-85.
- 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>
- Bywaters, P., Bunting, L., Davidson, G., Hanratty, J., Mason, W., McCartan, C., Steils, N., (2016), *The relationship between poverty, child abuse and neglect: an evidence review*, Joseph Rountree Foundation.
- CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, *What is SEL?*, <https://casel.org/what-is-sel/>
- CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, (2012), *2013 CASEL Guide, Effective Social and Emotional Learning Programs Preschool and Elementary School Edition*, <https://casel.org/wp-content/uploads/2016/01/2013-casel-guide.pdf>
- Cefai, C., Bartolo P., A., Cavioni, V., & Downes, P., (2018), *Strengthening Social and Emotional Education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence*, NESET II report, Publications Office of the European Union.
- Cefai, C., Matsopoulos, A., Bartolo, P., Galea, K., Gavogiannaki, M., Zanetti, A., Renati, R., Cavioni, V., Pavin I. T., Šarić, M., Kimber, B., Eriksson, C., Simões, C., & Lebre, P., (2014), *A Resilience Curriculum for Early Years and Primary Schools in Europe: Enhancing Quality Education*, "Croatian Journal of Education", 16, pp. 11-32.
- Center on the Developing Child – Harvard University, (2015), *The Science of Resilience (InBrief)*, <https://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-resilience-series/>
- Cesvi, (2018), *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia. Liberi Tutti*, https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/05/LiberiTutti_Indice_Maltrattamento_Cesvi.pdf
- Cesvi, (2019), *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia. L'ombra della povertà*, https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2019/05/Indice-Cesvi_2019.pdf
- Cesvi, (2019a), *Tutori di Resilienza nella rete loConto. Manuale operativo per promuovere percorsi di resilienza assistita nel contrasto al maltrattamento all'infanzia*, https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2019/10/loConto_DIGITALE_DEF.pdf
- Cicchetti, D., & Rogosch, F.A., (2009), *Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children*, "New Directions for Child and Adolescent Development", 124, pp. 47-59.
- CISMAI (2013a), *Le priorità e le sfide contro la violenza all'infanzia in Italia*, http://cismai.it/wp-content/uploads/2015/02/cismai_politiche2013.pdf
- CISMAI, Università L. Bocconi, Terre des Hommes (2013b), *Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?*, https://terredeshomes.it/download/Tagliare%20sui%20bambini_studioTDH_Bocconi_Cismai.pdf
- CISMAI, (2017), *Linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting*, <https://cismai.it/linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting/>
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., et al., (2013). *The global prevalence of intimate partner violence against women*, "Science", 340(6140), pp. 1527–1528.
- Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., Poole, G., & Magder, L. (2016), *Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children*, "Academic pediatrics", 16(3), pp. 233–239.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., & Schellinger, K.B., (2011), *The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions*, "Child Development", 82, pp. 405-432.
- Eckenrode, J., Smith, E., McCarthy, M., Dineen, M., (2014), *Income Inequality and Child Maltreatment in the United States*, "Pediatrics", 133 (3), pp.454-461.
- EIGE - European Institute for Gender Equality (2018), *Reported cases of violence against women reveal only the tip of the iceberg*, <https://eige.europa.eu/news-and-events/news/reported-cases-violence-against-women-reveal-only-tip-iceberg>
- EIGE, Gender Equality Index (2019), *Money*, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/money/IT>
- EIGE, Gender Equality Index (2019), *Time*, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/time/IT>
- Ellenbogen, S., Klein, B., & Wekerle, C., (2014), *Early childhood education as a resilience intervention for maltreated children*, "Early Child Development and Care", 184 (9-10), pp. 1364-1377.
- Farley, Y.R., (2007), *Making the Connection*, "Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought", 26(1), pp. 1-15.
- FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2014), *Violence against women: an EU-wide survey*, https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf
- Freisthler B., Weiss R.E., (2008), *Using Bayesian space-time models to understand the substance use environment and risk for being referred to child protective services*, "Substance Use & Misuse", 43(2), pp. 239–251
- Freisthler, B., Wolf, J., Wiegmann, W., Kepple, N., (2017), *Drug Use, the Drug Environment, and Child Physical Abuse and Neglect*, "Child Maltreatment", 22(3), pp. 245-255.

