



2018



cesvi

# LIBERITUTTI

Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia







CESVI

# LIBERITUTTI

Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia





Cesvi

# LIBERITUTTI

Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia

## **A cura di**

Valeria Emmi  
Cesvi

## **Autrici**

Giovanna Badalassi, Federica Gentile *(Consulenti Cesvi)*

## **Comitato Scientifico**

Donata Bianchi *(Istituto degli Innocenti)*  
Gianmario Gazzì *(Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali)*  
Maria Giuseppina Muratore *(Istat)*

## **Editing**

Valeria Emmi *(Advocacy Coordinator)*  
Nicoletta Ianniello *(Communications Coordinator)*  
Lylen Albani *(Campaigning Coordinator)*  
Arianna Previdi *(Communications Assistant)*

## **Progetto grafico**

New Target Agency s.r.l.

Foto di ©Roger Lo Guarro

L'Indice LiberiTutti è disponibile online su  
<https://www.cesvi.org>

ISBN 978-88-943474-0-1

## **Realizzata da**

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

Con il supporto di **UBI**  **Banca**

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

Finito di stampare nel mese di maggio 2018

# SOMMARIO

<b>PREFAZIONE</b>	5
<b>INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE</b>	7
<b>1. IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA: INQUADRAMENTO GENERALE</b>	10
1.1 Definizione	10
1.2 Le conseguenze personali, relazionali, sociali ed economiche sui bambini/e e sui futuri adulti	12
1.3 I benefici della prevenzione	14
1.4 Politiche e strumenti normativi di prevenzione e contrasto del maltrattamento sui bambini/e	15
<b>2. L'INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA</b>	20
2.1 La metodologia	20
2.2 L'indice regionale sui bambini/e vulnerabili al maltrattamento	26
2.2.1 I fattori di rischio e i sintomi di potenziale maltrattamento e di vulnerabilità dei bambini/e	26
2.2.2 I servizi territoriali di prevenzione e contrasto del maltrattamento diretti ai bambini/e	29
2.2.3 L'indice regionale sui bambini/e vulnerabili al maltrattamento: sintesi fattori di rischio e servizi	32
2.3 L'indice regionale su adulti e famiglie potenzialmente maltrattanti	34
2.3.1 I fattori di rischio di adulti e famiglie potenzialmente maltrattanti	34
2.3.2 I servizi di prevenzione e contrasto per gli adulti e le famiglie potenzialmente maltrattanti	48
2.3.3 L'indice regionale sugli adulti potenzialmente maltrattanti: sintesi fattori di rischio e servizi	55
2.4 L'indice regionale: fattori di rischio, servizi e sintesi per capacità	57
2.4.1 L'indice dei fattori di rischio (adulti e bambini/e)	57
2.4.2 L'indice dei servizi (adulti e bambini/e)	58
2.4.3 L'indice regionale totale per capacità	60
<b>3. RIFLESSIONI E PROPOSTE PER POLITICHE DI PREVENZIONE E CONTRASTO</b>	66
3.1 Conclusioni	66
3.2 Raccomandazioni finali e proposte	69
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	74
<b>SITOGRAFIA</b>	78
<b>APPENDICI</b>	80
I. L'approccio delle capacità nella prospettiva dello Sviluppo Umano	80
II. Il metodo di calcolo utilizzato per l'indicatore: il QUARS	81
III. Tabelle	82



## PREFAZIONE

La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, adottata il 20 novembre 1989 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, afferma che *"ogni bambino e ogni bambina ha diritto alla vita, al nome, ad una famiglia, alla sua identità; ha diritto ad esprimere la propria opinione, ad essere ascoltato; ogni bambino e ogni bambina deve godere di libertà di espressione, di pensiero, di religione e di associazione; ogni bambino e bambina deve essere tutelato da ogni forma di violenza e di sfruttamento sessuale ed economico; ogni bambino e ogni bambina ha il diritto alla salute, a vivere libero da condizioni di povertà e degrado e soprattutto ha diritto ad una educazione di qualità, ha diritto al gioco. Ogni Stato è chiamato a rendere effettivi questi diritti indipendentemente dalla razza, dal colore della pelle, dal sesso, dalla lingua parlata, dalla religione professata e dall'origine nazionale, etnica e sociale"*.

La Convenzione ci chiede, dunque, di considerare le bambine e i bambini cittadini a pieno titolo, e di riconoscere a ogni bambino e bambina il diritto fondamentale di essere accolto e di crescere all'interno di un ambiente familiare sereno. Nonostante le prescrizioni contenute nella normativa sovranazionale e nella normativa nazionale (penso, ad esempio, alla ratifica con la Legge n.172/2012, della Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale e alla ratifica, con la Legge n. 77/2013, della Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica) molti bambini e adolescenti, anche nel nostro Paese, continuano a essere vittime di violenze o abusi, di discriminazione, di emarginazione o a vivere in condizioni di grave trascuratezza.

Il Progetto di ricerca elaborato da Cesvi - Organizzazione della società civile impegnata da più di trent'anni "ovunque nel mondo dove c'è più bisogno" - costituisce uno strumento innovativo per comprendere meglio cosa è stato fatto e cosa bisogna fare per prevenire e contrastare i maltrattamenti all'infanzia.

Lo studio ha permesso di creare un Indice sintetico regionale sul maltrattamento in Italia che misura la vulnerabilità dei minori rispetto alle capacità di protezione del contesto in cui le bambine e i bambini vivono, combinando un indicatore regionale dei fattori di rischio e un indicatore delle politiche e dei servizi di prevenzione e contrasto.

La complessità della metodologia è resa necessaria dalla multidimensionalità dei fenomeni sociali, comunitari, relazionali e individuali che sottendono al fenomeno del maltrattamento e che interagiscono nel suo determinismo. La rilevanza pratica dell'Indice risiede nel classificare i territori in base alla capacità di intervento dei servizi sociali, nell'individuare i bisogni esistenti e i programmi di intervento per la protezione dei minori.

La ricerca offre, dunque, una nuova chiave di lettura del fenomeno e fornisce elementi di riflessione e indicazioni utili ai decisori politici, alla Pubblica Amministrazione e a tutti gli altri attori, istituzionali e della società civile, impegnati nel prevenire e contrastare i maltrattamenti sui minori soffermandosi anche sulla necessità di intervenire sugli adulti maltrattanti per ridurre la trasmissione intergenerazionale del maltrattamento sui bambini; sull'opportunità di prevedere politiche integrate sul fenomeno nonché sulla costruzione di adeguati sistemi informativi.

In tale ottica si inserisce, peraltro, l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile che sottolinea le interconnessioni tra sviluppo, rispetto dei diritti umani, democrazia e buon governo e indica, altresì, l'importanza di migliorare le condizioni di vita dei minori garantendo loro la necessaria protezione, sia per favorire pari e piene opportunità di vita sia per rafforzare il capitale umano della società e ridurre le disuguaglianze.

È nostro dovere garantire i diritti dei bambini e delle bambine, degli uomini e delle donne di domani, perché un mondo che non rispetta e ama le nuove generazioni è un mondo senza futuro.

La ricerca di Cesvi ci mette di fronte alla necessità di colmare il vuoto che esiste tra i diritti garantiti dalle norme e i diritti negati dalla realtà quotidiana.

"L'umanità" - come ha affermato Kofi Annan già Segretario generale dell'ONU - "deve all'infanzia il meglio di ciò che ha da offrire".

**Cons. Ermenegilda Siniscalchi**

*Capo Dipartimento per le politiche della famiglia  
della Presidenza del Consiglio dei Ministri*



## INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE

Il maltrattamento all'infanzia<sup>1</sup>, l'abuso fisico, sessuale e mentale dei bambini/e con meno di 18 anni è nel quadro complessivo delle emergenze sociali tra le più esecrabili, non solo per la sproporzione di forze tra il maltrattante e il maltrattato e per il tradimento della fiducia dei bambini/e negli adulti, ma anche per le conseguenze di medio-lungo termine sulla salute e l'equilibrio psico-fisico dei maltrattati e più in generale su tutta la società.

Come si vedrà nelle pagine successive, si tratta di un fenomeno ancora sconosciuto nella sua reale dimensione: i servizi sociali dei Comuni italiani seguono ogni anno quasi 100.000 bambini/e maltrattati, circa 9,5 minori ogni 1.000 residenti<sup>2</sup>. La WHO (World Health Organization) stima che per ogni caso conosciuto ce ne siano almeno altri 9 sommersi che non verranno mai seguiti né curati<sup>3</sup>.

Ci sono poi anche gli ex bambini/e maltrattati, adulti di oggi che vivono sopportando un pesante fardello di dolore che influenza il loro modo d'essere, la loro vita, la loro capacità di amare, spesso perpetuando a loro volta sui figli il proprio disagio. Si viene a generare così un circuito vizioso di trasmissione intergenerazionale che solo un intervento esterno, quale ad esempio quello dei servizi pubblici, può interrompere.

Se proiettiamo sugli adulti di oggi il dato dei 9,5 bambini/e maltrattati assistiti dai servizi sociali dei Comuni ogni 1.000 minori e quello dei 9 casi sommersi per ogni caso conosciuto, si arriva a una presenza sulla popolazione complessiva di quasi 6 milioni di maltrattati, tra adulti e bambini (5,7 milioni), ovvero poco meno del 10% della popolazione nazionale. Un ordine di grandezza che può essere valutato come un'ipotesi ragionevole se consideriamo ad esempio, che la violenza sulle donne è un fenomeno che coinvolge 6 milioni e 788 mila donne in Italia<sup>4</sup> e almeno altrettanti uomini autori delle violenze.

Il maltrattamento dei bambini/e è quindi un fenomeno non adeguatamente studiato né misurato e, soprattutto, scarsamente valutato nelle sue conseguenze a medio-lungo termine sulle vittime stesse e sulla società nel suo complesso.

Intervenire oggi sul maltrattamento dei bambini/e significa quindi intervenire e prevenire anche tutte le altre forme di violenza che affliggono la nostra società: la violenza tra adulti, la violenza contro le donne, la violenza assistita sui figli dei maltrattati, la criminalità diffusa, il malessere sociale ed economico.

