



CESVI

INDICE REGIONALE
SUL MALTRATTAMENTO
E LA CURA ALL'INFANZIA
IN ITALIA **2024**

**LE PAROLE
SONO
IMPORTANTI**



cesvi

INDICE REGIONALE
SUL MALTRATTAMENTO
E LA CURA
ALL'INFANZIA
IN ITALIA 2024

**LE PAROLE
SONO
IMPORTANTI**

A cura di

Lylen Albani (*Area Manager Italia, CESVI Fondazione - ETS*)

Alberto Barenghi (*Head of National Programmes Unit, CESVI Fondazione - ETS*)

Autrici

Giovanna Badalassi, Federica Gentile (*Consulenti CESVI Fondazione - ETS*)

Comitato Scientifico

Enrico Bartolini (*Ricercatore presso l'Istituto degli Innocenti di Firenze*)

Riccardo Bettiga (*Garante per la tutela dei minori e delle fragilità della Regione Lombardia*)

Rocco Briganti (*Referente CISMAI – Board of Directors di ISPCAN*)

Stefano Consiglio (*Presidente di Fondazione Con il Sud*)

Luca Milani (*Professore Ordinario di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*)

Maria Giuseppina Muratore (*Dirigente di Ricerca presso Istat, Dipartimento per la produzione statistica*)

Rosangela Paparella (*Consulente rete Centri anti violenza aps SUD EST DONNE, già Garante Infanzia Puglia*)

Editing e coordinamento

Simona Denti (*Communication Manager CESVI Fondazione - ETS*)

Sara Ruggeri (*Communication Senior Officer, CESVI Fondazione - ETS*)

Progetto grafico

Francesco Lo Nigro

Foto di copertina © Adobe Stock / Alexander Lipko

Realizzato da CESVI Fondazione - ETS via Broseta 68/A – 24128 Bergamo, Italia

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

ISBN 978-88-943474-6-3

Ringraziamenti

CESVI ringrazia coloro che hanno dato la propria preziosa testimonianza per la realizzazione del focus tematico: Antonello Arculeo (Catania), Emanuela Bussolati (Milano), Cabiria Cacciatore (Fondazione Domus de Luna, Cagliari), Clelia Celisi (Istituto Comprensivo Martoglio, Siracusa), Daniela D'Elia (La Goccia Cooperativa Sociale, Avellino), Sabrina De Flaviis (Centro Studi Sociali sull'Infanzia e l'Adolescenza "Don Silvio De Annuntiis", Associazione Focolare Maria Regina ETS, Teramo), Marianna Giordano (L'Orsa Maggiore cooperativa sociale, Napoli), Paola Guglielmi (Il Grillo Parlante Cooperativa Sociale, Napoli), Giuseppe Lombardo (Associazione Sinapsi, Marina di Gioiosa Ionica, Reggio Calabria), Susanna Murru e Francesco Pisano (Associazione C.I.P.M. Sardegna - Centro Italiano per la promozione della Mediazione e della Giustizia riparativa, Cagliari), Maria Claudia Olivieri (Fondazione Giovanni Paolo II, Bari), Antonella Questa (Compagnia LaQ-Prod, Lerici-SP), Fedele Salvatore (Cooperativa Sociale Irene '95, Napoli), Giancarlo Rafele e Giovanni Lopez (Cooperativa Sociale Kyosei, Catanzaro), Eleonora Silverii (Cooperativa Sociale Orizzonte, Pescara), Chiara Zanolini (Pediatra di Famiglia, Bergamo).

Un ringraziamento particolare a Elena Garbelli (project manager CESVI Fondazione - ETS) e Marta Laureanti (Programme Manager Case del Sorriso Italia di CESVI Fondazione - ETS), per il contributo alla realizzazione dell'Indice.

Si ringraziano i fotografi Pietro Calderaro, Gianfranco Ferraro, Gianluigi Guercia, Roger Lo Guarro.

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

Finito di stampare nel mese di giugno 2024.

Indice

Introduzione e obiettivi dell'indagine	5
01. Il maltrattamento all'infanzia: inquadramento generale	7
1.1 Cos'è il maltrattamento all'infanzia	8
1.2 La violenza assistita intrafamiliare	9
1.3 Le conseguenze del maltrattamento su bambini e bambine	11
1.4 Benefici della prevenzione: diminuire i fattori di rischio e aumentare i fattori protettivi	12
02. L'indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia	17
2.1 La metodologia	18
2.2 L'indice regionale dei fattori di rischio e dei servizi per capacità	20
2.2.1 Capacità di cura di sé e degli altri	21
2.2.2 Capacità di vivere una vita sana	26
2.2.3 Capacità di vivere una vita sicura	31
2.2.4 Capacità di acquisire conoscenza e sapere	33
2.2.5 Capacità di lavorare	35
2.2.6 Capacità di accedere alle risorse e ai servizi	37
2.3 L'indice regionale: fattori di rischio e servizi	39
2.3.1 L'indice dei fattori di rischio	39
2.3.2 L'indice dei servizi	41
2.3.3 L'analisi territoriale e l'incrocio tra domanda potenziale e offerta dei servizi	43
2.4 L'indice regionale: totale per capacità	45
03. Le parole sono importanti	51
3.1 La violenza verbale e le parole della cura nella letteratura scientifica	53
3.1.1 Le parole feriscono: l'abuso verbale all'infanzia	53
3.1.2 L'impatto del maltrattamento infantile sullo sviluppo del linguaggio	56
3.1.3 Le parole guariscono e proteggono	57
3.2 L'importanza delle parole, dai fenomeni di maltrattamento alla cura dell'infanzia: l'opinione degli esperti	58
3.2.1 Le parole dell'infanzia	58
3.2.2 Le parole dei genitori	60
3.2.3 Le parole della comunità curante	62
04. Proposte per politiche di prevenzione, contrasto e cura	71
Bibliografia	77
Sitografia	82
Appendici	85
I Il metodo di calcolo utilizzato per l'indicatore: il QUARS	86
II Tabelle	88

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE

L'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia monitora da oramai sette anni i punti di forza e di debolezza delle regioni italiane rispetto ai fattori di rischio e dei servizi che riguardano questo fenomeno.

Si tratta quindi di un Indice che vuole riflettere sul percorso di convergenza dei vari territori rispetto alle capacità dei sistemi territoriali di affrontare un tema così importante eppure troppo spesso nascosto al dibattito pubblico.

Se, ovviamente, ogni caso individuale di maltrattamento all'infanzia è un caso a sé che va seguito e curato in modo specifico e puntuale, è altrettanto vero che a livello generale il contesto sociale, economico e istituzionale dei territori ha un impatto di sistema su questo fenomeno, sia nell'esasperazione dei fattori di rischio che nel potere di intervento, prevenzione e cura dei servizi pubblici.

L'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia ci pone quindi davanti alla sfida di affrontare con una prospettiva collettiva questo fenomeno, assumendo sui portatori di interessi la responsabilità di agire, intervenire e migliorare l'ambiente e il contesto familiare, scolastico, educativo, sociale, nel quale i nostri bambini e le nostre bambine crescono.

Per rafforzare questa prospettiva è indispensabile stimolare un dibattito pubblico consapevole della delicatezza e complessità dei problemi che il maltrattamento porta con sé, e della professionalità necessaria per agire efficaci strategie di prevenzione e di cura.

A tal fine questo Indice, costruito sulla base di 64 indicatori statistici, mira a restituire una lettura articolata dei contesti territoriali, capace di indicare ai portatori di interesse le aree di maggiore criticità sulle quali intervenire ma anche gli spiragli di miglioramento sui quali investire.

La consapevolezza dei limiti della rappresentazione numerica per un'adeguata conoscenza dei comportamenti umani, soprattutto se nascosti nella dimensione privata, è alla base della scelta di integrare la lettura dell'Indice con un approfondimento tematico che raccoglie le testimonianze di operatori e operatrici che ogni giorno sono impegnati a prevenire e curare il maltrattamento dell'infanzia dal punto di vista educativo, sanitario, psicologico ecc.

La loro esperienza e disponibilità nel raccontare e condividere storie, pareri e opinioni maturate nel contatto quotidiano con le famiglie e l'infanzia maltrattata rappresentano una fonte preziosa di conoscenza per riflettere e maturare proposte e raccomandazioni condivise con chi si confronta quotidianamente con questo fenomeno.

Quest'anno CESVI ha scelto di inserire nel titolo della pubblicazione il termine "cura" per valorizzare le capacità e le spinte innovative messe in campo in tutta Italia in risposta al fenomeno del maltrattamento. Questo aspetto emerge con chiarezza dalle preziose testimonianze raccolte e presenti nel focus di questa edizione, centrato sul peso delle parole nel maltrattamento. L'intento è approfondire il tema della violenza verbale come forma di maltrattamento nelle famiglie, tra ragazzini e nelle loro comunità di riferimento.

In una logica preventiva e riparativa, le parole sono importanti soprattutto quando pronunciate con competenza e consapevolezza. Una vera e propria cura delle parole che è tanto più efficace quanto più sa trasmettere e stimolare affetto e gentilezza nel ricostruire rapporti, distendere tensioni, sanare ferite, mitigare traumi e arricchire identità e percorsi di crescita e di vita.

In un momento di grande disorientamento e timore generale, nel quale crisi belliche, sociali ed economiche paiono impedire la speranza del futuro, ripartire dal benessere e sicurezza della nostra infanzia rappresenta una scelta di ottimismo consapevole che va costruita giorno per giorno con impegno e abnegazione da parte di ciascuno di noi.





**IL MALTRATTAMENTO
ALL'INFANZIA:
INQUADRAMENTO
GENERALE**

01

1.1 COS'È IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA

Con il termine "maltrattamento infantile" si fa riferimento agli abusi e alla trascuratezza dei bambini e delle bambine¹ al di sotto dei 18 anni di età. Fanno parte di questa definizione varie forme di maltrattamento: "maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, abbandono, trascuratezza e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura, che abbia come conseguenza un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere"². Sono quindi quattro i tipi di maltrattamento riconosciuti: abuso fisico, abuso sessuale, abuso psicologico e trascuratezza.

I dati disponibili riportano che **nel mondo** il tipo di abuso più diffuso è quello psicologico, con il 36% dei bambini e delle bambine vittime di abusi psicologici seguito dall'abuso fisico che riguarda il 23% dei bambini, dagli abusi sessuali che riguardano il 18% delle bambine e l'8% dei bambini, e infine il 16% dei bambini sono trascurati dai loro genitori e caregiver³. In un quadro già preoccupante, emerge che il maltrattamento inizia molto presto: 300 milioni di bambini tra i 2 e 4 anni hanno subito provvedimenti di disciplina violenta da parte di chi si prende cura di loro⁴.

In Europa si stima che 55 milioni di bambini e bambine subiscano delle forme di maltrattamento: nel 9,6% dei casi hanno subito abusi sessuali, nel 22,9% dei casi abusi fisici, nel 16,3% dei casi i bambini sono invece vittime di trascuratezza fisica, nel 18,4% dei casi sono stati trascurati dal punto di vista emotivo, e, infine, nel 29,6% dei casi i bambini sono vittime di abusi emotivi⁵. È importante sottolineare che ci possono essere aspetti dell'identità dei bambini che li rendono particolarmente vulnerabili al maltrattamento in famiglia: per esempio in Gran Bretagna il 29% delle persone LGBTQ+ intervistate ha avuto esperienze di abuso da parte di uno o più membri della famiglia; la percentuale sale al 43% per le persone trans e non binarie intervistate.

Il 60% delle persone che sono state maltrattate in famiglia ha indicato il fatto di essere LGBTQ+ come causa del maltrattamento, e il 63% delle persone LGBTQ+ intervistate aveva meno di 18 anni al momento della prima esperienza di abuso⁶.

Poiché si tratta di un problema globale, la lotta al maltrattamento infantile - anche se non esclusivamente in ambito familiare - è inclusa tra gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs). Con l'obiettivo 16.2 la comunità internazionale intende "Porre fine all'abuso, allo sfruttamento, al traffico di bambini e a tutte le forme di violenza e tortura nei loro confronti"⁷. La misurazione del progresso di questo obiettivo, negli 83 Paesi per cui i dati erano disponibili (soprattutto Paesi in via di sviluppo), ha rilevato che quasi 8 bambini su 10 (tra 1 anno e 14 anni di età) ha subito regolarmente forme di violenza psicologica e fisica da parte dei propri caregiver familiari e nella maggior parte dei Paesi considerati più della metà dei bambini e delle bambine ha subito forme di disciplina violenta⁸.

Il progresso verso il raggiungimento dell'obiettivo 16.2 è discontinuo: mentre per le proibizioni corporali - non solo in ambito familiare - 65 Paesi hanno proibito tutte le forme di punizione corporale sui bambini, e altri 27 si stanno muovendo per un divieto legale completo, la pandemia ha aumentato la violenza di genere, con un

aumento della violenza domestica contro le ragazze⁹. Le adolescenti infatti si posizionano all'intersezione tra la violenza contro le bambine e quella contro le donne: quasi il 18% delle donne e delle ragazze tra i 15 e i 49 anni che hanno avuto una qualche relazione hanno subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner nei 12 mesi precedenti al rilevamento dei dati¹⁰.

Per quanto riguarda l'**Italia**, il maltrattamento dei minorenni in famiglia avviene in un quadro in cui in generale i reati contro i minori sono in aumento: secondo il rapporto *La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo* nel 2021 vi è stato un aumento dei reati contro i minorenni dell'8% rispetto al 2020 con un numero totale di 6.248 casi, il più alto numero mai registrato. Il trend è preoccupante poiché dal 2004 si è registrato un aumento dei casi dell'89% ed è stata registrata una prevalenza di reati contro bambine e ragazze pari al 64%. I reati in famiglia sono aumentati del 5% rispetto al 2020, ancora una volta sono le bambine e le ragazze le più colpite, con una prevalenza del 54%¹¹.

Entrando nel merito del maltrattamento, secondo gli ultimi dati disponibili della *Seconda Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti* nel 2021 erano 401.766 i bambini e gli/le adolescenti in carico ai servizi sociali, e di questi 77.493 erano maltrattati. Tra le forme di maltrattamento individuate per i minorenni vittima di maltrattamento c'è la patologia delle cure che include l'incuria, la discuria e l'ipercura¹² che ha colpito il 40,7% delle vittime di maltrattamento; il 32,4% dei casi

di maltrattamento riguarda invece la violenza assistita, seguita dal maltrattamento psicologico (14,1% dei casi), dal maltrattamento fisico (9,6% dei casi) e dall'abuso sessuale (3,5% dei casi). I bambini che sono colpiti da più forme di maltrattamento sono il 40,7% e nel 91,4% dei casi i/le responsabili sono i familiari¹³. I dati relativi all'origine etnica dei bambini maltrattati rivelano che 23 bambini di origine straniera su 1.000 bambini subiscono maltrattamenti, contro 7 bambini italiani su 1.000; il maggiore tasso di bambini maltrattati di origine straniera si deve probabilmente anche a una maggiore prossimità ai servizi sociali.

La pandemia, e in particolare i lockdown, hanno influito sui tassi di maltrattamento infantile: per esempio, in Francia tra il 13 e il 19 aprile 2020 c'è stato un aumento delle chiamate al numero 119 per bambini in pericolo o a rischio di pericolo pari all'89%¹⁴ e la frequenza relativa dei ricoveri per abusi sui minorenni è aumentata del 50%¹⁵.

Come dimostrano i dati, la violenza contro i bambini e le bambine non è un fenomeno marginale, ma è pervasivo e sistemico ed è anche un fenomeno che ancora oggi risulta essere sottostimato, principalmente per due motivi: da un lato perché in determinati contesti alcune forme di violenza contro i bambini e le bambine sono socialmente accettate e culturalmente tramandate, e dall'altro perché in molti casi le vittime sono le prime a non essere in grado di riconoscere e denunciare il proprio maltrattamento.

1.2 LA VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE

La violenza assistita, definita come l'aver esperienza, da parte di un bambino o di una bambina, di "qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori"¹⁶ è una forma di maltrattamento infantile riconosciuta anche dalla *Convenzione di Istanbul*¹⁷.

Il maltrattamento dei minorenni e la violenza domestica - che principalmente vede le madri come coloro che sono maltrattate - hanno radici comuni: viviamo in società dove è ancora accettabile che il padre di famiglia eserciti il proprio potere e controllo su donne e bambini anche con la violenza.

Benché la violenza domestica non avvenga solo nell'ambito delle coppie eterosessuali, le dinamiche di genere diseguali tra uomini e donne costituiscono un fattore di rischio per la violenza domestica, insieme a stress, povertà, abuso di sostanze e mancanza di servizi per donne e bambini¹⁸. Nel mondo si stima che nel corso

della loro vita il 27% delle donne tra i 15 e i 49 anni - che hanno avuto un partner - abbiano subito violenza, fisica o sessuale, o entrambe, da parte del partner¹⁹ e che 176 milioni di bambini sotto i cinque anni viva con una madre che ha subito violenza domestica²⁰. Nel nostro Paese i bambini e le bambine che assistono a violenza in famiglia secondo l'Istat sono circa il 50% dei figli e delle figlie delle donne abusate, e il 10% di questi subisce violenza direttamente²¹.

Assistere a violenza nell'ambito familiare può avere diverse conseguenze, che possono cambiare (o anche non verificarsi) a seconda delle circostanze individua-

li, e che variano a seconda dell'età dei bambini maltrattati: tra le conseguenze a breve termine, i bambini sotto i 5 anni di età possono manifestare difficoltà ad addormentarsi, possono cominciare a balbettare o a piangere più del normale, e possono soffrire di ansia da separazione. I bambini tra i 5 e i 10 anni possono sentirsi in colpa per gli abusi a cui hanno assistito, la loro autostima può diminuire e possono avere difficoltà nella socializzazione. Per i/le teenager invece l'assistere a violenza domestica può tradursi in atteggiamenti più negativi, come litigare più spesso con i familiari, e adottare - soprattutto nel caso dei ragazzi - comportamenti dannosi per la salute, come rapporti sessuali non protetti e abuso di droghe, mentre le ragazze tendono maggiormente alla depressione²².

Quando poi alla violenza assistita si associa il maltrattamento di bambini questa co-occorrenza può aggravare gli effetti negativi del maltrattamento infantile²³; ad esempio, una ricerca condotta in Uganda ha rilevato che i bambini e le bambine che hanno assistito a violenza domestica e che sono anche stati vittime dirette di violenza hanno circa il doppio delle probabilità di avere problemi di salute mentale rispetto ai bambini che hanno subito violenza ma che non sono stati esposti alla violenza assistita²⁴.

Una specificità ulteriore della violenza assistita riguarda la possibilità che il rapporto con il/la partner che subisce violenza - che nella stragrande maggioranza

dei casi è la madre - cambi: una madre maltrattata e traumatizzata dalla violenza può essere una madre che ha maggiori probabilità di trattare in modo incoostante e imprevedibile i propri figli e figlie e di non essere nelle condizioni di accudirli adeguatamente²⁵.

Inoltre, anche nel caso della violenza assistita si può verificare un effetto intergenerazionale: assistere a episodi di violenza domestica aumenta la probabilità per i bambini di perpetuarla a loro volta in età adulta²⁶. Anche essere stati vittime di maltrattamento infantile può essere un fattore di rischio per la violenza domestica: se però gli uomini che hanno subito varie forme di violenza durante l'infanzia possono perpetrare la violenza contro le proprie partner²⁷, per le donne invece essere state maltrattate da bambine si associa una maggiore probabilità di subire violenza domestica da adulte²⁸.

Infine, si stima che i casi riportati di violenza domestica siano ben inferiori ai casi effettivi (per ragioni che possono variare da un'eventuale dipendenza economica dal partner, a ragioni culturali e legate al trauma subito) e quindi si può ipotizzare che anche i casi di violenza assistita siano sottostimati. È quindi necessario adottare politiche e provvedimenti volti a portare alla luce l'ampiezza del fenomeno e a potenziare gli interventi di cura e assistenza sia per le donne che subiscono violenza che per i bambini che assistono alla violenza.



Il maltrattamento dei bambini può avere conseguenze negative rilevanti sulla loro salute fisica e psicologica che possono cambiare la traiettoria del loro sviluppo e della loro vita, nel breve e nel lungo termine.

La letteratura ha da tempo individuato come conseguenze a breve termine per i bambini che subiscono maltrattamenti ferite e lividi nel caso di maltrattamento fisico e possibili malattie veneree nel caso di abusi sessuali.

La salute mentale dei bambini maltrattati può peggiorare con ansia, depressione, maggiore aggressività, sensi di colpa, e disturbi del sonno. Come conseguenza di abusi particolarmente gravi le vittime possono soffrire di disturbo da stress post-traumatico e depressione²⁹.

Per quanto riguarda gli effetti sulla salute mentale, può essere complesso distinguere i problemi di salute mentale di bambini che sono l'effetto diretto del maltrattamento da quelli dovuti a fattori indipendenti.

Studi recenti hanno sottolineato che esiste un forte legame tra la salute mentale dei genitori e quella dei figli e delle figlie³⁰ e che durante la pandemia da COVID-19 la salute mentale di bambini e adolescenti è peggiorata soprattutto nelle famiglie con uno status socio-economico svantaggiato e con genitori con un livello di istruzione medio-basso³¹. Tuttavia, è importante sottolineare che anche forme di maltrattamento considerate come "più accettabili" come le punizioni corporali da parte dei familiari, che non sono proibite nel nostro Paese³², hanno in realtà conseguenze sulla salute mentale in termini di ansia e depressione per bambini e giovani adulti. Anche la trascuratezza, una delle forme più diffuse di maltrattamento, ha un impatto rilevante sulle capacità relazionali dei bambini, e sul loro sviluppo cognitivo³³.

Non tutti i bambini e le bambine maltrattati soffrono di conseguenze a lungo termine: gli esiti dei singoli casi di maltrattamento sono influenzati da fattori che possono moderare o esacerbare le conseguenze del maltrattamento, come per esempio il tipo di abuso e la frequenza, la relazione del bambino con chi lo maltratta, e l'età nel momento dell'abuso. Vari studi hanno dimostrato che gli abusi sui bambini più piccoli comportano maggiori conseguenze negative³⁴.

Tra le conseguenze fisiche a lungo termine del maltrattamento si possono osservare asma, obesità, gravidanze involontarie, fumo, abuso di droghe e alcool; si possono anche verificare deficit nelle abilità cognitive che a loro volta contribuiscono alle disuguaglianze nell'istruzione: secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS/WHO) i bambini vittime di violenza durante l'infanzia hanno il 13% di probabilità in più di non finire la scuola³⁵. È stata anche osservata una maggiore probabilità di sviluppare malattie mentali come depressione, ansia, disturbi dell'alimentazione³⁶; tentativi di suicidio, automutilazione, e attività sessuale frequente e indiscriminata³⁷.

Uno studio pubblicato nel 2024 ha suggerito che esperienze traumatiche nell'infanzia possono comportare "uno squilibrio nei processi corporei e cognitivi" e che "questo squilibrio a sua volta può influenzare le emozioni, l'apprendimento, la memoria e i problemi con l'elaborazione del sé e dell'altro"³⁸ e quindi è fondamentale trattare anche questi sintomi per evitare che in futuro sfocino in problemi di salute fisica e mentale.

Inoltre, essere stati maltrattati da bambini può influenzare le pratiche genitoriali una volta diventati adulti, aumentando il rischio di maltrattare i propri figli e figlie e alimentando la trasmissione intergenerazionale della violenza: la letteratura in merito ha evidenziato che i genitori che sono stati vittime di abusi fisici da bambini e che hanno assistito a violenza in casa sono a maggior rischio di essere genitori che abusano o che trascurano i figli. Anche l'essere stati oggetto di più tipi di violenza, o di violenza ripetuta nel tempo aumenta il rischio di maltrattare i propri figli³⁹. Naturalmente la probabilità di perpetuare il ciclo del maltrattamento familiare dipende anche da fattori protettivi e dal contesto sociale: essere stati bambini maltrattati non significa diventare automaticamente genitori maltrattanti.

Al di là degli enormi costi personali sostenuti dai bambini maltrattati, il maltrattamento ha costi sociali diretti e indiretti rilevanti: negli USA, ad esempio, secondo il National Center for Injury Prevention and Control, nel 2018 la stima dei costi totali nel corso della vita associati con un solo anno di casi confermati di maltrattamento infantile era di circa 428 miliardi di dollari⁴⁰. In Italia i dati di CISMAI, Università Bocconi e Terre des Hommes hanno stimato che il costo dei maltrattamenti sui bambini ammonta allo 0,84% del PIL.

I costi diretti (le spese necessarie per affrontare problemi immediati che derivano dal maltrattamento) includono la cura e l'assistenza di bambini vittime di maltrattamento, con una stima di 49.665.000 euro spesi per l'ospedalizzazione, 21.048.510 euro spesi per la cura della salute mentale di bambini maltrattati. I costi indiretti (i costi

sostenuti per affrontare le conseguenze a lungo termine del maltrattamento) possono essere legati alle eventuali attività criminali di giovani e adulti e all'abuso di sostanze, nonché costi dovuti alla violenza domestica che può essere generata dall'essere stati abusati e in generale alla perdita di produttività dovuta a eventuali tassi inferiori di occupazione e alla sottoccupazione.

In Italia i costi indiretti stimati sono 209.879.705 euro per l'educazione speciale per minorenni, 326.166.471 euro stimati per la cura della salute da adulti, 5.380.733.621 euro per spese legate alla criminalità adulta, 152.390.371 euro spesi per la delinquenza giovanile e 6.648.577.345 euro di perdite in produttività per la società⁴¹.

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

Il maltrattamento è un grave problema sociale, ed è necessario adottare un approccio che permetta di prendersi cura degli abusati, intervenire su chi abusa, interrompere la trasmissione intergenerazionale della violenza ma anche prevenire l'abuso, individuando i fattori di rischio e rafforzando i fattori protettivi, tenendo anche in considerazione il contesto sociale in cui il maltrattamento avviene. È stato osservato infatti che il contesto sociale da un lato influisce sui tassi di maltrattamento e dall'altro può moderare o esacerbarne gli effetti: i coetanei, la scuola, il quartiere in cui si vive possono influire sugli esiti del maltrattamento⁴².

Al fine di tenere in considerazione tutti questi fattori, il riferimento teorico dell'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia per la definizione dei fattori di rischio è quindi lo *European Report on Preventing Child Maltreatment* (2013), dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che adotta l'"approccio ecologico" e classifica i fattori di rischio in quattro categorie: fattori di rischio individuali, relazionali, comunitari e sociali.

I fattori di rischio che aumentano la probabilità di bambini di subire il maltrattamento possono essere contrastati o mitigati dai fattori protettivi, che agiscono come efficaci strumenti preventivi, riducendo così la probabilità di subire maltrattamento e prevenendo in modo strutturale il fenomeno. Sebbene la ricerca scientifica abbia finora prestato meno attenzione ai fattori protettivi a causa delle sfide legate alla misurazione del loro impatto sul maltrattamento, alcuni di essi sono stati chiaramente identificati.

Ad esempio, negli Stati Uniti, il Dipartimento per la Salute e i Servizi Sociali ha individuato sei categorie di fattori protettivi: 1) Cura e attaccamento; 2) Consapevolezza genitoriale dei bisogni dei bambini nelle fasi dello sviluppo; 3) Resilienza genitoriale; 4) Connessioni sociali; 5) Aiuto concreto ai genitori; 6) Capacità sociali ed emozionali del bambino.

Uno studio ha evidenziato che il sostegno sociale e l'occupazione, anche a tempo parziale, delle madri in situazione di povertà sono associati a minori casi di trascura-

tezza⁴³, mentre secondo un'altra ricerca la mancanza di fattori protettivi aumenta il rischio di poli-vittimizzazione tra i bambini e le bambine che hanno subito abusi sessuali⁴⁴. La resilienza è ampiamente riconosciuta come un fattore protettivo fondamentale, soprattutto nell'affrontare le conseguenze psicologiche della pandemia, sia nei bambini che nei genitori⁴⁵.

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		RELAZIONALI	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'alcool e alla droga
Condizione di immigrato	Bambini/e con disordini comportamentali	Gravidanze indesiderate	
Condizione socio-economica (povertà)	Bambini/e che sono stati abusati	Numero componenti della famiglia	SOCIALI
Uso di alcool	Bambini/e scappati/e 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			

Note di capitolo

1 CESVI promuove una visione dei minorenni come persone titolari di propri diritti tra i quali anche quelli di essere rappresentati con una specifica attenzione al linguaggio di genere. Nel presente documento si è scelto di utilizzare termini sia maschili che femminili ove il richiamo alla differenza di genere avesse un significato di richiamo specifico e puntuale, soprattutto nelle parti introduttive dei vari argomenti trattati. Per favorire la leggibilità del documento, e ove la lettura di senso lo ha consentito si sono utilizzati in alcuni casi termini quali "bambini", "ragazzi", "figli", "studenti", "educatori", "operatori", "esperti" (elenco non esaustivo) come maschili sovraestesi, cioè riferiti a entrambi i generi.

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

3 Ibidem.

4 UNICEF, worldwide 300 million children suffer from violent methods of upbringing, <https://www.unicef.org/kyrgyzstan/press-releases/child-suffer-violent-methods-upbringing>

5 OMS Europa (2018).

6 Galop (2022).

7 Senato della Repubblica, Obiettivo 16: Pace, giustizia e istituzioni forti, https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/1006387/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione12-h1_h116

8 Nazioni Unite (2019).

9 End violence against children, Progress on SDG 16 goals, including ending violence against children, is backsliding finds new analysis, <https://www.end-violence.org/articles/progress-sdg-16-goals-including-ending-violence-against-children-backsliding-finds-new#:~:text=Target%2016.2%20is%20to%20end,as%20corporal%20punishment%20and%20trafficking>

10 Nazioni Unite (2019).

11 Terre des Hommes Italia (2023), pp. 86-87.

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

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

14 Ministère de la Justice, Enfance en danger: le Gouvernement mobilisé,

<https://www.justice.gouv.fr/actualites/espace-presse/enfance-danger-gouvernement-mobilise>

15 Loiseau, M., Cottenet, J., François-Purcell, I., Bechraoui-Quantin, S., Jud, A., Gilard-Pioc, S., & Quantin, C. (2023).

16 CISMAI (1999), p.1.

17 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Convenzione di Istanbul, <https://rm.coe.int/1680464egd>

18 UNICEF (2020).

19 Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & Garcia-Moreno, C. (2022).

- 20 UNICEF (2017).
- 21 Alley Oop - Il Sole 24 Ore (17 ottobre 2023). In Italia oltre 400mila bambini assistono alla violenza in casa. <https://alleyoop.ilsole24ore.com/2023/10/17/in-italia-oltre-400mila-bambini-assistono-alla-violenza-in-casa>
- 22 Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2009).
- 23 Ibidem.
- 24 Devries, K. M., Knight, L., Child, J. C., Kyegombe, N., Hossain, M., Lees, S., Watts, C., & Naker, D. (2017).
- 25 Carnevale, S., Di Napoli, I., Esposito, C., Arcidiacono, C., & Procentese, F. (2020).
- 26 Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2017).
- 27 Contreras, M., Heilman, B., Barker, G., Singh, A., Verma, R., & Bloomfield, J. (2012).
- 28 Fulu, E., Jewkes, R., Roselli, T., & Garcia-Moreno, C. (2013).
- 29 Know Violence in Childhood, Evidence Highlights, <http://www.knowviolenceinchildhood.org/publication/evidence-highlights>
- 30 Centers for Disease Control Prevention (CDC), Mental health of children and parents —a strong connection, <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/features/mental-health-children-and-parents.html>
- 31 Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022).
- 32 Giannelli, C. (23 gennaio 2023). Italia: le punizioni corporali ai bambini sono ancora legali. La Svolta. <https://www.lasvolta.it/4812/italia-le-punizioni-corporali-ai-bambini-sono-ancora-legali>
- 33 Trainor, G. (2021).
- 34 Dunn, E. C., Nishimi, K., Gomez, S. H., Powers, A., & Bradley, B. (2018).
- 35 OMS, Child Maltreatment, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#:~:text=Child%20maltreatment%20can%20affect%20cognitive.disruption%20in%20early%20brain%20development>
- 36 Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012).
- 37 Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2009).
- 38 Ireton, R., Hughes, A., & Klabunde, M. (2024).
- 39 Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020).
- 40 Prevent Child Abuse North Carolina, Cost of Child Abuse & Neglect, <https://www.preventchildabusenc.org/resource-hub/cost-of-child-abuse-neglect/>
- 41 CISMAI, Università L. Bocconi & Terre des Hommes (2013).
- 42 Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006).
- 43 Sattler, K.M.P. (2022).
- 44 Racine, N., Zhu, J., Hartwick, C., & Madigan, S. (2022).
- 45 Per un approfondimento sulla resilienza come fattore protettivo per il maltrattamento all'infanzia si veda l'edizione 2020 dell'Indice regionale sul maltrattamento all'Infanzia (CESVI, 2020).

CA



SA

L'INDICE REGIONALE
SUL MALTRATTAMENTO
E LA CURA ALL'INFANZIA
IN ITALIA

02

2.1 LA METODOLOGIA

L'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia è il frutto di una sintesi di indicatori statistici regionali che restituiscono un'analisi dei territori in termini di punti di forza e di debolezza rispetto alla protezione e al benessere dei bambini e delle bambine.

Questo indice non misura quindi il reale maltrattamento dell'infanzia, ma consente di riflettere sulla capacità delle regioni di intervenire in questo ambito attraverso i servizi pubblici erogati nei loro territori, a fronte dei fattori di rischio rilevati¹.

I **fattori di rischio** di maltrattamento sono quindi stati identificati grazie alla letteratura scientifica, nazionale e internazionale, rispetto ai quali si è poi operata una selezione dei **servizi pubblici** deputati a contenere e contrastare il manifestarsi del 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 all'Indice di sintesi complessivo. Sia i sub-indici che l'Indice finale restituiscono un **ordinamento delle regioni decrescente** rispetto alla maggiore efficacia nel fronteggiare il maltrattamento all'infanzia.

I 64 indicatori sono stati selezionati quindi scelti rispetto ai bambini e alle bambine vulnerabili al maltrattamento e agli adulti potenzialmente maltrattanti. La loro successiva riclassificazione rispetto a **sei capacità** ha permesso di condurre un'analisi dettagliata per diversi ambiti quali: **la 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 ispirata all'Approccio delle capacità nella prospettiva di Sviluppo Umano³, ritenuto il più adatto a rappresentare le finalità della ricerca.