- Gartland, D., Riggs, E., Muyeen, S., Giallo, R., Afifi, T. O., MacMillan, H., Herrman, H., Bulford, E., & Brown, S. J., (2019), *What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review*, "BMJ Open", 9(4).
- Giordano, F., Ungar, M., (in press), *Principle-driven Program Design versus Manualized Programming in Humanitarian Settings*, "Child Abuse And Neglect".
- Giordano, F., Ragnoli, F., Brajda Bruno, F., & Boerchi, D., (2018), *Resilience and trauma-related outcomes in children victims of violence attending the Assisted Resilience Approach Therapy (ARAT)*, "Child and Youth Services Review", 96, 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.11.050>
- Gruppo CRC, (2016), *I diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, 9° rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2015-2016*, <http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/ixrapportocrc2016.pdf>
- Gruppo CRC, (2017), *Terzo rapporto supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, <http://gruppocrc.net/documento/3o-rapporto-supplementare-crc/>
- Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C. & Colombini, M., (2016), *Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children*, "Global Health Action", 9(1)
- Guterman, K., (2015), *Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment*, "Child Abuse & Neglect", 48, pp.160–169.
- Hall, J., Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj, I., & Taggart, B., (2009), *The role of pre-school quality in promoting resilience in the cognitive development of young children*, "Oxford Review of Education", 35(3), pp. 331–352.
- Hardcastle, K.; Bellis, M.; Hughes, K.; Sethi., D., (2015), *Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say*, World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326346>
- Hien, D., Cohen, L., Caldeira, N., 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), pp.105–113.
- Hill, M., Stafford, A., Seaman, P., Ross, N., & Daniel, B., (2007), *Parenting and resilience*. York: Joseph Rowntree Foundation
- Holmes, M. R., Yoon, S., Voith, L. A., Kobulsky, J. M., & Steigerwald, S., (2015), *Resilience in physically abused children: protective factors for aggression*, "Behavioral sciences", 5(2), pp. 176–189.
- Istat (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf?title=Violenza+contro+le+donne+-+05%2Fgiu%2F2015+-+Testo+integrale.pdf
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A., (2007), *Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model*, "Child abuse & neglect", 31(3), pp. 231–253.
- Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Meriläinen, J., Siimes, M.A., (2006), *Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care*, "Child Abuse & Neglect", 30(9), pp.1037–1047.
- Klein, S., (2011), *The Availability of Neighborhood Early Care and Education Resources and the Maltreatment of Young Children*, "Child Maltreatment", 16(4), pp. 300–311.
- Know Violence in Childhood (2017), *Ending Violence in Childhood. Global Report 2017*, Key Facts, Evidence Highlights <http://www.knowviolenceinchildhood.org/publication/evidence-highlights>
- Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Fullaondo, A., Gabrielli, S., Zwiefka, A., Hjemdal, O., Gudmundsdottir, D. G., Knoop, H. H., Olafsdottir, A. S., Donisi, V., Carbone, S., Rizzi, S., Mazur, I., Krolicka-Deregowska, A., Morote, R., Anyan, F., Ledertoug, M. M., Tange, N., Kaldalons, I., Jonsdottir, B. J., ... UPRIGHT consortium, (2019), *UPRIGHT, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: study rationale and methodology for a European randomized controlled trial*, "BMC public health", 19(1).
- Laslett, A., Room, R., Dietze, P., Ferris, J., (2012), *Alcohol's involvement in recurrent child abuse and neglect cases*, "Addiction", 107(10), pp.1786–1793.
- Laulik, S., Allam, J., Browne, K., (2016), *Maternal Borderline Personality Disorder and Risk of Child Maltreatment*, "Child Abuse Review", (25) 4, pp. 300–313.
- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.L., Dufour, S., Lavergne, C., (2016), *Review of child maltreatment in immigrant and refugee families*, "Canadian Journal of Public Health", 4, 106(7 Suppl 2), OPP.
- Lippman, L., & Schmitz, H., (2013), *What can schools do to build resilience in their students?* <https://www.childtrends.org/what-can-schools-do-to-build-resilience-in-their-students>
- Lowry-Webster, H., Barrett, P., & Dadds, M., (2001), *A Universal Prevention Trial of Anxiety and Depressive Symptomatology in Childhood: Preliminary Data from an Australian Study*, "Behaviour Change", 18, pp. 36–50.
- Lundberg, M., Wuermli, A., eds. (2012), *Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks*, World Bank, Washington (DC), <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9374>
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H., (2006), *Resilience in development: The importance of early childhood*, Centre of Excellence for Early Childhood Development. Masten A.S., (2001), *Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy*, "Development and Psychopathology", 23, pp. 493–506.
- Meredith L., Sherbourne, C., Gaillot, S., Hansell, L., Ritschard, H., Parker, A., & Wrenn, G., (2011), "Literature and Expert Review to Identify Factors That Promote Resilience", in *Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military*, pp. 11–30, RAND Corporation.
- Merrick, M.T., e Guinn, A.S., (2018) *Child Abuse and Neglect: Breaking the Intergenerational Link*, "American Journal of Public Health", 108(9), pp.1117–1118.
- Moylan, C.A., Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl, R.C., Russo, M.J., (2010), *The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems*, "Journal of family violence", 25(1), pp. 53–63.
- Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., et al., (2017), *Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family*, "Social Science & Medicine", 184(1), pp/ 40–48.
- NICHD Early Child Care Research Network (1999), *Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months*, "Developmental Psychology", 35(5), pp. 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).