Il maltrattamento dei bambini/e non è infatti un tema sociale che riguarda solo l'infanzia, poiché è indissolubilmente legato anche alle vite degli adulti di domani e dei bambini/e di dopodomani.

Intervenire sull'infanzia e sollecitare politiche realmente efficaci rappresenta quindi un punto di partenza per costruire un paese migliore e meno violento, una richiesta da promuovere non solo come soggetti del terzo settore, ma anche come cittadini e collettività.

Pensare al benessere dei bambini/e equivale a volgere lo sguardo in avanti, a come sarà il nostro Paese, la nostra società, i nostri genitori e i nostri figli. Significa guardarsi nello specchio del futuro. È nostro compito decidere, oggi, quale immagine di noi stessi e dei nostri figli vogliamo che questo specchio ci restituisca.

Affrontare il tema dell'intervento contro il maltrattamento dei bambini/e, nel panorama politico nazionale è però molto complesso, trattandosi di una problematica sociale e politica con un orizzonte in prevalenza di lungo periodo: come a lungo termine sono le conseguenze del maltrattamento, nella medesima visione di lungo termine devono essere le politiche in grado di contrastarle e prevenirle.

Per predisporre servizi, piani di intervento e strategie mirate ed efficaci nel contrastare questo fenomeno occorre inoltre conoscerlo bene, descriverlo nelle sue variabili qualitative e quantitative tenendo conto che il maltrattamento sui bambini/e è una problematica sociale particolarmente complessa da rilevare, analizzare e descrivere.

Il maltrattamento sui bambini/e, infatti, avviene soprattutto nella dimensione privata e familiare; è dunque molto difficile da quantificare e definire nelle sue modalità di manifestazione e nelle conseguenze psicologiche e comportamentali delle vittime, nonché, più in generale, nel suo impatto sulla società.

Negli anni e con l'aumentare della sensibilità pubblica su questo tema, si è cercato comunque di studiare il fenomeno: la ricerca sanitaria, psicologica e sociale hanno indubbiamente fatto notevoli progressi in questo campo dal punto di vista della dimensione qualitativa e curativa della problematica. La dimensione quantitativa, appartenendo all'ambito della rilevazione statistica e della dimensione sociale pubblica, ha incontrato invece maggiori difficoltà di monitoraggio e di rilevazione.

La complessità di stimare quanti bambini/e sono effettivamente maltrattati in Italia, in tutte le forme con le quali

si può manifestare il maltrattamento - dalla trascuratezza all'abuso - risiede spesso sia nella mancanza della volontà politica di approfondire il tema, sia nella carenza di risorse necessarie per condurre un'indagine su scala nazionale, causa o conseguenza della prima. Una stima tanto più difficile da condurre se si considera la necessità di disporre di strumenti di indagine specifici capaci di rilevare un fenomeno che si manifesta soprattutto nell'ambito della sfera privata e familiare e che rimane in gran parte sommerso. Inoltre, si aggiunge la difficoltà di restituire la complessità multidimensionale del problema: la violenza e il maltrattamento sui bambini/e è infatti la conseguenza ultima, estrema e troppe volte drammatica di una situazione di disagio che coinvolge le figure genitoriali e il contesto familiare, ambientale e sociale nel quale i bambini/e crescono.

Una prospettiva che può offrire elementi di riflessione utili sul tema può essere individuata a livello territoriale, valutando come il contesto sociale ed economico delle varie regioni in Italia possa incidere, positivamente o negativamente, sul benessere dei bambini/e o, viceversa, sulla loro maggiore vulnerabilità a fenomeni di maltrattamento. Numerose esperienze di ricerca hanno messo in evidenza, infatti, i fattori di rischio che creano dei presupposti importanti per scatenare il maltrattamento sui bambini/e nelle famiglie. Tali fattori di rischio riguardano sia i bambini/e maltrattati che gli adulti maltrattanti e possono essere

almeno in parte valutati attraverso indicatori statistici dei territori quali ad esempio: l'elevato livello di povertà delle famiglie, il basso livello di istruzione dei genitori, il consumo di alcol e di droghe da parte dei genitori, la disoccupazione, lo svantaggio socio economico etc. Con riferimento a questi indicatori di contesto, si può poi analizzare quali servizi i territori mettono a disposizione in termini di politiche di prevenzione e di cura, rilevandone quindi la capacità di intervento e di efficacia.

L'analisi che si presenta di seguito offre quindi una chiave di lettura statistico-quantitativa delle principali determinanti sociali, demografiche, economiche, sanitarie, sociali etc. che descrivono il contesto, analizzando dapprima i fattori di rischio e di vulnerabilità al maltrattamento all'infanzia nella sua articolazione territoriale e sintetizzando poi con un indice il confronto tra le varie regioni.

La lettura del contesto territoriale per le varie regioni rispetto ai fattori di rischio viene poi confrontata con la lettura regionale dei servizi che i territori hanno sviluppato per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento.

Il confronto tra l'indice di contesto e quello relativo alle politiche e ai servizi consente infine di mettere in evidenza l'indice delle regioni che presentano condizioni migliori/peggiori rispetto alla vulnerabilità al maltrattamento dei bambini/e e la capacità/sensibilità delle amministrazioni locali di prevenire e contrastare questa problematica attraverso le politiche e i servizi.

---

<sup>1</sup>Secondo la definizione della World Health Organization, "il maltrattamento infantile, in alcuni casi definito come abuso infantile e trascuratezza, include tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, trascuratezza e sfruttamento che risulti in effettivo o potenziale danno per la salute, lo sviluppo o la dignità dei bambini". (WHO, Child Maltreatment, [http://www.who.int/topics/child\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/child_abuse/en/)).

Con il termine "trascuratezza" si fa riferimento a un'inadeguata attenzione da parte dei genitori o *caregiver* ai bisogni di bambini e bambine in termini evolutivi, fisici, emotivi, sociali ed educativi.

<sup>2</sup>Terre des Hommes, CISMAL (2013).

<sup>3</sup>WHO - Regional Office for Europe (2013).

<sup>4</sup>Istat (2015).

“ È faticoso frequentare i bambini.  
Avete ragione.  
Poi aggiungete:  
perché bisogna mettersi al loro livello,  
abbassarsi, inclinarsi, curvarsi,  
farsi piccoli.  
Ora avete torto.  
Non è questo che più stanca.  
È piuttosto il fatto di essere  
obbligati ad innalzarsi fino all'altezza  
dei loro sentimenti.  
Tirarsi, allungarsi,  
alzarsi sulla punta dei piedi.  
Per non ferirli.”

**Janusz Korczak**

Poeta, medico, pedagogo

## 1.1 DEFINIZIONE

La violenza sui bambini/e è un fenomeno preoccupante e diffuso in tutto il mondo: nel 2015 circa tre bambini/e su quattro (1,7 miliardi di minori) hanno vissuto una qualche forma di violenza interpersonale<sup>1</sup>. In particolare, 1,3 miliardi di bambini/e sono stati sottoposti a qualche forma di punizione corporale, 261 milioni di scolari hanno sperimentato violenza da parte dei loro coetanei, mentre 100.000 bambini/e sono stati vittime di omicidio. A fronte di dati così drammatici, è bene precisare che la violenza contro i bambini/e è un fenomeno comunque sottostimato, come calcolato dalla stessa WHO.

La forma di violenza più diffusa, tuttavia, è la violenza in famiglia; i bambini e le bambine sono infatti maltrattati soprattutto nell'ambiente che dovrebbe più di tutti garantire loro sicurezza e protezione. Tra il 60% e il 70% dei bambini/e tra i 2 e i 14 anni di età ha vissuto episodi di violenza emotiva da parte dei propri *caregiver* e nei soli Paesi industrializzati circa il 58% dei bambini/e ha subito una qualche forma di disciplina violenta in casa. La violenza non risparmia neppure i più piccoli: secondo dati raccolti in 30 Paesi, sei bambini su dieci tra i 12 e i 23 mesi sono soggetti a disciplina violenta e di questi almeno la metà è esposta ad abusi verbali<sup>2</sup>. Contrastare il maltrattamento in famiglia può risultare inoltre particolarmente complicato, poiché la sfera familiare, in molte culture e società, viene ancora considerata come un ambito privato e come tale è difficile non solo stimare il fenomeno, ma anche intervenire adeguatamente.

La violenza contro i bambini/e e in particolare il maltrattamento e la trascuratezza in famiglia - oggetto di questa ricerca - non devono essere considerati esclusivamente come l'effetto di un raptus momentaneo che porta i genitori o i *caregivers* a essere violenti nei confronti dei minori, ma come un fenomeno che ha radicate origini culturali e sociali: per esempio, poco più di un *caregiver* su quattro (più di un miliardo di persone) ritiene accettabile l'uso di punizioni corporali per crescere i propri figli e figlie<sup>3</sup>. Al maltrattamento inoltre spesso si accompagna la trascuratezza: nel mondo il 16,3% dei bambini/e è vittima di negligenza fisica e il 18,4% di trascuratezza emotiva<sup>4</sup>. Infine, sono 176 milioni i bambini/e sotto i 5 anni di età che vivono con una madre vittima di violenza domestica, situazione che può metterli a rischio di ulteriori maltrattamenti<sup>5</sup>.

I numeri sono allarmanti, e ancora più allarmante è il fatto

che il maltrattamento sui bambini/e è un fenomeno sottostimato, principalmente a causa di cinque fattori<sup>6</sup>:

- **accettazione della violenza a livello sociale:** determinati comportamenti (per es.: le punizioni corporali) possono essere considerati come socialmente accettabili e quindi non sono visti come forme di violenza contro i minori;
- **stigma:** le famiglie possono sentirsi messe sotto accusa e socialmente isolate nel caso emergano episodi di maltrattamento;
- **paura:** i bambini e le bambine possono temere di essere colpevolizzati e puniti se rivelano gli abusi subiti. Anche altri componenti della famiglia potrebbero non rivelare che cosa accade al suo interno per paura di ritorsioni;
- **dipendenza:** i bambini/e dipendono per la propria sopravvivenza dagli adulti che li abusano;
- **incapacità** dei bambini/e di riportare un abuso subito perché troppo piccoli.