Per ognuna delle sei capacità vengono quindi elaborati i sub-indici con l'ordinamento 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 inoltre calcolati sia con riferimento a bambini 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** permette infine di aggregare le regioni in quattro cluster rappresentativi della loro maggiore o minore dinamicità rispetto ai fattori di rischio e servizi: regioni a elevata criticità, reattive, virtuose e stabili.

• I FATTORI DI RISCHIO

Per elaborare l'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia sono identificati gli indicatori statistici

corrispondenti ai fattori di rischio indicati nello *European Report on Preventing Child Maltreatment*⁴ e poi successi-

vamente classificati per capacità. Occorre ricordare che diversi fattori di rischio non sono a oggi statisticamente rappresentabili, soprattutto quelli relativi alle caratteristiche individuali e relazionali, e che i 42 indicatori statistici disponibili e utilizzati non consentono approfondimenti né rispetto alle fasce di età né alla condizione genitoriale. Per tale motivo l'Indice rappresenta un **dato di contesto di carattere generale che include al suo interno anche adulti e famiglie vulnerabili al maltrattamento.**

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.

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



• I SERVIZI

I servizi e le politiche territoriali per la prevenzione e la cura del maltrattamento ai bambini in famiglia sono selezionati e analizzati rispetto alla loro **corrispondenza sia con le capacità che con i possibili fattori di rischio** individuati per gli adulti e i minorenni.

Anche in questo caso, la mancanza di indicatori specifici rispetto alle fasce di età, ai destinatari e ai target di famiglie potenzialmente più vulnerabili al maltrattamento restituisce solo un dato di contesto generale utile a mettere in evidenza come le **diverse culture politiche e amministrative dei territori** si riflettano nelle aree di intervento che includono anche la prevenzione e il contrasto del maltrattamento all'infanzia.

Il 59% degli indicatori (13 su un totale di 22) si riferisce quindi all'attività dei **servizi sociali dei Comuni**, ammi-

nistrazioni 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.

I restanti indicatori sono servizi erogati da altre istituzioni territoriali come le Regioni. Anche in questa sesta edizione, quindi, i 13 indicatori relativi ai servizi sociali dei Comuni provengono dall'indagine Istat sugli *Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*¹⁵ che quest'anno sono stati aggiornati al 2020.

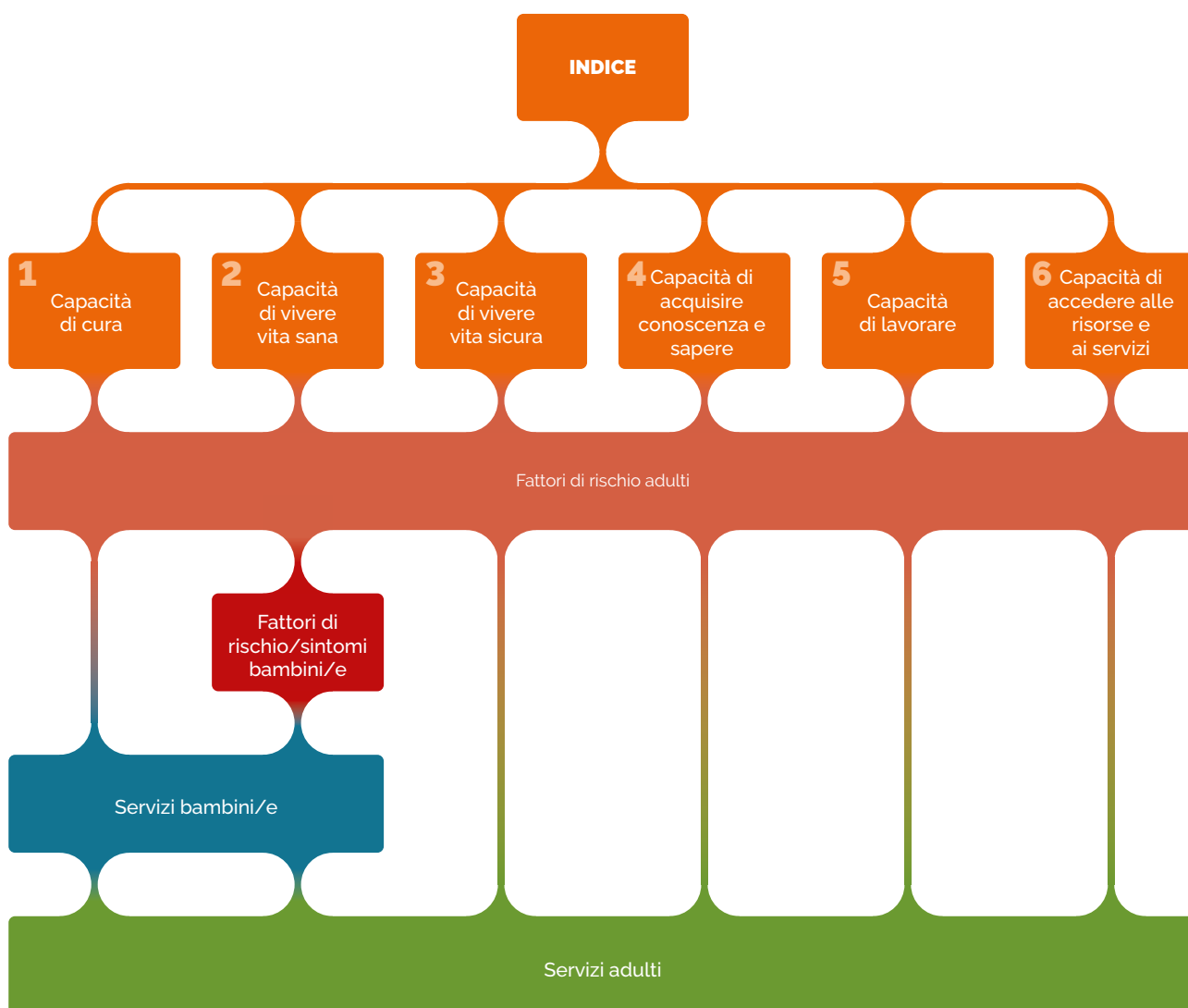
Poiché gli indicatori dei servizi si riferiscono a servizi pubblici, l'Indice non rappresenta l'attività del Terzo Settore non finanziata con le risorse pubbliche e dunque non monitorata dal Sistema Statistico Nazionale.

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

L'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia nel 2024 è una fotografia che restituisce una situazione a cavallo di tre anni, i primi due fortemente condizionati dalla pandemia, il 2020 e il 2021, e il terzo, il 2022, che si può indentificare come il primo anno di uscita dalla crisi socio-sanitaria.

In base ai dati disponibili a marzo 2024, il 28,1% degli indicatori è stato infatti aggiornato al 2022 (18/64), il 18,7% al 2021 (12/64), il 37,5% al 2020 (24/64), mentre il restante 15,7% degli indicatori è rimasto aggiornato al 2019 (tre indicatori), al 2014 (cinque indicatori) e al 2013 (due indicatori). La rilevazione degli indicatori sui servizi rimane sempre più indietro in termini di aggiornamento rispetto ai fattori di rischio: il 60,7% degli indicatori dei servizi sono infatti aggiornati al 2020 (17/28).

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



Anche per la presente edizione si riscontrano quindi le stesse criticità in termini di disponibilità di dati relativi agli indicatori maggiormente pertinenti alla descrizione del maltrattamento all'infanzia, in termini sia di fattori di rischio o protettivi che di servizi preposti alla prevenzione, cura e contrasto del fenomeno.

La lettura dei risultati dell'Indice di quest'anno restituisce comunque il modello sistemico dei fattori di rischio e dei servizi già descritto nelle precedenti edizioni evidenziando, per le sei capacità individuate, la stretta interconnessione tra il maltrattamento all'infanzia e il contesto sociale ed economico nel quale questo si manifesta.

Rispetto al quadro che l'Indice descrive ogni anno, in questa edizione, come nelle precedenti 2021 e 2022 si coglie ancora l'impatto della pandemia nella sua piena manifestazione, ma anche i primi segnali di ripresa.

Il miglioramento nel 2022 di alcuni fattori di rischio peggiorati nel biennio 2020-2021 emerge già chiaramente dalla lettura di alcuni indicatori, anche se al momento si tratta di un recupero parziale che richiederà di essere consolidato e monitorato negli anni a venire.

In questo graduale, spesso incostante e fragile recupero post pandemico, il Paese è ancora in una situazione di grande incertezza: la situazione geopolitica delle guerre in corso è certamente una fonte di preoccupazione generale, men-

tre dinamiche economiche come l'inflazione o il caro energia possono vanificare i progressi occupazionali e aumentare ulteriormente l'impatto della povertà sulle famiglie.

Dinamiche contrastanti che stanno producendo un disorientamento generale, spesso manifestato con l'isolamento, la sofferenza psicologica e il distacco emotivo. A esserne colpiti sono soprattutto i giovani, il cui disagio attuale è ben descritto sia dalla letteratura sia dai più recenti dati allarmanti sulla loro salute mentale.

I fattori di rischio che interessano il maltrattamento all'infanzia sono così ulteriormente sotto pressione e richiedono a maggiore ragione strategie di prevenzione e contrasto sempre più attente e puntuali.

2.2.1 CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

LA CAPACITÀ DI CURA NEGLI ADULTI

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

Tra le caratteristiche che costituiscono un fattore di rischio per il maltrattamento, in letteratura è stata individuata **la giovane età dei genitori**: le persone più giovani potrebbero infatti non aver ancora sviluppato gli strumenti adeguati a gestire emozioni come la rabbia e ostilità che possono costituire un fattore di rischio in relazione ai diversi tipi di maltrattamento⁶. Anche le **gravidezze non pianificate** possono essere un fattore di rischio per il maltrattamento: avere un figlio o una figlia non voluto può in alcuni casi comportare un maggiore rischio di maltrattamento psicologico e trascuratezza nei confronti dei figli da parte delle madri, e anche un maggior rischio di aggressione fisica da parte dei padri⁷. Nell'ambito della sfera emotiva, lo **stress** vissuto dai genitori è certamente un fattore di rischio di maltrattamento infantile, soprattutto se generato da disoccupazione, status di migrante, relazioni familiari disfunzionali ecc⁸. Uno studio condotto in Germania ha evidenziato il collegamento tra lo stress genitoriale durante la pandemia e l'uso di violenza fisica contro i bambini e le bambine⁹.

Per quanto riguarda invece le caratteristiche delle famiglie, una minore coesione familiare, come nel caso di divorzio, di mancanza di supporto economico paterno e di condizioni economiche precarie può influire sulle capacità genitoriali delle madri single e quindi sul maltrattamento dei bambini che vivono con loro¹⁰. Infine, un altro possibile fattore di rischio è l'elevato **numero di componenti della famiglia** e la convivenza dei minorenni con persone adulte diverse dai genitori¹¹.

LA CAPACITÀ DI RICEVERE CURA NEI BAMBINI E NELLE BAMBINE

I bambini e le bambine sono coloro che ricevono le cure, quindi in questo caso non si tratta di valutare i fattori di rischio, quanto la manifestazione di sintomi attraverso i quali è possibile rilevare il maltrattamento subito. In questa prospettiva, i servizi territoriali per l'infanzia sono fondamentali, non solo per "prendersi cura" delle situazioni di maltrattamento in corso, ma anche per svolgere un'azione di prevenzione; con interventi diretti per i gruppi familiari a rischio, o con interventi più indiretti, attraverso una radicata e capillare rete di servizi di tutela all'infanzia e di sostegno alla genitorialità e all'infanzia. Come rilevato da uno studio americano, c'è una relazione diretta tra l'aumento di posti negli asili nido e la riduzione del rischio di maltrattamento dei minorenni¹²; anche politiche più generose per quanto riguarda l'accesso ai sussidi per l'infanzia possono comportare una diminuzione del maltrattamento: questa diminuzione può essere dovuta a vari fattori, tra cui per esempio la diminuzione dello stress dei genitori, e un maggiore accesso all'impiego¹³.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 1 pag. 88)

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

In questa edizione dell'Indice è stato possibile aggiornare tutti gli otto indicatori, dei quali tre aggiornati al 2022, quattro al 2021 e uno al 2019.

Poiché la capacità di cura dipende dal comportamento delle persone, le variazioni temporali degli indicatori a esse collegate mostrano una evoluzione molto lenta e graduale, poiché sono legate al cambiamento di abitudini che possono maturare nel medio-lungo termine.

A livello nazionale l'indicatore del *fattore di rischio legato alla giovane età dei genitori* (quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni) continua la sua progressiva discesa: era il 22/1.000 nel 2017, 16,2/1.000 nel 2020 ed è sceso ulteriormente a 14,5/1.000 nel 2021. Il decremento di questo indicatore è importante soprattutto per il Mezzogiorno del Paese, dove questo fattore di rischio è particolarmente critico per il maltrattamento dell'infanzia: dal 30,9/1.000 del 2017 a 24,5/1.000 nel 2020 e ancora a 23,4/1.000 nel 2021. Soprattutto le regioni con l'indicatore più elevato hanno mostrato progressi significativi: la Sicilia è scesa dal 46/1.000 del 2017 al 38,6/1.000 del 2021 e la Campania dal 31,3/1.000 a 22,3/1.000 nel 2021.

Un altro indicatore di fattore di rischio, la *giovane età del padre*, misurabile con l'età media del padre alla nascita del figlio/a, è in aumento dal 2017, con un incremento ulteriore tra il 2020 e il 2021 (da 35,51 anni a 35,79 anni).

Per quanto riguarda le *famiglie monogenitoriali*, la variazione percentuale rispetto al totale delle famiglie è passata dal 10% del biennio 2015-2016 al 10,7% del biennio 2020-2021. Rimane sempre elevata la differenza di genere: anche nel biennio 2020-2021 le famiglie composte da madri sole con figli rappresentano l'8,6% delle famiglie contro il 2,1% dalle famiglie di padri soli con figli.

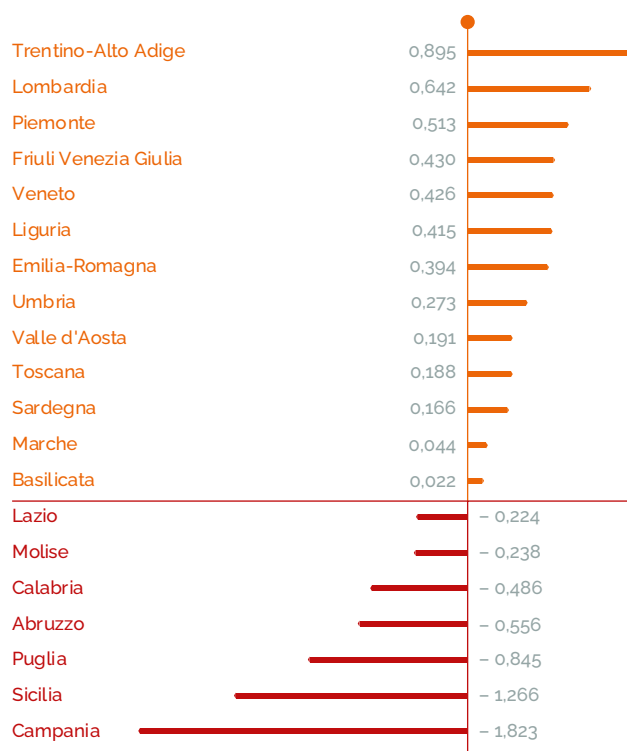
L'indicatore di *soddisfazione per la propria vita* è un indicatore soggettivo che, secondo la letteratura, contribuisce a determinare il mix di fattori che possono mettere a rischio il benessere dei bambini rispetto alle varie forme di maltrattamento. Nella rilevazione dell'indicatore

BES – Benessere Equo e Sostenibile (Istat) del decennio 2013-2022, questo indicatore è in progressivo aumento, essendo passato dal 35% di popolazione che si dice soddisfatta della propria vita nel 2013 al 46,2% nel 2022, con un incremento ulteriore nel post pandemia, dal 44,3% del 2020 al 46,2% del 2022.

Rispetto alle varie aree del Paese, questo indicatore mostra una progressiva convergenza dei territori verso la media generale: per quanto nel Mezzogiorno la popolazione sia ancora meno soddisfatta della propria vita rispetto a quella residente nelle altre aree (42,4% contro il 49,3% del Nord e il 45,5% delle regioni del Centro), il progresso registrato negli ultimi 10 anni è stato significativo (12,8 punti di incremento nelle regioni meridionali tra il 2013 e il 2022 rispetto ai 9,7 punti di incremento nel Nord e agli 11,4 punti delle regioni del Centro).

L'indicatore relativo alla *contraccezione con metodi moderni* (percentuale di donne in età riproduttiva tra i 15 e i 49 anni che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni), aggiornato al 64,5% nel 2019, mostra un peggioramento rispetto al precedente aggiornamento del 2013 (67,2%). Questa riduzione interessa di più il Nord (-3 punti percentuali) e il Centro (-4,1 punti percentuali) rispetto al Mezzogiorno (-1,6 punti percentuali), accorciando così le distanze tra

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



le tre macroaree del Paese, anche se rimane comunque una differenza territoriale (68,5% al Nord, 63,7% al Centro e 58,8% nel Mezzogiorno).

Per quanto riguarda le *separazioni*, questo dato è in progressivo e continuo aumento tra il 2007 (13,8 separazioni ogni 10.000 abitanti) e il 2021 (16,6 separazioni ogni 10.000 abitanti). L'impatto della pandemia è evidente nella drastica riduzione delle separazioni rilevata nel 2020 (13,4 separazioni ogni 10.000 abitanti), anche se nel 2021 la tendenza all'aumento di medio-lungo termine è ripresa.

Se le separazioni sono un indicatore di estrema criticità familiare che porta all'interruzione della convivenza, *l'indicatore sulla soddisfazione delle relazioni familiari* rappresenta invece una valutazione soggettiva utile per considerare più in generale l'atmosfera nelle famiglie. In questo caso il 32,6% delle persone hanno espresso nel 2022 soddisfazione per le loro relazioni familiari. Questo dato ha conosciuto una riduzione legata al periodo pandemico: era al 33,4% nel 2019 ed è poi sceso al 32,9% nel 2020 e al 31,6% nel 2021, per poi risalire nel 2022 al 32,6% anche se non è ancora ritornato al livello pre COVID-19. Nel confronto tra zone del Paese, il livello di valutazione soggettiva delle relazioni familiari è maggiore al Nord (37,5%) rispetto al Centro (31,2%) e al Mezzogiorno (26,5%), con una differenza pressoché costante negli ultimi 10 anni.

L'indicatore sulle *famiglie numerose* è del 5% rispetto al totale delle famiglie, con una tendenza alla diminuzione anche se molto graduale e lenta (era del 5,4% nel 2015). Permane anche in questo caso la differenza tra il Nord (4,7%), il Centro (4,1%) e il Mezzogiorno (6%), anche se rispetto al 2015 la riduzione avvenuta nel Mezzogiorno, dal 7% al 6%, è stata maggiore di quella registrata sia al Nord che al Centro.

Nella sintesi complessiva, l'Indice composto da questi otto indicatori conferma come dato di contesto il Trentino-Alto Adige come la regione che mostra i minori fattori di rischio rispetto al maltrattamento all'infanzia per quanto riguarda la capacità di cura, seguito dalla Lombardia, il Piemonte, il Friuli Venezia Giulia e il Veneto. Tra le regioni con un livello di rischio più elevato l'Abruzzo, la Puglia, la Sicilia e la Campania.

Nel confronto con la precedente edizione dell'Indice, la regione con la variazione positiva maggiore è il Piemonte (dalla 10° alla 3° posizione) grazie soprattutto ai progressi negli indicatori soggettivi sulla propria vita e sulle relazioni familiari, alla riduzione del tasso di separazione e del tasso di fecondità delle donne tra i 15 e i 19 anni.

Altre regioni con variazioni positive sono l'Umbria e la Sardegna (+3 posizioni in entrambi i casi), mentre variazioni negative si osservano per la Basilicata (-5 posizioni), il Veneto (-3 posizioni) e il Molise (-2 posizioni).



• SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 2 pag. 89)

La cura rappresenta la capacità centrale nel maltrattamento all'infanzia, non solo come fattore di rischio, ma anche come fattore protettivo e di resilienza. Per questo motivo è fondamentale che nei territori vi sia un sistema adeguato di servizi che si occupano della cura di famiglie e minorenni. Il Sistema Statistico Nazionale consente di analizzare sei indicatori rappresentativi di questo tipo di servizi: il numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (aggiornato al 2020), il numero di consultori materno-infantili (aggiornato al 2021), 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, tutti indicatori aggiornati al 2020.

L'indicatore del numero di *gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari* ogni 100.000 abitanti ha subito a livello nazionale variazioni minime tra il 2017 e il 2020, anno della pandemia, essendo rimasto tra il 10,3/100.000 del 2017 e il 10,5/100.000. Significative sono le differenze tra macroaree del Paese, dove questo servizio è maggiormente concentrato nelle Isole (19,7/100.000), nel Nord-Est (12,2/100.000) e nel Centro Italia (11,3/100.000). Minore è invece la diffusione nel Sud Italia (5,9/100.000) e nel Nord-Ovest (5,7/100.000). Le variazioni tra il 2017 e il 2020 mostrano un maggiore incremento di questo servizio al Sud (+1,4 punti) e nelle Isole (+1,9 punti).

I *Consultori materno-infantili* sono in continua diminuzione in numero assoluto (-6% tra il 2015 e il 2021), essendo scesi da 2.367 strutture a 2.225.

I *servizi a sostegno della genitorialità* sono anch'essi in diminuzione tra il 2015 e il 2020, essendo passati da 491,1 utenti a 435,7 utenti ogni 100.000 abitanti rispetto alla popolazione riferibile alla genitorialità (minorenni e adulti tra i 18 e i 64 anni non celibi né nubili). Questo tipo di servizi è concentrato soprattutto al Nord (715,3 utenti/100.000 minori e adulti 18-84enni), rispetto al Centro Italia (203,3 utenti) e al Mezzogiorno (201,3 utenti).

Gli utenti dei *servizi sociali professionali* sono invece in lieve aumento in rapporto alla popolazione di riferimento (+3,7%), ma tale aumento è dovuto soprattutto alla diminuzione dei potenziali utenti tra il 2015 e il 2020 (-7,6%). In termini assoluti il numero di utenti effettivi di questi servizi è infatti diminuito del 4,2% nello stesso periodo.

L'*assistenza domiciliare per famiglie e minori* è rimasta pressoché costante tra il 2015 e il 2020 (93,5 utenti ogni

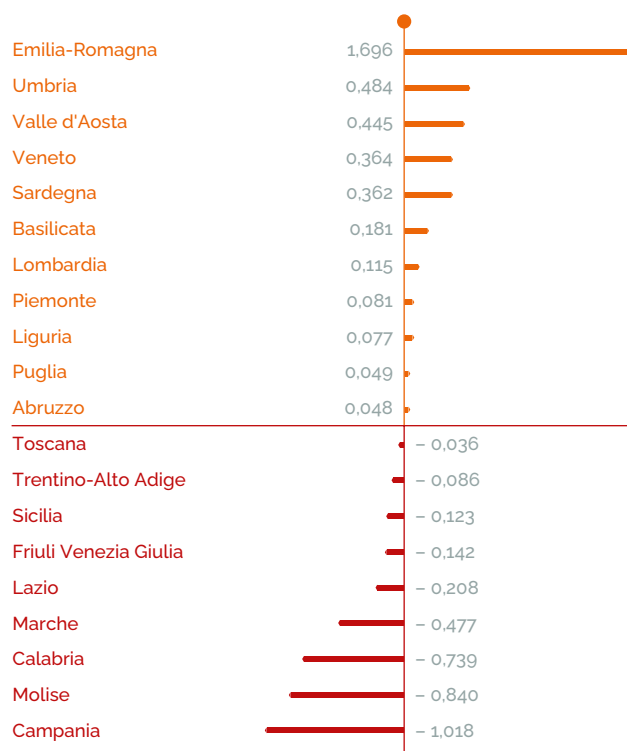
100.000 abitanti riferibili alle famiglie e ai minorenni), ma anche in questo caso ciò è dovuto più alla diminuzione della popolazione di riferimento che al numero assoluto di utenti, che è anch'esso diminuito nei cinque anni presi in esame (-8%).

L'*assistenza residenziale e semiresidenziale per famiglie e minori*, 377 utenti ogni 100.000 abitanti riferibili a famiglie e minori è invece diminuita considerevolmente tra i cinque anni esaminati, sia in senso assoluto (-36%) sia rispetto alla popolazione di riferimento (-31,2%).

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

Rispetto alla rilevazione precedente dell'Indice, la variazione positiva più rilevante riguarda l'Umbria, che ha guadagnato cinque posizioni grazie ai progressi nei servizi relativi al sostegno alla genitorialità e al servizio sociale professionale.

FIGURA 6. SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI. CAPACITÀ DI CURA



• **SERVIZI PER BAMBINI E BAMBINE: I RISULTATI** (tab. 3 pag. 90)

I servizi di cura relativi ai minori che agiscono da fattori protettivi e adattivi rispetto alla prevenzione e maltrattamento su bambini e bambine sono rappresentati attraverso 5 indicatori: il numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia (ogni 100 bambini tra 0 e 2 anni, dato aggiornato al 2021), la percentuale di bambini tra i 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia per regione (2021), il numero di utenti di servizi per l'infanzia, per affidi e adozione ogni 100.000 minori (2020), il numero di minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ogni 100.000 minori (2020), il numero di utenti dei servizi di sostegno socio educativo ogni 100.000 minori (2020).

L'indicatore relativo al *numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia* a livello nazionale è in lento aumento nel quinquennio tra il 2017 e il 2021, essendo passato dal 24,7% al 28%. Nelle regioni del Nord del Paese (33,5%) e nel Centro Italia (36,7%) si osserva un dato più elevato di quello registrato nel Mezzogiorno (16,2%).

La partecipazione al sistema scolastico dei bambini di 4-5 anni è del 92,8% a livello nazionale, ma in diminuzione sia rispetto all'ultimo quinquennio monitorato (era 96,1% nel 2017) sia rispetto al 2020 (95,9%), ma certamente la pandemia può avere avuto un impatto nel calo registrato nel 2021. Tale indicatore è inferiore nelle regioni del Nord (91,4%) e del Centro Italia (90,7%), ma più elevato nel Mezzogiorno (95,8%).

L'indicatore relativo al *numero di utenti di servizi per l'infanzia per affidi e adozione* ogni 100.000 minori (418,41 nel 2020) è in diminuzione progressiva nell'arco del quinquennio 2015-2020, ma anche in questo caso occorre prendere in considerazione l'impatto del COVID-19 nell'ultimo anno monitorato.

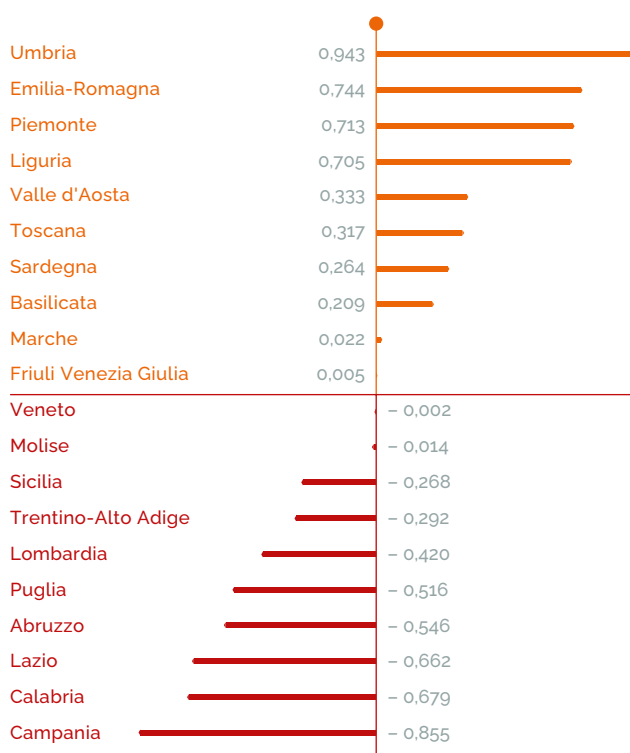
Il numero di minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ogni 100.000 minori è sceso a livello nazionale da 209,1 del 2016 a 200,7 nel 2020, con un impatto contenuto della pandemia, dal momento che era già sceso a 201,9 nel 2019. Rispetto alle varie aree

del Paese, questo servizio è particolarmente concentrato nelle Isole, dove raggiunge 370,2 utenti ogni 100.000 minori.

Il numero di utenti dei servizi di sostegno socio educativo ogni 100.000 minori, 2.644,9 a livello nazionale nel 2020, è in aumento rispetto all'ultimo quinquennio monitorato (era 2.371,4 nel 2015). Per questo tipo di servizio permangono significative differenze tra le varie aree del Paese, arrivando nel 2020 a 3.611,1 nel Nord, 2.501,8 nel Centro e 1.454,7 nel Mezzogiorno.

La proiezione territoriale vede tra le regioni con maggiore disponibilità di questo tipo di servizi l'Umbria, seguita dall'Emilia-Romagna, il Piemonte, la Liguria e la Valle d'Aosta, tra le regioni con maggiori criticità invece il Lazio, la Calabria e la Campania.

FIGURA 7. SERVIZI PER L'INFANZIA. CAPACITÀ DI RICEVERE CURA



2.2.2 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

LA CAPACITÀ DEGLI ADULTI DI VIVERE UNA VITA SANA

La capacità di vivere una vita sana si riferisce al fatto che i problemi di salute dei genitori, in determinate circostanze, potrebbero rendere la genitorialità più difficile, e quindi aumentare il rischio di maltrattamento infantile. I **genitori in cattiva salute** infatti potrebbero non poter adempiere al proprio ruolo per limitazioni legate alla loro salute e avere un peggior rapporto con i propri figli e figlie; questi fattori possono portare, in alcuni casi, a una maggiore frequenza di abusi fisici, punizioni corporali e aggressioni psicologiche contro i minorenni e un aumento della trascuratezza¹⁴. Inoltre, la letteratura evidenzia che i problemi di salute fisica e mentale dei genitori peggiorano nell'eventualità che i loro bambini e bambine siano presi in carico dai servizi sociali¹⁵. Anche **l'uso di droga da parte dei genitori** rappresenta un rischio per il maltrattamento infantile. Secondo alcuni studi, le ragioni che possono portare all'uso di droghe contribuiscono a un aumento del rischio di abuso fisico e sessuale infantile¹⁶. L'aumento delle prescrizioni di oppiacei nel contesto statunitense è stato collegato a un aumento nei casi di maltrattamento¹⁷.

L'**abuso di alcol** da parte dei genitori costituisce un maggior rischio per i bambini e le bambine di vivere esperienze avverse durante l'infanzia, con potenziali conseguenze a lungo termine¹⁸, e uno studio dell'OMS ha stabilito una relazione significativa tra abuso di alcol e maltrattamento sui minorenni¹⁹; non solo, i figli e le figlie di persone che abusano di alcol hanno a loro volta maggiori probabilità di abusare di alcol in futuro, con il rischio associato di diventare a loro volta genitori maltrattanti.

I **problemi di salute mentale** dei genitori sono considerati un fattore di rischio significativo per il maltrattamento infantile; in particolare, una ricerca condotta in Svezia ha rilevato che alcuni bambini i cui genitori hanno problemi di salute mentale possono avere - a seconda anche di altri fattori come il livello di istruzione dei genitori - una probabilità fino a 15 volte superiore di essere presi in carico dai servizi sociali rispetto ai bambini e alle bambine i cui genitori non hanno problemi di salute mentale²⁰. La trascuratezza è stata associata a tutti i tipi di diagnosi di salute mentale sia per le madri che per i padri, ma soprattutto gli abusi fisici sono stati associati unicamente alle diagnosi di problemi di salute mentale della madre²¹. La **depressione materna** rappresenta un fattore di rischio per il maltrattamento, anche perché sono tradizionalmente le madri le più coinvolte nella cura quotidiana dei figli. Soffrire di depressione può infatti rendere le madri meno capaci di svolgere le attività di cura quotidiane e può renderle meno reattive ed empatiche²². Anche i **disturbi borderline della personalità** sono un fattore di rischio per il maltrattamento e la trascuratezza infantile²³.

Molta attenzione è stata posta sulla **trasmissione intergenerazionale** del maltrattamento: il rapporto *European Report on Preventing Child Maltreatment* sostiene che una precedente vittimizzazione dei genitori comporti un rischio da basso a medio di maltrattamento; uno studio recente ha rilevato che per le madri segnalate ai servizi sociali per aver subito maltrattamenti durante la propria infanzia, la percentuale dei figli a loro volta segnalati ai servizi sociali per maltrattamento era tra il 41,3%-74,7%; la percentuale invece per i figli delle madri mai segnalate ai servizi sociali era del 16,9%²⁴.

Inoltre, una ricerca del 2023 ha rilevato che un passato di maltrattamenti subiti dalle madri durante l'infanzia può rendere i figli più vulnerabili a una serie di malattie quali asma, disturbo da deficit di attenzione, disturbi dello spettro autistico, e iperattività²⁵.

LA CAPACITÀ DI BAMBINI E BAMBINE DI VIVERE UNA VITA SANA

Questa capacità si riferisce a sintomi che singolarmente possono non avere connessioni con il maltrattamento ma che, presi nel loro complesso, rappresentano un quadro clinico che deve generare allerta. L'indagine *European Report on Preventing Child Maltreatment* riporta che sintomi quali **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 in bambini e ragazzi possono essere fortemente associati ad abusi fisici, emotivi, sessuali o di trascuratezza²⁶. Altri indicatori di maltrattamento possono essere una scarsa igiene personale, malnutrizione, evidente mancanza di cure mediche e frequenti assenze da scuola²⁷.

• **FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 4 pag. 91)

Gli indicatori utilizzati per rappresentare i fattori di rischio di questa capacità sono relativi alle dipendenze da alcol e da droghe nonché la condizione psicologica, la salute mentale e la depressione diagnosticata²⁸.

In questa edizione dell'Indice due indicatori sono stati aggiornati al 2022 (Comportamento a rischio per consumo di alcol e indice di salute mentale), uno è stato aggiornato al 2021 (Tasso di mortalità per dipendenza da droghe), due sono rimasti aggiornati al 2013 (Depressione diagnosticata e indice di stato psicologico).