- Orgad, S., & Gill, R., (2019), *Is the idea of the 'resilient woman' problematic for women today?* <https://www.weforum.org/agenda/2019/07/the-limits-of-the-resilient-woman-ideal/>
- Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., (2003), *Functioning of child maltreating families: lack of resources for caring within the family*, "Scandinavian Journal of Caring Sciences", 17(2), pp.139–147.
- Pelton, L.H., (2015), *The continuing role of material factors in child maltreatment and placement*, "Child Abuse & Neglect", 41, pp.30–39.
- Peterson C., Florence C., Klevens J., (2018), *The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015*, "Child Abuse & Neglect", 86, pp. 178–183.
- Rescur – Resilience Curriculum, *About the Project*, <https://www.rescur.eu/about-the-project/>
- Roberts, R., (2016), *Promoting Positive Parenting*, York: Child and Family Training.
- Romito, P., (2005), *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, Milano.
- Save the Children, (2012), *The Children's Resilience Programme: Psychosocial Support in and out of schools*, <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools>
- Schneider, M., (2017), *Single mothers, the role of fathers, and the risk for child maltreatment*, "Children and Youth Services Review", 81, pp.81–93.
- Seccombe, K., (2002), "Beating the Odds" Versus "Changing the Odds": *Poverty, Resilience, and Family Policy*, "Journal of Marriage and Family", 64, pp. 384–394.
- Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., and Li, S., (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- 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), pp.1020–1029.
- Slee, P., Murray-Harvey, R., Dix, K., Skrzypiec, G., Askell-Williams, H., Lawson, M., & Krieg, S., (2012), *KidsMatter Early Childhood Evaluation Report* <https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/26833>
- Spehr, M. K., Coddington, J., Ahmed, A.H., Jones, E., (2017), *Parental Opioid Abuse: Barriers to Care, Policy, and Implications for Primary Care Pediatric Providers*, "Journal of Pediatric Health Care", 31 (6), pp. 695 – 702.
- Stith, S.M, Liu T., Davies, L.C., Boykin, E. L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., Dees, J., (2009), *Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature*, "Aggression and Violent Behavior", 14(1), pp.13–29.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P., (2017), *Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects*, "Child Development", 88(4), pp. 1156–1171.
- Terre des Hommes, (2017), *La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo*, https://terredeshommes.it/indifesa/InDifesaDossier_2017.pdf
- Terre des Hommes, CISMAI (2013), *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?* <https://terredeshommes.it/download/dossier-bambini-maltrattati-tdh-cismai.pdf>
- 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), pp. 175–186.
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2006), *General Comment No. 8 The right of the child to protection from corporal punishment and other cruel or degrading forms of punishment*, 8 https://www.unicef.org/assets/CRC_Materials/GC_EN/GC_8_EN.pdf
- UNICEF (2010), *Child disciplinary practices at home: evidence from a range of low- and middle-income countries*, https://www.unicef.org/protection/Child_Disciplinary_Practices_at_Home.pdf
- UNICEF (2017), *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, UNICEF, New York, <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>
- United Nations Secretary-General (2006), *World Report on Violence against Children*, <https://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>
- US Department of Health & Human Services, (2012). *Preventing child maltreatment and promoting wellbeing: a network for action*. Washington, DC, Sciences, <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/2013guide.pdf>
- 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), pp. 369–75.
- 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), pp.135–155.
- 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), pp.1409–1425.
- Wathen, C. N., & Macmillan, H. L., (2013), *Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions*, "Paediatrics & child health", 18(8), pp. 419–422.
- Weare, K., & Nind, M., (2011), *Mental Health Promotion and Problem Prevention in Schools: What Does the Evidence Say?*, "Health Promotion International", 26, pp. i29–i68.
- Weir, C., (2017), *Maximizing Children's Resilience*, "Monitor on Psychology", pp. 40–46. <http://www.apamonitor-digital.org/apamonitor/201709/MobilePagedReplica.action?pm=2&folio=42#pg45>
- WHO - Regional Office for Europe (2013), *European Report on Preventing Child Maltreatment*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
- WHO - Regional Office for Europe (2016), *Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317505/Measuring-monitoring-national-prevalence-child-maltreatment-practical-handbook.pdf
- WHO - Regional Office for Europe (2018), *European Status Report on Preventing Child Maltreatment*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1
- WHO - Regional Office for Europe, (2013), *European Report on Preventing Child Maltreatment*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
- WHO, (2010), *Violence Prevention - The Evidence*, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf
- WHO, (2019) *School-based violence prevention: a practical handbook*. Geneva, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324930/9789241515542-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SITOGRAFIA

Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza - Programma P.I.P.P.I <https://www.minori.gov.it/it/il-programma-pippi>

Dipartimento per le Politiche della Famiglia, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2020 <http://famiglia.governo.it/it/notizie/il-ministro-bonetti-ricostituisce-l-osservatorio-nazionale-sullinfanzia-e-l-adolescenza/>

European Commission, *Home-Start*, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203>

INPS, Casellario dell'assistenza, <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46898>

ISPCAN, Child Abuse Screening Tools (ICAST), <https://www.ispcan.org/learn/icast-abuse-screening-tools/>

ISPCAN, Report sul Positive Parenting https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2017/03/Positive_Parenting_Report_Fi.pdf

ISPCAN, Stati Generali sul maltrattamento all'infanzia <http://cismai.it/stati-generalisul-maltrattamento-allinfanzia-2017/>

Istat, Banca dati, <http://dati.istat.it/>

Istat, Centri anti violenza e case rifugio, <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/la-fuoriuscita/centri-antiviolenza>

Istat, (2020), *PIL e indebitamento AP* <https://www.istat.it/it/files/2020/03/Pil-Indebitamento-Ap.pdf>

Istat (2016), Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, <http://dati.istat.it/>

Nazioni Unite, Comitato sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza. Osservazioni conclusive sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti del Fanciullo, <https://www.unicef.it/doc/8858/rese-note-le-raccomandazioni-onu-allitalia-luci-e-ombre-sui-diritti-dei-bambini.htm>

Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, <https://www.minori.it/osservatorio>

Progetto porcospini, <https://porcospini.org/>

Specchio magico, www.specchiomagico.org

Stay Safe, <http://www.staysafe.ie/>

UN - United Nations, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

UNDP – United Nations Development Programme <http://hdr.undp.org/en>

US Department of Health and Human Services, Reductions in Child Maltreatment, <https://homvee.acf.hhs.gov/Outcome/2/Reductions-in-Child-Maltreatment/4/1>

WHO, *Child Maltreatment*, http://www.who.int/topics/child_abuse/en/

WHO, *Violence Against Women*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>



APPENDICI

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

L'indice regionale sul maltrattamento ai bambini/e 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 macro-indicatore come media semplice dei sotto-indicatori. 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 sette 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 macro-indicatore, 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:

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

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 ad una variabile.