In particolar modo, l'accettazione sociale della violenza porta inevitabilmente alla minimizzazione e/o negazione del problema e alla sua riduzione a dimensione soggettiva/privata/familiare alla quale non si riconosce una dimensione di carattere sociale<sup>7</sup>. Questa incapacità culturale di cogliere la dimensione sociale del maltrattamento sui minori impedisce una piena assunzione di responsabilità da parte della collettività e, di conseguenza, la costruzione di efficaci politiche di intervento.

Come nel resto del mondo, anche in Europa il maltrattamento e la trascuratezza sono fenomeni diffusi e potenzialmente sottostimati. Secondo WHO-European Region, in Europa circa 18 milioni di bambini/e sono vittime di abusi sessuali, 44 milioni sono vittime di abuso fisico e 55 milioni di abusi mentali. Si stima inoltre che in Europa almeno 850 bambini/e sotto i 15 anni muoiano a seguito di maltrattamenti subiti, anche se non tutti i maltrattamenti hanno conseguenze fatali<sup>8</sup>.

Questi dati si inseriscono in un contesto in cui, come rileva la WHO, le disfunzioni a livello familiare sono significative, con tassi che variano dal 16,4% dei bambini/e che hanno un componente della famiglia con problemi di dipendenza dall'alcol, al 14,6% di bambini/e che hanno vissuto in prima persona una situazione di violenza tra i genitori, al 14,1% di bambini/e con genitori separati, al 10% di bambini/e con un componente familiare che ha problemi di salute men-

tale, fino al 5,3% di bambini/e con un componente della famiglia in carcere e al 2,6% di bambini/e che hanno un componente della famiglia con problemi di dipendenza da droghe<sup>9</sup>.

Per quanto riguarda il nostro Paese, secondo i dati dell'*Inchiesta nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*<sup>10</sup> sono 47,7 su 1.000 i minorenni seguiti dai servizi sociali, per un totale di 457.453 bambini/e: 234.904 maschi e 200.048 femmine. Di questi 457.453 si stima che i bambini/e vittime di maltrattamento siano 91.272. In particolare: il 47,1% dei bambini/e maltrattati è vittima di grave trascuratezza materiale e/o affettiva, il 19,4% ha assistito a episodi di violenza domestica, il 13,7% ha sofferto di abusi psicologici, il 6,9% è stato vittima di abusi fisici e il 4,2% di abusi sessuali. Il nostro Paese, prosegue la ricerca, ha un indice di prevalenza del maltrattamento minore rispetto ad altri Paesi europei: se l'indice di prevalenza si attesta al 9,5‰ per l'Italia, in Canada si arriva al 9,7‰, in Inghilterra all'11,2‰, e negli Stati Uniti al 12,1‰. Per quanto riguarda l'età dei bambini e delle bambine maltrattati, i dati della ricerca CISMAI-Terres des Hommes rilevano che i bambini/e e ragazzi/e in carico ai servizi sociali perché a rischio o vittime di maltrattamento sono segnalati ai servizi sociali soprattutto in età adolescenziale, mentre la fascia di età 0-3 anni rappresenta solo il 29% dei bambini/e che sono presi in carico dai servizi sociali. Ciò significa che i servizi sociali intervengono quando i bambini e le bambine sono già stati danneggiati, potenzialmente a lungo termine, da comportamenti violenti.

Il più recente rapporto di Terres des Hommes *La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo* (2017)<sup>11</sup> evidenzia come la violenza domestica sia la causa più significativa della gran parte dei reati contro i bambini: nel 2016 infatti nel nostro Paese sono stati 1.618 i bambini/e vittime di maltrattamento in famiglia (di cui il 51% bambine), con un incremento del 12% rispetto all'anno precedente. Aumentano inoltre in modo preoccupante (+23%) i bambini/e vittime di disciplina violenta, mentre diminuiscono lievemente gli abusi sessuali di minori di 14 anni (-11%), per l'80% bambine. Continuano inoltre a giocare un ruolo importante nel contesto italiano alcuni stereotipi di genere che normalizzano se non l'uso della violenza, comunque una posizione subordinata di donne e bambini/e all'interno delle famiglie che può a sua volta giustificare comportamenti violenti nell'ambito domestico. A questo

proposito l'Osservatorio adolescenti italiani su violenze e stereotipi di genere, social network e sicurezza in rete dichiara che il 44,3% dei ragazzi intervistati ritiene che sia l'uomo a "dover dirigere la famiglia". Inoltre, in Italia, la figura paterna è ancora percepita come autoritaria: i padri italiani sembrano avere uno stile educativo più rigido delle madri, con una maggiore propensione alle punizioni corporali<sup>12</sup>.

## VIOLENZA CONTRO LE DONNE E I BAMBINI/E



La violenza contro le donne e la violenza contro i bambini/e sono riconosciute a livello globale come gravi fenomeni di salute pubblica<sup>13</sup>. Alcuni studi e ricerche hanno iniziato ad analizzare i legami tra i due fenomeni<sup>14</sup> dando evidenza scientifica del loro collegamento. Nonostante ciò, manca ancora un'integrazione di risorse e servizi volta a trattare i due problemi in modo integrato, con il rischio che l'impatto di alcuni fattori di rischio specificatamente legati alla dimensione di genere sia trascurato.

Sia la violenza contro i bambini/e che la violenza contro le donne sono infatti fenomeni pervasivi: solo a livello europeo si stima che una donna su tre (33%) abbia subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita, e che il 43% delle donne nei 28 stati dell'Unione Europea abbia vissuto una qualche forma di violenza domestica da parte di un partner nel corso della propria vita<sup>15</sup>.

A livello globale, l'UNICEF stima che siano circa 275 milioni i bambini/e che vengono esposti a situazioni di violenza domestica, mentre nel nostro Paese le stime variano da 385.000 a 1,1 milioni di bambini/e vittime di violenza assistita<sup>16</sup>.

In particolare, la violenza contro le donne e la violenza contro i bambini/e condividono specifici fattori di rischio: sia nei Paesi a reddito più elevato che in quelli a reddito medio e basso sono riscontrabili alti tassi di violenza domestica e di maltrattamento infantile in famiglie problematiche (caratterizzate da conflitti coniugali, stress economico, disoccupazione maschile e presenza di padri non biologici in casa). Altri fattori di rischio comuni sono uno scarso livello di istruzione e l'abuso di alcolici da parte degli adulti<sup>17</sup>. Le due forme di violenza tendono inoltre a insorgere in società caratterizzate da norme sociali che accettano la violenza (dove, per esempio, le punizioni corporali o il picchiare le mogli sono comportamenti accettati e diffusi), e da elevati livelli di disuguaglianza di genere in ambito economico, politico e sociale. Inoltre, una concezione della mascolinità basata sul controllo, sulla violenza e sulla dominazione di donne e bambini/e, è alla radice sia della violenza di genere che del maltrattamento infantile. Il fenomeno

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

della violenza di genere è infatti basato su una distribuzione disuguale di potere tra donne e uomini. “La violenza contro le donne e i bambini/e – afferma Catherine Maternowska – riguarda il valore e il potere attribuito a bambini/e e donne; sia le donne che i bambini/e sono spesso marginalizzati e considerati come dipendenti”<sup>18</sup>. Episodi di violenza contro i bambini/e ed episodi di violenza domestica avvengono poi spesso nel corso dello stesso periodo di tempo nella stessa famiglia; per questo i bambini/e che vivono in contesti familiari caratterizzati da violenza domestica sono a maggior rischio di maltrattamento e trascuratezza.

Un altro aspetto comune tra i due fenomeni è costituito dalle conseguenze della violenza. Sia la violenza contro i bambini/e che quella contro le donne hanno conseguenze a breve e lungo termine<sup>19</sup> e anche la violenza assistita ha effetti significativi sui bambini/e: uno studio condotto in Italia rileva che bullismo e vittimizzazione a scuola – specialmente nel caso delle bambine – sono correlati all’essere stati testimoni di episodi di violenza a casa<sup>20</sup>. Non è ancora chiaro il processo per cui la violenza assistita influenza il maltrattamento dei bambini/e: alcune ricerche si focalizzano sulle madri rilevando ad esempio che, a causa dello stress legato all’essere vittima di violenza, le madri possano maltrattare i figli. Rimane da esplorare ulteriormente il maltrattamento dei bambini/e da parte degli uomini che abusano delle partner o che usano i bambini/e contro le madri durante il divorzio o la separazione.

I bambini e le bambine sono a rischio di diversi tipi di violenza a seconda dell’età, ma è nell’adolescenza che si verifica una sovrapposizione tra violenza contro le donne e violenza contro i bambini/e. Le ragazze che hanno 15 o più anni sono infatti usualmente incluse da studi e ricerche nel novero delle donne vittime di violenza domestica – soprattutto nel caso in cui siano sposate o abbiano figli –, pur essendo ancora minori e quindi potenzialmente incluse anche nelle statistiche relative alla violenza contro i bambini/e.

Le sovrapposizioni sopra citate evidenziano quindi la necessità di attivare scambi e collaborazioni per definire e integrare i programmi scolastici, attuare interventi a supporto di genitori e famiglie, nonché promuovere una maggiore collaborazione tra servizi sociali e legali che si occupano di queste tematiche.

In questo senso, l’UNICEF raccomanda di 1) accrescere la consapevolezza riguardo al fatto che la violenza domestica ha un effetto dannoso sui bambini/e 2) elaborare politiche pubbliche e leggi che proteggano i bambini e le bambine 3) migliorare i servizi sociali che si occupano dell’impatto sulla violenza domestica a danno dei bambini/e<sup>21</sup>.