A livello nazionale i *comportamenti a rischio per l'uso di alcol* nel 2022 riguardano il 15,5% della popolazione, con una maggiore concentrazione nel Nord del Paese (17,7%) rispetto al 16,0% osservato nel Mezzogiorno e al 12,2% nel Centro Italia. Questo indicatore è in lenta ma progressiva riduzione, essendo passato in dieci anni, tra il 2013 e il 2022, dal 16,7% al 15,5%, anche se c'è stato un calo durante la pandemia, poi recuperato nel 2022. A questo progresso hanno contribuito soprattutto le regioni del Mezzogiorno, con una riduzione di 1,6 punti, seguite da quelle del Nord (-1,2 punti) e in misura minore da quelle del Centro Italia (-0,6 punti).

A livello nazionale, *il tasso di mortalità per dipendenza da droghe* è rimasto costante tra il 2018 e il 2021 a 0,5 ogni 10.000 abitanti, come media del più elevato indicatore osservato al Nord (0,6/10.000 abitanti) e quelli inferiori del Centro Italia (0,5/10.000 abitanti) e del Mezzogiorno (0,4/10.000 abitanti).

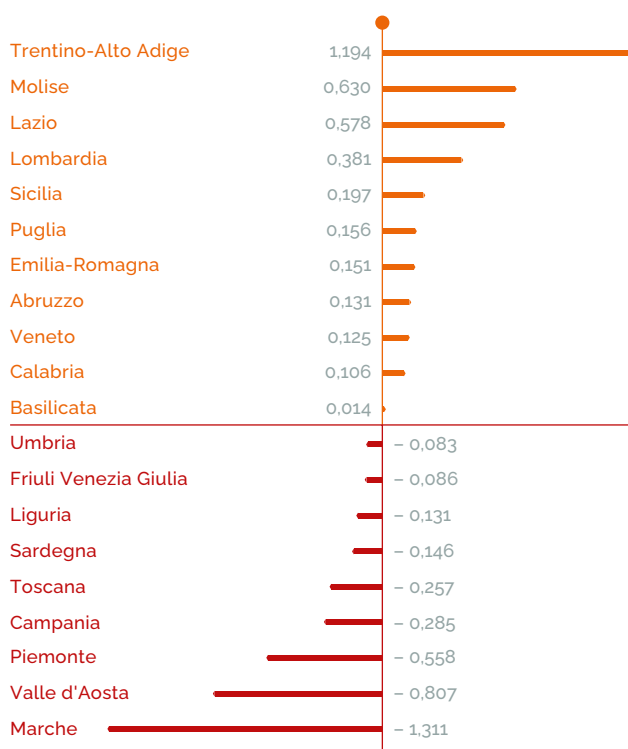
Nella rilevazione regionale il Trentino-Alto Adige si conferma ancora la regione con i più bassi fattori di rischio rispetto a questa capacità, compensando con gli altri indicatori un fattore di rischio specifico di questa regione quale il consumo di alcol per il quale è 18a in Italia (20,3% di popolazione con comportamenti a rischio contro la media nazionale del 15,5%). Il Trentino-Alto Adige è poi seguito dal Molise, il Lazio, la Lombardia, la Sicilia e la Puglia.

Tra le regioni con maggiori criticità si osservano la Campania, il Piemonte, la Valle d'Aosta e le Marche.

Il Molise è la regione che ha registrato i maggiori progressi rispetto alla precedente edizione (dalla 9^a alla 2^a posizione) grazie alla riduzione dei comportamenti a rischio nel consumo di alcol (da 22,4% del 2020 a 18,7% del 2022) e del tasso di mortalità per dipendenza da droghe (da 0,07/10.000 abitanti nel 2018 a 0/10.000 abitanti nel 2021).

Tra le regioni che hanno visto un peggioramento si osservano il Friuli Venezia Giulia (sceso di 10 posizioni), la Liguria (-8 posizioni) e il Veneto (-7 posizioni) dovuto soprattutto al peggioramento dell'indicatore sul Tasso di mortalità per dipendenza da droghe e al peggioramento dell'indice di salute mentale, in controtendenza rispetto alla media nazionale in lieve miglioramento dopo gli anni di pandemia.

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



• **SINTOMI DI MALTRATTAMENTO E VULNERABILITÀ DI BAMBINI E BAMBINE: I RISULTATI** (tab. 5 pag. 92)

I fattori di rischio relativi alla capacità di vivere una vita sana dei bambini e delle bambine sono riconducibili a sintomi che la letteratura internazionale ha individuato come segnali importanti di possibile maltrattamento da parte degli adulti. Gli indicatori disponibili per descriverli sono: le gravidanze precoci (dato aggiornato al 2021), l'obesità infantile (2022), il fumo, il consumo di alcol e di droghe in età giovanile, indicatori rimasti aggiornati al 2014.

Rispetto ai due indicatori aggiornati, il dato sulle gravidanze precoci, che vale sia come fattore di rischio per gli adulti che come sintomo di vulnerabilità per le minorenni (*quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni*) continua la sua progressiva discesa: era il 22/1.000 nel 2017, 16,2/1.000 nel 2020 ed è sceso ulteriormente a 14,5/1.000 nel 2021.

Il dato sull'*obesità infantile* (la percentuale di bambini in eccesso di peso tra 6 e 17 anni) è in costante aumento negli ultimi 5 anni monitorati, essendo salito a livello nazionale dal 23,55% del 2018 al 25,49% del 2022. Questo aumento ha riguardato tutte le aree del Paese, ma soprattutto il Mezzogiorno dove questo indicatore è ulteriormente peggiorato.

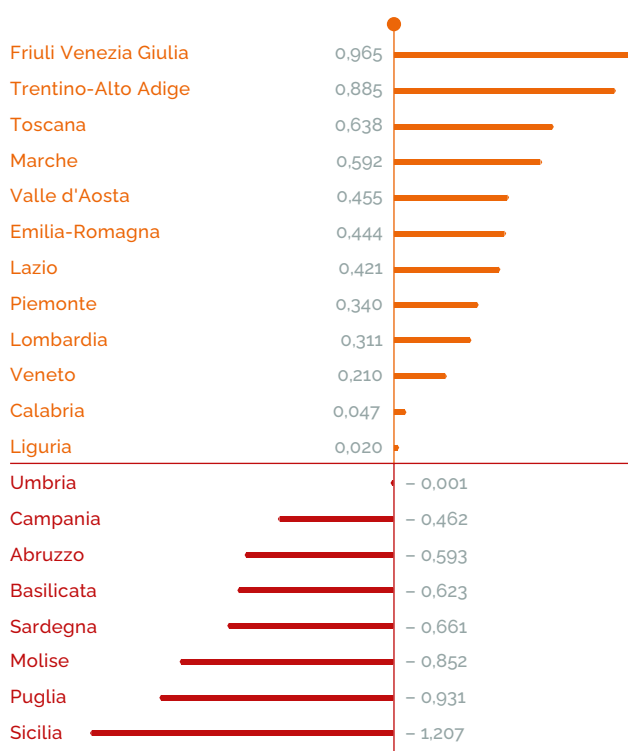
Al Nord infatti la percentuale di bambini e bambine 6-17 anni in sovrappeso è del 20,22% nel 2022 e al Centro del 25,61% (in entrambi i casi l'indicatore è salito di 1,05 punti rispetto al 2018), nel Mezzogiorno si arriva al 32,15%, con un incremento di 3,12 punti. Nel 2022 si è comunque riassorbito in tutte le aree del Paese l'incremento di obesità infantile che si era registrato nel 2021 a seguito della pandemia, senza però modificare la tendenza generale all'aumento.

Nella rilevazione territoriale la regione più virtuosa è il Friuli Venezia Giulia, seguito dal Trentino-Alto Adige, la Toscana e le Marche. Tra i territori più critici invece, si os-

servano la Sardegna, il Molise, la Puglia e la Sicilia.

Tra le regioni con le variazioni più significative rispetto alla precedente edizione si osservano il Friuli Venezia Giulia, avanzato di quattro posizioni, e il Molise, la Valle d'Aosta, e il Lazio peggiorati di quattro posizioni. La Campania è migliorata per contro di tre posizioni soprattutto grazie alla riduzione dell'indicatore delle gravidanze precoci tra il 2020 e il 2021.

FIGURA 9. SINTOMI DI VULNERABILITÀ DELL'INFANZIA AL MALTRATTAMENTO. CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA



• **SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 6 pag. 93)

Per rappresentare i servizi che curano e rinforzano la salute mentale l'Indice fa riferimento a sei indicatori relativi all'utenza di servizi per la cura di patologie psicologiche e mentali (disturbi affettivi o psichiatrici) e di stati di dipendenza relativamente al consumo di droghe e alcol erogate sia nell'ambito del sistema sanitario e ospedaliero²⁹ che in quello sociale e territoriale³⁰. Di questi, quattro indicatori sono aggiornati al 2022, e permettono di osservare i cambiamenti dopo il COVID-19, mentre gli altri due indicatori, aggiornati uno al 2021 e uno al 2020, riguardano ancora il periodo pandemico.

Rispetto ai servizi dedicati alla cura della salute mentale nella fascia di età genitoriale tra i 25 e i 44 anni, maggiormente a rischio di maltrattamento all'infanzia, si osserva nel caso del *tasso di dimissioni per disturbi psichici da abuso di alcol* una lenta diminuzione nel quinquennio 2018-2022, da 2,07/10.000 abitanti a 1,68, anche se l'impatto della pandemia è visibile nell'incremento di questo indicatore tra il 2021 e il 2022 dopo il minimo toccato nel 2020 (1,48). Nel 2022 la presenza di questo tipo di servizi è maggiormente presente nelle regioni del Nord (2,3/10.000 abitanti) rispetto a quelle del Centro Italia (1,92) e del Mezzogiorno (0,73/10.000), in risposta ai più elevati fattori di rischio rilevati in tali zone del Paese.

Analogo andamento si osserva in merito al *tasso di dimissioni da disturbi psichici per abuso di droghe* che, sempre per la fascia di età 25-44 anni, è leggermente diminuito tra il 2018 e il 2022 (da 2,56/10.000 abitanti a 2,4) anche se ha conosciuto un aumento legato alla pandemia, dopo il minimo toccato nel 2020 (1,91). Anche in questo caso il tasso di dimissioni è maggiore nelle regioni dove più elevato è il fattore di rischio corrispondente: 3,28/10.000 abitanti nelle regioni del Nord (2022), 2,23 in quelle del Centro e 1,35 in quelle del Mezzogiorno.

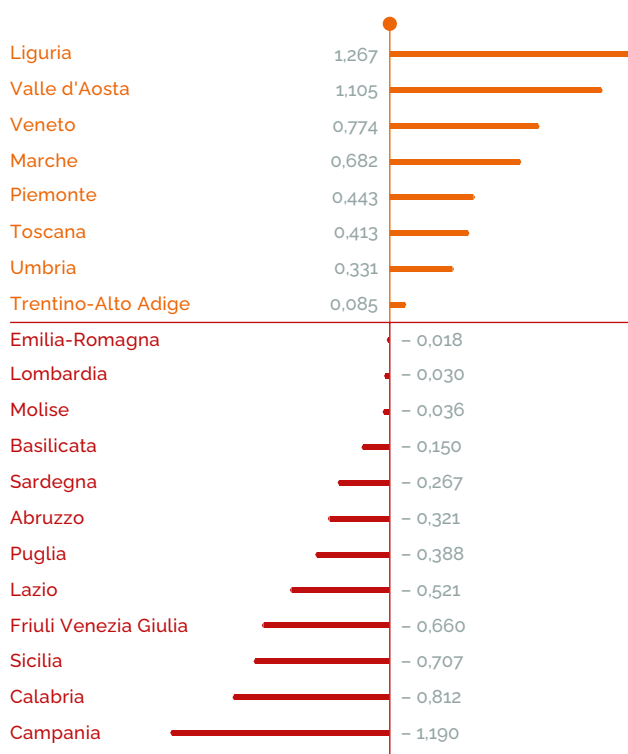
Il *tasso di dimissioni per disturbi psichici affettivi* è anch'esso in leggera diminuzione nel quinquennio 2018-2022 (da 8,45/10.000 abitanti a 8,18), con il minimo osservato ancora nel 2020 (7,83) e poi un rialzo nei due anni seguenti. In questo caso l'indicatore delle regioni del Nord nel 2022 (8,79/10.000 abitanti) è simile a quello registra-

to nelle regioni del Centro Italia (8,62), mentre quello delle regioni del Mezzogiorno è inferiore (5,59).

Nella lettura territoriale, la regione maggiormente provvista di servizi dedicati ai potenziali maltrattanti rispetto alla capacità di vivere una vita sana è la Liguria seguita dalla Valle d'Aosta, il Veneto, le Marche e il Piemonte. Tra le regioni con minore disponibilità di questo tipo di servizi si rilevano il Friuli Venezia Giulia, la Sicilia, la Calabria e la Campania.

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice, tra le regioni con maggiori variazioni si possono osservare la Basilicata, che ha guadagnato tre posizioni, mentre il Friuli Venezia Giulia e il Molise ne hanno perse rispettivamente quattro e tre.

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



• **SERVIZI PER BAMBINI E BAMBINE: I RISULTATI** (tab. 7 pag. 94)

La capacità di vivere una vita sana riferita ai servizi diretti ai minorenni viene descritta attraverso tre indicatori: il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni (aggiornato al 2022), la presenza di pediatri di libera scelta nei territori per ogni 10.000 bambini al di sotto dei 15 anni (aggiornato al 2021) e la presenza dei consultori familiari nei territori rispetto all'utenza di famiglie e minori (under 18 e adulti tra i 18 e i 64 anni non celibi e non nubile, dato aggiornato al 2021).

Il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni è in aumento tra il 2018 e il 2022 in tutto il Paese, essendo passato da 5,11/10.000 abitanti a 6,35, e nonostante il calo delle dimissioni legato all'impatto della pandemia nel 2020 (4,18). La differenza territoriale è rilevante ancora nel 2022, essendo questo indicatore più basso al Nord (2,56/10.000 ab.) e nel Mezzogiorno (5,95/10.000 ab.) rispetto al dato delle regioni del Centro (14,55/10.000 ab.).

La disponibilità di consultori familiari per 100.000 potenziali utenti è in lieve aumento tra il 2018 e il 2021 (da 7,29 a 7,48), ma tale dato è condizionato dalla riduzione della popolazione di riferimento, dal momento che il numero assoluto di consultori è in progressiva diminuzione.

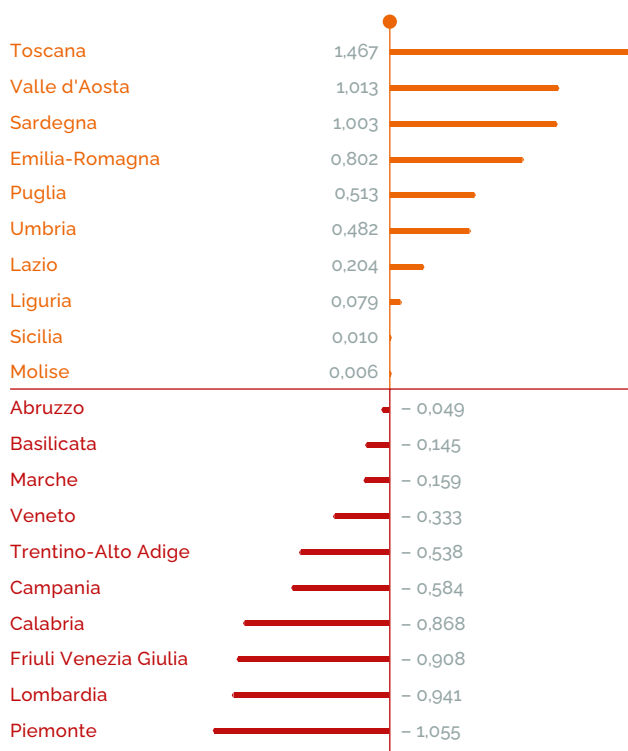
Stesso andamento si può riconoscere rispetto al numero dei pediatri di libera scelta rispetto alla popolazione under 15, indicatore lievemente aumentato tra il 2018 e il 2021 (da 9,35 a 9,37), ma solo a causa della diminuzione della popolazione under 15, dal momento che il numero assoluto di pediatri è sceso nello stesso periodo da 7.499 a 7.022.

La rilevazione territoriale mostra alla prima posizione la Toscana, seguita dalla Valle d'Aosta, la Sardegna, l'Emilia-Romagna e la Puglia.

Tra le regioni con minore disponibilità di servizi di questo tipo si osservano la Campania, la Calabria, il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia e il Piemonte.

Tra le ultime due edizioni dell'Indice la variazione più rilevante riguarda la Calabria, arretrata di sei posizioni, a causa della riduzione del numero di pediatri di libera scelta, sia in termini assoluti che rispetto alla popolazione under 15.

FIGURA 11. INDICE REGIONALE DEI SERVIZI PER L'INFANZIA. CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA



2.2.3 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA

La capacità di vivere una vita sicura è intrinseca al concetto di prevenzione del maltrattamento infantile.

La sicurezza deve essere garantita ai bambini sia nel contesto più vicino a loro (in famiglia, nell'ambito delle relazioni amicali) sia in quello più ampio, in termini di sicurezza ambientale. La **violenza domestica sulle donne** rappresenta la negazione della sicurezza in ambito familiare ed è riconosciuta come un fattore di rischio importante per la prevenzione del maltrattamento sui minorenni dal momento che i due fenomeni sono strettamente legati. Tutti i tipi di maltrattamento infantile hanno in comune come fattore di rischio la violenza domestica³¹. Relazioni familiari disfunzionali o isolamento sociale sono spesso alimentati da **un aumento dello stress genitoriale** e possono minare il senso di sicurezza dei bambini e delle bambine. Secondo uno studio condotto sui padri, solo la mancanza di **supporto sociale**, in termini di conversazioni con amici, parenti o vicini riguardo ai loro problemi, è risultata essere un predittore significativo del rischio di maltrattamento sui minori.³²

Infine, dal punto di vista sociale anche le **norme culturali** e la presenza o meno di **legislazione per la protezione dei minorenni** contribuiscono a creare un ambiente più o meno sicuro: una ricerca condotta in Germania, Giappone, Canada e Camerun, ha sottolineato che la trascuratezza e l'abuso sessuale possono essere associati alla percezione che questo tipo di maltrattamenti siano in qualche modo accettati nel contesto sociale in cui si vive³³. Inoltre, scarsa propensione a parlare di sessualità in modo adeguato ai bambini e alle bambine, matrimoni precoci, e il supporto in famiglia alle punizioni corporali possono da un lato aumentare il rischio di maltrattamento infantile e dall'altro rendere più difficile la prevenzione di determinati tipi di abusi.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 8 pag. 95)

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

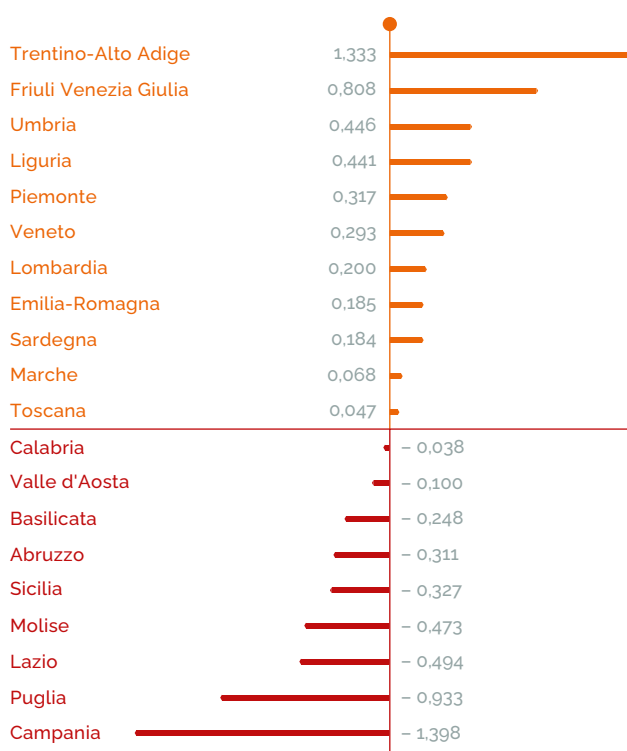
Rispetto alla precedente edizione dell'Indice si osserva il recupero dell'indicatore sulla *soddisfazione delle relazioni amicali* rispetto al calo osservato durante i due anni di pandemia, anche se non ancora tornato ai livelli pre COVID-19 (21,6% delle persone soddisfatte nel 2022 rispetto al 23% del 2019). Nella lettura per macroaree, nel 2022 la soddisfazione per le relazioni amicali è maggiore al Nord (24,6%) rispetto al Centro (20,6%) e al Mezzogiorno (17,9%).

L'indicatore sulla *fiducia interpersonale* continua a livello nazionale nella sua graduale ma costante discesa, solo negli ultimi 5 anni è passato dal 77,7% del 2018 al 74,1% del 2022, anche se è risalito di poco rispetto al minimo toccato nel 2021 (72,7%). Questo indicatore è comunque maggiore nel Mezzogiorno (78,9% nel 2022) rispetto a quanto rilevato nel Nord (71,9%) e nel Centro (71%).

Il *tasso di omicidi ogni 100.000 abitanti* è in progressivo anche se lento miglioramento sia a livello generale che nelle tre macroaree territoriali. Negli ultimi 10 anni rilevati, tra il

2012 e il 2021, è sceso a livello nazionale da 0,9/100.000 a 0,5/100.000, dato rimasto costante nel 2019, 2020 e 2021. Pur rimanendo ancora nel 2021 le differenze tra Nord (0,5/100.000), Centro (0,4/100.000) e Mezzogior-

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



no (0,7/100.000), vi è stato un processo di convergenza tra i territori, dal momento che il Mezzogiorno ha visto la maggiore riduzione negli ultimi 10 anni (da 1,3/100.000 a 0,7/100.000).

Nella rilevazione territoriale il Trentino-Alto Adige si conferma la regione con il più basso livello di fattori di rischio relativi alla sicurezza, seguito dal Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, la Liguria e il Piemonte.

Le regioni dalla situazione più critica rispetto a questa capacità sono invece il Molise, il Lazio, la Puglia e la Campania. Rispetto alla precedente edizione dell'Indice si osserva una sostanziale stabilità per 13 regioni che non hanno cambiato posizione, nonostante una variazione numerica dell'Indice.

• SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 9 pag. 96)

La capacità di vivere una vita sicura viene rappresentata attraverso tre indicatori relativi ai servizi ogni 100.000 abitanti, tutti aggiornati al 2020: gli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa, i servizi sociali di integrazione sociale e i centri anti violenza e le case rifugio.

L'indicatore sugli *adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa* è rimasto sostanzialmente stabile tra il 2017 e il 2020 (da 3,4/100.000 ab a 3,3), con il dato più basso nel Nord-est (1,6) e più elevato nelle Isole (5,5).

Il numero degli *utenti dei servizi sociali di integrazione sociale* è diminuito tra il 2018 e il 2020 del 36% in termini assoluti e del 33% rispetto alla popolazione di riferimento, a causa certamente dell'impatto della pandemia sull'attività dei servizi comunali.

I *centri anti violenza e le case rifugio* sono aumentati tra le rilevazioni Istat del 2018 e quella del 2020 del 49% in termini assoluti (da 479 a 716), raddoppiando quindi l'impatto anche rispetto alla popolazione di riferimento per famiglie e minorenni.

La regione più virtuosa in questo ambito, come nella precedente edizione, è l'Umbria, seguita da Emilia-Romagna, Lombardia, Calabria e Marche.

Tra le regioni con minori disponibilità di questo tipo di servizi si trovano la Sicilia, la Campania, la Basilicata, il Piemonte e il Lazio.

Nel merito delle variazioni rispetto alla precedente edizione, la Calabria registra un incremento di dodici

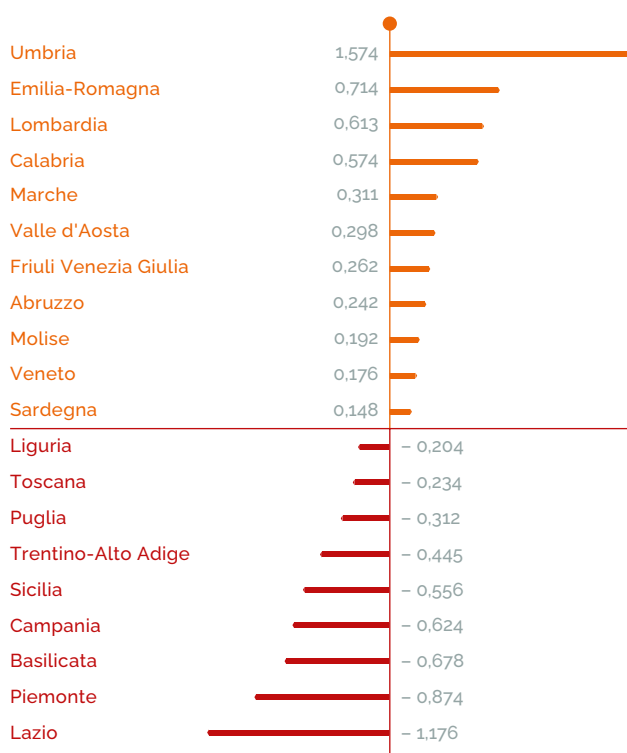
I cambiamenti più significativi si rilevano solo per l'Umbria (+10 posizioni) e per la Valle d'Aosta (-10 posizioni).

I progressi dell'Umbria sono dovuti soprattutto a una notevole riduzione della percezione del rischio di criminalità delle famiglie, sceso dal 32,3% del 2018 al 18,3% del 2020 e a un miglioramento della soddisfazione per le relazioni amicali (dal 22% del 2020 al 26,5% del 2022).

L'arretramento della Valle d'Aosta è invece riconducibile al peggioramento del tasso di omicidi aumentato da 0/100.000 abitanti tra il 2016 e il 2020 a 1,6/100.000 abitanti nel 2021, nonché alla diminuzione della fiducia nelle forze dell'ordine (da un valore medio di 7,5 nel 2020 a 7,3 nel 2022).

posizioni grazie ai progressi nell'indicatore riferito agli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa e all'incremento nel numero di utenti dei servizi sociali di integrazione sociale.

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



2.2.4 CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

Un basso livello di istruzione può determinare un elemento di difficoltà nel provvedere ai propri figli e nell'accedere alle risorse economiche necessarie per il benessere familiare; un **elevato livello di istruzione** delle madri è invece un fattore protettivo rispetto al rischio di maltrattare i minorenni³⁴. Inoltre, un **livello di istruzione basso** è solitamente collegato a un minor supporto sociale che può tradursi in un maggiore isolamento e quindi non supportare la genitorialità. In letteratura un livello basso di istruzione è stato incluso tra i fattori di rischio per l'abuso fisico, l'abuso emotivo e la trascuratezza³⁵.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 10 pag. 97)

I fattori di rischio legati al basso livello di istruzione dei genitori e, in particolare delle madri, definiscono il livello di capacità di acquisire conoscenza e sapere che può essere descritto in generale attraverso la percentuale di popolazione tra i 25 e i 64 anni con nessun titolo di studio o la licenza elementare (rimasto aggiornato al 2020 in questa edizione) e il tasso di istruzione terziaria delle donne nella fascia di età tra i 30 e i 34 anni (aggiornato al 2022), utilizzabile come riferimento per il livello di istruzione delle madri o potenziali madri.

In una prospettiva di medio-lungo termine, entrambi gli indicatori sono in progressivo miglioramento, grazie al ricambio generazionale che vede un migliore livello di istruzione tra la popolazione più giovane, soprattutto donne, rispetto alla popolazione più anziana, mediamente meno istruita.

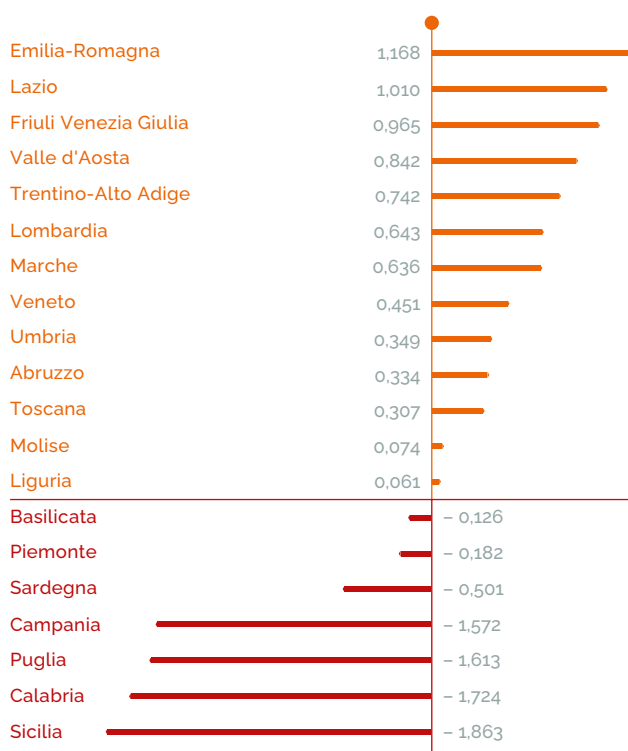
Si conferma quindi la riduzione della *percentuale di persone tra i 25 e i 64 anni che non hanno alcun titolo di studio o la licenza elementare*: dal 6,7% nel 2016 è scesa fino al 4,9% nel 2020.

Nel caso del *tasso di istruzione terziaria femminile nella fascia d'età 30-34 anni* si osserva invece l'incremento negli ultimi 10 anni (era del 27,3% nel 2013 ed è salito al 33,8% nel 2022) ma anche un rallentamento dei progressi significativo negli ultimi 5 anni (era infatti al 34,1% nel 2018). Per questo indicatore emerge una convergenza tra le regioni a causa del peggioramento del dato del Nord (sceso dal 39,2% del 2018 al 36,5%, per una differenza di 2,7 punti), compensato dal progresso delle regioni del Centro (migliorate di 2,5 punti) e del Mezzogiorno (migliorate di 0,9 punti).

L'Emilia-Romagna è la regione con la migliore protezione dai fattori di rischio legati all'istruzione, seguito dal Lazio, il Friuli Venezia Giulia e la Valle d'Aosta.

Nelle variazioni rispetto alla precedente edizione dell'Indice si può osservare il progresso della Valle d'Aosta (cinque posizioni), dell'Emilia-Romagna e del Veneto (tre posizioni per entrambe), mentre tra le maggiori variazioni negative perde cinque posizioni la Liguria e quattro l'Umbria. Tali variazioni sono dovute soprattutto all'andamento dell'indicatore sul tasso di istruzione terziaria femminile.

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



• **SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 11 pag. 98)

I servizi territoriali a disposizione per potenziare la capacità di acquisire conoscenza e sapere sono rappresentati da un unico indicatore disponibile che riguarda gli *adulti inoccupati nella classe d'età 25-64 anni che partecipano a attività formative e di istruzione* nelle regioni, aggiornato al 2020.

In generale questo indicatore è cresciuto ininterrottamente dal 2008, passando dal 5,9% al 7,5% del 2022, a parte la riduzione nell'anno della pandemia (6,2 nel 2020). Nel quinquennio tra il 2018 e il 2022 il progresso maggiore lo hanno conosciuto le regioni del Mezzogiorno, passate dal 6% al 7%, seguite dalle regioni del Centro, che hanno in generale il livello di servizi di questo tipo più elevato (9,4%, con un incremento di 0,8 punti), mentre il Nord, attestato al 7,1%, ha registrato un decremento di 0,4 punti.

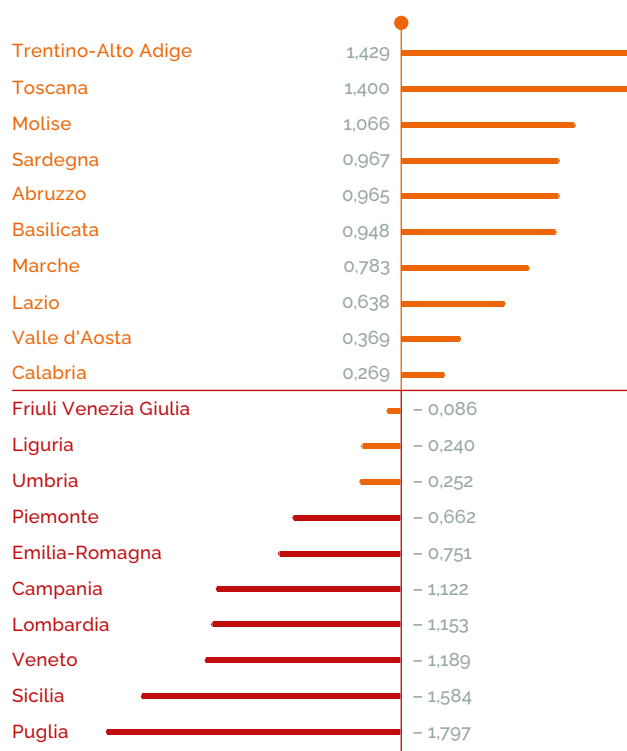
Nell'analisi territoriale la regione con l'indicatore migliore è il Trentino-Alto Adige, seguito dalla Toscana, il Molise e la Sardegna, mentre le regioni con il dato più critico sono la Lombardia, il Veneto, la Sicilia e la Puglia.

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

Tra il 2020 e il 2022, 15 regioni hanno aumentato l'offerta di questo servizio, con diversa intensità. Quelle che hanno investito di più sono state il Trentino-Alto Adige,

le Marche, la Campania e la Valle d'Aosta, che sono tutte aumentate di più di tre punti, mentre le cinque regioni che non hanno mostrato significativi cambiamenti sono state la Liguria, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Puglia, e l'Umbria.