Z_{ij} è il dato della regione i relativo alla variabile j standardizzato. Ad 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 consentire 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/e 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	FORTE
1	Individuale/ maltrattante	R: Giovane età dei genitori	Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni	2016-2017	Istat
2		R: Giovane età dei genitori	Indice regionale di fecondità per età media del padre	2016-2018	Istat
3		R: Famiglie monoparentali	Indice regionale famiglie monogenitoriali/ totale famiglie	2016-2017	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	2017-2018	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	2016-2017	Istat - Noi Italia
7	Relazionali		Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione per le relazioni familiari	2017-2018	Istat
8	Relazionali	R: Numero componenti della famiglia	Famiglie con più di cinque componenti	2017-2018	Istat

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI									
	Tasso fecondità/ 1.000 donne 15-19 anni	Fecondità per età media del padre	% Famiglie monogeni- tori/totale famiglie	Soddisfazio- ne per la vita	% Donne 15-49 anni che usano metodi mo- derni di contracce- zione	Separazioni/ 10.000 ab.	Soddisfa- zione relazioni familiari	Famiglie con più di 5 componenti	Totale	Posizione Tot.
Regioni										
Trentino Alto Adige	6	16	12	1	2	4	1	17	0,807	1
Veneto	4	7	1	4	4	5	6	16	0,526	2
Lombardia	13	9	5	3	3	10	4	5	0,512	3
Friuli Venezia Giulia	2	8	6	6	6	16	5	4	0,477	4
Valle d'Aosta	1	13	4	2	12	11	12	3	0,468	5
Emilia Romagna	9	11	3	5	10	6	3	9	0,464	6
Sardegna	11	2	7	14	7	12	13	8	0,359	7
Basilicata	3	1	13	9	19	1	14	14	0,331	8
Liguria	16	14	15	7	1	20	2	1	0,276	9
Toscana	5	10	10	12	9	9	8	6	0,259	10
Umbria	10	15	14	13	11	3	9	12	0,198	11
Piemonte	12	17	17	10	5	15	7	2	0,123	12
Marche	7	4	11	8	15	7	11	13	0,097	13
Molise	15	3	9	17	17	13	17	10	-0,154	14
Abruzzo	14	6	18	11	18	8	10	11	-0,194	15
Calabria	17	12	8	15	14	2	18	18	-0,260	16
Lazio	8	5	20	19	8	19	15	7	-0,442	17
Puglia	18	18	2	18	20	18	19	15	-0,792	18
Sicilia	20	20	16	16	13	17	16	19	-1,235	19
Campania	19	19	19	20	16	14	20	20	-1,821	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	2015-2016	Istat
2		N° consultori materno-infantili/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2013	Istat
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	2015-2016	Istat
4	Servizio Sociale Professionale	Servizio sociale professionale Famiglie e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2015-2016	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	2015-2016	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	2015-2016	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI							Posizione Tot.
	Sostegno alla maternità		Sostegno alla genitorialità	Servizio sociale professionale	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Totale	
Regioni	Gestanti o madri maggiorenni con figli	Numero consultori						
Emilia Romagna	2	3	1	2	18	1	1,694	1
Veneto	12	8	2	1	11	3	0,668	2
Valle d'Aosta	13	1	4	9	5	8	0,634	3
Umbria	10	7	11	7	1	16	0,575	4
Liguria	1	9	9	5	19	14	0,312	5
Piemonte	7	10	3	3	9	9	0,256	6
Trentino Alto Adige	4	5	14	12	20	2	0,146	7
Toscana	6	4	16	10	4	11	0,114	8
Sardegna	14	11	13	6	12	4	0,002	9
Lombardia	8	19	10	14	3	5	-0,046	10
Lazio	5	15	20	15	6	7	-0,162	11
Basilicata	17	2	7	13	2	18	-0,164	12
Abruzzo	16	6	8	11	7	10	-0,221	13
Puglia	15	13	5	8	10	15	-0,248	14
Sicilia	3	12	17	18	8	12	-0,258	15
Friuli Venezia Giulia	9	14	18	17	14	6	-0,270	16
Molise	20	18	15	4	15	19	-0,543	17
Marche	19	16	12	16	17	13	-0,640	18
Calabria	11	17	19	20	13	20	-0,743	19
Campania	18	20	6	19	16	17	-0,843	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	2016-2017	Istat
2	Disponibilità di servizi per l'infanzia	% bambini/e di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	2014-2015	Istat
3	Servizi sociali per l'infanzia	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per l'infanzia (affidi e adozioni) /100.000 abitanti	2015-2016	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)	2015-2016	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	2015-2016	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI/E	CAPACITÀ DI RICEVERE CURA						
	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.
Regioni							
Liguria	8	7	2	2	3	1,141	1
Piemonte	13	9	1	13	1	0,830	2
Valle d'Aosta	1	2	9	8	10	0,694	3
Umbria	2	10	4	12	6	0,612	4
Veneto	10	12	3	18	2	0,414	5
Emilia Romagna	3	19	5	7	4	0,392	6
Toscana	4	13	6	11	7	0,324	7
Sardegna	11	3	14	9	5	0,323	8
Marche	12	5	10	6	13	0,071	9
Trentino Alto Adige	5	1	19	5	20	0,044	10
Friuli Venezia Giulia	6	4	18	14	8	0,013	11
Molise	15	18	13	3	12	-0,211	12
Basilicata	17	16	7	4	14	-0,251	13
Lombardia	9	17	8	16	9	-0,269	14
Sicilia	19	15	15	1	15	-0,276	15
Abruzzo	14	6	20	19	11	-0,560	16
Puglia	16	14	12	15	17	-0,663	17
Lazio	7	20	11	10	16	-0,742	18
Calabria	18	8	16	17	19	-0,809	19
Campania	20	11	17	20	18	-1,077	20