Le conseguenze del maltrattamento e della trascuratezza sui bambini/e dipendono dal tipo di abuso a cui i bambini e le bambine sono sottoposti, ma occorre sottolineare che **tutte le forme di maltrattamento hanno conseguenze gravi non solo sui bambini/e, ma anche sulla società.**

In primo luogo, il maltrattamento assume forme diverse e dunque ha conseguenze dissimili a seconda dell’**età dei bambini/e**. Il report *Ending Violence in Childhood*<sup>22</sup> evidenzia come il maltrattamento possa iniziare sin dal periodo prenatale: dati della WHO riportano infatti che tra il 4% e il 12% delle donne incinte nel mondo hanno subito violenze durante la gravidanza. La violenza contro le future madri rappresenta un rischio per i neonati che possono avere un peso minore alla nascita e presentare disabilità mentali o fisiche se le madri sono vittime di violenza. Nella fascia di età 2-4 anni aumenta invece il rischio di violenza fisica in famiglia. Secondo i dati<sup>23</sup>, tra il 50% e il 60% dei bambini/e è stato vittima di violenza fisica da parte di un *caregiver* o di un genitore. Nel periodo preadolescenziale e adolescenziale, oltre a permanere il rischio di maltrattamento e trascuratezza in ambito familiare, aumentano anche i rischi legati al bullismo a scuola e, specie per le bambine, il rischio di violenza sessuale.

In particolare, le conseguenze del maltrattamento e della trascuratezza si distinguono in 1) danni a breve termine e immediati per i bambini/e a livello fisico, psicologico ed emotivo e 2) danni a medio-lungo termine della violenza, sia per l’individuo che per la società<sup>24</sup>.

I danni a **breve termine**, difficili da rilevare e da definire con precisione, possono riguardare gli **abusi di natura fisica** e conseguenze quali fratture, lividi e bruciature. In casi particolarmente acuti di violenza in famiglia, bambini e bambine possono avere sintomi ricollegabili alla sindrome post-traumatica e depressione. Nel caso di abusi sessuali, le conseguenze di breve periodo sono l’ansia verso il futuro oppure la trasmissione di malattie veneree. Indizi di abusi emotivi, invece, possono essere il cambiamento nel comportamento di bambini e bambine, pianto costante etc. Tuttavia, gli alti livelli di instabilità familiare e l’incidenza di patologie psicologiche dei genitori rendono complicato determinare quali conseguenze specifiche siano riconducibili al maltrattamento e abuso e quali invece siano determina-

te dall'impatto di problematiche legate alla salute mentale dei genitori. È bene inoltre ricordare che anche forme più "lievi" di maltrattamento come le punizioni corporali possono costituire un fattore predittivo per sentimenti di ansia e depressione per bambini/e e giovani adulti<sup>25</sup>.

Le **conseguenze a lungo termine del maltrattamento ai bambini/e** dipendono da una serie di fattori che possono mediare o esacerbare il trauma subito, tra i quali "il tipo di evento traumatico e la causa, l'età in cui avviene il trauma, la sua durata nel tempo, la presenza, il tipo e l'interconnessione con altri fattori di rischio e di protezione"<sup>26</sup>. Numerosi studi<sup>27</sup> hanno inoltre rilevato che coloro che sono vittime di molteplici tipi di maltrattamento o sono vittimizzati più volte hanno maggiori possibilità di subire conseguenze a lungo termine. Lo studio *The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems*<sup>28</sup> sottolinea che gli adolescenti che da bambini/e sono stati esposti sia ad abuso che a violenza domestica sono maggiormente a rischio di subire conseguenze a lungo termine derivanti da questa doppia esposizione.

Le **conseguenze a lungo termine di natura fisica** dei maltrattamenti possono derivare da abusi fisici subiti da bambini/e - che possono determinare ad esempio danni al sistema immunitario con effetti nel lungo periodo - oppure da una maggiore incidenza di comportamenti dannosi per la propria salute adottati dai bambini/e abusati una volta divenuti adulti<sup>29</sup>. Dati USA riportano che nei tre anni successivi alle indagini per maltrattamento, il 28% dei bambini/e che ne erano vittime aveva sviluppato una malattia cronica. Gli abusi durante l'infanzia sono inoltre stati collegati a malattie quali il diabete, l'asma, l'obesità nell'adolescenza e l'ipertensione in età adulta<sup>30</sup>. L'abuso e la trascuratezza dei bambini/e hanno inoltre conseguenze negative sullo sviluppo cerebrale, con possibili problemi per le abilità cognitive, linguistiche e accademiche delle vittime di abusi, nonché sulla probabilità di sviluppare malattie mentali. L'impatto dei maltrattamenti sulla **salute mentale dei maltrattati**, una volta diventati adulti, è particolarmente drammatico: la ricerca *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis*<sup>31</sup> ha rilevato che gli abusi fisici possono portare a depressione, ansia, disturbi dell'alimentazione nonché al tentativo di suicidio o all'utilizzo di droghe in seguito alla contrazione di malattie sessuali. Gli **abusi emotivi** e la **trascuratezza** possono

portare a depressione, ansie, tentativi di suicidio e abuso di droghe<sup>32</sup>. Lo studio americano ACE (*Adverse Childhood Experiences*)<sup>33</sup> - una delle ricerche più complete e autorevoli in materia - ha dimostrato che i traumi e le esperienze avverse durante l'infanzia incidono significativamente sulle maggiori cause di morte negli Stati Uniti e determinano una qualità della vita inferiore. In particolare, i dati ACE rilevano che circa il 54% dei casi di depressione e il 58% dei casi di tentativi di suicidio di donne sono collegati a esperienze negative nell'infanzia<sup>34</sup>. Per quanto riguarda nello specifico gli abusi di natura sessuale, ulteriori disturbi comportamentali che possono insorgere come conseguenza a lungo termine sono: l'automutilazione, l'attività sessuale frequente e indiscriminata, la sovralimentazione compulsiva e cronica, le spese folli, l'attività ad alto rischio<sup>35</sup>.

Disturbi del comportamento sono poi rilevati più spesso tra bambini e bambine maltrattati rispetto a quelli che non ne sono vittima. Secondo dati del National Survey of Child and Adolescent Well-Being, più della metà dei bambini/e presi in carico per maltrattamento corre un rischio maggiore di soffrire di problemi emotivi o comportamentali. Oltre ai danni fisici e psicologici, i bambini e le bambine vittime di abusi sono più esposti al rischio di adottare **comportamenti dannosi per la salute**: ad esempio, i bambini/e vittime di abusi di natura fisica sono a maggior rischio di abuso di alcol una volta diventati giovani adulti<sup>36</sup>.

Infine, essere esposti a violenza nell'ambiente familiare e domestico porta a introiettare la violenza come risposta "adeguata" a situazioni di stress. Di conseguenza, coloro che sono vittime di maltrattamento e trascuratezza durante l'infanzia rischiano di perpetuare il ciclo della violenza, maltrattando a loro volta figli e partner<sup>37</sup>. Secondo il report *Ending Violence in Childhood*<sup>38</sup>, il più importante fattore predittivo della possibilità per bambini/e di usare comportamenti violenti da adulti è essere cresciuti in un ambiente familiare caratterizzato da violenza domestica<sup>39</sup>. Lo studio di Makkai e Mouzos - che si basa su dati australiani - ha rilevato invece che le donne che sono state vittime di violenza durante l'infanzia, o che sono state testimoni di violenza familiare, possono essere più a rischio di subire violenza domestica nel futuro; in particolare, il **72% delle donne che ha subito abusi fisici o sessuali da bambina è stata nuovamente vittima di violenza da adulta, contro il 43% delle donne che non è stata vittima di abusi nell'infanzia**<sup>40</sup>. In Italia, secondo la ricerca *Vite in Bilico*<sup>41</sup>, il 64% delle donne vittime di abusi sessuali ha vissuto situazioni

familiari ad alta conflittualità, e il 48% ha assistito ad aggressioni verbali e offese verso un familiare nell'infanzia. Tuttavia, il ciclo della violenza non è destinato a ripetersi in modo ineluttabile, poiché è un effetto delle interazioni tra fattori di rischio, fattori protettivi e contesto sociale. Studi condotti negli USA e in Gran Bretagna evidenziano che la maggioranza degli individui che sono stati vittime di maltrattamento non sono violenti nei confronti dei propri figli. Le stime sulla percentuale di persone abusate che a loro volta maltrattano i figli variano dall'8% al 40%<sup>42</sup>.

Per quanto riguarda invece i **costi economici legati al maltrattamento**, sono state effettuate alcune stime che non riguardano esclusivamente il maltrattamento in ambito familiare; tuttavia, i numeri sono utili per comprendere quanto costa non investire adeguatamente nella prevenzione della violenza contro i bambini/e, in ogni sua forma. Stime UNICEF per gli USA rilevano che i costi durante tutto il corso della vita legati al maltrattamento di bambini/e ammontano a circa 124 miliardi di dollari all'anno (la stima include cure sanitarie, spese legate ai servizi sociali, spese legali, produttività e guadagni mancati)<sup>43</sup>. Dati del Copenhagen Consensus Center hanno invece stimato il costo totale della violenza contro i bambini/e al mondo in 3,7 trilioni di dollari, una cifra che equivale al 4,3% del PIL globale - la stima include omicidi, abusi e violenze sessuali. Per ciò che concerne specificamente gli abusi non fatali (come per esempio le punizioni corporali), per Europa e Asia Centrale il costo è stimato in 173 miliardi di dollari (pari al 3,16% del PIL della regione considerata); per gli abusi sessuali i costi sono invece pari a 1,1 miliardi di dollari<sup>44</sup>. Inoltre, dati WHO mostrano che i costi economici relativi alla violenza sui bambini/e ammontano ogni anno a 1,14 miliardi di sterline nel Regno Unito e a 11 miliardi di euro in Germania<sup>45</sup>. Infine, per quanto riguarda il nostro Paese, lo studio del 2013 *Tagliare sui Bambini è davvero un risparmio?*<sup>46</sup> a cura di Cismai, Università Bocconi e Terre des Hommes riporta che il costo dei maltrattamenti sui bambini/e in circa 13,056 miliardi di euro annui, che equivalgono allo 0,84% del PIL. I costi diretti ammontano a 338,6 milioni di euro, mentre i costi indiretti a 12,7 miliardi di euro. I nuovi casi di maltrattamento, prosegue lo studio, costano all'Italia ben 910 milioni di euro all'anno<sup>47</sup>.

Più difficili da stimare, e potenzialmente molto maggiori, sono i **costi indiretti** legati alle conseguenze dei maltrat-

tamenti sullo sviluppo dei minori che ne sono stati vittime: la violenza può per esempio incidere sullo sviluppo neurologico di bambini/e, determinando problemi di salute nel lungo periodo e maggiori difficoltà nel conseguire un livello di istruzione che possa garantire occupazioni più remunerative. Inoltre, come conseguenza dei maltrattamenti, bambini e bambine possono sviluppare problemi comportamentali che a loro volta rendono più complicato il loro percorso scolastico e lavorativo.