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



2.2.5 CAPACITÀ DI LAVORARE

Una condizione occupazionale critica o instabile è stata riconosciuta dallo *European Report on Preventing Child Maltreatment* come un fattore di rischio di maltrattamento infantile poiché aumenta lo stress genitoriale: la **disoccupazione** infatti può portare a depressione e aumento di consumo di alcol e droghe, tutti fattori di rischio riconosciuti. La disoccupazione paterna, dati i ruoli tradizionali di genere che identificano nei padri coloro che devono mantenere la famiglia, può aumentare il rischio di maltrattamento. Maggiori **tassi di occupazione femminile** in uno studio statunitense sono stati legati a un aumento del maltrattamento: questo comporta che l'adozione di politiche che puntano ad aumentare la partecipazione delle donne nel mercato del lavoro debbano anche essere accompagnate da un adeguato accesso ai servizi per l'infanzia e ai servizi per la salute mentale³⁶. In letteratura la disoccupazione è spesso collegata alla trascuratezza, che può essere dovuta non tanto a una diminuzione delle spese in beni e servizi per i bambini e le bambine (che tendono a rimanere costanti) a causa di un reddito minore, ma ad altri fattori che possono essere conseguenza della disoccupazione, come tempo di qualità peggiore trascorso con i figli e le figlie e una peggiore salute mentale dei genitori³⁷. Secondo una ricerca, a un aumento di un punto percentuale nel tasso di disoccupazione corrisponderebbe un aumento del 20% nelle denunce per trascuratezza³⁸.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 12 pag. 99)

Gli indicatori relativi alla capacità di lavorare con riferimento ai fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia si concentrano soprattutto sulle criticità lavorative delle fasce di età legate alla dimensione parentale e familiare, nonché alle situazioni di difficoltà lavorativa prolungata: il tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni, l'incidenza della disoccupazione di lunga durata, la presenza degli occupati non regolari e la presenza nelle famiglie di individui a bassa intensità lavorativa³⁹.

Dei quattro indicatori è stato possibile aggiornarne due al 2022, mentre gli altri due sono rimasti aggiornati al 2020 e al 2019.

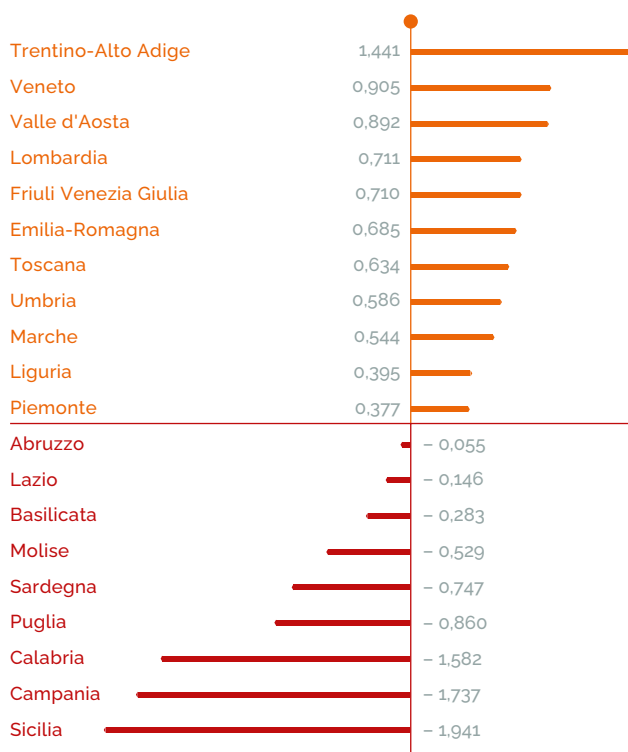
Rispetto ai due indicatori aggiornati al 2022, *il tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni* mostra un miglioramento nazionale, essendo sceso dal 9,2% al 7,5% tra il 2018 e il 2022, mentre l'incidenza di disoccupazione di lunga durata sul totale dei disoccupati si è anch'essa ridotta nello stesso periodo dal 59,0% al 58,5%. I progressi nell'ambito del lavoro nella fascia di età tra i 35 e i 44 anni sono peraltro confermati anche dallo speculare aumento del tasso di occupazione che aumenta nello stesso quinquennio dal 73,5% al 74,7%, con progressi di convergenza tra le aree del Paese. Il Nord, che ha un tasso di occupazione dei 35-44enni più elevato (84,3%), è infatti migliorato nel quinquennio di 0,7 punti, mentre il Centro (tasso di occupazione di 80,2%) è migliorato di 1,2 punti. Il Mezzogiorno, che ha il dato più basso (58,8%) ha registrato però il maggiore progresso (2,1 punti).

Nella rilevazione territoriale le regioni che hanno la migliore protezione rispetto ai fattori di rischio legati al lavoro sono il Trentino-Alto Adige, il Veneto, la Valle d'Aosta e la Lombardia.

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

Nel confronto tra le edizioni 2022 e 2024 dodici regioni hanno mantenuto la stessa posizione, pur avendo registrato minime variazioni dell'Indice, mentre sei regioni hanno mostrato variazioni in aumento o in diminuzione di una posizione; due regioni sono scese di due posizioni (l'Emilia-Romagna e le Marche).

FIGURA 16. FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI. CAPACITÀ DI LAVORARE



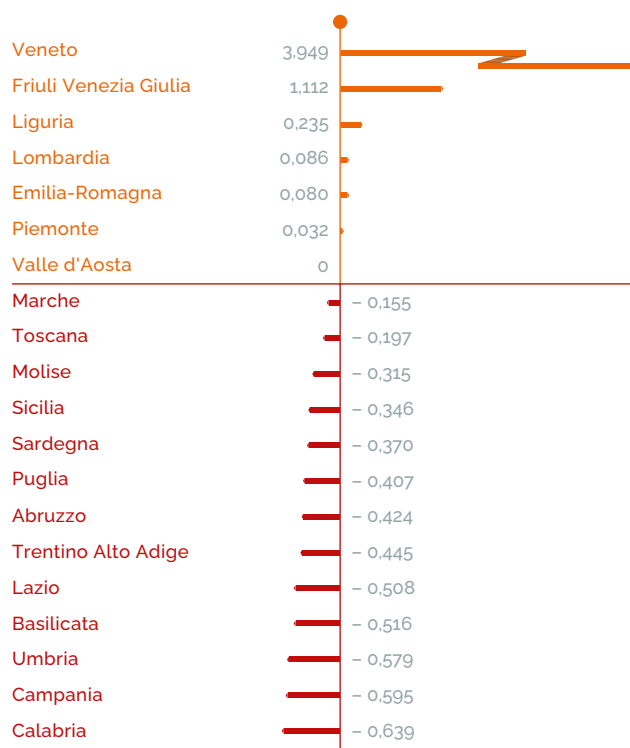
• **SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 13 pag. 100)

I servizi territoriali che possono mitigare i fattori di rischio di maltrattamento relativi alla capacità di lavorare, riguardano i servizi sociali comunali per l'inserimento lavorativo, calcolati rispetto agli utenti di riferimento (ogni 100.000 disoccupati over 15) che hanno avuto accesso a servizi quali: il sostegno all'inserimento lavorativo e ad altre attività socio-educative, oltre ai contributi per l'inserimento lavorativo, aggiornati al 2020.

Le regioni con una maggiore offerta di questo tipo di servizi sono il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria e la Lombardia.

Le regioni con minor numero di servizi di questo tipo sono la Basilicata, l'Umbria, la Campania e la Calabria.

FIGURA 17. SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI. CAPACITÀ DI LAVORARE



2.2.6 CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

Il maltrattamento infantile avviene in molte famiglie, indipendentemente dal loro status socioeconomico, ma vi è una relazione forte tra **povertà** e maltrattamento, dovuta al fatto che la povertà rappresenta un rilevante fattore di stress genitoriale⁴⁰. Una ricerca del 2022⁴¹ ha dimostrato che ci sono alcune forme di insicurezza economica come guadagni mancati e difficoltà abitative che costituiscono un fattore predittivo affidabile di maltrattamento sui bambini e le bambine.

Questa relazione implica che sia cruciale, per diminuire i tassi di maltrattamento infantile, sostenere con apposite politiche e provvedimenti il reddito delle famiglie. Al di là della condizione socioeconomica delle famiglie, anche vivere in un **quartiere povero** può esporre a un maggiore rischio di maltrattamento: uno studio statunitense ha rilevato che una concentrazione di famiglie monoparentali, alloggi sfitti e alti tassi di disoccupazione in un quartiere erano associati in modo significativo (ma decrescente nel corso degli anni) ad alti tassi di maltrattamento infantile⁴².

La letteratura scientifica non ha individuato, in generale, una relazione tra **origine etnica** dei bambini e delle famiglie e rischio di maltrattamento. Va evidenziato che negli USA uno studio ha rilevato una sovrarappresentazione delle minoranze etniche nelle statistiche relative al maltrattamento, ma a parità di livelli di povertà i tassi di maltrattamento per i bianchi si sono rilevati maggiori di quelli delle minoranze etniche. Si ipotizza che la sovrarappresentazione delle minoranze etniche in termini di maltrattamento sia da collegare a uno status socio-economico generalmente più svantaggiato⁴³ e al razzismo sistemico. Inoltre, si può supporre che immigrati recenti e rifugiati siano sottoposti a stress specifici che potrebbero influire sulle probabilità di maltrattamento ai minorenni⁴⁴.

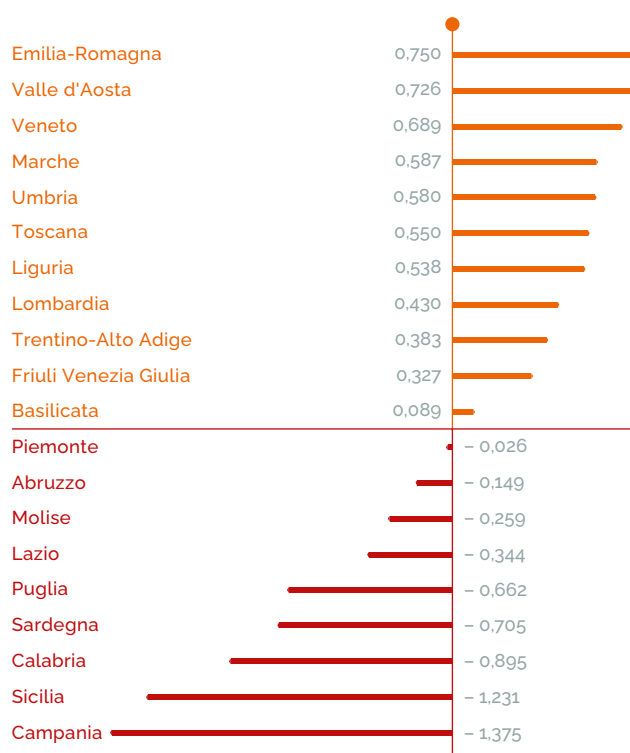
Pertanto, fattori di rischio più elevati possono essere legati alla maggiore vulnerabilità economica e sociale in cui spesso versano i migranti o le minoranze etniche. Solo le mutilazioni genitali femminili costituiscono uno dei fattori di rischio al maltrattamento specifico per le bambine in famiglia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

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 14 pag. 101)

I fattori di rischio legati alla capacità di accedere alle risorse e ai servizi sono considerati nell'Indice attraverso sei indicatori, dei quali cinque aggiornati nella presente edizione: la grave deprivazione materiale (rimasto aggiornato al 2019), le persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali (2022), la valutazione soggettiva della difficoltà economica (2022), la povertà relativa familiare (2021), la disuguaglianza nella distribuzione del reddito disponibile (2021) e la crescita annua del PIL pro capite (2021).

L'indicatore relativo alle *persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali* è a livello nazionale in graduale diminuzione nel decennio tra il 2013 e il 2022, essendo sceso dall'8,8% al 5,2%, avendo riassorbito il temporaneo aumento verificatosi durante gli anni della pandemia. Pur essendo le regioni del Mezzogiorno ancora con un grado di sovraffollamento abitativo più significativo (6%, contro il 4,5% del Centro Italia e il 5% del Nord), vi è stato un progresso maggiore, essendo la diminuzione registrata in questa area del Paese tra il 2013 e il 2022 di 5,3 punti (da 11,3% a 6%), contro la riduzione di 4,5 punti delle regioni del Centro e di 1,8 punti in quelle del Nord.

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



La valutazione soggettiva della difficoltà economica ad arrivare a fine mese riguarda il 6,9% della popolazione nel 2022. Questo indicatore è in progressiva riduzione rispetto al 18,8% registrato nel 2013, nonostante il peggioramento durante i due anni di pandemia, 2020 e 2021, poi riassorbito nel 2022. Nella lettura delle macroaree economiche permane ancora nel 2022 una forte differenza territoriale: hanno difficoltà ad arrivare a fine mese il 2,9% delle persone residenti nel Nord, il 3,3% di quelle delle regioni del Centro Italia e il 14,4% di quelle nel Mezzogiorno.

Il percorso di convergenza vede però un maggiore progresso delle regioni del Mezzogiorno, migliorate di 18,4 punti (dal 32,8% del 2013 al 14,4% del 2022) rispetto alle regioni del Nord e del Centro, migliorate rispettivamente di 7,5 punti e di 10,4 punti.

La povertà relativa familiare ha riguardato nel 2021 l'11% delle famiglie, con un progresso molto lento rispetto al 2017 (12,3%). Anche se permane un gap territoriale molto forte, che oscilla tra la regione con la povertà relativa familiare più bassa, il Trentino-Alto Adige con il 4,5% delle famiglie e quella più elevata, la Campania con il 22,8%, alcune regioni del Mezzogiorno hanno registrato nel quinquennio progressi significativi: la Calabria è mi-

gliorata di 15 punti (dal 35,3% del 2017 al 20,3% del 2021) e la Sicilia di 10,7 punti (dal 29% al 18,3%).

La disuguaglianza nella distribuzione del reddito netto disponibile è rimasta pressoché costante nell'ultimo decennio monitorato, essendo rimasto il rapporto fra il reddito equivalente totale ricevuto dall'ultimo quinto e quello ricevuto dal primo quinto (rapporto s80/s20⁴⁵) tra 5,8 del 2013 e 5,6 del 2021. Se nelle regioni del Nord e del Centro non ci sono variazioni significative, quelle del Mezzogiorno hanno conosciuto un maggiore progresso da 7,2 a 5,6.

Tra le regioni con il più elevato livello di capacità di accedere alle risorse e ai servizi si possono osservare l'Emilia-Romagna, la Valle d'Aosta, il Veneto e le Marche.

Tra le regioni con maggiori criticità si osservano invece la Sardegna, la Calabria, la Sicilia e la Campania.

Nel confronto con la precedente edizione dell'Indice le variazioni di posizione positiva più vistose riguardano le Marche (sette posizioni), e l'Emilia-Romagna, la Valle d'Aosta e l'Abruzzo, cresciute di cinque posizioni. Tra le variazioni negative più importanti il Friuli Venezia Giulia, che ha perso otto posizioni, il Trentino-Alto Adige che ne ha perse sei e la Sardegna con cinque.

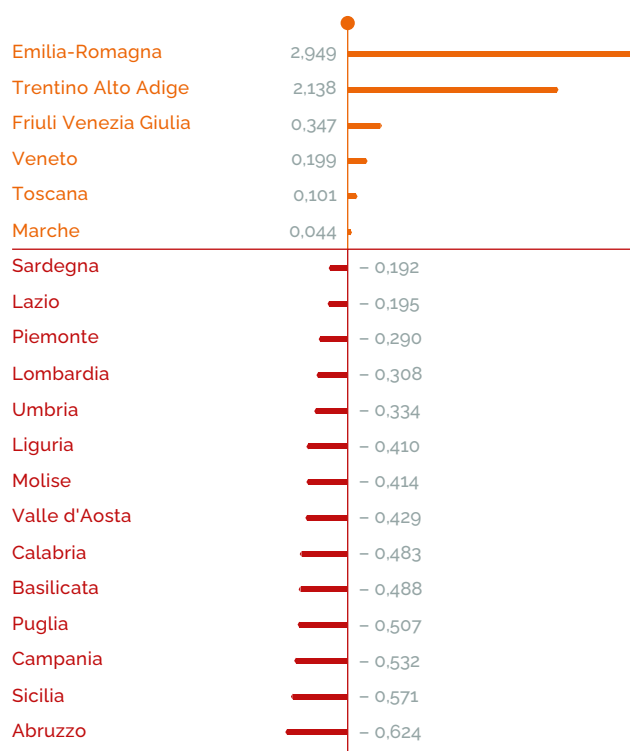
• SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 15 pag. 102)

I servizi territoriali mirati a curare e prevenire il maltrattamento ai minori intervenendo sulla capacità di accedere alle risorse e ai servizi, sono rappresentati da due indicatori relativi ai servizi e ai contributi dei Comuni per l'integrazione di reddito e ai contributi per la situazione abitativa, aggiornati al 2020 e rapportati alla popolazione che versa in stato di grave deprivazione materiale.

Entrambi gli indicatori hanno conosciuto un incremento significativo nel numero degli utenti, certamente legato alla crisi pandemica e al supporto economico da parte delle istituzioni pubbliche per le fasce di popolazione a maggiore rischio di povertà.

Nella lettura territoriale, l'Emilia-Romagna, il Trentino-Alto Adige e il Friuli Venezia Giulia sono le regioni maggiormente dotate di questo tipo di servizi, mentre una copertura non ancora adeguata si rileva in Puglia, Campania, Sicilia e Abruzzo.

FIGURA 19. SERVIZI DIRETTI PER POTENZIALI MALTRATTANTI. CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI



2.3 L'INDICE REGIONALE: FATTORI DI RISCHIO E SERVIZI

2.3.1 L'INDICE DEI FATTORI DI RISCHIO

FIGURA 20. INDICE REGIONALE SUI FATTORI DI RISCHIO

INDICATORE REGIONALE DI PREVENZIONE E CURA DEL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA TOTALE FATTORI DI RISCHIO E SINTOMI - VARIAZIONI 2022-2024

		Indice 2022	Indice 2024	Pos 2022	Pos 2024	Var	Diff. Pos
Trentino-Alto Adige	0,982	0,957	0,982	1	1	=	0
Friuli Venezia Giulia	0,588	0,682	0,588	2	2	=	0
Emilia-Romagna	0,540	0,454	0,540	4	3	▲	1
Lombardia	0,474	0,409	0,474	6	4	▲	2
Veneto	0,443	0,576	0,443	3	5	▼	-2
Valle d'Aosta	0,314	0,453	0,314	5	6	▼	-1
Umbria	0,307	0,188	0,307	9	7	▲	2
Toscana	0,301	0,309	0,301	8	8	=	0
Liguria	0,248	0,384	0,248	7	9	▼	-2
Marche	0,166	0,171	0,166	11	10	▲	1
Lazio	0,114	0,181	0,114	10	11	▼	-1
Piemonte	0,111	0,136	0,111	12	12	=	0
Basilicata	-0,165	-0,202	-0,165	14	13	▲	1
Abruzzo	-0,171	-0,194	-0,171	13	14	▼	-1
Molise	-0,235	-0,377	-0,235	16	15	▲	1
Sardegna	-0,344	-0,333	-0,344	15	16	▼	-1
Calabria	-0,653	-0,602	-0,653	17	17	=	0
Puglia	-0,812	-0,770	-0,812	18	18	=	0
Sicilia	-1,091	-1,051	-1,091	19	19	=	0
Campania	-1,236	-1,231	-1,236	20	20	=	0

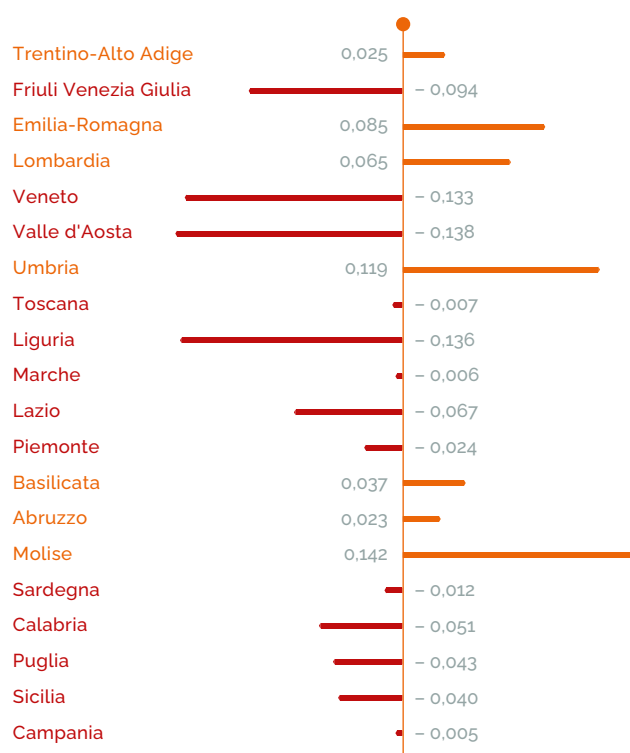
Nella sintesi complessiva dei fattori di rischio al maltrattamento dell'infanzia, le regioni con una situazione di contesto più favorevole sono il Trentino-Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e il Veneto. Le regioni con una criticità di contesto maggiore sono invece la Calabria, la Puglia, la Sicilia e la Campania. Poiché i fattori di rischio si riferiscono soprattutto a capacità riferibili a comportamenti e scelte di persone, cambiamenti sostanziali si possono riconoscere in una visione di medio-lungo termine. Per questo motivo le variazioni di posizione tra le regioni rispetto alla media nazionale, nel confronto con la precedente edizione dell'Indice, sono piuttosto contenute e non variano mai di più di due posizioni. Variazioni positive di due posizioni riguardano l'Umbria e la Lombardia, di una posizione l'Emilia-Romagna, le Marche, la Basilicata e il Molise. Rimangono invece in posizione invariata il Trentino-Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, il Piemonte, la Calabria, la Puglia, la Sicilia e la Campania. Arretrano di una posizione la Valle d'Aosta, il Lazio, l'Abruzzo, la Sardegna, e di due posizioni il Veneto e la Liguria.

Una lettura più dettagliata, che mette a confronto non tanto la posizione tra regioni rispetto alla media nazionale quanto il valore numerico dell'Indice, consente di osservare in modo più accurato le variazioni che solo in alcuni casi sono abbastanza consistenti da modificare la posizione delle regioni.

Da questa rilevazione più approfondita è possibile osservare ad esempio come, tra le regioni che non hanno

mutato posizione tra le edizioni 2022 e 2024 dell'Indice, il Trentino-Alto Adige mantiene la prima posizione aumentando anche se di poco la propria distanza dalla media nazionale, mentre le altre regioni, come il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, la Calabria, la Puglia, la Sicilia e la Campania la peggiorano di poco.

FIGURA 21. INDICE REGIONALE SUI FATTORI DI RISCHIO VARIAZIONI 2022-2024



2.3.2 L'INDICE DEI SERVIZI

FIGURA 22. INDICE REGIONALE SUI SERVIZI

INDICATORE REGIONALE DI PREVENZIONE E CURA DEL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA TOTALE SERVIZI - VARIAZIONI 2022-2024

		Indice 2022	Indice 2024	Pos 2022	Pos 2024	Var	Diff. Pos
Emilia-Romagna	0,777	0,635	0,777	1	1	=	0
Veneto	0,492	0,425	0,492	2	2	=	0
Toscana	0,404	0,382	0,404	3	3	=	0
Valle d'Aosta	0,392	0,235	0,392	8	4	⬆	4
Umbria	0,331	0,295	0,331	6	5	⬆	1
Sardegna	0,239	0,226	0,239	9	6	⬆	3
Trentino-Alto Adige	0,231	0,321	0,231	4	7	⬇	-3
Liguria	0,189	0,303	0,189	5	8	⬇	-3
Marche	0,131	-0,027	0,131	11	9	⬆	2
Friuli Venezia Giulia	-0,009	0,250	-0,009	7	10	⬇	-3
Molise	-0,044	-0,040	-0,044	12	11	⬆	1
Basilicata	-0,080	-0,174	-0,080	14	12	⬆	2
Abruzzo	-0,089	-0,068	-0,089	13	13	=	0
Piemonte	-0,201	0,195	-0,201	10	14	⬇	-4
Lombardia	-0,255	-0,241	-0,255	16	15	⬆	1
Lazio	-0,304	-0,336	-0,304	17	16	⬆	1
Puglia	-0,420	-0,223	-0,420	15	17	⬇	-2
Calabria	-0,422	-0,710	-0,422	19	18	⬆	1
Sicilia	-0,518	-0,629	-0,518	18	19	⬇	-1
Campania	-0,815	-0,763	-0,815	20	20	=	0

Rispetto ai servizi di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia, la regione con una migliore dotazione strutturale è l'Emilia-Romagna, seguita dal Veneto, la Toscana, la Valle d'Aosta, l'Umbria e la Sardegna.

Tra le regioni con maggiori criticità si registrano la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Campania.

Nelle variazioni di posizione rispetto alla precedente edizione si osservano la Valle d'Aosta, avanzata di quattro posizioni e il Piemonte, arretrato di quattro. La Sardegna ha guadagnato tre posizioni mentre il Trentino-Alto Adige, la Liguria e il Friuli Venezia Giulia ne hanno perse altrettante.

Su tali risultati hanno inciso certamente le variazioni legate alla circostanza eccezionale della pandemia (molti dati sono riferiti al 2020) e a progetti finanziati in modo discontinuo negli anni.

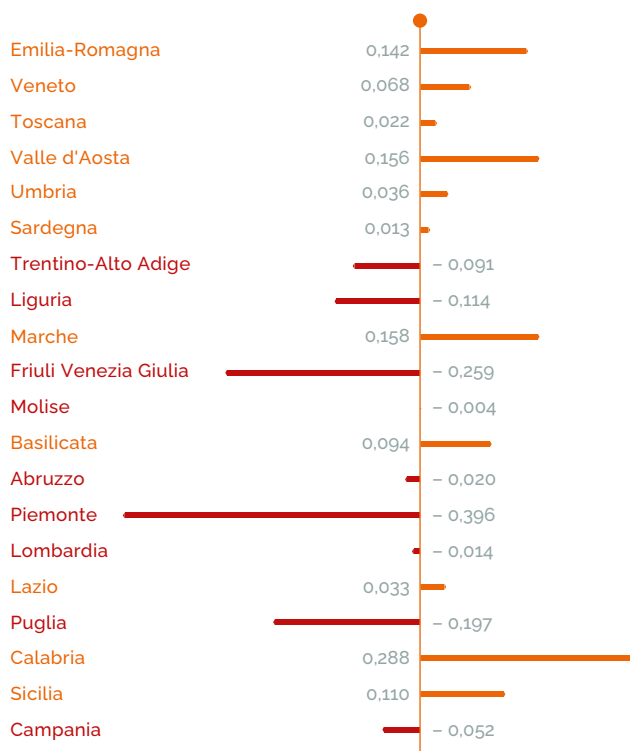
Nella lettura dei servizi, occorre infatti ricordare che sono presi in considerazione i servizi finanziati direttamente o indirettamente dalle Istituzioni del territorio, come i Comuni e le Regioni, sulla base del sistema di monitoraggio nazionale attualmente a disposizione. Per tale motivo l'Indice rappresenta una lettura del ruolo degli enti locali del territorio nella prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia attraverso i loro servizi, ma non monitora l'importante contributo del Terzo Settore finanziato dai privati, aziende, donatori, volontari o altre istituzioni.

La lettura dell'indice numerico, a prescindere dalla posizione delle regioni, offre ulteriori spunti di riflessione

nel confronto con la precedente edizione: le prime sei regioni aumentano infatti la propria distanza rispetto alla media nazionale.

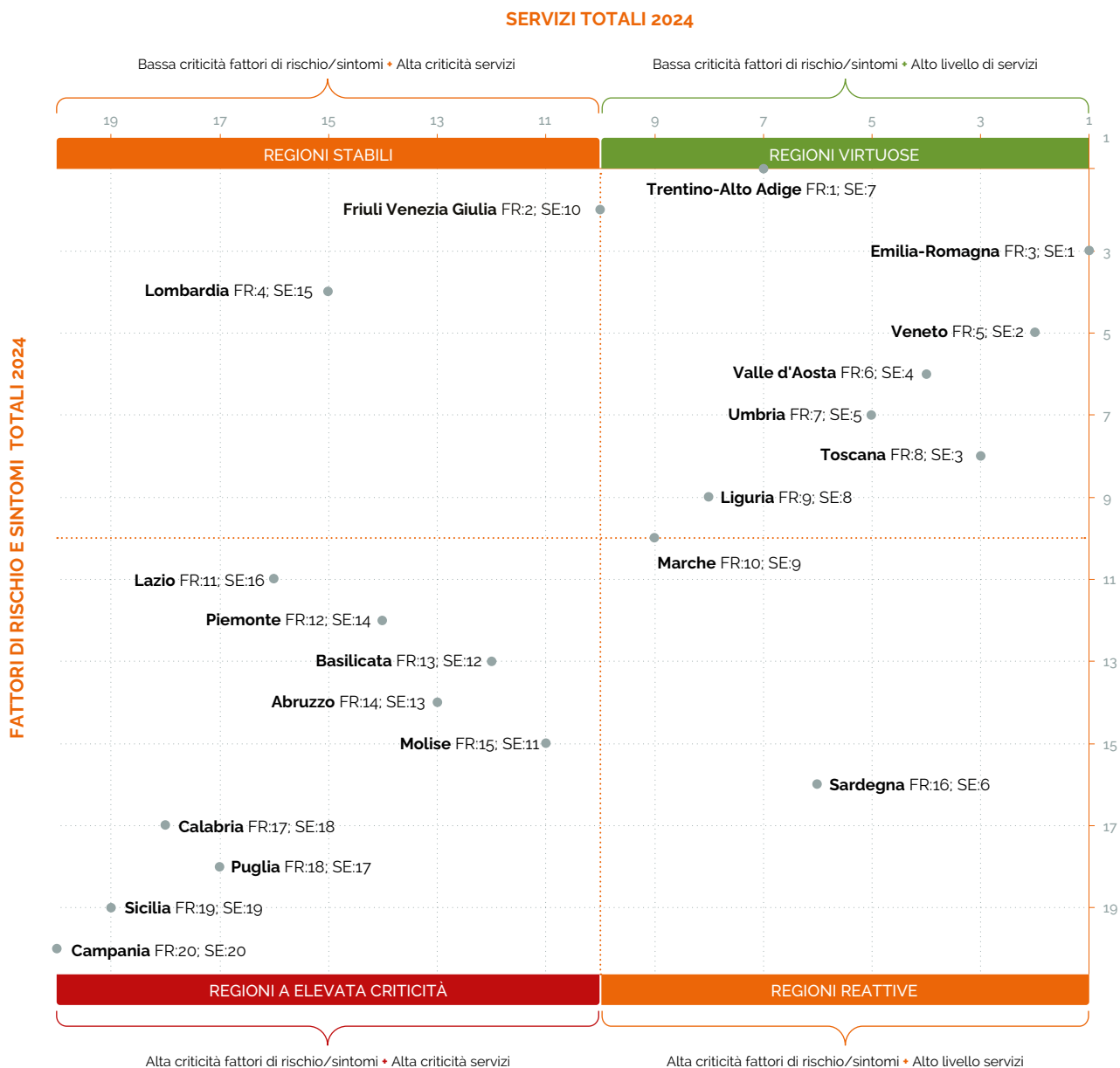
Una delle regioni con maggiore distanza dalla media nazionale è la Calabria, che guadagna una posizione.

FIGURA 23. INDICE REGIONALE SUI SERVIZI. VARIAZIONI 2022-2024



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

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



Il confronto territoriale tra i fattori di rischio e i servizi nelle varie regioni permette di ragionare sui punti di forza e di debolezza rispetto a quattro gruppi di regioni (cluster) aggregati in relazione alla posizione in riferimento alla media nazionale. Si definiscono **regioni "a elevata criticità"** quei territori nei quali, a fronte di fattori di rischio elevati, non corrisponde una reazione del sistema dei servizi, rimasti al di sotto della media nazionale. In questo raggruppamento si trovano nove regioni la Campania, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, il Molise, la Basilica-

ta, l'Abruzzo, il Lazio e il Piemonte. La diversa combinazione tra fattori di rischio e servizi mostra diversi livelli di complessità all'interno dello stesso cluster: la Campania rimane al 20° posto analogamente alla precedente edizione, 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 18ª posizione sia per i fattori di rischio che per i servizi; Molise, Abruzzo e Basilicata si avvicinano di più alla media nazionale per i servizi (tutti tra la 11ª e la 13ª posizione) che rispetto

ai fattori di rischio (tra la 13° e la 15° posizione); mentre il Piemonte e il Lazio hanno una situazione dei fattori di rischio, tra la 11° e la 12° posizione, migliore di quella dei servizi (tra la 14° e la 16°).

Nel quadrante delle **regioni "reattive"**, che rispondono alle elevate criticità nei fattori di rischio con servizi al di sopra della media nazionale, si trova la Sardegna, 16a quanto a fattori di rischio, che fronteggia con servizi posizionati meglio, al 6° posto. Le Marche si collocano sulla media nazionale per i fattori di rischio (10° posto) e di una posizione migliore per i servizi (9°).

Il quadrante delle **"regioni virtuose"** include territori che, pur in presenza di un contesto ambientale relativo ai fattori di rischio migliore rispetto alla media nazionale, continuano a investire nei servizi a un livello sempre superiore al dato medio complessivo. In questo gruppo

si trovano Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Veneto, Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Liguria.

Anche in questo caso nel gruppo di regioni convivono territori che hanno un contesto ambientale migliore rispetto al livello dei servizi offerti (il Trentino-Alto Adige è 1° per fattori di rischio e 7° per servizi) e altri che, viceversa, rispondono alle criticità ambientali con servizi molto superiori alla media (l'Emilia-Romagna è 3° per fattori di rischio e 1° per servizi).

Tra le **regioni "stabili"**, che combinano situazioni ambientali favorevoli con sistemi di servizi inferiori alla media nazionale, si conferma, come nelle precedenti edizioni, la Lombardia alla 4° posizione tra i fattori di rischio e alla 15° tra i servizi. Sul confine con il cluster delle regioni a elevata criticità si osserva il Friuli Venezia Giulia, che è in seconda posizione per i fattori di rischio ma alla decima per i servizi.



2.4 L'INDICE REGIONALE: TOTALE PER CAPACITÀ

L'Indice regionale di sintesi finale sugli indicatori della prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia offre una lettura conclusiva dei fattori di rischio e dei servizi nei territori che bilancia sia le criticità di contesto che le capacità del sistema di fronteggiarle, rinforzando in questo modo i fattori adattivi e di resilienza.