**TABELLA 4. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

N°	CLASSE	FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
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	2017-2018	Istat
2		Uso di droghe	Tasso mortalità dipendenza da droghe, tossicomania M+F	2015-2016	Istat
3		Malattia mentale	Indice di stato psicologico relativo alle persone di 14 anni e più	2013	Istat
4			Indice di salute mentale relativo alle persone di 14 anni e più	2017-2018	Istat
5			Popolazione secondo le malattie croniche diagnosticate - Depressione - per regione	2013	Istat

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA						
	Comportamento a rischio alcol	Tasso mortalità dipendenza da droghe M+F	Indici di stato psicologico	Indici di salute mentale	Depressione diagnosticata	Totale	Posizione Tot.
Regioni							
Trentino Alto Adige	19	19	1	1	3	0,686	1
Molise	13	1	4	17	2	0,617	2
Liguria	9	2	2	3	19	0,528	3
Lombardia	12	3	6	4	5	0,509	4
Veneto	18	8	7	8	1	0,410	5
Friuli Venezia Giulia	17	12	3	5	4	0,323	6
Lazio	3	10	8	9	12	0,275	7
Sicilia	1	7	16	16	14	0,206	8
Abruzzo	6	14	12	7	6	0,121	9
Puglia	4	5	17	12	11	0,087	10
Emilia Romagna	16	9	10	11	9	-0,015	11
Calabria	5	6	18	15	16	-0,199	12
Sardegna	10	20	9	2	20	-0,243	13
Toscana	15	13	14	10	10	-0,246	14
Campania	2	4	19	19	18	-0,257	15
Basilicata	7	15	15	18	7	-0,333	16
Piemonte	14	16	13	20	8	-0,545	17
Umbria	11	18	11	14	15	-0,594	18
Marche	8	11	20	13	13	-0,647	19
Valle d'Aosta	20	17	5	6	17	-0,683	20

v

**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	2016-2017	Istat
2	Obesità infantile	Persone di 6-17 anni per eccesso di peso (per 100 persone di 6-17 anni della stessa zona)	2016-2017	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 <i>binge drinking</i>) (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						
	Gravidanze precoci	Obesità infantile	Fumo in età giovanile	Consumo di alcol	Consumo di droghe	Totale	Posizione Tot.
Regioni							
Trentino Alto Adige	6	1	3	8	5	0,928	1
Valle d'Aosta	1	3	1	13	4	0,754	2
Marche	7	5	6	5	19	0,672	3
Friuli Venezia Giulia	2	13	4	3	15	0,600	4
Lazio	8	9	8	1	1	0,527	5
Toscana	5	12	5	4	14	0,480	6
Emilia Romagna	9	10	2	2	9	0,459	7
Piemonte	12	6	7	7	3	0,320	8
Umbria	10	4	11	10	17	0,276	9
Veneto	4	11	9	11	10	0,194	10
Liguria	16	2	14	6	16	0,092	11
Lombardia	13	7	10	9	7	0,085	12
Calabria	17	18	12	17	8	-0,120	13
Basilicata	3	14	20	19	20	-0,554	14
Campania	19	20	15	12	6	-0,580	15
Abruzzo	14	15	17	16	12	-0,680	16
Sardegna	11	8	19	15	13	-0,720	17
Molise	15	19	16	20	2	-0,812	18
Puglia	18	17	18	18	18	-0,937	19
Sicilia	20	16	13	14	11	-0,986	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	2017-2018	Istat
2	Uso di droghe	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 M+F	2017-2018	Istat
3	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F	2017-2018	Istat
4	Uso di alcol Uso di droghe	N° utenti SERD/10.000 abitanti per regione	2017-2018	Istat
5	Malattia mentale	N° strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	2013	Istat
6	Uso di Alcol Uso di droghe	Dipendenza utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti	2015-2016	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA							Totale	Posizione Tot.
	Uso di alcol	Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe			
Regioni	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F	Utenti SERD/10.000 abitanti per regione	Strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	Dipendenza utenti servizio sociale professionale /100.000 abitanti			
Liguria	3	1	1	6	9	5	1,287	1	
Marche	1	2	16	1	14	8	0,913	2	
Toscana	13	6	5	2	6	3	0,702	3	
Valle d'Aosta	2	15	3	10	3	9	0,620	4	
Veneto	9	10	9	14	8	1	0,577	5	
Umbria	5	8	18	3	1	11	0,476	6	
Piemonte	10	4	2	4	7	20	0,420	7	
Emilia Romagna	6	5	14	8	4	15	0,113	8	
Trentino Alto Adige	4	7	4	12	18	13	0,082	9	
Lombardia	7	3	11	11	11	14	-0,027	10	
Molise	16	12	17	9	5	6	-0,064	11	
Abruzzo	8	9	12	5	15	16	-0,154	12	
Puglia	15	13	15	7	10	4	-0,202	13	
Friuli Venezia Giulia	12	14	19	16	2	7	-0,229	14	
Sardegna	11	11	8	19	12	10	-0,403	15	
Lazio	14	16	13	13	13	12	-0,514	16	
Basilicata	20	20	10	17	17	2	-0,617	17	
Sicilia	18	18	6	20	16	19	-0,853	18	
Calabria	17	19	7	18	20	18	-0,981	19	
Campania	19	17	20	15	19	17	-1,147	20	