A fronte di costi in termini di benessere dei bambini e delle bambine e di costi per la società, è evidente l'urgenza di investire nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia.

### 1.3 I BENEFICI DELLA PREVENZIONE

Considerando le conseguenze personali, relazionali, sociali ed economiche del maltrattamento all'infanzia esposte nel paragrafo precedente, è indubbio che un approccio preventivo è certamente più efficace rispetto ad azioni di carattere curativo.

La letteratura scientifica in questo senso restituisce una nutrita casistica dei benefici che la prevenzione del maltrattamento può apportare. Tra gli interventi più efficaci, ad esempio, si possono ricordare i **programmi di supporto per le famiglie a rischio** durante i primi anni di vita dei figli/e. I programmi prevedono visite domiciliari di operatori sociali e/o volontari che supportano i genitori (o i futuri genitori); tali interventi determinano un miglioramento delle capacità genitoriali e dell'ambiente familiare influenzando positivamente sullo sviluppo dei bambini/e e allo stesso tempo riducendo la probabilità che vengano maltrattati.

Secondo Howard e Brooks-Gunn, i maggiori beneficiari di questo tipo di interventi sono soprattutto le madri, specialmente se molto giovani e al primo figlio<sup>48</sup>. La buona pratica Home-Start, ad esempio, è rivolta a famiglie e madri con bambini/e di età inferiore ai 5 anni con uno scarso supporto sociale. Il programma, fondato nel 1973 in Gran Bretagna e implementato in 22 Paesi europei, prevede che dei volontari facciano visita alle famiglie ogni settimana per 3-4 ore, occupandosi dei bambini/e e fornendo un generale supporto alla vita quotidiana. Anche se Home-Start non ha l'obiettivo esplicito di combattere il maltrattamento e la trascuratezza infantile, è indubbio che le visite domiciliari influiscano positivamente su fattori di rischio per il maltrattamento quali la depressione delle madri e i problemi comportamentali dei bambini/e<sup>49</sup>.

Altra esperienza efficace è quella del programma “Partnering with Families”, lanciato nel 2013 dal governo serbo in partnership con UNICEF e la Novak Dokovic Foundation e rivolto a bambini/e particolarmente marginalizzati, quali bambini/e Rom, di famiglie povere e con disabilità. A seguito di rilevazioni sui genitori di tali categorie di bambini, il programma ha individuato le famiglie a rischio che non avevano mai ricevuto informazioni atte a prevenire eventuali abusi, offrendo loro visite domiciliari e facilitando l’accesso a servizi di cura o a contributi per la disabilità. Grazie a tale intervento si sono osservati miglioramenti sulla salute dei bambini/e e si è evidenziata una diminuzione delle punizioni corporali nell’80% dei casi<sup>50</sup>.

Anche le attività di **empowerment ed educazione rivolte a bambini e bambine** possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione del maltrattamento: in Croazia nel periodo 2007-2008 è stata realizzata la campagna mediatica “Šutnja nije zlato” (“Il silenzio non è d’oro”) che prevedeva anche attività nelle scuole superiori per sensibilizzare sui diversi tipi di violenza di genere, tra i quali la violenza domestica<sup>51</sup>.

In Irlanda il programma “Stay Safe”<sup>52</sup>, rivolto ai bambini e alle bambine delle scuole elementari, si pone invece l’obiettivo di prevenire il maltrattamento sui minori e il bullismo, includendo anche una formazione specifica per i genitori e per gli insegnanti. Una valutazione condotta tre mesi dopo la realizzazione del programma ha rilevato miglioramenti negli studenti e nelle studentesse in termini di conoscenze, capacità e autostima<sup>53</sup>.

Particolarmente importanti a fini preventivi sono gli interventi volti a contrastare alla radice **norme sociali** che normalizzano la violenza contro i bambini/e<sup>54</sup>. Uno degli strumenti più efficaci in questo senso è la legislazione che deve contrastare la normalizzazione di comportamenti violenti e lesivi dei diritti dei bambini. Un esempio a supporto di tale affermazione è dato dalla legislazione che proibisce le punizioni corporali in famiglia, dimostratasi efficace nel produrre non solo un cambiamento culturale significativo, ma anche importanti vantaggi sociali ed economici. È stato infatti calcolato che eliminando le punizioni corporali si produce un ritorno economico pari a 11 dollari per ogni dollaro speso in prevenzione<sup>55</sup>.

La fonte normativa internazionale più autorevole su questo argomento è il Commento n° 8 (2006) del Comitato ONU sui diritti dell’infanzia<sup>56</sup> che riguarda esplicitamente

il diritto dei bambini/e alla protezione dalle punizioni corporali. Grazie anche a questo documento, ad oggi circa 60 Paesi<sup>57</sup> nel mondo hanno emanato leggi che proteggono i bambini/e dalle punizioni corporali, ivi compreso l’ambito familiare. Il primo Paese ad aver adottato una legge contro le punizioni corporali è stata la Svezia nel 1979, seguita dalla Finlandia (1983) e dalla Norvegia (1987). Tali leggi miravano principalmente a innescare un cambiamento culturale che rendesse inaccettabile l’uso di punizioni corporali verso i bambini/e. In Svezia l’implementazione della legge, accompagnata da un’attività di sensibilizzazione sulla popolazione, ha ottenuto buoni risultati: nel 1980 più del 30% dei genitori dichiarava di aver usato punizioni corporali nei confronti di figli e figlie, mentre nel 2000 era solo il 10% a farlo<sup>58</sup>.

Nonostante i progressi però, attualmente solo il 9% dei bambini/e sotto i 5 anni di età vive in un Paese dove le punizioni corporali in famiglia sono proibite; ciò significa che 607 milioni di bambini/e nel mondo non sono ancora protetti a livello legale dalle punizioni corporali<sup>59</sup>.

#### 1.4 POLITICHE E STRUMENTI NORMATIVI DI PREVENZIONE E CONTRASTO DEL MALTRATTAMENTO SUI BAMBINI/E

Tutti gli Stati membri dell’Unione Europea hanno ratificato la **Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza (CRC)**<sup>60</sup> che costituisce uno strumento fondamentale per garantire a bambini e bambine la protezione dalla violenza.

L’Unione Europea, e quindi anche l’Italia, si impegna a rispettare, garantire e promuovere i diritti dei bambini e delle bambine attraverso un nutrito corpus giuridico. Il **Trattato di Lisbona**<sup>61</sup> stabilisce infatti che la protezione dei diritti di bambini/e debba essere una *conditio sine qua non* dell’attività legislativa. Inoltre, con l’articolo 24 della **Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea**<sup>62</sup> è garantito a tutti i bambini/e il diritto alla protezione, affermando al comma 1 che: “I bambini hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere. Essi possono esprimere liberamente la propria opinione; questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità”.

Per quanto attiene in particolare la protezione dalla violenza, l’attuale **Strategia del Consiglio d’Europa sui diritti-**

**ti dell'infanzia** 2016-2021<sup>63</sup> annovera tra i propri cinque obiettivi strategici la realizzazione di una vita libera dalla violenza per bambini e bambine attraverso la promozione di un approccio integrato di protezione dalla violenza nelle sue varie forme, lotta allo sfruttamento e agli abusi sessuali ed eliminazione delle punizioni corporali.

Sempre a livello europeo, la **Convenzione di Lanzarote (2007)**<sup>64</sup> si pone l'obiettivo di prevenire lo sfruttamento e l'abuso sessuale dei bambini, focalizzandosi sulla protezione delle vittime di abusi e sfruttamento e sulla promozione della cooperazione a livello nazionale contro questo tipo di crimini.

Dati gli stretti legami tra violenza di genere e violenza sui bambini/e, il contrasto al maltrattamento passa anche attraverso la lotta contro la violenza di genere: il riferimento legislativo in proposito è la **Convenzione di Istanbul (2011)**<sup>65</sup> che riguarda la prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Varie direttive europee recepite nel nostro ordinamento hanno garantito nel corso degli anni ulteriori forme di protezione da diverse forme di violenza sui bambini e sulle bambine: con la **Direttiva 2011/93/UE**<sup>66</sup> il Parlamento e il Consiglio europeo si pongono l'obiettivo di combattere l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei bambini/e e la pornografia minorile. Con la **Direttiva Anti-tratta - 2011/36/UE**<sup>67</sup> è stata invece riconosciuta la maggiore vulnerabilità dei bambini/e al fenomeno della tratta. Infine, la **Direttiva per i diritti delle vittime di reati - 2012/29/UE**<sup>68</sup>, benché non sia rivolta esclusivamente ai minori, stabilisce le norme minime riguardanti i diritti e la protezione di individui vittime di reati. L'articolo 1 fa riferimento alla CRC (Convention on the Rights of the Child) e alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione.

Anche l'Italia si è dotata di una serie di strumenti normativi volti a contrastare il fenomeno del maltrattamento di minori, osservando in tal modo un impegno che deriva direttamente dalla Costituzione italiana. Si ricorda in proposito l'articolo 2, che prevede l'obbligo per lo Stato di riconoscere i diritti inalienabili della persona adulta o minore, e l'articolo 30 che richiede allo Stato di provvedere al soddisfacimento dei compiti relativi alla responsabilità genitoriale qualora i genitori non possano farlo<sup>69</sup>.

Con la **Legge n. 176/91**<sup>70</sup> il nostro Paese ha ratificato la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (1989) che, con gli articoli 19, 32 e 34 riconosce a bam-

bini/e e adolescenti il diritto alla protezione da ogni tipo di abuso, sfruttamento e violenza. Sulla stessa linea, la **Legge n. 269/1998** stabilisce all'articolo 1 che "la tutela dei fanciulli contro ogni forma di sfruttamento e violenza sessuale a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, spirituale, morale e sociale, costituisce obiettivo primario perseguito dall'Italia"<sup>71</sup>.