FIGURA 25. INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ

INDICATORE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO E LA CURA ALL'INFANZIA IN ITALIA. TOTALE CAPACITÀ – VARIAZIONI 2022-2024

		Indice 2022	Indice 2024	Pos 2022	Pos 2024	Var	Diff. Pos
Emilia-Romagna	0,697	0,710	0,697	1	1	=	0
Trentino-Alto Adige	0,644	0,703	0,644	2	2	=	0
Veneto	0,532	0,575	0,532	3	3	=	0
Friuli Venezia Giulia	0,358	0,535	0,358	4	4	=	0
Valle d'Aosta	0,344	0,304	0,344	7	5	▲	2
Toscana	0,338	0,336	0,338	5	6	▼	-1
Umbria	0,322	0,279	0,322	8	7	▲	1
Marche	0,204	0,041	0,204	11	8	▲	3
Liguria	0,186	0,322	0,186	6	9	▼	-3
Lombardia	0,109	0,106	0,109	10	10	=	0
Sardegna	-0,060	-0,006	-0,060	12	11	▲	1
Piemonte	-0,071	0,238	-0,071	9	12	▼	-3
Abruzzo	-0,095	-0,130	-0,095	14	13	▲	1
Basilicata	-0,123	-0,174	-0,123	15	14	▲	1
Molise	-0,126	-0,253	-0,126	16	15	▲	1
Lazio	-0,134	-0,129	-0,134	13	16	▼	-3
Calabria	-0,546	-0,774	-0,546	18	17	▲	1
Puglia	-0,691	-0,527	-0,691	17	18	▼	-1
Sicilia	-0,865	-0,957	-0,865	19	19	=	0
Campania	-1,057	-1,090	-1,057	20	20	=	0

In questa sesta edizione l'Emilia-Romagna si conferma come la regione con la migliore capacità di fronteggiare il tema del maltrattamento ai minori, nella sintesi tra fattori di rischio e servizi.

Seguono il Trentino-Alto Adige, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia che mantengono le stesse posizioni della precedente edizione, così come la Lombardia. Le due regioni con le maggiori criticità si confermano la Sicilia e la Campania.

Rispetto alle altre regioni, le Marche migliorano di tre posizioni, la Valle d'Aosta di due, l'Umbria, la Sardegna, l'Abruzzo, la Basilicata, il Molise e la Calabria di una.

Tra le regioni che peggiorano invece di tre posizioni si segnalano la Liguria, il Piemonte e il Lazio, mentre la Toscana e la Puglia perdono una posizione ciascuna.

Il confronto tra l'edizione 2022 e 2024 rispetto alla variazione dell'indice numerico mostra come le prime quattro regioni (Emilia-Romagna, Trentino-Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia) pur avendo mantenuto la stessa posizione hanno peggiorato la propria distanza dalla media nazionale. Le variazioni per le altre regioni spiegano i vari cambi di posizione, che possono essere avvenuti sia per un peggioramento degli indicatori sia per un progressivo miglioramento delle altre regioni. Tra le regioni del Mezzogiorno accorciano la distanza dalla media nazionale la Basilicata, il Molise, la Sicilia e la Campania. Il progresso della Calabria spiega anche l'avanzamento dalla 20ª posizione alla 17ª.

FIGURA 26. INDICE REGIONALE PER CAPACITÀ. VARIAZIONI 2022-2024

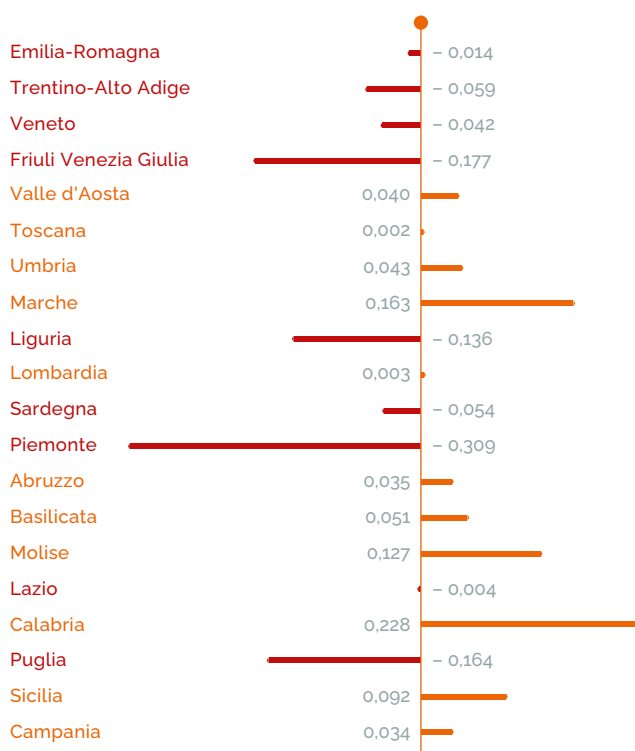
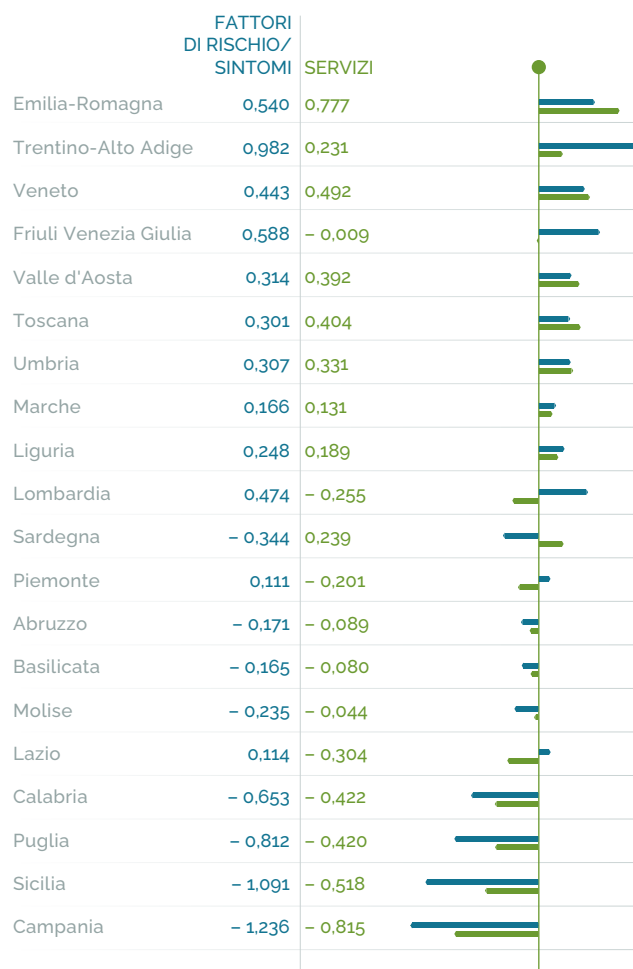


FIGURA 27. CONFRONTO FATTORI DI RISCHIO/SINTOMI E SERVIZI



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

Nel confronto emerge nel complesso infatti una certa coerenza tra le regioni che hanno fattori di rischio migliori della media nazionale, ai quali corrispondono anche servizi superiori alla media nazionale, mentre al contrario, le regioni con i fattori di rischio più critici sono anche regioni i cui servizi sono al di sotto della media nazionale.

Il confronto tra le sei capacità che compongono l'Indice, per ciascuna della quale è stata fatta una sintesi dei rispettivi fattori di rischio e servizi, mostra gli specifici punti di forza e di debolezza per ogni territorio.

Le prime posizioni vedono l'Emilia-Romagna primeggiare nella capacità di cura e di accedere alle risorse, il Trentino-Alto Adige nella capacità di acquisire conoscenza e sapere, il Veneto nella capacità di lavorare, la Toscana nella capacità di vivere una vita sana.

Le ultime regioni, Puglia, Sicilia e Campania oscillano tra la 13° e la 20° posizione per tutte le capacità, confermando, come negli anni precedenti importanti criticità complessive di sistema, ma mostrando comunque, come descritto nelle pagine precedenti, anche segnali di progresso su specifici indicatori.

I progressi della Calabria nella capacità di vivere una vita sicura (dalla 17° posizione della precedente edizione alla

sesta dell'edizione 2024) sono dovuti al miglioramento di alcuni indicatori relativi sia ai fattori di rischio (miglioramento della soddisfazione per le relazioni amicali, riduzione del tasso di omicidi volontari, minore percezione del rischio di criminalità) sia ai servizi (incremento dell'indicatore riferito agli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa e del numero di utenti dei servizi sociali di integrazione sociale).

INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO E LA CURA ALL'INFANZIA IN ITALIA: DETTAGLIO PER CAPACITÀ

REGIONI	CURA	VITA SANA	VITA SICURA	CONOSCENZA E SAPERE	LAVORARE	ACCEDERE RISORSE	TOTALE CAPACITÀ	Totale Indice
Emilia-Romagna	1	4	3	11	6	1	1	0,697
Trentino-Alto Adige	8	3	4	1	3	2	2	0,644
Veneto	7	6	7	15	1	3	3	0,532
Friuli Venezia Giulia	12	14	2	8	2	4	4	0,358
Valle d'Aosta	5	2	11	6	4	7	5	0,344
Toscana	9	1	13	2	8	5	6	0,338
Umbria	2	7	1	12	11	8	7	0,322
Marche	13	10	8	4	10	6	8	0,204
Liguria	4	5	10	13	7	9	9	0,186
Lombardia	11	12	5	14	5	10	10	0,109
Sardegna	6	9	9	10	16	16	11	-0,060
Piemonte	3	15	15	16	9	11	12	-0,071
Abruzzo	14	16	12	5	12	15	13	-0,095
Basilicata	10	17	17	9	14	12	14	-0,123
Molise	15	11	14	7	15	14	15	-0,126
Lazio	16	8	19	3	13	13	16	-0,134
Calabria	19	18	6	17	18	18	17	-0,546
Puglia	17	13	18	19	17	17	18	-0,691
Sicilia	18	19	16	20	19	19	19	-0,865
Campania	20	20	20	18	20	20	20	-1,057

Note di capitolo

1 In questa edizione viene presentata una sintesi della metodologia seguita per elaborare l'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia. Per un ulteriore approfondimento si rimanda all'edizione 2018 disponibile al link: <https://www.cesvi.org/approfondimenti/indice-regionale-sul-maltrattamento-allinfanzia-italia/>

2 Per un approfondimento sul metodo di calcolo utilizzato si rimanda all'Appendice I.

3 La scelta della classificazione per capacità nasce dall'ormai consolidato approccio allo sviluppo umano, una teoria elaborata negli anni '80 dal Premio Nobel Amartya Sen che pone lo sviluppo degli esseri umani al centro dell'azione delle politiche economiche e pubbliche. L'approccio allo sviluppo umano è alla base dell'HDI (Human Development Index) uno dei più rappresentativi indicatori di sviluppo umano elaborato a livello mondiale dall'UNDP (United Nations Development Programme).

4 OMS Regional Office for Europe (2013).

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

6 Hien, D., Cohen, L., Caldeira, N., Flom, P., Wasserman, G. (2010); Stith, S.M., Liu T., Davies, L.C., Boykin, E. L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009).

7 Tucker, M. C., & Rodriguez, C. M. (2014).

8 Schneider, M. (2017).

9 Geprägs, A., Bürgin, D., Fegert, J. M., Brähler, E., & Clemens, V. (2023).

10 Ray, J. A., Choi, J., & Jackson, A. P. (2021).

11 Van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., Prinzie, P., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009).

12 Klein, S. (2011).

13 Klika, J. B., Maguire-Jack, K., Feely, M., Schneider, W., Pace, G. T., Rostad, W., Murphy, C. A., & Merrick, M. T. (2022).

14 Wolf, J.P., Freisthler, B., & McCarthy, K.S. (2021).

15 Grant, C., Radley, J., Philip, G., Lacey, R., Blackburn, R., Powell, C., & Woodman, J. (2023).

16 Walsh, C. MacMillan, H.L., & Jamieson, E. (2003).

17 Kim, H., Song, E.-J., & Windsor, L. (2023).

18 Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A., & Vederhus, J.-K. (2021).

19 OMS (2010).

20 Nevriana, A., Kyriaki Kosidou, Hope, H., Wicks, S., Dalman, C., Pierce, M., & Abel, K. M. (2024).

21 Ben David, V. (2021).

22 NICHD Early Child Care Research Network (1999).

23 Lauлик, S., Allam, J., & Browne K. (2014).

24 Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., Preen, D. B., Brown, D. S., Nguyen, H., & Segal, L. (2021).

25 Moog, N. K., Cummings, P. D., Jackson, K. L., Aschner, J. L., Barrett, E. S., Bastain, T. M., Blackwell, C. K., Enlow, M. B., Breton, C. V., Bush, N. R.,

Deoni, S. C. L., Duarte, C. S., Ferrara, A., Grant, T. L., Hipwell, A. E., Jones, K., Leve, L. D., Lovinsky-Desir, S., Miller, R. K., & Monk, C. (2023).
26 OMS (2013).

27 Stanford Medicine, Signs & Symptoms. Child Abuse, <https://childabuse.stanford.edu/screening/signs.html>

28 I tassi di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici di varia origine (abuso di alcol, droghe, disturbi affettivi ecc.) sono stati considerati come indicatori dei servizi erogati sui territori. Pur essendo indicatori che misurano patologie effettive, è stato valutato che tali indicatori rappresentino anche offerta di cure ospedaliere e della risposta del servizio sanitario regionale, che varia nei territori.

29 Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol/10.000 abitanti, tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe/10.000 abitanti, tasso dimissioni disturbi psichici affettivi/10.000 abitanti, 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 Younas, F., & Gutman, L. M. (2022).

32 Vasquez Guerrero, D. A. (2009).

33 Wadji, D. L., Oe, M., Cheng, P., Bartoli, E., Martin-Soelch, C., Pfaltz, M. C., & Langevin, R. (2023).

34 UNICEF (2010).

35 Younas, F., & Gutman, L. M. (2022).

36 Lindo, J. M., Schaller, J., & Hansen, B. (2018).

37 Brown, D., & De Cao, E. (2024).

38 Brown, D., & 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 Drake, B., Jonson-Reid, M., Dvalishvili, D. (2022).

41 Skinner, G. C. M., Bywaters, P. W. B., & Kennedy, E. (2022).

42 Coulton, C. J., Richter, F. G.-C., Korbin, J., Crampton, D., & Spilsbury, J. C. (2018).

43 Kim, H., & Drake, B. (2018).

44 LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S., & Lavergne, C. (2015).

45 Rapporto fra il reddito equivalente totale ricevuto dal 20% della popolazione con il più alto reddito e quello ricevuto dal 20% della popolazione con il più basso reddito. Al suo aumentare aumenta anche la disegualianza, viceversa quando diminuisce.





LE PAROLE SONO IMPORTANTI

IL RUOLO DEL LINGUAGGIO
NEL MALTRATTAMENTO
E NELLA CURA ALL'INFANZIA

03

Il focus dell'Indice di quest'anno è dedicato a una riflessione sul ruolo del linguaggio nell'ambito del maltrattamento e cura all'infanzia. Si tratta quindi di una chiave di lettura trasversale che permette di approfondire le peculiarità della violenza verbale, l'impatto più in generale del maltrattamento sullo sviluppo del linguaggio delle vittime e, per contro, il valore della parola come strumento di cura.

Le varie modalità di comunicazione che passano attraverso la parola maltrattante nelle sue diverse forme di espressione, scritta, orale, nella diversa intensità dei toni, ma anche nella sua assenza, sono quindi esaminate attraverso le evidenze della letteratura scientifica (par. 3.1) e poi messe a confronto con l'esperienza quotidiana dei testimoni privilegiati che sono stati intervistati (par. 3.2).

Dal contributo di questi ultimi emerge chiaramente il valore e l'importanza della parola nei processi di preven-

zione, cura e contrasto del maltrattamento all'infanzia, e una piena consapevolezza del suo valore nel rinforzare i fattori protettivi, superare disordini da stress post-traumatico connessi al maltrattamento dei minorenni, contribuire al loro recupero psicofisico e a uno sviluppo armonioso di personalità ferite negli anni più delicati della crescita.

Parole affettuose, gentili, empatiche, e allo stesso tempo esperte e consapevoli, possono davvero rompere la catena della trasmissione intergenerazionale del maltrattamento e sostenere le vittime nel costruire identità ricche ed equilibrate.

Per questo le parole di chi ha la responsabilità di educare, curare, ispirare e orientare rappresentano uno strumento potente di cambiamento che va utilizzato con consapevolezza e potenziato attraverso la formazione e la condivisione delle esperienze.

3.1 LA VIOLENZA VERBALE E LE PAROLE DELLA CURA NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Bambini e bambine, per crescere sani e sicuri, hanno bisogno di cure e di supporto da parte delle persone adulte che fanno parte della loro vita, e anche di una **comunicazione da parte degli adulti** che promuova un'idea di se stessi che sia positiva e che sviluppi la loro sicurezza emotiva.

È importante, quindi, che le figure adulte di riferimento nella vita dei bambini, dalle quali dipendono e che hanno anche un certo potere su di loro, li trattino con rispetto.

Al contrario, forme di abuso verbale come gli insulti e la denigrazione impattano negativamente sulla crescita dei bambini, non solo nella percezione del senso di sé, ma anche nel comportamento appreso attraverso l'imitazione, sia da piccoli che, successivamente, da adulti.

3.1.1 LE PAROLE FERISCONO: L'ABUSO VERBALE ALL'INFANZIA

La **violenza verbale** include una varietà di comportamenti (come insultare, criticare, minacciare) che di solito sono compresi nella definizione di abuso psicologico, anche definito come abuso emotivo.

Tuttavia, secondo alcuni studiosi, l'abuso verbale dovrebbe essere riconosciuto come una forma di abuso a parte perché prevede interventi specifici. In particolare, mentre il termine "abuso emotivo e psicologico infantile" si concentra sulle conseguenze per la vittima, termini come violenza verbale infantile e abuso verbale giustamente pongono l'attenzione su chi perpetra questo tipo di violenza¹.

Data l'ampia gamma di comportamenti che caratterizzano la violenza verbale, spesso questo tipo di maltrattamento rischia di non essere riconosciuto da coloro che si dovrebbero prendere cura dei minorenni che ne sono vittime, e la varietà di definizioni - in alcuni casi ambigue - ne rende difficile la misurazione, e quindi potenzialmente anche l'identificazione e la prevenzione².

Nonostante l'abuso verbale all'infanzia non sia ancora precisamente definito e quindi non misurabile con accuratezza, è comunque un fenomeno pervasivo: **dati dell'OMS riportano che l'abuso emotivo** (di cui l'abuso verbale fa parte) è **la forma più diffusa di maltrattamento infantile**, con una prevalenza del 36,1%³.

Come riportato dallo studio *Childhood verbal abuse as a child maltreatment subtype: A systematic review of the current evidence*⁴, la ricerca in materia di abusi verbali nei confronti dei minorenni si concentra soprattutto sui genitori come responsabili degli abusi (con in alcuni casi particolare attenzione alle madri) seguiti da eventuali altre persone adulte che si prendono cura di loro, dagli insegnanti, dagli allenatori e allenatrici, dalla polizia e da più di una categoria di persone.

Words Matter, un'organizzazione britannica che si occupa di violenza verbale sui minorenni, ha riportato che in

Gran Bretagna il 41% dei bambini subisce abusi verbali da parte degli adulti che fanno parte della loro vita; nel 51% dei casi l'abuso verbale avviene una volta alla settimana, ma per il 10% dei minorenni la violenza verbale è un evento quotidiano⁵.

Un'altra ricerca americana ha inoltre riportato che il 63% dei genitori di minori di 18 anni ha ammesso di aver aggredito verbalmente i propri figli⁶.

Benché si tratti di un tipo di abuso considerato spesso più accettabile e meno grave di altri tipi di maltrattamento infantile, essere vittime di violenza verbale può avere **importanti conseguenze sulla salute mentale dell'infanzia in termini di ripercussioni emotive e psicologiche** che solo di recente hanno iniziato a essere oggetto di studio, anche se permane una carenza di ricerche sugli effetti a lungo termine del maltrattamento psicologico e dell'abuso verbale all'infanzia.

Si tratta infatti di una forma di maltrattamento potente che ha ricadute paragonabili agli effetti degli abusi sessuali e della violenza domestica assistita⁷. È stato inoltre ipotizzato che essere vittime di violenza verbale da parte dei genitori alteri i percorsi neurali dei bambini e delle bambine.

Secondo Words Matter, tra le conseguenze più comuni dell'abuso verbale infantile ci sono tristezza (66% dei casi), insicurezza (65%), depressione (53%), sentimenti di umiliazione (52%), scarsa fiducia in se stessi (46%), ansia (46%), vergogna (45%), imbarazzo (44%), senso di isolamento (32%) e paura (23%). Altri possibili effetti possono essere disturbi alimentari, sindrome da stress post-traumatico, abuso di sostanze, autolesionismo e, in alcuni casi, anche tendenze suicide⁸.

Oltre che avere effetti negativi sulla salute mentale, la violenza verbale ha anche **conseguenze rilevanti sul comportamento dei bambini e delle bambine abusati**

verbalmente: se hanno subito frequentemente violenze verbali mostrano, ad esempio, tassi più elevati di delinquenza e di problemi interpersonali rispetto ai coetanei non abusati⁹.

La violenza verbale materna sembra essere particolarmente rilevante per quanto riguarda le conseguenze sui figli e le figlie: questo tipo di maltrattamento è stato infatti collegato a livelli più bassi di autostima nei figli adulti, e in particolare a un maggiore disagio psicologico nelle figlie, mentre invece l'abuso verbale paterno non è considerato un fattore predittivo di scarsa autostima e di disagio psicologico¹⁰.

L'abuso verbale da parte delle madri è inoltre associato anche a un maggiore rischio di disturbi della personalità nei figli e figlie che si manifesta indipendentemente dagli effetti di altri tipi maltrattamento infantile di cui possono essere vittime¹¹.

Come per le altre forme di maltrattamento, anche **l'intensità dell'abuso verbale** è importante: i bambini che sono stati vittime di un livello di violenza verbale più elevata hanno ottenuto un punteggio inferiore nei test relativi al funzionamento neuropsicologico rispetto ai punteggi ottenuti da quelli esposti a un livello inferiore di violenza verbale¹².

Anche la **violenza verbale assistita** (abuso verbale su altre persone in famiglia) ha effetti negativi su di essi: secondo uno studio del 2020¹³, minorenni testimoni di abusi psicologici tra i genitori (che possono spaziare

dagli insulti a comportamenti manipolativi e di controllo) sono maggiormente danneggiati in termini di futura salute mentale rispetto all'essere testimoni di episodi di violenza fisica tra genitori.

Se un linguaggio negativo nei confronti di bambini ha degli effetti potenzialmente dirompenti per il loro sviluppo, **un tono di voce calmo e rassicurante** e una **comunicazione positiva da parte dei genitori** (e dei caregiver), che miri a incoraggiare i bambini e li porti ad avere una buona opinione di se stessi, hanno invece un **effetto protettivo**.

La violenza verbale non è però solo limitata alla famiglia, ai caregiver o ad altre persone e coetanei conosciuti, ma si può manifestare anche attraverso il cosiddetto **cyberbullismo** le cui parole propagate sui mezzi di comunicazione social connotano una forma di abuso verbale ancora più intenso di quello del **bullismo**, perpetuato di persona.

La legge italiana L. 29 maggio 2017, n. 71, *Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo*, definisce nell'articolo 1 il cyberbullismo come "qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica, nonché la diffusione di contenuti on line aventi a oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui



scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo”¹⁴.

Spesso il cyberbullismo assume la forma dell'abuso verbale, ma presenta anche alcune caratteristiche particolari: il cyberbullismo raggiunge infatti un pubblico molto più vasto del bullismo, e i social media, garantendo l'anonimato, portano all'adozione di comportamenti che possono essere più crudeli e violenti di quelli che si adotterebbero di persona. Si tratta peraltro di un fenomeno di portata molto ampia: in Europa, nel 2020, il 33% delle ragazze e il 20% dei ragazzi è stato esposto a "contenuti" inquietanti online almeno una volta al mese. La pandemia, con uno spostamento della vita sociale online, ha inoltre esacerbato questo fenomeno¹⁵.

Il rapporto del Moige "Tra digitale e cyber risk: rischi e opportunità del web" ha rilevato che in Italia la percentuale di persone giovani che sono state vittime di cyberbullismo è pari al 31% con un aumento di 8 punti percentuali rispetto al 2020. Il rapporto ha anche evidenziato che **gli atti di cyberbullismo si esprimono principalmente attraverso le parole**, con il 14% dei giovani che è stato oggetto di scherzi o telefonate mute, l'11% che è stato insultato via chat e il 10% via sms, il 2% ha ricevuto minacce, e il 3% è stato invece bullizzato con foto o video. Il fenomeno colpisce più i ragazzi delle ragazze (32% contro il 29%)¹⁶.

Secondo Terre des Hommes il cyberbullismo (e il bullismo) si concentrano *in primis* sull'aspetto fisico delle vittime (nel 37% dei casi), seguito dall'origine etnica (7%), dall'orientamento sessuale (5%), dalla condizione economica (3,5%), dalla religione (3,3%), dall'identità di genere (1,9%) e dalla disabilità (1,3%)¹⁷.

Gli effetti del cyberbullismo monitorati a livello individuale sono seri: le vittime possono provare sentimenti di imbarazzo, depressione, ansia, isolamento sociale, autolesionismo; possono decidere di lasciare la scuola e - in casi estremi - tentare il suicidio¹⁸.

Il cyberbullismo costituisce anche un problema di salute pubblica, con costi potenzialmente elevati per il sistema educativo, sociale e giudiziario. Per esempio, negli Stati Uniti, la città di New York, le sue scuole e il sistema ospedaliero pubblico hanno fatto causa alle organizzazioni che gestiscono Facebook, Instagram, TikTok, Snapchat e YouTube, accusandole di aver contribuito a creare **una crisi di salute mentale negli adolescenti** che ha un impatto negativo sul loro apprendimento e che drena le risorse pubbliche. La città di New York, che ha il più grande distretto scolastico del paese, con circa 1 milione di studenti, è infatti dovuta intervenire creando



servizi di consulenza per problemi di ansia e depressione degli studenti e spende 100 milioni di dollari all'anno in programmi per la salute mentale per i giovani¹⁹.

Un altro fenomeno che può contribuire al cyberbullismo è la pratica dello *sharenting* che si riferisce alla condivisione - eccessiva e continuativa - sui social network, e principalmente da parte dei genitori, di informazioni, immagini e video dei propri figli e figlie. Lo sharenting può costituire una violazione della privacy dei minorenni e rende anche facilmente accessibili a un vasto pubblico informazioni che poi possono essere utilizzate per bullizzare i bambini online e offline.

Particolarmente preoccupante è quindi la deriva commerciale dello sharenting che implica l'utilizzo di immagini e di video di minorenni per vendere prodotti o servizi - come spesso succede nel caso di genitori influencer. L'aumento dello sfruttamento a fini commerciali di immagini e video di minorenni ha attirato l'attenzione dell'opinione pubblica: uno studio ha riportato che l'86,9% delle persone intervistate ritiene che la condivisione eccessiva di informazioni, immagini e video di minorenni da parte di genitori, parenti e tutori possa essere considerata una forma di negligenza e di abuso sui bambini²⁰.

A parte il rischio di cyberbullismo, il doversi esporre ed esibire sui social media può compromettere la salute mentale ed emotiva dei bambini e delle bambine. Si sta quindi diffondendo la consapevolezza della necessità di regolamentare questa pratica: in Italia, a marzo 2024, è stata presentata alla Camera dei Deputati una proposta di legge sullo *sharenting* che si pone l'obiettivo di tutelare maggiormente i minorenni e di limitarne l'esposizione mediatica²¹.

3.1.2 L'IMPATTO DEL MALTRATTAMENTO INFANTILE SULLO SVILUPPO DEL LINGUAGGIO

Oltre alle conseguenze specifiche derivanti dalla violenza verbale, occorre ricordare che più in generale ogni forma di abuso e maltrattamento può avere delle **conseguenze importanti sullo sviluppo del linguaggio** dei bambini e delle bambine.

Lo studio *Developmental status and service use among children in the child welfare system: a national survey* ha riportato che negli USA il 37% delle vittime maltrattate tra gli 0 e i 2 anni e il 33% di quelle tra i 3 e i 5 anni soffriva di ritardo nel linguaggio²², con tassi quindi più elevati rispetto a quelli della popolazione generale nelle stesse fasce di età, dove il ritardo nel linguaggio riguarda il 20% dei bambini di 3 anni²³ e il 7,4% dei bambini di 5 anni²⁴. Questo effetto del maltrattamento infantile sulla capacità di espressione verbale è confermato dal fatto che negli USA circa il 26% di bambini sotto i sei anni di età segnalati ai servizi sociali soffre di un serio ritardo nello sviluppo del linguaggio. Tra questi il 18% soffre di ritardi nella comprensione, e il 25,4% di ritardi nella capacità di comunicare e articolare il linguaggio²⁵.

In particolare, i bambini abusati tendono ad avere un vocabolario più limitato, ad adottare una struttura delle frasi più semplice di quella utilizzata da bambini non abusati, e a produrre collegamenti tra le idee meno coerenti durante la comunicazione²⁶.

Sono stati inoltre osservati **effetti più pesanti nella produzione del linguaggio che nella comprensione**²⁷. Anche nel lungo periodo l'effetto negativo del maltrattamento tende a persistere maggiormente nell'espressione verbale rispetto alla comprensione²⁸.

Il maltrattamento può avere un impatto negativo sul linguaggio dei bambini anche perché i genitori o i maltrattanti tendono a interagire meno con loro: possono essere meno empatici e fare loro poche domande, e quindi non vengono stimolati sufficientemente.

In particolare, uno studio che si è concentrato sulle **interazioni tra madri e figli** ha osservato che le madri maltrattanti tendono a interagire poco con i propri figli sotto l'anno di età²⁹ e a porre loro meno domande³⁰.

Infine, la ricerca *The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months* ha dimostrato che "il maltrattamento produce un impatto senza paragoni nella variazione delle abilità linguistiche del bambino, indipendentemente dalle abilità verbali materne"³¹.

Nelle conseguenze del maltrattamento sulle abilità verbali dei bambini la **variabile di genere delle vittime** è inoltre particolarmente rilevante: le bambine maltrattate ottengono infatti punteggi più bassi riguardo allo sviluppo della sintassi rispetto ai coetanei maschi. Una possibile spiegazione

di questa differenza potrebbe essere dovuta al fatto che i bambini tendono ad avere una maggiore distanza emotiva nei confronti dei genitori rispetto alle bambine e a passare meno tempo in casa con le madri, e quindi sono maggiormente esposti a diversi tipi di linguaggio fuori di casa³².

Quindi la trascuratezza dei bambini e delle bambine ha un impatto negativo sulla comprensione e sulle abilità verbali: per i bambini vittime di trascuratezza, infatti, la prevalenza di ritardi nel linguaggio varia dal 24% per bambini tra i 2 e 9 mesi, al 39% per i bambini tra i 9 e i 21 mesi fino ad arrivare al 42% per bambini tra i 22 e i 36 mesi³³. Situazioni di grave trascuratezza, che possono essere dovute ad ambienti poco stimolanti e a comportamenti dei genitori poco prevedibili e affidabili possono quindi portare a punteggi più bassi nei test relativi al linguaggio e all'intelligenza: uno studio del 2001 ha rilevato un progressivo declino cognitivo nei bambini che erano stati vittime di trascuratezza rispetto ai bambini non trascurati³⁴.

La trascuratezza da sola risulta inoltre essere più dannosa, per lo sviluppo del linguaggio, rispetto all'effetto combinato della trascuratezza con altri tipi di maltrattamento. La ragione di questa maggiore prevalenza di ritardi nel linguaggio per i bambini trascurati potrebbe essere dovuta al fatto che la trascuratezza viene considerata meno grave di altri tipi di maltrattamento dall'opinione pubblica, e quindi si tende a denunciare più l'abuso che la trascuratezza³⁵. Quindi i bambini vittime di trascuratezza lo sono potenzialmente per più tempo e con maggiori effetti negativi cumulati sul linguaggio³⁶.

A questo proposito, è però necessario evidenziare che spesso la trascuratezza è correlata a una **situazione di povertà** che sottopone le famiglie a un livello di stress tale da non consentire ai genitori di prendersi adeguatamente cura dei propri figli, e quindi la trascuratezza non può e non deve essere considerata unicamente come una conseguenza della cattiva volontà di genitori e caregiver ma può essere anche dettata da circostanze esterne su cui questi possono non avere il pieno controllo.

Il ritardo nel linguaggio ha conseguenze rilevanti sulla vita delle persone, soprattutto se non vengono affrontati nella prima infanzia: problemi di comunicazione e comprensione rendono più difficile il percorso scolastico, la lettura e la comprensione dei testi, e anche la creazione e il mantenimento delle relazioni interpersonali, con un potenziale impatto negativo anche sul comportamento.

Uno studio ha infatti osservato che tra il 50% e il 70% dei bambini che hanno problemi di natura emotiva o sociale soffre anche di ritardo nel linguaggio³⁷.

3.1.3 LE PAROLE GUARISCONO E PROTEGGONO

È quindi necessario **intervenire tempestivamente per supportare i bambini e le bambine maltrattati con un ritardo nel linguaggio**: uno strumento importante a questo proposito è l'accesso a servizi di assistenza all'infanzia di buona qualità³⁸. La ricerca in materia ha infatti evidenziato come l'accesso a questi servizi possa portare a un miglioramento delle capacità cognitive e sociali dei bambini e anche a una diminuzione di comportamenti difficili, soprattutto per i minorenni vittime di trascuratezza³⁹. Tuttavia, oltre che intervenire direttamente sui bambini, aumentando la quantità e la qualità della stimolazione linguistica, come suggerito da Sylvestre e Merette relativamente ai bambini maltrattati, bisognerebbe adottare un **approccio ecologico al problema**, concentrandosi anche sui fattori ambientali, per poter interrompere il ciclo della trascuratezza⁴⁰.

Se le parole possono ferire, possono anche guarire. I disturbi che derivano dall'essere stati vittime di maltrattamento possono infatti essere alleviati e curati grazie a diversi interventi terapeutici, tra cui la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), che rappresentano le principali psicoterapie raccomandate per trattare bambini e adolescenti che soffrono di disturbo da stress post-traumatico.

La terapia cognitivo-comportamentale, e in particolare quella focalizzata sul **trauma (TF-CBT)**, è stata concepita soprattutto per alleviare i problemi associati agli abusi sessuali.

Più recentemente questo approccio è stato utilizzato anche per trattare bambini esposti a vari tipi di traumi, compreso l'abuso emotivo. La ricerca in materia ha dimostrato che questo tipo di approccio migliora l'elaborazione emotiva dei bambini che riescono ad ampliare il proprio vocabolario emotivo e vengono incoraggiati a esprimere i sentimenti attraverso le parole.