**TABELLA 7. INDICATORI SERVIZI PER BAMBINI/E:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE	ANNO	FONTE
1	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici M+F 0-17 anni	2016-2018	Istat
2	Assistenza medica territoriale	Medici pediatri (rispetto ai bambini/e di età <15 anni) - valori per 10.000	2013-2017	Istat
3	Sostegno alla maternità	Numero consultori materno-infantili/100.000 minori e abitanti 18-64 anni non celibi/nubili per regione	2013	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI/E	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA				
	Tasso dimissioni disturbi psichici età pre-adulta 0-17 M+F	Pediatri ogni 10.000 under 15	Consultori ogni 100.000 minori e 18-64 anni non celibi/nubili	Totale	Posizione Tot.
Regioni					
Sardegna	1	2	11	1,219	1
Valle d'Aosta	6	11	1	1,217	2
Toscana	2	10	4	1,131	3
Emilia Romagna	19	3	3	0,386	4
Puglia	5	5	13	0,342	5
Abruzzo	9	4	6	0,287	6
Sicilia	7	1	12	0,259	7
Lazio	3	9	15	0,256	8
Liguria	4	12	9	0,115	9
Umbria	17	8	7	-0,025	10
Calabria	10	7	17	-0,091	11
Molise	14	6	18	-0,093	12
Basilicata	13	15	2	-0,133	13
Trentino Alto Adige	11	17	5	-0,400	14
Marche	12	13	16	-0,484	15
Veneto	8	18	8	-0,521	16
Campania	15	14	20	-0,706	17
Lombardia	16	16	19	-0,833	18
Friuli Venezia Giulia	20	19	14	-0,932	19
Piemonte	18	20	10	-0,995	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	FONTI
1	Individuale/ maltrattante	R/P: Isolamento sociale	Persone di 14 anni e più che si dichiarano molto soddisfatte delle relazioni amicali	2017-2018	Istat
2			Indice regionale fiducia interpersonale in merito alla risposta: bisogna stare molto attenti	2017-2018	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	2017-2018	Istat
5			Percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono (ogni 100 famiglie)	2016-2017	Istat
6			Persone di 14 anni e più che esprimono fiducia nelle forze dell'ordine, nei vigili del fuoco (fiducia media)	2017-2018	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								
	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	Posizione Tot.
Regioni									
Trentino Alto Adige	1	1	8	11	2	2	5	1,248	1
Friuli Venezia Giulia	8	4	2	10	6	3	10	0,678	2
Liguria	3	9	18	14	12	1	2	0,350	3
Sardegna	14	16	7	17	3	16	1	0,341	4
Toscana	5	5	13	7	13	6	13	0,265	5
Veneto	7	3	4	2	15	4	14	0,260	6
Piemonte	9	10	12	4	11	7	4	0,256	7
Lombardia	4	6	9	5	17	9	6	0,249	8
Emilia Romagna	6	8	17	6	18	5	3	0,224	9
Valle d'Aosta	10	2	3	19	4	8	16	0,203	10
Umbria	2	12	14	3	14	10	8	0,202	11
Marche	11	7	5	12	9	11	9	0,139	12
Abruzzo	12	15	20	9	10	13	7	-0,242	13
Sicilia	18	20	11	13	8	14	11	-0,297	14
Calabria	16	17	1	20	7	17	12	-0,486	15
Basilicata	13	19	6	18	5	18	19	-0,514	16
Molise	17	18	19	1	1	19	17	-0,546	17
Lazio	15	11	15	8	20	12	18	-0,591	18
Puglia	19	14	10	16	16	15	20	-0,673	19
Campania	20	13	16	15	19	20	15	-1,066	20