Il nostro Paese ha inoltre approvato la **Legge n. 7/2006**<sup>72</sup> recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", una pratica che non solo può essere considerata un fattore di rischio per il maltrattamento di bambini e bambine, ma costituisce (art. 1) una violazione dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

Con la **Legge n. 172/2012**<sup>73</sup> l'Italia ha ratificato la Convenzione del Consiglio d'Europa del 2007 per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote). Con la **Legge n. 77/2013**<sup>74</sup> è stata ratificata la Convenzione di Istanbul che riguarda la prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, un fenomeno che – come anticipato nei paragrafi precedenti – può rappresentare un fattore di rischio per il maltrattamento di minori. Inoltre, la **Legge n. 119/2013**<sup>75</sup> prevede un'aggravante qualora reati di violenza fisica siano commessi in presenza di minorenni o di cui comunque i minorenni, seppur non presenti, siano consapevoli e subiscano le conseguenze.

Oltre al corpus normativo - europeo e nazionale - è importante ricordare alcuni passaggi amministrativi, sia di programmazione e pianificazione che di proposta, deputati al sostegno della legislazione in materia. Si cita a titolo di esempio il testo "**Proposte di interventi per la prevenzione e la lotta contro il maltrattamento**"<sup>76</sup>, approvato dal Comitato Nazionale di Coordinamento per la tutela dei minori da maltrattamento, abuso sessuale e sfruttamento nel 1998. Tale documento delinea le strategie per combattere la violenza contro i bambini/e che possono essere adottate dalla pubblica amministrazione in collaborazione con gli altri organismi e le istituzioni coinvolte, con le ONG, il terzo settore e la società civile in generale.

Le competenze in materia di infanzia e adolescenza sono invece suddivise tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dipartimento per le politiche della famiglia, Dipartimento per le pari opportunità, Ministero dell'Interno,

Ministero degli Affari Esteri, Ministero della Giustizia, Ministero dell'Istruzione, Ministero delle Finanze, Ministero della Salute. La Commissione parlamentare per l'infanzia<sup>77</sup>, l'Osservatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza<sup>78</sup> e il Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza<sup>79</sup> sono responsabili per il coordinamento delle attività dei vari ministeri coinvolti.

La **Commissione parlamentare per l'infanzia** ha compiti di indirizzo e di controllo sull'attuazione degli accordi internazionali e della legislazione relativi ai diritti e allo sviluppo dei soggetti in età evolutiva. La Commissione riferisce alle Camere almeno una volta all'anno i risultati della propria attività e ha il compito di fornire osservazioni e proposte sulla legislazione<sup>80</sup>; l'**Osservatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza** che coordina le amministrazioni centrali, regioni, enti locali, associazioni, ordini professionali e organizzazioni non governative che si occupano di infanzia, è invece responsabile della redazione, ogni due anni, dei Piani Nazionali.

In particolare, il **Quarto Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva**<sup>81</sup>, adottato nel 2016, è uno strumento di indirizzo che risponde agli impegni assunti dall'Italia per dare attuazione ai contenuti della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e ai suoi Protocolli opzionali. Il Piano è articolato in quattro sezioni: linee di azione a contrasto della povertà dei bambini/e e delle famiglie; servizi socioeducativi per la prima infanzia e qualità del sistema scolastico; strategie e interventi per l'integrazione scolastica e sociale; sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza. Con riferimento al maltrattamento, il Piano evidenzia innanzitutto la mancanza di un meccanismo sistematico di rilevazione dei dati in proposito. Con l'obiettivo generale di "rafforzare la genitorialità attraverso azioni atte a rinforzare il sistema di promozione, prevenzione e protezione dei bambini/e in situazione di vulnerabilità attraverso l'azione di sostegno alla genitorialità nei diversi contesti di vita", il Piano si pone l'obiettivo specifico di "garantire il diritto alla cura delle vittime di abuso e maltrattamento tramite 'esperienze riparative' e interventi di psicoterapia da assicurare anche oltre la fase d'emergenza"<sup>82</sup>.

L'**Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza** si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni, in base alla Legge n. 451/1997<sup>83</sup> e al DPR n. 103/2007<sup>84</sup>, del **Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia**

**e l'adolescenza**. Secondo quanto previsto dalla **Legge n. 285/1997**<sup>85</sup>, il Centro nazionale supporta il Ministero del lavoro e delle politiche sociali per l'informazione, la promozione, la consulenza, il monitoraggio e il supporto tecnico per la realizzazione delle finalità della legge. Il Centro è responsabile dello svolgimento della Conferenza nazionale sull'infanzia e sull'adolescenza prevista ogni tre anni dalla Legge n. 285, e della relazione periodica al Parlamento sull'attuazione della Legge n. 269/1998, principale strumento per il monitoraggio delle azioni volte alla prevenzione e la lotta contro gli abusi sui minori e lo sfruttamento sessuale<sup>86</sup>.

Nel 2011 l'Italia ha adempiuto agli obblighi previsti dalla Convenzione delle Nazioni Unite per l'infanzia e l'adolescenza del 1989 (e successivi commenti) con l'istituzione dell'**Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza**<sup>87</sup> che si pone l'obiettivo di assicurare la piena attuazione e la tutela dei diritti e degli interessi dei minorenni. I compiti del Garante riguardano l'ascolto e la partecipazione, la consultazione e le collaborazioni, la promozione e sensibilizzazione, le proposte, i pareri e le segnalazioni; l'Autorità garante collabora attivamente sul territorio con enti locali e istituzioni che si occupano di infanzia e adolescenza, dalla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza all'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Anche le regioni italiane si sono dotate di un Garante per l'infanzia e l'adolescenza; attualmente in 18 regioni e nelle due province autonome di Trento e Bolzano vi sono leggi che istituiscono questa figura anche se non tutte (alla data di redazione della presente pubblicazione) lo hanno ancora nominato<sup>88</sup>. A livello regionale, i garanti svolgono funzioni relative a vigilanza, ascolto, segnalazione, promozione, partecipazione e interventi presso Amministrazioni Pubbliche e Autorità Giudiziarie. Inoltre, con l'articolo 3 della **Legge n. 112/2011**<sup>89</sup>, è stata istituita la **Conferenza nazionale per la garanzia dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza**, che dovrebbe favorire la collaborazione tra l'Autorità di Garanzia e i Garanti dell'infanzia e dell'adolescenza delle regioni e delle province autonome. In particolare, secondo l'articolo 3, comma 8, la Conferenza: a) promuove l'adozione di linee comuni di azione dei garanti regionali o di figure analoghe in materia di tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, da attuare sul piano regionale e nazionale e da promuovere e sostenere nelle sedi internazionali; b) individua forme di costante scambio di dati e di informazioni sulla condizione delle persone di minore età a livello nazionale e regionale.

Alcune **regioni italiane** hanno poi adottato delle **linee guida** volte in generale a favorire l'omogeneità dell'accoglienza e della cura di minori maltrattati sui loro territori e a garantire l'attivazione delle reti territoriali di servizi preposti alla tutela dei minori.

Tra di esse, l'**Emilia Romagna** ha adottato nel 2013 le *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini/e e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*, con l'obiettivo di rendere omogeneo sul territorio regionale il percorso di accoglienza e cura ai minori che hanno subito violenza fisica, sessuale, psicologica<sup>90</sup>. In **Puglia** le *Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età* (2014) si propongono di implementare assetti organizzativi che favoriscano e agevolino il confronto/inte-

grazione tra professionisti e servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di rilevazione, protezione, tutela, cura, nell'ottica del preminente interesse della persona minore per età<sup>91</sup>.

Nel 2012 la **Sicilia** ha adottato le *Linee guida della Regione siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza*<sup>92</sup>.

La **Liguria**, con le *Linee di indirizzo in materia di maltrattamento, abuso e sfruttamento dei minori* (2015) mira a rafforzare il collegamento tra le reti dei servizi regionali e la rete ospedaliera regionale<sup>93</sup>. Altre regioni che hanno adottato linee guida sono la Lombardia<sup>94</sup>, l'Abruzzo<sup>95</sup>, il Piemonte<sup>96</sup>, il Molise<sup>97</sup> e la Campania<sup>98</sup>.

<sup>1</sup>Know Violence in Childhood (2017b), Evidence Highlights 1, p.1.

<sup>2</sup>UNICEF (2017), p.19.

<sup>3</sup>*Ibid.* Si noti che secondo la CRC le punizioni corporali sono: "Qualsiasi punizione in cui sia usata la forza fisica e che intenda creare qualche tipo di dolore o fastidio, per quanto lieve". Committee on the Rights of the Child (2006).

<sup>4</sup>WHO - Regional Office for Europe (2014), p.6.

<sup>5</sup>United Nations Secretary-General (2006).

<sup>6</sup>Know Violence in Childhood (2017b), Evidence Highlights 6, p.1.

<sup>7</sup>Romito (2005).

<sup>8</sup>WHO (2014), p. 6.

<sup>9</sup>*Ibid.*, p.1.

<sup>10</sup>Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAL, Fondazione Terre des Hommes Italia (2015).

<sup>11</sup>Terre des Hommes (2017).

<sup>12</sup>Arace, Scarzello, Occelli (2013) citati da Bernacchi, Fabris, Zelano (2016), p.42.

<sup>13</sup>WHO (2002).

<sup>14</sup>Il testo di questo paragrafo è basato su: Guedes, Bott, Garcia-Moreno, Colombini (2016).

<sup>15</sup>FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2014).

<sup>16</sup>UNICEF (2006).

<sup>17</sup>Guedes, Bott, Garcia-Moreno, Colombini (2016), p.6.

<sup>18</sup>Maternowska (2017), p.39.

<sup>19</sup>WHO, Violence Against Women, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

<sup>20</sup>Baldry (2003).

<sup>21</sup>UNICEF (2006), p.11.

<sup>22</sup>Know Violence in Childhood (2017a).

<sup>23</sup>Know Violence in Childhood (2017b), Evidence Highlights 2, p.2.

<sup>24</sup>Know Violence in Childhood (2017b), Evidence Highlights 4, p.1.

<sup>25</sup>United Nations Secretary-General (2006), p.64.

<sup>26</sup>Bianchi e Moretti (2006).

<sup>27</sup>Finkelhor, Ormrod, Turner (2007); Richmond, Elliott, Pierce, Aspelmeier, Alexander (2009).