Si potenzia inoltre la capacità di coping cognitivo (per distinguere tra pensieri, sentimenti e comportamenti) e diverse abilità legate all'assertività e alla sicurezza personale, tra cui l'utilizzo di un linguaggio (anche del corpo) assertivo. Infine, è importante evidenziare che l'efficacia di questo approccio aumenta nel caso in cui siano coinvolti i familiari del bambino.

L'approccio EMDR (Desensibilizzazione e rielaborazione tramite i movimenti oculari) si basa sull'attivazione del sistema di elaborazione delle informazioni con una stimolazione bilaterale alternata (BLS) che può essere verbale, ma anche visiva e tattile, ed è stato dimostrato che si tratta di un metodo capace di alleviare i sintomi post-traumatici e l'ansia. Il paziente trova nelle parole guida del terapeuta – che utilizza un protocollo strutturato – la chiave per la rielaborazione del trauma vissuto e per la maturazione del distacco emotivo dal ricordo disturbante.

Secondo alcuni studi, la terapia EMDR sarebbe più efficace, rispetto alla CBT, nel migliorare i sintomi connessi alle esperienze traumatiche. Ad esempio, la ricerca *A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls*, ha indicato che l'EMDR, nel caso di ragazze (12-13 anni) che sono vittime di abusi sessuali può essere più indicata di altre terapie e avere un maggiore tasso di successo.

Al di là degli approcci rivolti ai singoli individui, anche gli approcci come **la terapia di gruppo e lo psicodramma** hanno ottenuto risultati positivi con le vittime di abusi sessuali, mentre l'Intervento cognitivo comportamentale per il trauma nelle scuole (**CBIT - Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools**) si è rivelato particolarmente efficace nel caso in cui includa gli insegnanti, i genitori e per i bambini che sono stati esposti a più traumi.

3.2 L'IMPORTANZA DELLE PAROLE, DAI FENOMENI DI MALTRATTAMENTO ALLA CURA DELL'INFANZIA: L'OPINIONE DEGLI ESPERTI

Per approfondire il ruolo delle parole nel maltrattamento e nella cura all'infanzia sono state intervistate **diciotto persone tra esperti e operatori che, a vario titolo, si confrontano quotidianamente con bambini, ragazzi, donne e famiglie**⁴¹.

Grazie alla modalità di brainstorming è stato così possibile condurre una riflessione condivisa sui fattori di rischio connessi alla violenza e abuso verbale sui minorenni, e al contempo su strumenti e approcci di cura e prevenzione che passano proprio attraverso l'uso della parola.

Grazie allo schema di analisi dell'approccio ecologico questo tema è stato analizzato sotto diversi punti di vista, arricchendolo di contenuti, esempi ed esperienze che evidenziano la necessità di promuovere ulteriori studi e ricerche approfondite.

3.2.1 LE PAROLE DELL'INFANZIA

I bambini e le bambine imparano a parlare in famiglia sin dalla più tenera età, consolidando poi le proprie capacità linguistiche ed espressive a scuola. Durante il loro percorso di crescita la loro capacità di esprimersi con le parole cresce nelle varie fasi dello sviluppo e viene influenzato da quello che ascoltano dagli adulti, dagli amici, ma anche dai media e dalla musica.

La capacità di parlare è certamente fondamentale per i bambini e le bambine per esprimere i propri sentimenti ed emozioni, per costruire identità ricche e articolate, avere una soddisfacente vita di relazione, studiare e poi, una volta adulti, accedere al mondo del lavoro. Saper parlare in modo ricco e articolato è quindi un fattore abilitante per numerose altre capacità che definiscono uno sviluppo di personalità compiute e complete. Dal punto

di vista psicologico, **parlare bene significa anche saper pensare bene**.

Nel caso del maltrattamento all'infanzia, le capacità espressive delle vittime rappresentano poi una condizione indispensabile per essere in grado di chiedere aiuto.

Nell'esperienza di diverse persone intervistate, in generale **i bambini e le bambine in età tra 0 e 6 anni presentano oggi dei forti ritardi nello sviluppo del linguaggio** rispetto alle generazioni precedenti. Questo ritardo aveva cominciato a manifestarsi in modo visibile già prima della pandemia a causa dell'uso crescente dei device elettronici sin dalla più tenera età. L'isolamento prodotto dal COVID-19, la mancanza di stimoli e di confronto con i coetanei, unito a un uso ancora più massivo dei device elettronici, ha poi ulteriormente peggiorato questa tendenza.

Nelle fasce di età più grandi, soprattutto **dopo i 10 anni, il crescente disagio giovanile**, già rilevato nelle precedenti edizioni dell'Indice, si esprime in forme di **aggressività anche verbale** particolarmente intense tra coetanei. A istigare questa forma di aggressività verbale nei ragazzini e ragazzine possono contribuire diversi fattori, in aggiunta al generale disagio prodotto dalla pandemia.

Certamente le parole e le espressioni di violenza verbale ascoltate in casa da genitori o parenti possono essere usate dai giovani anche nella loro vita relazionale al di fuori della famiglia, così come vi può essere una forma di emulazione tra pari per esprimere il senso di appartenenza al gruppo.

La **violenza verbale tra minorenni** è così molto frequente, sia nelle relazioni di gruppo che in quelle sentimentali e rimane molto difficile da intercettare per il mondo adulto, poiché si trasmette spesso attraverso i social





networke e rimane impermeabile al confronto esterno. Quando si riesce comunque a esaminare le modalità di comunicazione tra pari si assiste spesso a manifestazioni di violenza verbale molto intense, con un uso di vocaboli particolarmente duri e offensivi e una potente capacità di penetrazione nella psiche delle vittime.

Nell'opinione delle persone intervistate, una responsabilità importante di questa aggressività verbale deriva dal **linguaggio violento nei social media** al quale i giovani sono esposti quotidianamente.

La comunicazione dei social media è infatti un terreno fertile per la violenza verbale, dal momento che gli utenti si sentono spogliati delle proprie responsabilità, l'empatia si attenua, e vengono a mancare le codifiche paraverbali della comunicazione.

Un fattore di stimolo e di incentivo alla violenza verbale può essere ricondotto all'ascolto di certe **canzoni**, con testi misogini, sessisti e volgari. Per quanto questo tipo di linguaggio violento possa essere considerato anche uno strumento espressivo e di riscatto delle periferie per giovani svantaggiati, può, per contro, influenzare negativamente le modalità di comunicazione dei più fragili.

Il linguaggio aggressivo e violento dei giovani è così sempre più intenso e frequente, spesso non limitandosi a toni o espressioni volgari, ma ricorrendo a parole sminuenti e di disprezzo che poi sfociano in atteggiamenti persecutori tipici di **bullismo e cyberbullismo**. Se in qualche modo il bullismo tra coetanei è sempre stato presente in tutte le generazioni in varie forme, in questo momento storico, con l'aggiunta della dimensione virtuale, ha rag-

giunto dei livelli persecutori tali da creare veri e propri traumi nelle vittime e la necessità di interventi psicoterapeutici importanti per un recupero dell'equilibrio emotivo. È importante sottolineare come la dimensione pubblica di bullismo e cyberbullismo, rende ancora più forte l'impatto rispetto alle stesse parole violente pronunciate invece nel contesto privato del rapporto a due.

Nei contesti più deprivati queste dinamiche di ritardo nel linguaggio e di violenza verbale sono ancora più esasperate e aggravate dalla condizione socioeconomica disagiata. I bambini e le bambine in questi contesti manifestano ancora maggiori difficoltà di espressione, utilizzano un linguaggio limitato e basilare che impedisce di creare un mondo interiore e una identità complessa e articolata. La **povertà espressiva** finisce quindi con il corrispondere a una povertà emotiva evidente e riconoscibile. Nei casi di maltrattamento familiare i limiti di espressione verbale dei bambini e delle bambine rappresentano una criticità importante che ostacola la richiesta di aiuto.

In questi contesti i **giovani usano poi nella piena inconsapevolezza lo stesso linguaggio estremamente volgare, scurrile e violento che ascoltano quotidianamente dagli adulti** e del quale sono vittime dirette e indirette. L'esposizione dell'infanzia a questo tipo di linguaggio è tanto più dannosa quanto più si consideri che i bambini e le bambine non sono in grado di cogliere i diversi registri dei toni e delle situazioni: non sanno quindi distinguere un insulto realmente aggressivo dal semplice intercalare volgare usato dagli adulti per abitudine o con intenzioni scherzose o magari "affettuose".

L'uso di un linguaggio volgare da parte dei giovani in questi contesti è comunque sempre accompagnato da **modalità aggressive, svalutanti e discriminatorie**, spesso razziste, spesso abbinato a una **sessualizzazione precoce** che fa perdere la dimensione e il senso delle parole. Ogni forma di violenza verbale, bullismo o cyberbullismo è così ancora più amplificata e traumatizzante per le vittime.

Nei territori in cui il **dialetto locale** rappresenta per bambini e bambine la lingua madre, l'italiano viene appreso prevalentemente a scuola come se fosse una seconda lingua.

Questa condizione può determinare un forte limite all'apprendimento scolastico e all'accesso a opportunità di crescita oltre che di accesso al mondo del lavoro.

Per contro, l'uso di alcuni dialetti può essere agente facilitatore degli insulti verbali, che vengono invece contenuti in qualche modo quando il contesto scolastico impone l'uso dell'italiano.

Nei contesti meno svantaggiati è possibile che il linguaggio dei bambini e delle bambine sia più spesso filtrato e controllato. Ciò non impedisce comunque il manifestarsi di numerosi casi di bullismo e cyberbullismo, come rilevato da scuole e forze dell'ordine.

Nel caso di maltrattamenti in famiglia i minorenni introiettano l'aggressività vissuta in casa magari sotto forma di un silenzio rancoroso, che rappresenta anch'esso un

3.2.2 LE PAROLE DEI GENITORI

Le parole scambiate all'interno delle famiglie rappresentano il principale mezzo di comunicazione attraverso il quale educare i bambini e le bambine, trasmettere emozioni, sentimenti e affetti, e insegnare a crescere.

I modelli educativi utilizzati dai genitori sono quasi sempre quelli che i genitori hanno a loro volta appreso da piccoli nelle loro famiglie di origine che ripropongono in modo pressoché identico. Per tale motivo la **trasmissione intergenerazionale** del modo con il quale i genitori parlano tra loro e si esprimono con i figli è molto potente e crea una forma di segregazione educativa tra le famiglie che si trasmettono da generazioni modelli educativi rispettosi e affettuosi da una parte e, dall'altra, le famiglie che invece non riescono a superare le abitudini apprese di maltrattamento, anaffectività o, nei casi peggiori, violenza domestica e abuso, anche verbale.

I valori sociali generali nei quali vivono le famiglie hanno forti responsabilità nell'influenzare i modelli educativi che queste poi adottano con i figli e le figlie.

Gli studi relativi alla **pedagogia nera**⁴² hanno spiegato in modo molto chiaro il retaggio di valori educativi arcaici ancora oggi adottati dai genitori e che rappresentano una fonte di legittimazione "morale" dei loro eventuali comportamenti maltrattanti o abusanti, soprattutto se a loro volta hanno ricevuto una educazione simile. Questi modelli educativi deleteri possono riguardare in modo trasversale tutte le classi sociali anche se possono essere applicati con modalità diverse.

tipo di maltrattamento poiché impedisce di affrontare i problemi e di costruire pensieri positivi.

Nelle situazioni di grave stress post traumatico, ci si può trovare a seconda dei casi in presenza di un linguaggio estremamente adultizzato, di un ritardo nello sviluppo del linguaggio o di difficoltà espressive spesso alternate a lunghi silenzi e parole dissociate dalla realtà della situazione.

La pedagogia nera è nata intorno al XVIII secolo come modello di educazione ottimale anche per crescere una forza lavoro ubbidiente alle necessità produttive della rivoluzione industriale. In tempi più recenti si sono poi sviluppati **modelli educativi più attenti al benessere dei bambini e delle bambine**, anche se la pressione della modernità ha finito con il promuovere altri tipi di maltrattamento dell'infanzia come conseguenza dei valori di competitività e di velocità di vita che la caratterizzano.

Nell'osservazione quotidiana delle persone intervistate, è così emersa una grande difficoltà e **fragilità genitoriale** frutto sia di modelli educativi ereditati sia di difficoltà oggettive della vita moderna che penalizzano in modo considerevole i rapporti familiari.

La comunicazione tra i genitori e i figli è infatti troppo veloce e compressa, e non lascia ai bambini il tempo del quale hanno bisogno per ascoltare e per parlare, con particolari momenti di crisi comunicativa soprattutto durante i passaggi da una fase di crescita a un'altra.

L'esigenza di tempi familiari accelerati fa così "perdere la pazienza" e favorisce il maltrattamento verbale dei genitori in un processo di aggressività crescente che passa prima attraverso la negazione delle emozioni ("non arrabbiarti, non piangere, non serve a niente, cosa stai facendo") per arrivare poi anche all'insulto.

La pressione sociale sui genitori rispetto a **dinamiche competitive** li porta poi a usare con i figli parole che stigmatizzano la persona, andando a enfatizzare gli aspetti negativi e positivi, creando così in questi una visione prestazionale del proprio operato, e uno stimolo continuo a essere vincenti.

In generale emerge in modo molto chiaro una **scarsa consapevolezza da parte dei genitori** di come le loro parole e la loro comunicazione non verbale e paraverbale possono colpire in modo anche violento i figli, che sono spesso considerati degli adulti in miniatura, senza tenere conto della loro diversa struttura neuropsichica. Questo genere di inconsapevolezza porta spesso i genitori a non percepire e a non riconoscere i comportamenti



verbalmente maltrattanti o abusanti che possono avere verso i figli e le figlie.

Anche il **tono delle parole** - e chi le dice - può influire in modo diverso sulla psiche dell'infanzia. Con i bambini più piccoli, infatti, la parola scritta viene mediata sempre dalla parola enunciata dagli adulti, come avviene ad esempio nel caso delle parole delle favole che producono un impatto emotivo diverso, di rassicurazione piuttosto che di allarme, se la narrazione proviene con toni urlati o accudenti da parte di un genitore o, invece, da un adulto con il quale possono avere una scarsa confidenza.

Le difficoltà della genitorialità e il bisogno di maturare tale consapevolezza sono certamente più sentite nelle **famiglie dei bambini più piccoli**, nelle quali vi è una reale necessità di ascoltare non solo parole di conforto ma anche parole esperte. Nell'esperienza delle associazioni che svolgono attività con i neogenitori si osserva spesso nelle nuove madri un senso di isolamento, fragilità e paura, con un forte bisogno di condivisione con altre madri, anche perché in diversi casi è mancata un'adeguata trasmissione orale dell'esperienza materna da parte delle famiglie di origine. Per contro, si osserva ancora una certa difficoltà dei padri nell'esprimersi e nel condividere i propri problemi con altri.

Nelle **famiglie dei territori più deprivati** le già fragili capacità genitoriali generali si devono poi confrontare anche con la povertà materiale e con il basso livello di istruzione che esasperano i fattori di rischio. In questi territori infatti i genitori usano molto spesso **parolacce, insulti, minacce e ricatti come mezzo di comunicazione** con i figli, non percependo l'umiliazione e il maltrattamento ai quali li sottopongono. Si osserva anche nelle parole degli adulti una

forma di normalizzazione della violenza verbale che svuota le parole del loro significato originario, al punto che si arriva spesso a forme di **"insulto affettuoso"** che nascondono un doppio codice di comunicazione, che bonifica ed edulcora un sentimento comunque aggressivo, la cui ambivalenza manda in confusione soprattutto i bambini più piccoli. In questi contesti la violenza verbale è talmente utilizzata che i genitori la adottano anche sotto forma di **"insulto educativo"** per stigmatizzare comportamenti o una caratteristica dei figli considerata negativa, anche quando si tratta in realtà di qualità positive come ad esempio l'ingenuità o la bontà d'animo che in certi contesti sono invece percepiti come sintomi di debolezza da riprendere.

L'aggressività della violenza verbale da parte dei genitori verso i figli si esprime ogni tanto anche nell'**"insulto transitivo"**: ad esempio quando il corpo docente assume con i genitori, quasi sempre le madri, un atteggiamento giudicante e stigmatizzante verso i comportamenti dei figli, i quali sono poi vittime di ritorno delle madri che, mortificate e impotenti nel giudizio degli insegnanti, li aggrediscono a loro volta.

Il **retaggio della pedagogia nera nell'ambito della violenza verbale** si riconosce in questi contesti anche nelle parole sempre negative che i genitori, soprattutto delle madri, rivolgono ai figli, e nella **grande difficoltà, per contro, di trovare le parole per descriverne le qualità positive**.

In questi contesti, oltre a quello che si dice, colpisce anche il **tono della voce**, che è sempre molto alto a rappresentare un sintomo di richiesta di ascolto anche da parte di genitori che non si sono sentiti ascoltati nella loro infanzia e non si sentono ascoltati neanche da adulti.



Nei contesti meno svantaggiati la violenza verbale degli adulti può passare invece più frequentemente attraverso l'uso del silenzio come strumento di maltrattamento, una forma di non-parola che ferisce nel non riconoscimento della presenza, della rilevanza e della soggettività dei figli.

Oltre ai problemi di comunicazione tra genitori e figli, occorre considerare anche i **problemi di comunicazione tra i genitori** ai quali assistono i figli e che, nei casi più critici di violenza domestica o di femminicidio, possono indurre a casi gravi di **violenza assistita anche verbale**.

Nell'esperienza dei testimoni privilegiati che curano **i padri o compagni maltrattanti**, si osserva infatti una forte violenza verbale che questi rivolgono alle mogli o compagne, in un quadro di violenza domestica che può coinvolgere i figli e le figlie direttamente e indirettamen-

3.2.3 LE PAROLE DELLA COMUNITÀ CURANTE

La violenza verbale all'interno delle famiglie, così come tutte le altre forme di maltrattamento, è dunque caratterizzata da una trasmissione intergenerazionale così potente da non potersi quasi mai risolvere autonomamente all'interno del nucleo familiare.

Per queste famiglie vi è quindi **un bisogno di cura che solo la comunità può risolvere**, con **strumenti adeguati** che consentano di riportare le responsabilità genitoriali in un contesto relazionale accudente e permettano ai bambini e alle bambine di superare eventuali traumi, costruire personalità emotivamente stabili e diventare poi degli adulti e genitori risolti.

Diversi sono gli attori della comunità curante, ciascuno dei quali è chiamato a sviluppare approcci, metodi e strumenti adeguati ad affrontare il maltrattamento all'infanzia in tutte le sue forme, ivi incluso il maltrattamento e l'abuso verbale: la scuola, i pediatri, i servizi per l'infanzia, i servizi sociali, le associazioni che erogano servizi educativi, le case famiglia e le comunità di accoglienza e i centri per uomini maltrattanti.

Nel caso della violenza verbale più grave, **la cura del trauma prodotto avviene innanzitutto all'interno di percorsi terapeutici e di riabilitazione di carattere clinico**.

La violenza verbale, però, così come anche altre forme di maltrattamento, può e deve essere curata anche attraverso un **processo di rieducazione alla relazione e all'affettività attraverso l'uso di parole esperte** da parte dei protagonisti della comunità curante.

Le strategie di cura della violenza verbale a livello educativo possono rivolgersi sia ai bambini che ai loro genitori

te. Negli uomini perpetuatori di violenza si manifesta sempre una totale inconsapevolezza delle parole che possono ferire, mentre considerano violenza solo quella che si manifesta attraverso forme di aggressione fisica.

L'obiettivo della loro violenza verbale in questi casi è prima di tutto quello di squalificare la donna in termini di discredito e di disistima attraverso parolacce e parole volgari. La gravità delle minacce non è inoltre percepita per l'atto in sé, quanto per un'arbitraria probabilità che si verifichi realmente l'evento.

Anche nei padri maltrattanti si rileva comunque con chiarezza l'impatto della trasmissione generazionale della violenza, anche verbale, dal momento che quasi tutti hanno dei vissuti di infanzia particolarmente traumatici e sono stati a loro volta vittime di violenza diretta o assistita.

e si basano su alcune caratteristiche comuni.

Nei confronti dei bambini vittime, gli operatori sociali, ad esempio, devono sempre intervenire perché questi ristabiliscano il senso di sé in situazioni nelle quali la violenza verbale ha restituito loro una visione falsata, alterata, negativa e sminuente delle proprie caratteristiche. A tal fine si insiste molto sulla **narrazione e autodescrizione** dei bambini per dare loro strumenti per categorizzare sé stessi e la realtà che li circonda, soprattutto in caso di traumi. Il racconto di sé rappresenta infatti una vera e propria **azione riparativa**.

L'uso del dibattito tra bambini, farli parlare anche tra di loro e indurli a ragionare oltre il nozionismo indotto dall'apprendimento scolastico, produce in generale dei notevoli benefici, ma andrebbe ulteriormente potenziato poiché è particolarmente efficace per contrastare nello specifico i ritardi del linguaggio dei bambini e le bambine in età scolare, e per far maturare in questi nuove capacità espressive.

Negli ambienti più deprivati è poi indispensabile usare parole di cura e di affetto che rinforzino l'autostima e la percezione di sé dei ragazzi e ragazze e che siano per loro di stimolo a **immaginare diversi orizzonti di vita**, che non conoscono e che quindi non riescono neanche a desiderare.

Nelle situazioni di traumi più gravi, come ad esempio gli **orfani speciali** a causa di crimini domestici, o di bambini in carico ai servizi sociali o alle comunità educative e alle case famiglia, è fondamentale usare parole di verità, per quanto adatte all'età, che sappiano spiegare chiaramente quanto successo e impediscano forme di dissociazione

dalla realtà da parte delle vittime che gettano le premesse per una personalità disfunzionale una volta raggiunta l'età adulta. Il superamento dei traumi passa infatti attraverso il loro riconoscimento e racconto.

La cura della violenza verbale dei genitori passa invece attraverso parole mirate al recupero dell'affettività genitoriale. Gli operatori sociali sono così impegnati a stimolare nei genitori dei punti di vista diversi, evitando sempre qualsiasi parola giudicante, ma chiedendo sempre di elaborare una visione positiva dei propri figli e figlie. Anche nel merito delle strategie di coinvolgimento dei genitori in attività di vario tipo occorre sempre usare parole positive evitando di riferirsi esplicitamente al maltrattamento dei figli, che li allontanerebbe perché non lo sanno e spesso non lo vogliono riconoscere.

Sia per i figli che per i genitori la strategia di fondo rimane comunque quella di **educare alla gentilezza** promuovendo legami nutrienti, non tossici, che consentano di gestire il conflitto, senza che diventi violenza, inducano a trovare soluzioni, chiedere scusa e a fare gesti riparativi. Alcune **parole e frasi chiave** sono quindi indispensabili in questo percorso, sia rispetto a quello che i genitori dovrebbero evitare di dire ai figli (devi/non devi, oramai sei grande, non sei capace a nulla, ecc.) sia parole e frasi che invece educano alla gentilezza (scusa, prego, per favore, mi dispiace ecc).

Rispetto agli ambiti di intervento nei quali operano i testimoni privilegiati intervistati, emergono poi alcune problematiche specifiche e diverse strategie di cura attraverso le parole. Di seguito un approfondimento.

IL SISTEMA SCOLASTICO

Nel caso della scuola emerge in generale un elevato grado di inconsapevolezza da parte di diversi insegnanti su come molte delle loro parole possano essere maltrattanti verso i propri studenti e i loro genitori.

Sono frequenti **parole che stigmatizzano i comportamenti degli allievi**, ritenuti non adeguati e attribuiti erroneamente più a forme di immaturità che a peculiarità specifiche della struttura neuropsichica delle varie fasi della loro crescita.

Invece di colpevolizzare gli studenti, gli insegnanti, opportunamente formati e sensibilizzati, dovrebbero agire per **potenziare le capacità comunicative e dialettiche dei propri studenti**, anche attraverso percorsi di partecipazione. Nel sistema scolastico attuale spesso le metodologie didattiche non promuovono il **protagonismo e la soggettività espressiva dei ragazzi** che nella maggior parte dei casi non hanno parola, perché



nessuno è abituato a dargliela e quindi essi stessi non la chiedono.

Esperienze nelle scuole, come ad esempio la **rappresentazione teatrale di situazioni-tipo della violenza**, gli **spazi ascolto**, i **gruppi di parola** e i **circle time**, sono molto proficue e stimolanti per i ragazzi e le ragazze in quanto si sono resi essi stessi protagonisti con un linguaggio proprio e hanno imparato a raccontarsi e a rapportarsi agli altri.

Questa difficoltà del sistema scolastico di **dare la parola agli allievi** contribuisce anche a rendere più difficile il riconoscimento di eventuali casi di maltrattamento e abuso domestico, situazioni per le quali gli insegnanti, nella loro veste di pubblici ufficiali, hanno l'obbligo legale di segnalazione ai servizi sociali.

Anche nei casi nei quali il maltrattamento è evidente si sono però verificati casi di **omessa segnalazione da parte degli insegnanti** sia a causa di una scarsa consapevolezza e riconoscimento della fattispecie di maltrattamento sia, in territori particolarmente deprivati e violenti, a causa del timore di ripercussioni.

Nel caso di femminicidi, dare la parola ai compagni **nelle classi che accolgono anche orfani speciali** è importante per affrontare un trauma collettivo per il quale il corpo docente è difficilmente preparato e che richiede

spesso il supporto di terapeuti esperti. Questi intervengono infatti a supporto sia di insegnanti che dei genitori in grandi difficoltà, nello spiegare ai compagni di classe quanto avvenuto e farli elaborare per esprimere le paure che questi eventi drammatici innescano.

Nel confronto con i genitori può accadere che gli insegnanti si pongano talvolta in maniera giudicante con un'enfasi che troppo spesso viene percepita come un'accusa verso le loro capacità educative. In questi casi la tensione del dialogo tra corpo docente e genitori è evidente al punto da poter dire che "parlano due lingue diverse" che alimentano le incomprensioni. Questo problema si acuisce soprattutto quanto i docenti devono comunicare ai genitori il loro sospetto circa sintomi di una possibile disabilità dei figli che hanno osservato. In questo caso il conflitto relazionale con i genitori deve superare anche il loro rifiuto di accettare una diagnosi o di svolgere ulteriori accertamenti.

Più in generale si riconosce, anche nell'ambito scolastico, il retaggio antico di quella pedagogia nera con la quale anche molti insegnanti sono stati cresciuti e che ostacola quindi la **cultura della gentilezza**, che rappresenta invece il punto di ingresso per ogni strategia di prevenzione e cura del maltrattamento. Certamente gran parte di questa aggressività verbale del corpo docente è anche esasperata dalle **difficoltà conosciute nella scuola**, a partire dalle classi troppo numerose alla mancanza di formazione adeguata, alla scarsità delle risorse e all'eccesso di burocratizzazione.

Per superare queste forme di comunicazione verbale deleteria è utile promuovere **percorsi di formazione degli insegnanti**, che può passare anche attraverso moda-

lità indirette che li vedano coinvolti in attività educative assieme ai loro studenti e studentesse.

Naturalmente esistono anche **insegnanti che sanno fare un uso esperto, costruttivo e motivante delle parole per educare al rispetto, alla relazione e all'affettività**. Soprattutto nelle scuole dei territori più deprivati gli insegnanti adottano diverse strategie di comunicazione e di connessione, come ad esempio parlare inizialmente il dialetto per "agganciare" l'attenzione e l'interesse degli studenti, o usare le parole del cuore per compensare quel vuoto di cura e affetto che i loro allievi magari non ricevono in famiglia.

In queste situazioni l'apprendimento scolastico viene spesso subordinato a una relazione affettiva tra insegnante e allievo indispensabile per poter ottenere dei risultati positivi. Per tale motivo sono molto importanti in questi casi le **iniziative di tutoring e di mentoring** individuali, anche se le attività di gruppo tra ragazzi e ragazze sono sempre importanti per stimolarne le capacità linguistiche e di relazione.

I SERVIZI SANITARI

I pediatri del territorio hanno un ruolo centrale nella vita di bambini e bambine fino a 14 anni, in quanto hanno una **presenza capillare** che li porta a esaminarli quasi tutti attraverso i bilanci di salute che prevedono visite programmate a "età filtro" prestabilite in determinate fasi della crescita. I pediatri rappresentano quindi un'antenna sociale fondamentale e trasversale per il monitoraggio e la prevenzione del maltrattamento all'infanzia.

La fiducia e il **dialogo dei pediatri di territorio con i piccoli pazienti e i loro genitori** stanno assumendo una centralità crescente non solo per riconoscere i sintomi di patologie fisiche, ma anche per accompagnare giovani pazienti con problemi di salute mentale, che si sono aggravati dopo la pandemia.

Vi è consapevolezza che ci sono **nuovi bisogni di cura** che riguardano forme di **disagio psicologico** molto diffuse che richiedono un intervento tempestivo prima di arrivare a patologie di salute mentale per le quali sono poi richieste competenze specialistiche come i neuropsichiatri o gli psicoterapeuti.

L'aumento dei disordini alimentari nei più giovani, così come manifestazioni di autolesionismo, rappresentano dei casi estremi, punte di un iceberg che nasconde un forte disagio psicologico ed esistenziale, nuovo nelle cause, nelle manifestazioni e nelle conseguenze. Si rendono dunque necessari **nuovi e adeguati strumenti di intercettazione e intervento** che non fanno però parte



del percorso formativo dei pediatri del territorio, tradizionalmente più concentrato sulla cura di patologie di carattere fisico. Se quindi è indispensabile investire in una **formazione specifica per i pediatri del territorio**, che li metta nelle condizioni di riconoscere questo tipo di nuovi disagi in modo chiaro e tempestivo, va anche considerata la possibilità di inserire nuove figure professionali specialistiche, come la **psicopedagogista di comunità**, che sappiano supportare sia i pediatri del territorio che le famiglie.

Anche la partecipazione dei pediatri del territorio ai lavori delle **reti territoriali**, nelle quali si possono mettere a confronto con esperti di altre discipline e di diversi ambiti della prevenzione e cura del maltrattamento, rappresenta un importante fattore di potenziamento delle loro capacità di intervento per il benessere dei loro pazienti.

I CENTRI EDUCATIVI

Centri e spazi che propongono a bambini, ragazzi e famiglie attività educative e di sostegno alla genitorialità sono preziosi per la prevenzione al maltrattamento dell'infanzia e all'individuazione dei casi più critici che richiedono interventi specialistici e mirati.

Qui **l'educazione alla cura e al linguaggio positivo**, sia dei bambini che dei genitori, è un presupposto fondamentale per ogni altra attività, così come i **gruppi di parola e gli spazi di ascolto** sono importanti per spostare il focus sui bisogni dei bambini e dei genitori in difficoltà.

Molte iniziative promosse dalle Case del Sorriso di CESVI, ad esempio, sono basate **sull'uso della parola come strategia di prevenzione e cura** del maltrattamento all'infanzia. Di seguito un approfondimento.





LE CASE DEL SORRISO DI CESVI

Il programma Case del Sorriso (CdS) in Italia ha l'obiettivo di contribuire all'empowerment di minorenni e adulti vulnerabili, e di migliorare le loro competenze relazionali, di adattamento e di agency.

Le **Case del Sorriso sono spazi sicuri e centri di coordinamento di attività socio educative** che si svolgono in collaborazione con scuole e altre realtà educative, culturali e sportive. Il progetto educativo delle Case del Sorriso in Italia poggia su tre pilastri fondamentali: **equità** al fine di promuovere opportunità educative troppo spesso negate alle persone di cui ci occupiamo; **protezione** per garantire spazi sicuri in un clima di fiducia per la condivisione e la crescita personale; **empowerment** per far riconoscere a ognuno le proprie potenzialità e fornire strumenti e opportunità che consentano di rafforzarle.

Alla base del progetto educativo delle Case del Sorriso vi è **la cura della relazione** e il considerare i beneficiari "soggetti" e "protagonisti" di spazi di opportunità, in grado di identificare, attivare e potenziare le risorse dei beneficiari.

Le **Case del Sorriso sono spazi di espressione, relazione e socialità**, e intendono contribuire alla costruzione di ecosistemi educativi attenti, reattivi e capaci di ascoltare e osservare i bisogni e le risorse dei minorenni, dei loro caregiver e di adulti vulnerabili, al fine di contribuire alla prevenzione e al contrasto alla povertà educativa, a ogni forma di violenza e all'isolamento sociale. Le attività vengono progettate e implementate da équipe educative multidisciplinari, presenti su ciascun territorio grazie a collaborazioni con le reti locali, compresi i servizi sociali e le agenzie educative del territorio. Oltre a interventi di supporto alla genitorialità, laboratori psicomotori, sportivi, artistico-espressivi, e doti a supporto di singoli o famiglie vulnerabili (chiamate impronte educanti) nelle Case del Sorriso si trovano **spazi di ascolto sicuro e gruppi di parola**.

Gli **spazi di ascolto sicuro** prevedono incontri individuali, consulenze psicologiche e percorsi di supporto psicologico volti a valutare bisogni e risorse emotive e cognitive che la persona riesce a mobilitare dentro di sé. Nel caso di bambini e adolescenti viene anche valutata la disponibilità di un adulto di riferimento che possa supportare, almeno sul piano pratico, il percorso.

In base alla valutazione di criticità e risorse dei beneficiari, si definisce il tipo di intervento, gli obiettivi, il livello di approfondimento, la sua durata e il setting. I passaggi che questo processo di valutazione prevede sono: 1) primi colloqui di conoscenza, 2) supporto nella fase critica, 3) estensione del campo da esplorare, 4) conduzione verso l'autovalutazione, 5) consapevolezza e realizzazione del sé, 6) conclusioni gradualmente e follow-up periodici. All'interno degli istituti scolastici coinvolti nel Programma CdS, l'attività prevede la presenza di uno spazio di ascolto gestito da operatori della CdS finalizzato al supporto di studenti, insegnanti e/o genitori che ne facciano richiesta. In quest'ottica, risulta fondamentale la collaborazione con gli insegnanti, che hanno il compito di individuare le potenziali criticità all'interno del gruppo classe e indirizzare gli studenti o i loro genitori verso lo spazio.