**TABELLA 9. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTI
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	2015-2016	Istat
2	Violenza del partner	N° centri antiviolenza e case rifugio/100.000 donne abitanti tra 18-70 anni e minori 0-17 anni	2016-2017	Istat/DPO
3	Integrazione sociale	N° utenti servizi dei Comuni per l'integrazione sociale/100.000 abitanti	2015-2016	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA				
	Coinvolti in procedure penali - Ospiti dei presidi	Numero centri antiviolenza e case rifugio	Servizi sociali per l'integrazione sociale	Totale	Posizione Tot.
Regioni					
Umbria	1	16	1	1,902	1
Emilia Romagna	14	4	2	0,748	2
Sardegna	6	13	3	0,441	3
Friuli Venezia Giulia	13	2	7	0,410	4
Valle d'Aosta	20	1	12	0,264	5
Liguria	2	8	18	0,258	6
Toscana	8	5	10	0,223	7
Sicilia	4	3	20	0,198	8
Trentino Alto Adige	3	6	13	0,121	9
Abruzzo	12	7	6	0,003	10
Marche	15	11	4	-0,003	11
Veneto	17	10	5	-0,095	12
Lombardia	7	14	8	-0,137	13
Campania	9	9	15	-0,304	14
Molise	5	17	17	-0,410	15
Puglia	18	12	16	-0,557	16
Basilicata	19	15	14	-0,659	17
Calabria	10	18	19	-0,717	18
Piemonte	16	19	9	-0,717	19
Lazio	11	20	11	-0,971	20

x

**TABELLA 10. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE**

N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO	DEFINIZIONE FATTORE DI RISCHIO E PROTEZIONE (R/P)	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
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	2017-2018	Istat
2	Individuale/ maltrattante	P: Elevato livello di istruzione delle donne	Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (femmine)	2017-2018	Istat

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE			
	% Popolazione 25-64 anni nessun titolo di studio/licenza elementare	Tasso di istruzione terziaria femminile 30-34 anni	Totale	Posizione Tot.
Regioni				
Trentino Alto Adige	1	2	1,112	1
Valle d'Aosta	7	1	1,036	2
Liguria	4	4	0,810	3
Friuli Venezia Giulia	5	6	0,792	4
Lazio	3	7	0,751	5
Piemonte	9	5	0,718	6
Lombardia	12	3	0,715	7
Emilia Romagna	6	8	0,692	8
Veneto	8	10	0,532	9
Umbria	11	9	0,508	10
Toscana	13	11	0,194	11
Marche	10	13	0,051	12
Abruzzo	2	16	-0,016	13
Molise	14	12	-0,123	14
Basilicata	16	15	-0,542	15
Sardegna	15	17	-0,717	16
Puglia	18	14	-1,295	17
Sicilia	17	18	-1,483	18
Campania	19	19	-1,743	19
Calabria	20	20	-1,993	20

**TABELLA 11. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
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	2017-2018	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE		
	Adulti inoccupati che partecipano ad attività formative e di istruzione	Totale	Posizione Tot.
Regioni			
Molise	1,621	1,621	1
Toscana	1,397	1,397	2
Friuli Venezia Giulia	1,126	1,126	3
Trentino Alto Adige	1,084	1,084	4
Basilicata	0,936	0,936	5
Marche	0,671	0,671	6
Emilia Romagna	0,395	0,395	7
Umbria	0,304	0,304	8
Liguria	0,273	0,273	9
Abruzzo	0,155	0,155	10
Lazio	0,124	0,124	11
Sardegna	0,115	0,115	12
Veneto	-0,294	-0,294	13
Piemonte	-0,353	-0,353	14
Valle d'Aosta	-0,579	-0,579	15
Lombardia	-0,604	-0,604	16
Campania	-1,290	-1,290	17
Calabria	-1,461	-1,461	18
Puglia	-1,752	-1,752	19
Sicilia	-1,870	-1,870	20

TABELLA 12. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI LAVORARE

N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO	DEFINIZIONE FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
1	Individuale/ maltrattante e comunitari	Condizione occupazionale	Tasso di disoccupazione età 35-44 (tot.)	2017-2018	Istat
2			Incidenza della disoccupazione di lunga durata (tot.)	2017-2018	Istat
3			Incidenza di occupati non regolari (valori %)	2015-2016	Istat
4			Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	2017-2018	Istat

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI LAVORARE					
	Tasso di disoccupazione Tot. età 35-44	Incidenza della disoccupazione di lunga durata	% Incidenza di occupati non regolari	Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	Totale	Posizione Tot.
Regioni						
Trentino Alto Adige	1	1	2	2	1,438	1
Emilia Romagna	3	3	3	8	0,981	2
Veneto	5	4	1	1	0,964	3
Valle d'Aosta	7	2	6	3	0,928	4
Friuli Venezia Giulia	2	6	7	4	0,831	5
Lombardia	4	8	4	7	0,735	6
Toscana	6	5	9	6	0,733	7
Marche	8	12	5	5	0,554	8
Piemonte	9	10	8	11	0,405	9
Liguria	11	7	10	9	0,332	10
Umbria	10	9	11	10	0,241	11
Lazio	12	14	14	14	-0,233	12
Abruzzo	14	13	16	13	-0,273	13
Molise	13	17	15	12	-0,518	14
Basilicata	15	15	12	17	-0,650	15
Sardegna	17	11	13	18	-0,681	16
Puglia	16	16	17	15	-0,702	17
Calabria	20	18	20	16	-1,555	18
Campania	18	20	19	19	-1,636	19
Sicilia	19	19	18	20	-1,895	20