<sup>28</sup>Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, Russo (2010).

<sup>29</sup>Sachs-Ericsson, Cromer, Hernandez, Kendall-Tackett, Stetler (2009); Wegman e Stetler (2009).

<sup>30</sup>Anda Dong, Brown, Felitti, Giles, Perry, Valerie, Dube (2009).

<sup>31</sup>Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, Vos (2012).

<sup>32</sup>Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, Russo (2010).

<sup>33</sup>CDC, About the CDC-Kaiser ACE Study, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>

<sup>34</sup>Anda Dong, Brown, Felitti, Giles, Perry, Valerie, Dube (2009).

<sup>35</sup>Bianchi e Moretti (2006).

<sup>36</sup>Shin, Chung, Rosenberg (2016).

<sup>37</sup>Child Welfare Information Gateway (2013).

<sup>38</sup>Know Violence in Childhood (2017b), Evidence Highlights 2, p.1.

<sup>39</sup>Si veda anche: Devries, Knight, Petzold, Gannett, Maxwell, A. Williams & al. (2017).

<sup>40</sup>Makkai e Mouzos (2004).

<sup>41</sup>Bianchi e Moretti (2006).

<sup>42</sup>WHO - Regional Office for Europe (2007).

<sup>43</sup>Special Representative of the Secretary General on Violence against Children (2014); Special Representative of the Secretary General on Violence against Children (2016).

<sup>44</sup>Fearon e Hoeffler (2014).

<sup>45</sup>WHO - Regional Office for Europe (2013).

<sup>46</sup>CISMAL, Università L. Bocconi e Terre des Hommes (2013).

<sup>47</sup>Lo studio *Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?* definisce le due macrocategorie di costi come "spese direttamente implicate da un episodio di abuso, come le spese di emergenza (per es. quando è necessario ricorrere a cure ospedaliere a seguito di un danno fisico), le spese per la tutela del minore (per es. le spese di giustizia per l'azione di tutela del Tribunale dei minorenni) e così via. I costi diretti si esauriscono solitamente nel breve periodo, che qui è inteso come arco di tempo fino a che il minore diventa maggiorenne. La seconda categoria, quella dei costi indiretti, riguarda invece le spese che sono una conseguenza meno immediata del maltrattamento, e che tipicamente sopraggiungono nel lungo periodo", p.17.

<sup>48</sup>Howard e Brooks-Gunn (2009).

<sup>49</sup>European Commission, Home-Start, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203>

<sup>50</sup>UNICEF (2017a), p. 35.

<sup>51</sup>EIGE (2015).

<sup>52</sup>Stay Safe, <http://www.staysafe.ie/>

<sup>53</sup>WHO - Regional Office for Europe (2013), p.62.

<sup>54</sup>Know Violence in Childhood (2017b), Evidence Highlights 7, p.2.

<sup>55</sup>Fearon e Hoeffler (2014).

<sup>56</sup>UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2006).

<sup>57</sup>Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, <http://www.endcorporalpunishment.org/progress/prohibiting-states/>

<sup>58</sup>Government Offices of Sweden, Save the children Sweden (2009), p.17.

<sup>59</sup>Know Violence in Childhood (2017a).

<sup>60</sup>La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza è stata approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con la Legge 27 maggio 1991, n. 176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 135 dell'11 giugno 1991, S.O.

<sup>61</sup>Trattato di Lisbona - Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea, C 306, 17 dicembre 2007.

<sup>62</sup>Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea - Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea, C 326, 26 ottobre 2010.

<sup>63</sup>Council of Europe (2016).

<sup>64</sup>Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori dallo sfruttamento e dagli abusi sessuali, Lanzarote, 25 ottobre 2007.

<sup>65</sup>Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Istanbul, 11 maggio 2011.

<sup>66</sup>Parlamento europeo e Consiglio, Direttiva 2011/93/UE del 13 dicembre 2011, concernente la lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, e che sostituisce la decisione quadro 2004/68/GAI del Consiglio, pubblicata in GUUE del 17.12.2011, L 335.

<sup>67</sup>Direttiva 2011/36/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2011, concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime, e che sostituisce la decisione quadro del Consiglio 2002/629/GAI <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A32011L0036>

<sup>68</sup>Parlamento Europeo e Consiglio, Direttiva 2012/29/UE del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI in GUUE del 14.11.2012, L 315/17.

<sup>69</sup>Arace, Scarzello, Occelli (2016), p. 25. Il testo seguente è in parte basato sullo studio menzionato.

<sup>70</sup>Legge 27 maggio 1991, n. 176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 135 dell'11 giugno 1991, S.O.

<sup>71</sup>Legge 3 agosto 1998, n. 269, Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 185 del 10 agosto 1999.

<sup>72</sup>Legge 9 gennaio 2006, n. 7, Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.14 del 18 gennaio 2006.

<sup>73</sup>Legge 1 ottobre 2012, n. 172, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno. (12G0192), pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.235 del 08 ottobre 2011.

<sup>74</sup>Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.152 del 01 luglio 2013.

<sup>75</sup>Legge 15 ottobre 2013, n. 119, Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province (13G00163), pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.242 del 15 ottobre 2013.

<sup>76</sup>Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori (1998).

<sup>77</sup>Commissione parlamentare per l'Infanzia, [http://www.camera.it/\\_bicamerali/infanzia/home.htm](http://www.camera.it/_bicamerali/infanzia/home.htm)

<sup>78</sup>Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, <https://www.minori.it/osservatorio>

<sup>79</sup>Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, <https://www.minori.it/it/centronazionale>

<sup>80</sup>Commissione parlamentare per l'Infanzia, [http://www.camera.it/\\_bicamerali/infanzia/nintrod.htm](http://www.camera.it/_bicamerali/infanzia/nintrod.htm)

<sup>81</sup>Dipartimento delle politiche per la famiglia, Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2010), <http://www.pariopportunita.gov.it/media/2835/iv-piano-azione-infanzia.pdf>

<sup>82</sup>Per ulteriori dettagli: Bernacchi, Fabris, Zelano (2016).

<sup>83</sup>Legge 23 dicembre 1997, n. 451, Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 302 del 30 dicembre 1999.

<sup>84</sup>Decreto del Presidente della Repubblica del 14 maggio 2007, n. 103, Regolamento recante riordino dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia

e l'adolescenza e del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia, a norma dell'articolo 29 del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 agosto 2006, n. 248, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 23 luglio 2007, n. 169.

<sup>85</sup>Legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.207 del 5 settembre 1997.

<sup>86</sup>Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, <https://www.minori.it/it/centronazionale>

<sup>87</sup>Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, <http://www.garanteinfanzia.org/siamo>

<sup>88</sup>Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza - Garanti regionali, <http://www.garanteinfanzia.org/garanti-regionali>

<sup>89</sup>Legge 12 luglio 2011, n. 112, Istituzione dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.166 del 19 luglio 2011.

<sup>90</sup>Regione Emilia Romagna, Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini/e e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/tutela-accoglienza-e-promozione/tutela-accoglienza-sostegno-genitorialita/violenze-sui-minori/violenze-sui-minori>

<sup>91</sup>Regione Puglia, Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza delle persone minori per età, [http://www.provincia.brindisi.it/dmdocuments/LARA/All\\_A\\_Linee\\_guida\\_maltrattamento\\_violenza%20minori.pdf](http://www.provincia.brindisi.it/dmdocuments/LARA/All_A_Linee_guida_maltrattamento_violenza%20minori.pdf)

<sup>92</sup>Regione Siciliana, Linee guida della Regione siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza, <http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g12-17o/g12-17o.pdf>

<sup>93</sup>Regione Liguria, Linee di indirizzo in materia di partecipazione e ascolto dei minorenni, [https://www.minori.it/sites/default/files/Linee\\_indirizzo\\_partecipazione\\_Regione\\_Liguria.pdf](https://www.minori.it/sites/default/files/Linee_indirizzo_partecipazione_Regione_Liguria.pdf)

<sup>94</sup>Regione Lombardia, Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia, <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/enti-e-operatori/sistema-sociale-regionale/linee-guida-tutela-minori>

<sup>95</sup>Regione Abruzzo, Linee guida regionali in materia di maltrattamento ed abuso in danno dei minori, <http://www.osr.regione.abruzzo.it/do/index?action=download&viewattach=yes&docid=3181&seqid=1489>

<sup>96</sup>Regione Piemonte, Linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso sessuale e maltrattamento ai danni di minori da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari, <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2000/20/siste/00000057.htm>

<sup>97</sup>Regione Molise, Linee guida regionali per la rilevazione e la presa in carico di bambini e bambine vittime di maltrattamenti, abuso e sfruttamento sessuale, [http://www.regione.molise.it/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/\(InfoInternet\)/E36549BDBA796C94C1257512003AF5DD?OpenDocument](http://www.regione.molise.it/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/(InfoInternet)/E36549BDBA796C94C1257512003AF5DD?OpenDocument)

<sup>98</sup>Regione Campania, Linee di indirizzo e programmazione in materia di maltrattamenti e abusi nei confronti dei minori, [http://www.regione.campania.it/assets/documents/file\\_4294\\_GNR.pdf](http://www.regione.campania.it/assets/documents/file_4294_GNR.pdf)

## 2 L'INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA

### 2.1 LA METODOLOGIA

L'indice sulla prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e è un indicatore regionale che restituisce i vari territori ordinati secondo la condizione di contesto e delle politiche/servizi che espone o meno i bambini/e a possibili situazioni di maltrattamento. Non si tratta quindi della rilevazione e quantificazione del maltrattamento nel nostro Paese, quanto di un dato che rileva nei territori la **maggiore o minore vulnerabilità dei bambini/e** rispetto alla problematica considerata la generale situazione familiare, socio-economica e dei servizi pubblici.

L'indice complessivo offre una chiave di lettura particolarmente sintetica che consente, nelle varie declinazioni nelle quali viene proposto, di valutare i punti di forza e di debolezza dei vari territori rispetto a dimensioni di analisi ad aggregazione progressiva.

È possibile così valutare le varie regioni rispetto a:

- **bambini/e vulnerabili al maltrattamento**
- **adulti potenzialmente maltrattanti**

Per entrambe le dimensioni di analisi si analizzano separatamente i sintomi/fattori di rischio (analisi di contesto) e i servizi sul territorio proponendo una lettura trasversale disaggregata per capacità (di cui si dirà più avanti).