I **gruppi di parola** sono momenti molto importanti di confronto con minorenni o adulti su tematiche specifiche rilevate dalle équipe sul territorio per agire sulla prevenzione del disagio sociale, accrescendo il livello di consapevolezza e promuovendo il confronto tra pari. Intercettando il tema rilevante della cura della parola e dell'espressione del sé, prevedono incontri e momenti di confronto e condivisione su tematiche specifiche quali bullismo e cyberbullismo, comunicazione positiva e non violenta, alfabetizzazione emotiva, alfabetizzazione digitale, violenza di genere, ecc.

Alla base di questa azione vi è l'idea che il disagio nei bambini e nei ragazzi si possa prevenire accrescendo il livello di consapevolezza e di attenzione che gli adulti pongono nelle proprie modalità di comunicazione e di interazione con i più piccoli, essendone i principali responsabili. Il gruppo rappresenta l'elemento metodologico centrale, volto a valorizzare il confronto tra pari o comunque tra persone che condividono una domanda, un tema che le accomuna e che attingono non solo dalle indicazioni del conduttore ma anche dalle osservazioni reciproche e dalle restituzioni degli altri membri del gruppo per potenziare le proprie competenze.

LE COMUNITÀ EDUCATIVE E LE CASE FAMIGLIA

Le comunità educative e le case famiglia operano con strategie di intervento che si devono confrontare con bambini e bambine dai vissuti drammatici, rispetto ai quali le metodologie sia cliniche che educative passano attraverso la parola e assumono una importanza fondamentale.

In queste strutture il modello che risulta maggiormente efficace nel prevenire le recidive del maltrattamento e nel curare i traumi e le conseguenze dello stress post-traumatico è quello che prevede un'attenta strategia integrata di intervento da parte di équipe multidisciplinari, che sappiano abbinare azioni educative e terapeutiche grazie a un uso esperto di **"parole curanti"** scelte e adattate per ogni caso specifico, nelle terapie individuali che in quelle familiari o di gruppo.

In queste comunità vi è una particolare attenzione **all'ascolto degli assistiti e a dare centralità alla loro parola**, attraverso incontri con gli educatori e i terapeuti (quotidiani settimanali o quindicinali), variando il tipo di parola curante a seconda dei momenti della giornata: dal resoconto degli eventi del giorno precedente durante i pasti, alle parole calorose e di affetto nei momenti serali.

Per i minorenni autori di reati le parole della cura devono mirare al recupero di consapevolezza di quanto avvenuto e all'assunzione di responsabilità del dolore provocato. In questo senso hanno dato buoni risultati ad esempio le tecniche di lavoro basate sulla **relazione epistolare simulata**, nella quale il minorenne scrive dal

doppio punto di vista, quello in prima persona come autore di reati e quello della vittima.

Con i minorenni in carico a questi servizi è indispensabile che gli operatori adottino **parole di chiarezza e di realtà**, spesso anche traducendo le parole burocratiche o giuridiche che impediscono una piena comprensione.

Nel caso dei minorenni coinvolti nel **percorso giudiziario**, gli operatori delle comunità variano il loro linguaggio, rimandando a dopo l'incidente probatorio le vere parole della cura per evitare di inficiare il procedimento con accuse di linguaggio induttivo nei confronti del bambino o della bambina.

I CENTRI DI ASCOLTO DEGLI UOMINI MALTRATTANTI E PER LA PROMOZIONE DELLA MEDIAZIONE

I centri di ascolto degli uomini maltrattanti e per la promozione della mediazione svolgono la loro attività terapeutica e di recupero su uomini che si sono resi autori di reati, affidati al servizio dai Tribunali al fine di intraprendere un percorso di consapevolezza e di cura.

Le strategie di parola curante in questo caso si bilanciano tra **interventi terapeutici individuali e attività di gruppo**, che riscontrano i migliori risultati in termini di riduzione delle recidive.

La condivisione dei vissuti in un contesto di **gruppo non giudicante** è infatti utile anche nel far emergere le infanzie spesso violate e negate, attraverso un utilizzo delle parole calibrate dai terapeuti per una vera e propria **rieducazione emotiva e affettiva**.



Note di capitolo

1 Dube, S. R., Li, E. T., Fiorini, G., Lin, C., Singh, N., Khamisa, K., McGowan, J., & Fonagy, P. (2023).

2 Glaser, D. (2002).

3 OMS, Child maltreatment indicators, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/>

4 Dube, S. R., Li, E. T., Fiorini, G., Lin, C., Singh, N., Khamisa, K., McGowan, J., & Fonagy, P. (2023).

5 Words Matter, What is verbal abuse, <https://wordsmatter.org/what-is-verbal-abuse>

6 Vissing, Y. M., Straus, M. A., Gelles, R. J., & Harrop, J. W. (1991).

7 Choi, J., Jeong, B., Rohan, M. L., Polcari, A. M., & Teicher, M. H. (2009).

8 Words Matter, What is verbal abuse, <https://wordsmatter.org/what-is-verbal-abuse/>

9 Vissing, Y. M., Straus, M. A., Gelles, R. J., & Harrop, J. W. (1991).

10 Coates, E. E., Dinger, T., Donovan M., & Phares, V. (2013).

11 Johnson J.G., Cohen, P., Smailes, E.M., Skodol, A.E., Brown, J., & Oldham, J.M. (2001).

12 Kochar, R., Ittyerah, M. & Babu, N. (2015).

13 Naughton, C. M., O'Donnell, A. T., & Muldoon, O. T. (2020).

14 Legge 29 maggio 2017, n. 71 Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo. (17G00085) (GU Serie Generale n.127 del 03-06-2017) Provvedimento in vigore dal 18/06/2017, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/3/17G00085/sg>

15 Parlamento europeo, Fighting cyberbullying of young people across the EU (debate), https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-9-2023-05-10-ITM-016_EN.html#:~:text=Globally%2C%20in%20%20children,has%20not%20improved%20this%20situation

16 Moige, Moige: il lockdown ha aumentato del 10% gli episodi di bullismo e del 8% quelli di cyberbullismo tra i minori in Italia, <https://www.moige.it/2023/02/02/moige-il-lockdown-ha-aumentato-del-10-gli-episodi-di-bullismo-e-del-8-quelli-di-cyberbullismo-tra-i-minori-in-italia/>

17 Terre des Hommes, Osservatorio Indifesa: 1 adolescente su 2 vittima di bullismo o cyberbullismo, <https://terredeshommes.it/comunicati/1-adolescente-su-2-vittima-di-bullismo-o-cyberbullismo/>

18 Nixon CL. (2014).

19 The Guardian (15 febbraio 2024). New York sues TikTok, Instagram and YouTube over "addictive" platforms for children, <https://www.theguardian.com/us-news/2024/feb/15/new-york-city-sues-social-media-addiction-kids-tiktok-instagram/>

20 Doğa, K.A, Kaytez, N., Damar, M., Elibol, F., & Aral N. (2023).

21 Cigna, Y. (21 marzo 2024). Stop allo sharenting: la proposta di legge contro le foto di minori pubblicate dai genitori sui social - Cosa prevede. Open. <https://www.open.online/2024/03/21/sharenting-proposta-legge-foto-minori-social-cosa-prevede/>

22 Zimmer, M.H., & Panko, L.M. (2006).

23 Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O. C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E., Conway, L., Eadie, P., & Bretherton, L. (2010).

- 24 Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997).
- 25 Horne, B., Ringeisen, H., Dolan, M., Smith, K., Wilson, E., & Casanueva, C. (2012).
- 26 Coster, W., & Cicchetti, D. (1993).
- 27 Vedi Allen, R. E., & Oliver, J. M. (1982), Culp, R. E., Watkins, R. V., Lawrence, H., Letts, D., Kelly, D. J., & Rice, M. L. (1991) e
- 28 Jacobsen, H., Moe, V., Ivarsson, T., Wentzel-Larsen, T., & Smith, L. (2013) e Eigsti, I.M., & Cicchetti, D. (2004).
- 29 Eigsti, I.-M., & Cicchetti, D. (2004).
- 30 Allen, R., & Wasserman, G. A. (1985).
- 31 Eigsti, I.M., & Cicchetti, D. (2004).
- 32 Morisset, C. E., Barnard, K. E., & Booth, C. L. (1995).
- 33 Sylvestre, A., & Mérette, C. (2010).
- 34 Spratt, E. G., Friedenberg, S. L., Swenson, C. C., Larosa, A., De Bellis, M. D., Macias, M. M., Summer, A. P., Hulsey, T. C., Runyan, D. K., & Brady, K. T. (2012).
- 35 Zellman, G. L. (1990).
- 36 Culp, R. E., Watkins, R. V., Lawrence, H., Letts, D., Kelly, D. J., & Rice, M. L. (1991).
- 37 Im-Bolter, N., & Cohen, N. J. (2007).
- 38 Merritt, D.H., & Klein, S. (2015).
- 39 Sattler, K.M.P. (2022).
- 40 Sylvestre, A., & Mérette, C. (2010).

41 Si ringraziano: Antonello Arculeo (Catania), Emanuela Bussolati (Milano), Cabiria Cacciatore (Fondazione Domus de Luna, Cagliari), Clelia Celisi (Istituto Comprensivo Martoglio, Siracusa), Daniela D'Elia (La Goccia Cooperativa Sociale, Avellino), Sabrina De Flaviis (Centro Studi Sociali sull'Infanzia e l'Adolescenza "Don Silvio De Annunziis", Associazione Focolare Maria Regina ETS, Teramo), Marianna Giordano (L'Orsa Maggiore cooperativa sociale, Napoli), Paola Guglielmi (Il Grillo Parlante Cooperativa Sociale, Napoli), Giuseppe Lombardo (Associazione Sinapsi, Marina di Gioiosa Ionica, Reggio Calabria), Susanna Murru e Francesco Pisano (Associazione C.I.P.M. Sardegna - Centro Italiano per la promozione della Mediazione e della Giustizia riparativa, Cagliari), Maria Claudia Olivieri (Fondazione Giovanni Paolo II, Bari), Antonella Questa (Compagnia LaQ-Prod, Lerici-SP), Fedele Salvatore (Cooperativa Sociale Irene '95, Napoli), Giancarlo Rafele e Giovanni Lopez (Cooperativa Sociale Kyosei, Catanzaro), Eleonora Silverii (Cooperativa Sociale Orizzonte, Pescara), Chiara Zanolini (Pediatria di Famiglia, Bergamo).

42 La "pedagogia nera" è un termine coniato da Katharina Rutschky nel libro "Pedagogia nera - Fonti storiche nell'educazione civile" (A cura di: Paolo Peticari, Collana: Impronte 2015, 834 pp. ISBN: 9788857530321) per definire l'insieme dei metodi educativi violenti usati nei secoli scorsi per crescere i bambini come bravi adulti dediti all'obbedienza. Si tratta quindi di un modello educativo che legittima la violenza e le punizioni dei bambini e delle bambine poiché si considera che siano tendenzialmente, portati a sviluppare abitudini "viziose" (cattive, autolesioniste, antimorali, antisociali) a meno che i genitori non intervengano correggendo o reprimendo i naturali e spontanei comportamenti dell'infanzia.



CASA DEL
SORRISO



**PROPOSTE
PER POLITICHE
DI PREVENZIONE,
CONTRASTO E CURA**

04

La prevenzione, il contrasto e la cura del maltrattamento all'infanzia è parte integrante della più ampia visione della **Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza delle Nazioni Unite**¹ che l'Italia ha ratificato con la Legge 27 maggio 1991, n. 176.

Nel processo di valutazione e monitoraggio dello stato di attuazione della Convenzione nei vari Paesi, il rapporto annuale del **Gruppo di lavoro CRC**² offre il punto di vista del Terzo Settore italiano sui vari articoli della Convenzione.

CESVI è parte attiva nel processo di analisi e valutazione promosso dal Gruppo CRC e da anni contribuisce al suo rapporto annuale. Pertanto il 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia (ottobre 2023³) rappresenta la base valoriale e propositiva sulla quale si appoggiano le raccomandazioni specifiche di CESVI sul tema della prevenzione, contrasto e cura del maltrattamento all'infanzia che emergono come riflessione conclusiva del presente Indice.

Come cita il Rapporto Annuale del Gruppo CRC, occorre ribadire la necessità di adottare **strategie multidimensionali e di medio lungo termine** - già richiamata nelle precedenti edizioni dell'Indice - attraverso una legge-quadro di riordino della materia e un **Piano straordinario di intervento per il benessere e la sicurezza**

dell'infanzia che prenda ispirazione dalle **raccomandazioni espresse dal Consiglio Europeo con la Child Guarantee**.

Fondamentale è quindi che il concetto di **resilienza**, intesa come fattore protettivo prioritario, venga posto alla base di ogni strategia di intervento, attraverso il rafforzamento dell'ecosistema di tutti i servizi, pubblici, privati e del Terzo Settore, preposti a intervenire a vario titolo.

Un forte **investimento in termini di risorse sia umane che economiche** si rende dunque ancora più necessario rispetto agli anni passati in forza delle nuove criticità ed emergenze che sono emerse nel periodo post-pandemico, e che richiedono anche una rinnovata strategia di governance, un impegno nel **superare le disuguaglianze territoriali** attraverso il rafforzamento del LEP (Livelli Essenziali di Prestazione) e dei LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale), un sistema di monitoraggio più puntuale e completo grazie a un potenziamento della raccolta ed elaborazione dei dati, e a una più attenta formazione del personale deputato a prevenire e curare il maltrattamento all'infanzia.

In questo quadro d'insieme di raccomandazioni per la prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia, alcuni punti meritano un'ulteriore riflessione come esito dell'approfondimento condotto per la redazione del presente rapporto.

1

INVESTIRE IN SERVIZI E SISTEMI DI INTERVENTO INTEGRATI DI PREVENZIONE E CONTRASTO AL MALTRATTAMENTO

Occorre sviluppare e rafforzare **sistemi territoriali** di governance dei servizi, con particolare riferimento alla creazione di **reti per servizi integrati tra pubblico, privato e Terzo Settore**, con risorse economiche dedicate, tavoli di coordinamento territoriale e la partecipazione di attori del pubblico e del privato sociale con competenze specifiche, per la creazione di sistemi funzionanti di prevenzione del maltrattamento e protezione dei bambini.

È fondamentale inoltre che i sistemi territoriali svolgano **azioni di prevenzione primaria** al maltrattamento infantile, con programmi e risorse dedicate, **investendo in particolare nella scuola come luogo privilegiato per la prevenzione**, coinvolgendo oltre a bambini e adolescenti, il corpo docenti con percorsi di formazione dedicati. La prevenzione al maltrattamento dell'infanzia va poi promossa sui territori attraverso concrete iniziative di **rafforzamento della capacità genitoriale**, capaci anche di interrompere il corso della trasmissione generazionale.

Nel quadro complessivo di servizi e sistemi di intervento integrati è indispensabile adottare un **approccio multidimensionale/multidisciplinare** che si rende particolarmente necessario per affrontare il disagio psicologico crescente di bambini e adolescenti prodotto anche dalla crisi pandemica.

Molteplici sono gli ambiti nei quali questo approccio potrebbe essere adottato, come già richiamato dal rapporto del Gruppo CRC, come la prevenzione nelle scuole tramite la diffusione di programmi che promuovano il benessere psicofisico.

Occorre dare solidità economica e finanziare adeguatamente il rilancio del **Fondo per il contrasto della Povertà educativa minorile** che ha dato prova di riscontri favorevoli, anche valutandone eventualmente modalità di integrazione di questo con gli strumenti di finanziamenti pubblici e privati.

2

PROMUOVERE LA FORMAZIONE E LA RICERCA DI UN LINGUAGGIO CONDIVISO SU MALTRATTAMENTO E CURA

Come già raccomandato dal Gruppo CRC, e come emerge costantemente dai tavoli di lavoro a ogni livello, è indispensabile investire nella **formazione dei professionisti** coinvolti direttamente o indirettamente nei servizi socio-educativi e sanitari, curandone la preparazione anche in relazione alle nuove forme di maltrattamento e ai nuovi bisogni di cura.

A integrazione della formazione sulle competenze, occorre sviluppare un lavoro di ricerca e di **condivisione di un linguaggio comune** sui fenomeni della trascuratezza e maltrattamento, da svolgersi nei tavoli di coordina-

mento territoriale che favoriscano una cultura condivisa e modalità di intervento coordinate tra soggetti di varia natura quali ad esempio i pediatri, le forze dell'ordine, gli insegnanti, gli educatori e gli psicoterapeuti.

È dunque fondamentale promuovere il **coinvolgimento di soggetti "non convenzionali"** (es: i pediatri e medici di base, associazioni sportive, parrocchie) perché antenne sul territorio, con azioni *community based* che coinvolgano un'ampia platea di soggetti a integrazione e complemento degli interventi specialistici.

3

INCENTIVARE IL MONITORAGGIO, LA CONDIVISIONE DEI DATI, E LA SINERGIA TRA SERVIZI SUI CASI SPECIFICI

Come richiama anche il Gruppo CRC da diverse edizioni del Rapporto, rimane sempre indispensabile migliorare il monitoraggio del fenomeno a livello sia nazionale che territoriale, attivando una **raccolta dati sul maltrattamento all'infanzia** e favorendone la fruizione da parte di tutti gli operatori del settore.

Occorre intensificare l'uso di **strumenti di monitoraggio e di valutazione dei casi evidence based** per aiutare i pro-

fessionisti del settore a riconoscere le diverse forme di trascuratezza e maltrattamento, ai fini di una puntuale rilevazione dei fattori di rischio all'interno dei nuclei familiari.

Si pensi, a titolo di esempio, ai percorsi di identificazione degli indici di rischio e delle aree di prevenzione relativi a ciascun nucleo familiare basati sul Child Abuse Potential Inventory (CAP-I)⁴, un protocollo scientifico in corso di validazione dal Dipartimento di psicologia dell'Universi-

tà Cattolica del Sacro Cuore di Milano per la misurazione nei genitori della propensione al maltrattamento infantile, già sperimentato nell'ambito del progetto di CESVI "TenerAmente verso un'infanzia felice" finanziato da Con i Bambini impresa sociale⁵.

È indispensabile, inoltre, poter **raccogliere i dati a livello micro riferiti a singoli casi e condividerli** tra i professionisti. Occorre quindi promuovere un confronto con le istituzioni sulle modalità di applicazione della normativa a tutela della privacy che permettano però allo stesso

tempo di condividere i dati indispensabili per il lavoro delle équipe multidisciplinari tra enti dei servizi socio-sanitari ed educativi.

Vanno infine rafforzati i **meccanismi di intercettazione, segnalazione e invio ai servizi** di prevenzione e protezione all'interno della rete territoriale per una migliore capacità di lettura delle fragilità e di riconoscimento dei (possibili) casi di maltrattamento, e più in generale per un agire comune che porta a prendersi cura in modo incisivo ed efficace di bambini e bambini.

4

FAVORIRE INIZIATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE NELLA COMUNITÀ EDUCANTE IN UN'OTTICA PREVENTIVA

Per un'efficace prevenzione sono indispensabili **azioni di sensibilizzazione sui media nazionali e locali** per contribuire ad aumentare nei cittadini il livello di consapevolezza sul fenomeno della trascuratezza e del maltrattamento e promuovere l'attivazione di fattori protettivi e di resilienza a livello individuale e collettivo.

Per ottenere un elevato livello di **sensibilizzazione e di coinvolgimento** è indispensabile adottare nuovi linguaggi e forme espressive che permettano di raggiungere tutti i soggetti coinvolti anche sperimentando **stru-**

menti "innovativi" come le illustrazioni, i giochi, mostre interattive, le letture animate e le rappresentazioni teatrali.

Come già raccomandato dal Gruppo CRC, è importante promuovere **una cultura della non violenza** e progetti di **sensibilizzazione nelle scuole e con tutta la comunità educante** per un'educazione positiva affinché le diverse forme di trascuratezza e maltrattamento siano conosciute e riconosciute da tutti, dai minorenni a chi si occupa di loro quotidianamente.



Note di capitolo

1 Fonte: <https://www.garanteinfanzia.org/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza#:~:text=home%20%2F-,CONVENZIONE%20SUI%20DIRITTI%20DELL'INFANZIA%20E%20DELL'ADOLESCENZA,35>

2 "Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC) è un network attualmente composto da più di 100 soggetti del Terzo Settore che da almeno tre anni si occupano attivamente della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ed è coordinato da Save the Children Italia.

Il Gruppo CRC si è costituito nel dicembre 2000 con l'obiettivo prioritario di preparare il Rapporto sull'attuazione della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Convention on the Rights of the Child – CRC) in Italia, supplementare a quello presentato dal Governo italiano, da sottoporre al Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso l'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite. Da allora il network redige regolarmente Rapporti di aggiornamento annuali e periodici" Fonte: <https://gruppocrc.net/chi-siamo/>

3 Si veda: <https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2024/01/13%C2%B0-Rapporto-CRC-VERSIONE-DEFINITIVA-3.pdf>

4 Milner, J.S. (1986). The Child Abuse Potential Manual (2nd ed.), Psytec, Webster, NC Miragoli, S., Camisasca, E., Di Blasio, P., Milani, L., Ionio, C., Gizzi, N., ... & Togliatti, M. M. (2016). Child abuse potential inventory in Italy: A comparative study of abusive and nonabusive parents. *Journal of Child Custody*, 13(4), 289-306.

5 Si veda a tal proposito: <https://percorsiconibambini.it/teneramente/>

BIBLIOGRAFIA

- Allen, R. E., & Oliver, J. M. (1982). The effects of child maltreatment on language development. *Child abuse & neglect*, 6(3), 299–305. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(82\)90033-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(82)90033-3)
- Allen, R., & Wasserman, G. A. (1985). Origins of language delay in abused infants. *Child Abuse & Neglect*, 9(3), 335–340. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90029-8](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90029-8)
- Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., Preen, D. B., Brown, D. S., Nguyen, H., & Segal, L. (2021). Intergenerational transmission of child maltreatment in South Australia, 1986–2017: A retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00024-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00024-4)
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Fondazione Terre des Hommes Italia (2021). Seconda Indagine nazionale sul maltrattamento di bambini e degli adolescenti in Italia. <https://cismai.it/documento/seconda-indagine-nazionale-sul-maltrattamento-di-bambini-e-adolescenti-in-italia-dati-2018/>
- Ben David, V. (2021). Associations between parental mental health and child maltreatment: The importance of family characteristics. *Social Sciences*, 10(6), 190. <https://doi.org/10.3390/socsci10060190>
- 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.econstor.eu/bitstream/10419/200368/1/1015796494.pdf>
- Brown, D., & De Cao, E. (2024). Unveiling Shadows: The Impact of Unemployment on Child Maltreatment, <https://www.iza.org/publications/dp/16799/unveiling-shadows-the-impact-of-unemployment-on-child-maltreatment>
- Carnevale, S., Di Napoli, I., Esposito, C., Arcidiacono, C., & Procentese, F. (2020). Children Witnessing Domestic Violence in the Voice of Health and Social Professionals Dealing with Contrasting Gender Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4463. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124463>
- CESVI (2020). Restituire il futuro. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia. ISBN 978- 88-943474-3-2 <https://www.cesvi.org/approfondimenti/indice-regionale-sul-maltrattamento-allinfanzia-italia/>
- Choi, J., Jeong, B., Rohan, M. L., Polcari, A. M., & Teicher, M. H. (2009). Preliminary Evidence for White Matter Tract Abnormalities in Young Adults Exposed to Parental Verbal Abuse. *Biological Psychiatry*, 65(3), 227. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.06.022>
- CISMAI (1999). Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri, https://cismai.it/assets/uploads/2015/02/Requisiti_Interventi_Violenza_Assistita_Madri1999.pdf
- CISMAI, Università L. Bocconi & Terre des Hommes (2013). Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?, https://cismai.it/assets/uploads/2015/02/6261_Tagliare_sui_bambini_studioTDH_Bocconi_Cismai.pdf
- Coates, E. E., Dinger, T., Donovan, M., & Phares, V. (2013). Adult Psychological Distress and Self-Worth Following Child Verbal Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(4), 394–407. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.775981>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528–541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Contreras, M., Heilman, B., Barker, G., Singh, A., Verma, R., & Bloomfield, J. (2012). Understanding the Lifelong Influence of Men's Childhood Experiences of Violence. International Center for Research on Women and Instituto Promundo, Washington, DC, Rio de Janeiro. <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Bridges-to-Adulthood-Understanding-the-Lifelong-Influence-of-Mens-Childhood-Experiences-Violence.pdf>
- Coster, W., & Cicchetti, D. (1993). Research on the communicative development of maltreated children. *Topics in Language Disorders*, 13(4), 25–38. <https://doi.org/10.1097/00011363-199308000-00007>

- Coulton, C. J., Richter, F. G.-C., Korbin, J., Crampton, D., & Spilsbury, J. C. (2018). Understanding trends in neighborhood child maltreatment rates: A three-wave panel study 1990–2010. *Child Abuse & Neglect*, 84, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.025>
- Culp, R. E., Watkins, R. V., Lawrence, H., Letts, D., Kelly, D. J., & Rice, M. L. (1991). Maltreated children's language and speech development: abused, neglected, and abused and neglected. *First Language*, 11(33), 377–389. <https://doi.org/10.1177/014272379101103305>
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310–321. <https://doi.org/10.1177/1077559596001004003>
- Devries, K. M., Knight, L., Child, J. C., Kyegombe, N., Hossain, M., Lees, S., Watts, C., & Naker, D. (2017). Witnessing intimate partner violence and child maltreatment in Ugandan children: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 7(2), e013583. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013583>
- Doğan Keskin, A., Kaytez, N., Damar, M., Elibol, F., & Aral, N. (2023). Sharenting Syndrome: An Appropriate Use of Social Media? *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(10), 1359. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101359>
- Drake, B., JonsonReid, M., & Darejan Dvalishvili. (2022). Poverty and Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, 239–257. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2_11
- Dube, S. R., Li, E. T., Fiorini, G., Lin, C., Singh, N., Khamisa, K., McGowan, J., & Fonagy, P. (2023). Childhood verbal abuse as a child maltreatment subtype: A systematic review of the current evidence. *Child Abuse & Neglect*, 144, 106394. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106394>
- Dunn, E. C., Nishimi, K., Gomez, S. H., Powers, A., & Bradley, B. (2018). Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful? *Journal of Affective Disorders*, 227, 869–877. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.045>
- Eigsti, I.M., & Cicchetti, D. (2004). The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months. *Developmental Science*, 7(1), 88–102. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2004.00325.x>
- Fulu, E., Jewkes, R., Roselli, T., & Garcia-Moreno, C. (2013). Prevalence of and factors associated with male perpetration of intimate partner violence: findings from the UN Multi-country Cross-sectional Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *The Lancet Global Health*, 1(4), e187–e207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70074-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70074-3)
- Galop (2022). LGBT+ Experiences of Abuse from Family Members. <https://galop.org.uk/wp-content/uploads/2022/04/Galop-LGBT-Experiences-of-Abuse-from-Family-Members.pdf>
- Geprägs, A., Bürgin, D., Fegert, J. M., Brähler, E., & Clemens, V. (2023). Parental stress and physical violence against children during the second year of the COVID-19 pandemic: results of a population-based survey in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00571-5>
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 697–714. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- Grant, C., Radley, J., Philip, G., Lacey, R., Blackburn, R., Powell, C., & Woodman, J. (2023). Parental health in the context of public family care proceedings: A scoping review of evidence and interventions. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106160. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106160>
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, 80(1), 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A., & Vederhus, J. K. (2021). Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: A cross-sectional study of 28047 adults from the general population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00384-9>
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(2), 84–99. <https://doi.org/10.1177/1524838008314797>
- Hien, D., Cohen, L. R., Caldeira, N. A., Flom, P., & Wasserman, G. (2010). Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.006>
- Horne, B., Ringeisen, H., Dolan, M., Smith, K., Wilson, E., & Casanueva, C. (2012). NSCAW II wave 2 report: Child well-being. https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/opre/nscaw_report_w2_ch_wb_final_june_2014_final_report.pdf
- Im-Bolter, N., & Cohen, N. J. (2007). Language impairment and psychiatric comorbidities. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 525–542. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.02.008>
- Ireton, R., Hughes, A., & Klabunde, M. (2024). An fMRI Meta-Analysis of Childhood Trauma. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2024.01.009>

- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 358–368. <https://doi.org/10.1002/cpp.395>
- Jacobsen, H., Moe, V., Ivarsson, T., Wentzel-Larsen, T., & Smith, L. (2013). Cognitive Development and Social-Emotional Functioning in Young Foster Children: A Follow-up Study from 2 to 3 Years of Age. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(5), 666–677. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0360-3>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., & Oldham, J. M. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 16–23. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19755>
- Karadag, M., Gokcen, C., & Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(1), 77–82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Kim, H., Song, E.-J., & Windsor, L. (2023). Longitudinal changes in the county-level relationship between opioid prescriptions and child maltreatment reports, United States, 2009–2018. *American Journal of Orthopsychiatry*, 93(5), 375–388. <https://doi.org/10.1037/ort0000682>
- Klein, S. (2011). The availability of neighborhood early care and education resources and the maltreatment of young children. *Child Maltreatment*, 16(4), 300–311. <https://doi.org/10.1177/1077559511428801>
- Klika, J. B., Maguire-Jack, K., Feely, M., Schneider, W., Pace, G. T., Rostad, W., Murphy, C. A., & Merrick, M. T. (2022). Childcare Subsidy Enrollment Income Generosity and Child Maltreatment. *Children*, 10(1), 64. <https://doi.org/10.3390/children10010064>
- Kochar, R., Ittyerah, M., & Babu, N. (2015). Verbal Abuse and Cognition in the Developing Mind. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.982236>
- Laulik, S., Allam, J., & Browne, K. (2014). Maternal borderline personality disorder and risk of child maltreatment. *Child Abuse Review*, 25(4), 300–313. <https://doi.org/10.1002/car.2360>
- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S., & Lavergne, C. (2015). Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Canadian Journal of Public Health*, 106(S7), eS45–eS56. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4838>
- Lindo, J. M., Schaller, J., & Hansen, B. (2018). Caution! Men not at work: Gender-specific labor market conditions and child maltreatment. *Journal of Public Economics*, 163, 77–98. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.04.007>
- Loiseau, M., Cottenet, J., François-Purcell, I., Bechraoui-Quantin, S., Jud, A., Gilard-Pioc, S., & Quantin, C. (2023). Hospitalization for physical child abuse: Associated medical factors and medical history since birth. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106482. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106482>
- Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2017). Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLOS ONE*, 12(4), e0175240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175240>
- Merritt, D. H., & Klein, S. (2015). Do early care and education services improve language development for maltreated children? Evidence from a national child welfare sample. *Child Abuse & Neglect*, 39, 185–196. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.011>
- Moog, N. K., Cummings, P. D., Jackson, K. L., Aschner, J. L., Barrett, E. S., Bastain, T. M., Blackwell, C. K., Enlow, M. B., Breton, C. V., Bush, N. R., Deoni, S. C. L., Duarte, C. S., Ferrara, A., Grant, T. L., Hipwell, A. E., Jones, K., Leve, L. D., Lovinsky-Desir, S., Miller, R. K., & Monk, C. (2023). Intergenerational transmission of the effects of maternal exposure to childhood maltreatment in the USA: a retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(3), e226–e237. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00025-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00025-7)
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2009). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53–63. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9269-9>
- Morisset, C. E., Barnard, K. E., & Booth, C. L. (1995). Toddlers' language development: Sex differences within social risk. *Developmental Psychology*, 31(5), 851–865. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.5.851>
- Naughton, C. M., O'Donnell, A. T., & Muldoon, O. T. (2020). Exposure to Domestic Violence and Abuse: Evidence of Distinct Physical and Psychological Dimensions. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(15-16), 3102–3123. <https://doi.org/10.1177/0886260517706763>
- Nazioni Unite (2019). Special edition: Progress towards the Sustainable Development Goals. Report of the Secretary-General. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24978Report_of_the_SG_on_SDG_Progress_2019.pdf
- Nevriana, A., Kyriaki Kosidou, Hope, H., Wicks, S., Dalman, C., Pierce, M., & Abel, K. M. (2024). Parental Mental Illness and the Likelihood of Child Out-of-home Care: A Cohort Study. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061531>
- Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13(975936). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.975936>
- NICHD Early Child Care Research Network (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36

- months, *Developmental Psychology*, 35(5), 1297-1310. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1297>
- Nixon, C. (2014). Current perspectives: The impact of cyberbullying on adolescent health. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5(5), 143-158. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s36456>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- OMS (2010). Violence Prevention - The Evidence, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS - Regional Office for Europe (2013). European Report on Preventing Child Maltreatment, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326375/9789289000284-eng.pdf>
- OMS - Regional Office for Europe (2018). European status report on preventing child maltreatment, <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289053549>
- OMS (2020). Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
- Racine, N., Zhu, J., Hartwick, C., & Madigan, S. (2022). Differences in Demographic, Risk, and Protective Factors in a Clinical Sample of Children who Experienced Sexual Abuse Only vs. Poly-victimization, *Frontiers in Psychiatry*, 12, 789329. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.789329>
- Ray, J. A., Choi, J.-K., & Jackson, A. P. (2021). Adverse childhood experiences and behavior problems among poor Black children: Nonresident father involvement and single mothers' parenting stress. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105264. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105264>
- Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O. C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E., Conway, L., Eadie, P., & Bretherton, L. (2010). Predicting Language Outcomes at 4 Years of Age: Findings From Early Language in Victoria Study. *Pediatrics*, 126(6), e1530-e1537. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0254>
- Rutschky, K. (2015). *Pedagogia nera - Fonti storiche nell'educazione civile*. A cura di: Paolo Perticari, Collana: Impronte 2015, 834 pp. ISBN: 9788857530321
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & Garcia-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02664-7)
- Sattler, K. M. P. (2022). Can Early Childhood Education Be Compensatory? Examining the Benefits of Child Care Among Children Who Experience Neglect. *Early Education and Development*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/10409289.2022.2139547>
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six-year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(8), 853-860. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>
- Schneider, W. (2017). Single mothers, the role of fathers, and the risk for child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 81, 81-93. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.07.025>
- Sesar, K., & Dodaj, A. (2021). Therapeutic interventions employed when working with maltreated children. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja*, 57(2), 103-122. <https://psycnet.apa.org/record/2022-31654-007>
- Skinner, G. C. M., Bywaters, P. W. B., & Kennedy, E. (2022). A review of the relationship between poverty and child abuse and neglect: Insights from scoping reviews, systematic reviews and meta analyses. *Child Abuse Review*, 32(2). <https://doi.org/10.1002/car.2795>
- Spratt, E. G., Friedenberg, S., LaRosa, A., Bellis, M. D. D., Macias, M. M., Summer, A. P., Hulsey, T. C., Runyan, D. K., & Brady, K. T. (2012). The Effects of Early Neglect on Cognitive, Language, and Behavioral Functioning in Childhood. *Psychology*, 43(02), 175-182. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.32026>
- Sylvestre, A., & Mérette, C. (2010). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors? *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 414-428. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.10.003>
- Terre des Hommes Italia (2023). La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo. https://terredeshommes.it/pdf/Dossier_indifesa_tdh_2023.pdf
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(6), 1245-1260. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4006.1245>
- Trainor, G. (2021). The Impact of Childhood Neglect on Cognition in School-Aged Children. *Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research*, 34(5). <https://doi.org/10.26717/2474-3650.2021.34.005629>
- Tucker, M. C., & Rodriguez, C. M. (2014). Family dysfunction and social isolation as moderators between stress and child physical abuse risk. *Journal of Family Violence*, 29(2), 175-186. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9567-0>