**TABELLA 13. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI LAVORARE**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Inserimento lavorativo	Indice regionale servizi comunali per inserimento lavorativo: N° utenti/100.000 disoccupati over 15	2015-2016	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI LAVORARE		
	Inserimento lavorativo	Totale	Posizione Tot.
Regioni			
Piemonte	2,445	2,445	1
Emilia Romagna	2,148	2,148	2
Veneto	1,604	1,604	3
Sardegna	1,224	1,224	4
Lombardia	0,309	0,309	5
Liguria	0,086	0,086	6
Friuli Venezia Giulia	0,036	0,036	7
Toscana	-0,261	-0,261	8
Molise	-0,292	-0,292	9
Umbria	-0,438	-0,438	10
Sicilia	-0,459	-0,459	11
Puglia	-0,540	-0,540	12
Lazio	-0,559	-0,559	13
Abruzzo	-0,568	-0,568	14
Basilicata	-0,727	-0,727	15
Valle d'Aosta	-0,756	-0,756	16
Marche	-0,762	-0,762	17
Trentino Alto Adige	-0,799	-0,799	18
Campania	-0,807	-0,807	19
Calabria	-0,885	-0,885	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	Individuale/ maltrattante e comunitari	Povertà/ Svantaggio socio- economico	Indice di grave deprivazione materiale	2017-2018	Istat
2			Indice regionale % persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali	2017-2018	Istat
3			Indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica	2017-2018	Istat
4			Relazionali	Incidenza di povertà relativa familiare (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)	2017-2018
5	Sociali	Disuguaglianza	Indice di disuguaglianza del reddito disponibile	2016-2017	Istat
6	Sociali	Fattori economici (recessione)	Tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante	2017-2018	Istat

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI							
	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	Posizione Tot.
Regioni								
Veneto	5	1	2	10	6	2	0,952	1
Valle d'Aosta	4	8	8	1	2	3	0,846	2
Emilia Romagna	2	6	5	3	5	5	0,786	3
Lombardia	3	7	11	6	10	1	0,766	4
Friuli Venezia Giulia	6	4	16	8	1	7	0,607	5
Toscana	12	2	4	4	11	16	0,515	6
Piemonte	7	5	14	5	8	8	0,490	7
Liguria	9	3	3	7	13	11	0,460	8
Trentino Alto Adige	1	14	1	2	9	15	0,381	9
Marche	11	10	6	12	4	19	0,087	10
Umbria	8	12	10	13	3	18	-0,042	12
Abruzzo	15	19	12	11	7	4	-0,065	13
Lazio	13	18	9	9	15	13	-0,251	14
Molise	10	16	7	14	12	20	-0,349	11
Basilicata	16	9	18	15	16	10	-0,485	15
Puglia	17	13	17	17	14	12	-0,523	16
Calabria	18	15	13	20	19	9	-0,972	17
Sardegna	14	20	19	16	17	14	-1,079	18
Sicilia	20	11	15	18	20	17	-1,194	19
Campania	19	17	20	19	18	6	-1,532	20

**TABELLA 15. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Integrazione al reddito e per accesso a servizi	Indice regionale numero utenti servizio/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2015-2016	Istat
2	Povert�/situazione abitativa	Indice regionale servizi per gli alloggi: numero utenti/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2015-2016	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI			
	Integrazione al reddito	Povert� abitativa	Totale	Posizione Tot.
Regioni				
Trentino Alto Adige	4	1	2,491	1
Friuli Venezia Giulia	1	2	1,561	2
Emilia Romagna	2	3	1,146	3
Veneto	3	5	0,729	4
Sardegna	6	8	0,253	5
Marche	5	13	0,249	6
Piemonte	8	7	0,220	7
Lombardia	7	9	0,194	8
Toscana	10	4	0,122	9
Lazio	9	16	-0,202	10
Umbria	11	11	-0,217	11
Molise	12	14	-0,298	12
Liguria	13	6	-0,448	13
Puglia	14	10	-0,609	14
Calabria	15	15	-0,771	15
Basilicata	16	17	-0,835	16
Valle d'Aosta	20	12	-0,836	17
Abruzzo	18	19	-0,910	18
Campania	17	20	-0,910	19
Sicilia	19	18	-0,927	20



Cesvi è un'organizzazione umanitaria italiana laica e indipendente, nata a Bergamo nel 1985. Presente in 22 paesi opera in tutto il mondo per trasformare l'intervento umanitario in occasione per costruire progetti di lungo periodo che promuovano l'autosviluppo e il protagonismo dei beneficiari. Lavora per garantire la sicurezza alimentare, promuove lo sviluppo sostenibile e agisce per mitigare gli effetti del cambiamento climatico. Nel mondo protegge i bambini più vulnerabili attraverso le Case del Sorriso e in Italia è impegnato per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento infantile e nell'integrazione di minori stranieri non accompagnati. Realizza campagne di sensibilizzazione per incoraggiare tutti, soprattutto i giovani, a diventare cittadini attivi e responsabili. Nel 2019, Cesvi ha aiutato quasi 1 milione di persone, investendo l'88% delle proprie risorse sul campo. Premiato tre volte con l'Oscar di Bilancio per la trasparenza, Cesvi è parte del network europeo Alliance2015.



cesvi

Per informazioni:

Cesvi Onlus

Via Broseta 68/A

24128 Bergamo

Tel. 035 2058058

Email: cesvi@cesvi.org

www.cesvi.org



Cesvi Onlus



Cesvi_NGO



Cesvi_onlus



Cesvi