- UNICEF (2010). Child disciplinary practices at home: evidence from a range of low- and middle-income countries. <https://data.unicef.org/resources/child-disciplinary-practices-at-home-evidence-from-a-range-of-low-and-middle-income-countries>
- UNICEF (2017). A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents. United Nations Children's Fund <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>
- UNICEF (2020). Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents. <https://www.unicef.org/media/93986/file/Child-Protection-Gender-Dimensions-of-VACAG-2021.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), 369–375. <https://doi.org/10.1177/1077559509342125>
- Vasquez Guerrero, D.A. (2009). Hypermasculinity, intimate partner violence, sexual aggression, social support, and child maltreatment risk in urban, heterosexual fathers taking parenting classes. *Child Welfare*, 88(4), 135–155 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20405780/>
- Vissing, Y. M., Straus, M. A., Gelles, R. J., & Harrop, J. W. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse & Neglect*, 15(3), 223–238. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90067-N](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90067-N)
- Wadji, D. L., Oe, M., Cheng, P., Bartoli, E., Martin-Soelch, C., Pfaltz, M. C., & Langevin, R. (2023). Associations between experiences of childhood maltreatment and perceived acceptability of child maltreatment: A cross-cultural and exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 143, 106270. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106270>
- Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1409–1425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.07.002>
- Wolf, J. P., Freisthler, B., & McCarthy, K. S. (2021). Parenting in poor health: Examining associations between parental health, prescription drug use, and child maltreatment. *Social Science & Medicine*, 277, 113887. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113887>
- Younas, F., & Gutman, L. M. (2022). Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 152483802211346. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>
- Zellman, G. L. (1990). Child abuse reporting and failure to report among mandated reporters: Prevalence, incidence, and reasons. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 3–22. <https://doi.org/10.1177/088626090005001001>
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological Influences on the Sequelae of Child Maltreatment: A Review of the Literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49–62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>
- Zimmer, M. H., & Panko, L. M. (2006). Developmental Status and Service Use Among Children in the Child Welfare System. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(2), 183. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.2.183>

Alley Oop - Il Sole 24 Ore (17 ottobre 2023). In Italia oltre 400mila bambini assistono alla violenza in casa. <https://alleyoop.ilsole24ore.com/2023/10/17/in-italia-oltre-400mila-bambini-assistono-alla-violenza-in-casa/>

Centers for Disease Control Prevention (CDC). Mental health of children and parents —a strong connection. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/features/mental-health-children-and-parents.html>

Cigna, Y. (21 marzo 2024). Stop allo sharenting: la proposta di legge contro le foto di minori pubblicate dai genitori sui social - Cosa prevede. Open. <https://www.open.online/2024/03/21/sharenting-proposta-legge-foto-minori-social-cosa-prevede>

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Convenzione di Istanbul. <https://rm.coe.int/1680464egd>

Campbell, D. (1 ottobre 2023). Shouting at children can be as damaging as physical or sexual abuse, study says. The Guardian. <https://www.theguardian.com/society/2023/oct/02/shouting-at-children-can-be-as-damaging-as-physical-or-sexual-abuse-study-says>

End violence against children, Progress on SDG 16 goals, including ending violence against children, is backsliding finds new analysis. <https://www.end-violence.org/articles/progress-sdg-16-goals-including-ending-violence-against-children-backsliding-finds-new#:~:text=Target%2016.2%20is%20to%20end,as%20corporal%20punishment%20and%20trafficking>

Giannelli, C. (23 gennaio 2023). Italia: le punizioni corporali ai bambini sono ancora legali. La Svolta. <https://www.lasvolta.it/4812/italia-le-punizioni-corporali-ai-bambini-sono-ancora-legali>

IPSICO, Il trauma nei bambini: l'approccio EMDR in età evolutiva. <https://www.ipsico.it/news/il-trauma-nei-bambini-lapproccio-emdr-in-eta-evolutiva>

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

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

Legge 29 maggio 2017, n. 71 Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo. (17G00085) (GU Serie Generale n.127 del 03-06-2017) note: Entrata in vigore

del provvedimento: 18/06/2017, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/3/17G00085/sg>

Ministère de la Justice, Enfance en danger: le Gouvernement mobilisé. <https://www.justice.gouv.fr/actualites/espace-presse/enfance-danger-gouvernement-mobilise>

Moige (2 febbraio 2023). Moige: il lockdown ha aumentato del 10% gli episodi di bullismo e del 8% quelli di cyberbullismo tra i minori in Italia. <https://www.moige.it/2023/02/02/moige-il-lockdown-ha-aumentato-del-10-gli-episodi-di-bullismo-e-del-8-quelli-di-cyberbullismo-tra-i-minori-in-italia/>

OMS, Child Maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#:~:text=Child%20maltreatment%20can%20affect%20cognitive,disruption%20in%20early%20brain%20development>

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

OMS, Child maltreatment indicators. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>

Parlamento europeo, Fighting cyberbullying of young people across the EU (debate), https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-g-2023-05-10-ITM-016_EN.html#:~:text=Globally%2C%201%20in%203%20children,has%20not%20improved%20this%20situation

Prevent Child Abuse North Carolina, Cost of Child Abuse & Neglect, <https://www.preventchildabusenc.org/resource-hub/cost-of-child-abuse-neglect>

Senato della Repubblica, Obiettivo 16: Pace, giustizia e istituzioni forti, https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/1006387/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione12-h1_h116

Stanford Medicine, Signs & Symptoms. Child Abuse, <https://childabuse.stanford.edu/screening/signs.html>

Terre des Hommes, Osservatorio Indifesa 2023: 1 adolescente su 2 vittima di bullismo o cyberbullismo, <https://terredeshommes.it/comunicati/1-adolescente-su-2-vittima-di-bullismo-o-cyberbullismo/>

UNICEF, worldwide 300 million children suffer from violent methods of upbringing, <https://www.unicef.org/kyrgyzstan/press-releases/child-suffer-violent-methods-upbringing>



APPENDICI

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

L'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia 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 l'approccio partecipativo con cui è stato costruito, 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 indica-

tore più alto e più basso). Una volta resi confrontabili i vari indicatori viene calcolato, per ogni ambito, un macro-indicatore come media semplice dei sottoindicatori. Il QUARS permette quindi il ranking fra le regioni italiane non solo in termini complessivi di qualità della vita, bensì anche separatamente per ciascuno degli ambiti considerati, fornendo quindi un maggiore livello di dettaglio sulla composizione e la connotazione del benessere di un territorio.

L'indice sintetico QUARS viene infine elaborato come media dei 7 macro-indicatori 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:

$$Z_{i,J} = \frac{X_{i,J} - \mu_J}{\sigma_{XJ}}$$

$$\sigma_{XJ}$$

Dove

$X_{i,J}$ è il dato della regione i relativo alla variabile J

μ_J è la media tra i valori di tutte le regioni per la variabile J

σ_{XJ} è lo scarto quadratico medio o deviazione standard della distribuzione della variabile J , in altre parole è la media degli scarti dei valori di tutte le regioni dalla media della variabile. Questo valore serve per quantificare l'intervallo all'interno del quale si distribuiscono i dati delle variabili. Il valore della deviazione standard è lo stesso per tutti i valori relativi a una variabile

$Z_{i,J}$ è il dato della regione i relativo alla variabile J standardizzato. A ogni $X_{i,J}$ corrisponde uno e un solo $Z_{i,J}$, 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 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 permette 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 Martinetti e Gisella Accolla Working Paper ORES n. 1 / 2011 8 febbraio <http://www-5.unipv.it/webdesed/docenti/chiappero/comunicazioni/Multidimensionalita%20nelle%20analisi%20di%20benessere%20e%20problemi%20di%20comparazione.pdf>

II TABELLE

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	FONTI
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	2019-2021	Istat
2		R: Giovane età dei genitori	Indice regionale di fecondità per età media del padre	2020-2021	Istat
3		R: Famiglie monoparentali	Indice regionale famiglie monogenitoriali/totale famiglie	2020-2021	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 anni	2020-2022	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	2013-2019	Istat
6	Relazionali	R/P: Scarsa coesione familiare e famiglie disfunzionali	Separazioni per 10.000 abitanti	2019-2021	Istat Noi Italia
7	Relazionali		Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione per le relazioni familiari	2020-2022	Istat
8	Relazionali	R: Numero componenti della famiglia	Famiglie con più di cinque componenti	2020-2022	Istat

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

Regioni	Tasso fecondità/1.000 donne 15-19 anni	Fecondità per età media del padre	% Famiglie monogenitori/totali famiglie	Soddisfazione per la vita	% Donne 15-49 anni che usano metodi moderni di contraccezione	Separazioni/10.000 ab.	Soddisfazione relazioni familiari	Famiglie con più di 5 componenti	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	10	17	1	1	3	1	1	19	0,895	1
Lombardia	8	6	2	4	4	7	3	11	0,642	2
Piemonte	6	15	3	6	1	10	5	3	0,513	3
Friuli Venezia Giulia	1	13	6	11	9	5	7	6	0,430	4
Veneto	2	8	8	8	8	2	4	17	0,426	5
Liguria	13	9	4	12	5	15	6	1	0,415	6
Emilia-Romagna	7	11	13	7	7	3	8	10	0,394	7
Umbria	9	12	10	5	10	9	2	12	0,273	8
Valle d'Aosta	12	14	12	2	11	11	9	8	0,191	9
Toscana	4	7	14	17	6	8	10	7	0,188	10
Sardegna	14	2	20	3	2	13	14	2	0,166	11
Marche	3	5	16	16	12	6	11	13	0,044	12
Basilicata	11	1	7	15	20	4	20	5	0,022	13
Lazio	5	4	18	13	14	18	15	4	-0,224	14
Molise	15	3	9	9	17	12	16	14	-0,238	15
Calabria	17	16	11	10	19	14	17	9	-0,486	16
Abruzzo	16	10	15	19	18	17	12	15	-0,556	17
Puglia	18	18	5	18	16	16	18	18	-0,845	18
Sicilia	20	20	17	14	13	19	13	16	-1,266	19
Campania	19	19	19	20	15	20	19	20	-1,823	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 socioassistenziali e sociosanitari – N° utenti/100.000 donne 18-64 anni abitanti per regione	2018-2020	Istat
2		N° consultori materno-infantili/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2019-2021	Istat + Min Salute
3	Sostegno alla genitorialità	Sostegno alla genitorialità famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2018-2020	Istat
4	Servizio Sociale Professionale	Servizio Sociale Professionale famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2018-2020	Istat
5	Assistenza domiciliare socioassistenziale	Assistenza domiciliare socioassistenziale famiglia e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2018-2020	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	2018-2020	Istat

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI**

Regioni	Sostegno alla maternità		Sostegno alla genitorialità	Servizio sociale professionale	Assistenza domiciliare socioassistenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Totale	Pos. Tot.
	Gestanti o madri maggiorenni con figli	Numero consultori						
Emilia-Romagna	3	2	1	1	17	1	1,696	1
Umbria	4	3	13	8	1	16	0,484	2
Valle d'Aosta	10	1	4	10	9	9	0,445	3
Veneto	16	9	3	2	7	3	0,364	4
Sardegna	8	6	5	7	13	4	0,362	5
Basilicata	15	5	10	5	4	17	0,181	6
Lombardia	13	19	11	11	2	5	0,115	7
Piemonte	14	12	2	3	11	13	0,081	8
Liguria	6	11	12	4	15	7	0,077	9
Puglia	11	14	7	6	6	8	0,049	10
Abruzzo	18	10	6	9	3	12	0,048	11
Toscana	9	4	16	12	8	11	-0,036	12
Trentino-Alto Adige	2	8	17	17	20	6	-0,086	13
Sicilia	1	13	18	18	16	10	-0,123	14
Friuli Venezia Giulia	7	16	19	16	18	2	-0,142	15
Lazio	5	17	9	14	5	15	-0,208	16
Marche	19	7	8	15	14	14	-0,477	17
Calabria	12	15	20	20	10	20	-0,739	18
Molise	17	20	15	13	19	18	-0,840	19
Campania	20	18	14	19	12	19	-1,018	20

**TABELLA 3. INDICATORI SERVIZI PER L'INFANZIA:
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	2019-2021	Istat
2	Disponibilità di servizi per l'infanzia	% bambini/e di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	2019-2021	Istat
3	Servizi sociali per l'infanzia	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per l'infanzia (affidi e adozioni) /100.000 abitanti	2018-2020	Istat
4	Minori ospiti presidi residenziali	Ospiti fino a 17 anni dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari (per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche)	2018-2020	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	2018-2020	Istat

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER L'INFANZIA:
CAPACITÀ DI RICEVERE CURA**

Regioni	Servizi prima infanzia: posti autorizzati per 100 bambini di 0-2 anni	Bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	Servizi per l'infanzia per affidi e adozione	Minori ospiti presidi	Servizi sostegno socio-educativo	Totale	Pos. Tot.
Umbria	1	8	4	9	2	0,943	1
Emilia-Romagna	2	18	5	5	1	0,744	2
Piemonte	11	13	1	13	3	0,713	3
Liguria	9	16	2	2	6	0,705	4
Valle d'Aosta	3	5	7	10	13	0,333	5
Toscana	4	14	6	12	4	0,317	6
Sardegna	7	7	13	8	5	0,264	7
Basilicata	15	1	10	6	12	0,209	8
Marche	13	9	8	11	10	0,022	9
Friuli Venezia Giulia	5	15	14	7	11	0,005	10
Veneto	8	17	3	18	7	-0,002	11
Molise	16	10	17	3	9	-0,014	12
Sicilia	19	12	15	1	15	-0,268	13
Trentino-Alto Adige	10	11	20	4	20	-0,292	14
Lombardia	12	19	9	17	8	-0,420	15
Puglia	17	4	12	16	17	-0,516	16
Abruzzo	14	6	16	20	14	-0,546	17
Lazio	6	20	11	14	16	-0,662	18
Calabria	18	3	18	15	19	-0,679	19
Campania	20	2	19	19	18	-0,855	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	2020-2022	Istat
2		Uso di droghe	Tasso mortalità dipendenza da droghe, tossicomania M+F	2018-2021	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	2020-2022	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**

Regioni	Comportamento a rischio alcol	Tasso mortalità dipendenza da droghe M+F	Indici di stato psicologico	Indici di salute mentale	Depressione diagnosticata	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	18	2	1	1	3	1,194	1
Molise	15	1	4	17	2	0,630	2
Lazio	5	3	8	3	12	0,578	3
Lombardia	9	7	6	7	5	0,381	4
Sicilia	1	9	16	10	14	0,197	5
Puglia	3	5	17	14	11	0,156	6
Emilia-Romagna	8	12	10	5	9	0,151	7
Abruzzo	7	11	12	15	6	0,131	8
Veneto	17	14	7	12	1	0,125	9
Calabria	4	6	18	4	16	0,106	10
Basilicata	6	8	15	18	7	0,014	11
Umbria	11	10	11	6	15	-0,083	12
Friuli Venezia Giulia	19	17	3	8	4	-0,086	13
Liguria	12	13	2	9	19	-0,131	14
Sardegna	13	18	9	2	20	-0,146	15
Toscana	10	15	14	13	10	-0,257	16
Campania	2	4	19	19	18	-0,285	17
Piemonte	14	20	13	11	8	-0,558	18
Valle d'Aosta	20	16	5	16	17	-0,807	19
Marche	16	19	20	20	13	-1,311	20

**TABELLA 5. INDICATORI SINTOMI DI VULNERABILITÀ DEI BAMBINI/E AL MALTRATTAMENTO:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

N°	CATEGORIA DI SINTOMO	INDICATORE	ANNO	FORTE
1	Gravidanze precoci	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni	2019-2021	Istat
2	Obesità infantile	Persone di 6-17 anni per eccesso di peso (per 100 persone di 6-17 anni della stessa zona)	2020-2022	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/OMS
4	Consumo di alcol in età giovanile	Ragazzi 11-15 anni che hanno consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (fenomeno del binge drinking) (per 100 ragazzi 11-15 anni residenti nella zona)	2014	
5	Consumo di droghe in età giovanile	Ragazzi di 15 anni che hanno fatto uso di cannabis almeno 1 volta nella vita (per 100 ragazzi 15 anni residenti nella zona)	2014	

**INDICE REGIONALE SINTOMI POTENZIALE MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

Regioni	Gravidanze precoci	Obesità infantile	Fumo in età giovanile	Consumo di alcol	Consumo di droghe	Totale	Pos. Tot.
Friuli Venezia Giulia	1	1	4	3	7	0,965	1
Trentino-Alto Adige	10	2	3	8	5	0,885	2
Toscana	4	8	5	4	9	0,638	3
Marche	3	9	6	5	11	0,592	4
Valle d'Aosta	12	6	1	13	2	0,455	5
Emilia-Romagna	7	12	2	2	8	0,444	6
Lazio	5	13	8	1	12	0,421	7
Piemonte	6	7	7	7	1	0,340	8
Lombardia	8	3	10	9	4	0,311	9
Veneto	2	11	9	11	6	0,210	10
Calabria	17	16	12	17	18	0,047	11
Liguria	13	5	14	6	3	0,020	12
Umbria	9	15	11	10	10	-0,001	13
Campania	19	18	15	12	15	-0,462	14
Abruzzo	16	10	17	16	13	-0,593	15
Basilicata	11	14	20	19	17	-0,623	16
Sardegna	14	4	19	15	20	-0,661	17
Molise	15	19	16	20	14	-0,852	18
Puglia	18	17	18	18	16	-0,931	19
Sicilia	20	20	13	14	19	-1,207	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 anni M+F/10.000 abitanti	2020-2022	Istat
2	Uso di droghe	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 anni M+F/10.000 abitanti	2020-2022	Istat
3	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F/10.000 abitanti	2020-2022	Istat
4	Uso di Alcol Uso di droghe	N° utenti SERD/100.000 abitanti per regione	2020-2022	Istat
5	Malattia mentale	N° strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	2019-2021	Istat + Min salute
6	Uso di Alcol Uso di droghe	Dipendenza utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti	2018-2020	Istat

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

Regioni	Uso di Alcol	Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Totale	Pos. Tot.
	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/100.000 abitanti per regione	Strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	Dipendenza utenti servizio sociale professionale/100.000 ab		
Liguria	3	1	1	4	7	5	1,267	1
Valle d'Aosta	1	4	2	11	3	6	1,105	2
Veneto	7	3	9	10	11	1	0,774	3
Marche	2	2	15	1	13	10	0,682	4
Piemonte	6	7	3	2	5	20	0,443	5
Toscana	13	6	4	3	10	4	0,413	6
Umbria	5	12	18	7	1	11	0,331	7
Trentino-Alto Adige	4	9	5	16	14	13	0,085	8
Emilia-Romagna	11	8	16	14	2	15	-0,018	9
Lombardia	9	5	12	8	12	12	-0,030	10
Molise	16	14	17	5	6	3	-0,036	11
Basilicata	15	18	10	12	8	2	-0,150	12
Sardegna	12	10	8	13	15	7	-0,267	13
Abruzzo	8	11	13	6	18	16	-0,321	14
Puglia	17	16	14	9	9	8	-0,388	15
Lazio	14	17	11	15	16	14	-0,521	16
Friuli Venezia Giulia	10	13	19	20	4	9	-0,660	17
Sicilia	20	20	6	19	17	17	-0,707	18
Calabria	18	15	7	17	19	18	-0,812	19
Campania	19	19	20	18	20	19	-1,190	20

**TABELLA 7. INDICATORI SERVIZI PER L'INFANZIA:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE	ANNO	FONTI
1	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici M+F 0-17 anni/10.000 abitanti	2020-2022	Istat
2	Assistenza medica territoriale	Medici pediatri di libera scelta/ 10.000 bambini/e di età <15 anni	2018-2021	Istat
3	Sostegno alla maternità	Numero consultori materno-infantili/100.000 minori e abitanti 18-64 anni non celibi/nubili per regione	2019-2021	Istat e Min. Salute

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER L'INFANZIA
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

Regioni	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	Pos. Tot.
Toscana	1	4	4	1,467	1
Valle d'Aosta	4	13	1	1,013	2
Sardegna	2	8	6	1,003	3
Emilia-Romagna	18	3	2	0,802	4
Puglia	5	2	14	0,513	5
Umbria	9	5	3	0,482	6
Lazio	3	6	17	0,204	7
Liguria	6	9	11	0,079	8
Sicilia	7	7	13	0,010	9
Molise	13	1	20	0,006	10
Abruzzo	8	10	10	-0,049	11
Basilicata	15	14	5	-0,145	12
Marche	14	12	7	-0,159	13
Veneto	12	15	9	-0,333	14
Trentino-Alto Adige	16	18	8	-0,538	15
Campania	11	11	18	-0,584	16
Calabria	10	19	15	-0,868	17
Friuli Venezia Giulia	20	17	16	-0,908	18
Lombardia	17	16	19	-0,941	19
Piemonte	19	20	12	-1,055	20

**TABELLA 8. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA**

N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO/ PROTETTIVO	DEFINIZIONE FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI (R/P)	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
1	Individuale/ maltrattante	R/P: Isolamento sociale	Persone di 14 anni e più che si dichiarano molto soddisfatte delle relazioni amicali	2020-2022	Istat
2			Indice regionale fiducia interpersonale in merito alla risposta: bisogna stare molto attenti	2019-2020	Istat
3	Relazionali	R: Violenza del partner	Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza dal partner o da ex partner negli ultimi cinque anni (per 100 donne con le stesse caratteristiche)	2014	Istat
4	Comunitari	R/P: Insicurezza e scarso controllo sociale	Tasso di omicidi per regione/100.000 abitanti	2019-2021	Istat
5			Percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono (ogni 100 famiglie)	2019-2020	Istat
6			Persone di 14 anni e più che esprimono fiducia nelle forze dell'ordine, nei vigili del fuoco (fiducia media)	2019-2022	Istat
7	Sociali	P: Valori e norme sociali che approvano il maltrattamento	Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza da un partner, per denuncia di almeno una violenza subita	2014	Istat

**INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA**

Regioni	Soddisfazione nelle relazioni amicali	Fiducia interpersonale	Violenza da partner/ex partner negli ultimi 5 anni	Tasso di omicidi	Percezione criminalità	Fiducia forze dell'ordine	Donne vittime violenza da un partner, per denuncia	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	1	1	8	11	3	1	5	1,333	1
Friuli Venezia Giulia	8	4	2	1	5	6	10	0,808	2
Umbria	2	6	14	12	10	3	8	0,446	3
Liguria	7	8	18	3	8	4	2	0,441	4
Piemonte	4	9	12	10	13	7	4	0,317	5
Veneto	3	7	4	9	15	5	14	0,293	6
Lombardia	9	5	9	8	16	8	6	0,200	7
Emilia-Romagna	5	11	17	15	17	2	3	0,185	8
Sardegna	11	16	7	19	4	14	1	0,184	9
Marche	12	13	5	5	9	12	9	0,068	10
Toscana	10	10	13	4	11	11	13	0,047	11
Calabria	16	14	1	13	7	19	12	-0,038	12
Valle d'Aosta	6	3	3	20	1	15	16	-0,100	13
Basilicata	18	17	6	2	6	17	19	-0,248	14
Abruzzo	13	12	20	6	12	13	7	-0,311	15
Sicilia	15	20	11	17	14	10	11	-0,327	16
Molise	14	18	19	7	2	16	17	-0,473	17
Lazio	17	2	15	14	19	9	18	-0,494	18
Puglia	20	15	10	16	18	18	20	-0,933	19
Campania	19	19	16	18	20	20	15	-1,398	20

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

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Insicurezza e scarso controllo sociale	Coinvolti in procedure penali - adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti ospiti dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari	2018-2020	Istat
2	Violenza del partner	N° centri antiviolenza e case rifugio/100.000 donne abitanti tra 18-70 anni e minori 0-17 anni	2018-2020	Istat/DPO
3	Integrazione sociale	N° utenti servizi dei Comuni per l'integrazione sociale/100.000 abitanti	2018-2020	Istat

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA**

Regioni	Coinvolti in procedure penali - Ospiti dei presidi	Numero centri antiviolenza e case rifugio	Servizi sociali per l'integrazione sociale	Totale	Pos. Tot.
Umbria	2	5	3	1,574	1
Emilia-Romagna	13	7	1	0,714	2
Lombardia	8	1	9	0,613	3
Calabria	1	11	15	0,574	4
Marche	4	17	4	0,311	5
Valle d'Aosta	15	4	6	0,298	6
Friuli Venezia Giulia	14	2	11	0,262	7
Abruzzo	10	6	7	0,242	8
Molise	19	3	8	0,192	9
Veneto	18	10	2	0,176	10
Sardegna	7	15	5	0,148	11
Liguria	3	14	16	-0,204	12
Toscana	9	8	13	-0,234	13
Puglia	12	9	10	-0,312	14
Trentino-Alto Adige	6	13	19	-0,445	15
Sicilia	5	18	18	-0,556	16
Campania	11	12	17	-0,624	17
Basilicata	20	16	12	-0,678	18
Piemonte	17	19	14	-0,874	19
Lazio	16	20	20	-1,176	20

**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 socioeconomico	Indice regionale % popolazione 25-64 anni con nessun titolo di studio/licenza elementare	2019-2020	Istat
2	Individuale/ maltrattante	P: Elevato livello di istruzione delle donne	Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (femmine)	2020-2022	Istat

**INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE**

Regioni	% Popolazione 25-64 anni nessun titolo di studio/licenza elementare	Tasso di istruzione terziaria femminile 30-34 anni	Totale	Pos. Tot.
Emilia-Romagna	5	1	1,168	1
Lazio	8	2	1,010	2
Friuli Venezia Giulia	2	4	0,965	3
Valle d'Aosta	11	3	0,842	4
Trentino-Alto Adige	1	7	0,742	5
Lombardia	6	6	0,643	6
Marche	10	5	0,636	7
Veneto	4	10	0,451	8
Umbria	7	12	0,349	9
Abruzzo	12	8	0,334	10
Toscana	13	9	0,307	11
Molise	14	13	0,074	12
Liguria	3	14	0,061	13
Basilicata	15	11	-0,126	14
Piemonte	9	16	-0,182	15
Sardegna	16	15	-0,501	16
Campania	19	17	-1,572	17
Puglia	18	19	-1,613	18
Calabria	20	18	-1,724	19
Sicilia	17	20	-1,863	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	2020-2022	Istat

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE**

Regioni	Adulti inoccupati che partecipano ad attività formative e di istruzione	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	1,429	1,429	1
Toscana	1,400	1,400	2
Molise	1,066	1,066	3
Sardegna	0,967	0,967	4
Abruzzo	0,965	0,965	5
Basilicata	0,948	0,948	6
Marche	0,783	0,783	7
Lazio	0,638	0,638	8
Valle d'Aosta	0,369	0,369	9
Calabria	0,269	0,269	10
Friuli Venezia Giulia	-0,086	-0,086	11
Liguria	-0,240	-0,240	12
Umbria	-0,252	-0,252	13
Piemonte	-0,662	-0,662	14
Emilia-Romagna	-0,751	-0,751	15
Campania	-1,122	-1,122	16
Lombardia	-1,153	-1,153	17
Veneto	-1,189	-1,189	18
Sicilia	-1,584	-1,584	19
Puglia	-1,797	-1,797	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 anni (tot)	2020-2022	Istat
2			Incidenza della disoccupazione di lunga durata (tot)	2020-2022	Istat
3			Incidenza di occupati non regolari (valori %)	2018-2020	Istat
4			Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	2018-2019	Istat

**INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI LAVORARE**

Regioni	Tasso di disoccupazione età 35-44 anni	Incidenza della disoccupazione di lunga durata	% Incidenza di occupati non regolari	Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	1	1	2	4	1,441	1
Veneto	2	7	1	2	0,905	2
Valle d'Aosta	5	2	7	1	0,892	3
Lombardia	3	9	5	6	0,711	4
Friuli Venezia Giulia	6	6	3	7	0,710	5
Emilia-Romagna	8	10	4	5	0,685	6
Toscana	7	3	9	9	0,634	7
Umbria	4	4	11	3	0,586	8
Marche	10	8	8	8	0,544	9
Liguria	11	5	10	12	0,395	10
Piemonte	9	13	6	11	0,377	11
Abruzzo	15	11	12	10	-0,055	12
Lazio	12	15	14	13	-0,146	13
Basilicata	13	14	13	14	-0,283	14
Molise	14	16	17	16	-0,529	15
Sardegna	17	12	15	18	-0,747	16
Puglia	16	18	16	17	-0,860	17
Calabria	20	17	20	15	-1,582	18
Campania	18	20	19	19	-1,737	19
Sicilia	19	19	18	20	-1,941	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	2018-2020	Istat

**INDICE REGIONALE SERVIZI POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI LAVORARE**

Regioni	Inserimento lavorativo	Totale	Posizione TOT
Veneto	3.949	3.949	1
Friuli Venezia Giulia	1.112	1.112	2
Liguria	0.235	0,235	3
Lombardia	0.086	0,086	4
Emilia-Romagna	0.080	0,080	5
Piemonte	0.032	0,032	6
Valle d'Aosta	0.000	0,000	7
Marche	-0.155	-0,155	8
Toscana	-0.197	-0,197	9
Molise	-0.315	-0,315	10
Sicilia	-0.346	-0,346	11
Sardegna	-0.370	-0,370	12
Puglia	-0.407	-0,407	13
Abruzzo	-0.424	-0,424	14
Trentino-Alto Adige	-0.445	-0,445	15
Lazio	-0.508	-0,508	16
Basilicata	-0.516	-0,516	17
Umbria	-0.579	-0,579	18
Campania	-0.595	-0,595	19
Calabria	-0.639	-0,639	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 socioeconomico	Indice di grave deprivazione materiale	2018-2019	Istat
2			Indice regionale % persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali	2019-2022	Istat
3			Indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica	2019-2022	Istat
4			Relazionali	Incidenza di povertà relativa familiare (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)	2020-2021
5	Sociali	Disuguaglianza	Indice di disuguaglianza del reddito disponibile (Gini)	2018-2021	Istat
6	Sociali	Fattori economici (recessione)	Tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante	2019-2021	Istat

**INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI**

Regioni	Indice di grave deprivazione materiale	% Persone in situazioni di sovraffollamento abitativo	Valutazione soggettiva difficoltà economica	Indice povertà relativa familiare	Indice di disuguaglianza del reddito (Gini)	Tasso crescita PIL procapite	Totale	Pos. Tot.
Emilia-Romagna	8	8	1	5	3	4	0,750	1
Valle d'Aosta	6	2	7	2	1	16	0,726	2
Veneto	1	5	11	11	10	8	0,689	3
Marche	9	14	12	8	2	3	0,587	4
Umbria	2	11	8	12	4	6	0,580	5
Toscana	7	3	6	6	7	14	0,550	6
Liguria	3	6	4	9	9	11	0,538	7
Lombardia	11	10	3	4	15	2	0,430	8
Trentino-Alto Adige	4	9	2	1	11	15	0,383	9
Friuli Venezia Giulia	10	7	5	3	12	13	0,327	10
Basilicata	16	13	10	15	13	1	0,089	11
Piemonte	5	20	13	10	8	5	-0,026	12
Abruzzo	12	16	17	13	14	7	-0,149	13
Molise	18	1	16	17	5	18	-0,259	14
Lazio	13	12	9	7	20	17	-0,344	15
Puglia	17	19	14	20	6	12	-0,662	16
Sardegna	14	18	18	14	16	10	-0,705	17
Calabria	15	4	19	18	18	19	-0,895	18
Sicilia	20	15	15	16	19	20	-1,231	19
Campania	19	17	20	19	17	9	-1,375	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	2018-2020	Istat
2	Povertà/situazione abitativa	Indice regionale servizi per gli alloggi: numero utenti/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2018-2020	Istat

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI
CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI**

Regioni	Integrazione al reddito	Povertà abitativa	Totale	Pos. Tot.
Emilia-Romagna	1	2	2,949	1
Trentino-Alto Adige	4	1	2,138	2
Friuli Venezia Giulia	2	5	0,347	3
Veneto	3	6	0,199	4
Toscana	7	3	0,101	5
Marche	5	11	0,044	6
Sardegna	6	10	-0,192	7
Lazio	11	4	-0,195	8
Piemonte	9	7	-0,290	9
Lombardia	8	13	-0,308	10
Umbria	10	9	-0,334	11
Liguria	15	8	-0,410	12
Molise	13	12	-0,414	13
Valle d'Aosta	12	16	-0,429	14
Calabria	14	17	-0,483	15
Basilicata	16	14	-0,488	16
Puglia	18	15	-0,507	17
Campania	17	19	-0,532	18
Sicilia	19	18	-0,571	19
Abruzzo	20	20	-0,624	20



cesvi

CESVI Fondazione è un'organizzazione umanitaria laica e indipendente nata a Bergamo nel 1985.

Da quasi 40 anni porta il cuore, la generosità e l'operosità degli italiani nelle emergenze e nei luoghi più poveri del mondo attraverso progetti di lotta alla fame e alle grandi pandemie, per la tutela delle persone e dell'ambiente.

CESVI agisce fornendo strumenti e competenze affinché le popolazioni aiutate possano poi essere artefici del proprio futuro.

Premiata tre volte con l'Oscar di Bilancio per la trasparenza, è parte del network europeo Alliance 2015.

Per informazioni:

CESVI Fondazione - ETS

Via Broseta 68/A 24128 - Bergamo

Tel. **035 2058058** – Email: **cesvi@cesvi.org**

www.cesvi.org



CESVI