Pertanto il confronto avviene tra l'analisi di contesto dei territori che determina le necessità di intervento pubblico - e dunque la sua domanda inespressa - e l'analisi delle politiche e dei servizi offerti nelle regioni, evidenziando quindi dove il problema è più/meno grave e dove ci sono strumenti di intervento più/meno adeguati per prevenirlo e contrastarlo.

Aggregando gli indicatori relativi ai bambini/e vulnerabili al maltrattamento e agli adulti potenzialmente maltrattanti, mantenendo la medesima chiave di lettura delle capacità, si propongono nell'ordine:

- l'indice regionale dei **fattori di rischio**
- l'indice regionale delle **politiche e dei servizi di prevenzione e contrasto**
- l'**indice regionale totale per capacità** (aggregazione dei fattori di rischio e dei servizi)

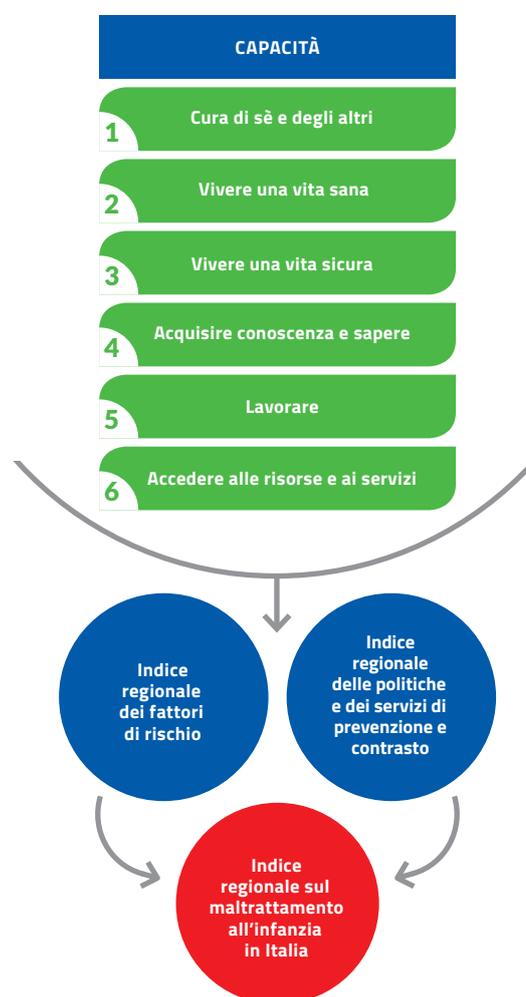
L'Indice propone in ogni livello di dettaglio elaborato una **classifica decrescente tra regioni** a partire quindi da quelle che presentano sia minori rischi di maltrattamento familiare per l'infanzia che un sistema di politiche e servizi territoriali adeguato a contrastare e prevenire il problema. Prevalde quindi una visione positiva e premiante dei territori.

Infatti, questa analisi vuole stimolare, attraverso le raccomandazioni conclusive frutto delle riflessioni condotte sull'Indice, un maggiore impegno politico e amministrativo sia dei territori che dello Stato rispetto al problema. Ciò non toglie che l'evidenza delle regioni con maggiore rischio di maltrattamento ai bambini/e e con peggiori politiche/servizi dei territori rappresenti un punto fondamentale rispetto alle priorità di intervento territoriale suggerite nelle raccomandazioni finali.

L'analisi realizzata sia sui fattori di rischio che sui servizi origina dalla selezione di **65 indicatori statistici** selezionati secondo le indicazioni offerte dalla letteratura scientifica su questo tema e poi raggruppati per capacità.

La classificazione per capacità ha seguito la teoria dell'"Approccio delle capacità nella prospettiva allo Sviluppo Umano" che si è ritenuta la più adatta a offrire un quadro di classificazione e di analisi adatto allo scopo della ricerca.

FIGURA 1. SVILUPPO DELL'INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA



La scelta della classificazione per capacità degli indicatori territoriali di dettaglio nasce dall'ormai consolidato approccio allo sviluppo umano<sup>1</sup>, 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, in un'ottica dell'economia del benessere e in una logica di critica del PIL quale indicatore privilegiato dello sviluppo dei Paesi.

L'approccio allo sviluppo umano che è alla base dell'HDI (Human Development Indicator) - uno dei più rappresentativi indicatori di sviluppo umano elaborato a livello mondiale dall'UNDP (United Nations Development Programme) - è infatti particolarmente adatto a rappresentare e classificare le dinamiche relative alla condizione di sviluppo umano dei territori (in questo caso legata al problema del maltrattamento dei bambini/e) e le politiche che interagiscono su questa in relazione alle capacità umane che queste sono in grado di stimolare.

## L'APPROCCIO DELLE CAPACITÀ



L'aspetto innovativo dell'approccio delle capacità sta nell'aver rivisto il concetto di sviluppo, ampliandolo: lo sviluppo umano viene misurato non tanto e non solo in termini di aumento delle risorse a disposizione quanto come aumento delle possibilità di ciascuno, delle "capacità" appunto che identificano le abilità delle persone di fare o essere quello che queste desiderano fare o essere.

Nella lettura dell'economia monetaria e capitalistica, quella che misura il benessere in termini di prodotto nazionale (PIL), le merci e i servizi sono il fine, e hanno dunque la priorità, mentre le persone sono considerate nella loro dimensione di lavoratori, dunque dei mezzi, in quanto anch'essi fattori produttivi. Nella visione di Sen, invece, il centro della teoria economica, il suo fine, diventa lo sviluppo umano di per se stesso, dunque fine primario rispetto al quale viene ricondotto l'utilizzo di merci e servizi che vengono ricollocati nella loro dimensione naturale di mezzi.

Lo spettro di valutazione delle decisioni, sia personali che politiche, con la teoria delle capacità quindi si amplia, includendo gli aspetti della vita non materiali che sfuggono alla misurazione dell'economia monetaria: la capacità delle persone di essere libere, di mantenere la propria dignità, di dare e ricevere rispetto, di prendersi cura di sé e degli altri. Concetti quali la parità e l'uguaglianza non sono interpretati in termini di uguale disponibilità di risorse, ma di stesso grado di libertà di essere e di fare (si veda Appendice I).

Dopo la classificazione degli indicatori per capacità si è proceduto all'applicazione di una **formula** che consentisse un confronto tra regioni e di ciascuna di esse rispetto a un dato medio nazionale.

Si è quindi scelto di applicare il metodo di calcolo già efficacemente testato per un'indagine basata su indicatori regionali - il QUARS<sup>2</sup> della campagna "Sbilanciamoci" - e di rielaborare in ordine decrescente le regioni rispetto alla minore/maggiore incidenza degli indicatori analizzati in un determinato territorio.

È importante sottolineare che questa metodologia di calcolo presuppone che tutti gli indicatori e le classi di indicatori utilizzate abbiano lo stesso peso: una condizione obbligata per evitare di dare arbitrariamente pesi diversi sulla base di decisioni soggettive. L'analisi della letteratura in materia non ha infatti prodotto analisi e informazioni sufficienti per poter ponderare i vari indicatori rispetto al loro differente impatto sul maltrattamento. Per tale motivo dare a tutti gli indicatori lo stesso peso si è rivelata la scelta meno distortiva e più oggettiva (si veda Appendice II).

I passaggi metodologici seguiti per il calcolo dell'indice finale e degli indicatori di dettaglio sono quindi:

- selezionati **65 indicatori territoriali** rispetto alla letteratura sui fattori di rischio e le politiche/servizi di prevenzione e contrasto (per es.: indicatore regionale sulla povertà, indicatore regionale sulla disoccupazione, indicatore regionale sulla % di pediatri nelle regioni etc.)
- classificati gli indicatori rispetto a:
  - > capacità (per es.: l'indicatore regionale sulla disoccupazione attiene alla capacità di lavorare, l'indicatore regionale sulla % di pediatri nei territori attiene alla capacità di vivere una vita sana);
  - > distinzione tra fattori di rischio/sintomi e servizi;
  - > distinzione tra adulti potenzialmente maltrattanti e bambini/e potenzialmente maltrattati.
- costruito l'**indice aggregato per ogni categoria** in esame attraverso l'applicazione dell'algoritmo del QUARS per ciascun indicatore, calcolata la media tra tutti gli indicatori regionali e ordinata in ordine decrescente.

## IL METODO DI CALCOLO



Ognuno dei 65 indicatori regionali è stato 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.

La procedura di standardizzazione ha previsto quindi la differenza tra il dato regionale relativo a una determinata variabile e la media di tutte le regioni per la stessa variabile, il tutto rapportato allo scarto quadratico medio o deviazione standard della distribuzione della variabile stessa. 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.



## I FATTORI DI RISCHIO

L'identificazione dei fattori di rischio ha tenuto quale punto di riferimento di partenza la più autorevole fonte bibliografica<sup>3</sup> in Europa circa la prevenzione sul maltrattamento ai bambini/e: lo *European Report on Preventing Child Maltreatment*, pubblicazione del 2013 a cura dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO.

In questa pubblicazione viene infatti presentata una metodologia completa ed esaustiva, appoggiata a una estesa e approfondita analisi delle più autorevoli fonti bibliografiche sulla materia, sulla rappresentazione dei fattori di rischio per il maltrattamento sui bambini/e e sugli strumenti per la prevenzione. Diversi indicatori statistici vengono infatti citati per definire i fattori di rischio e, per quanto rilevati a livello nazionale per le nazioni europee, rappresentano una traccia di analisi importante per rinvenire i corrispondenti dati regionali o altri indicatori regionali inerenti sia i vari fattori di rischio che le politiche utili a prevenirli.

Per quanto riguarda i **fattori di rischio** è importante ricordare che la metodologia condivisa a livello europeo e adottata come chiave di sviluppo di analisi di questo studio prevede la classificazione sia dei fattori di rischio che dei corrispondenti strumenti di intervento sociale in quattro classi: individuale, relazionale, comunitario e sociale.

Le quattro classi di fattori di rischio hanno guidato la selezione degli indicatori e la successiva classificazione per capacità.

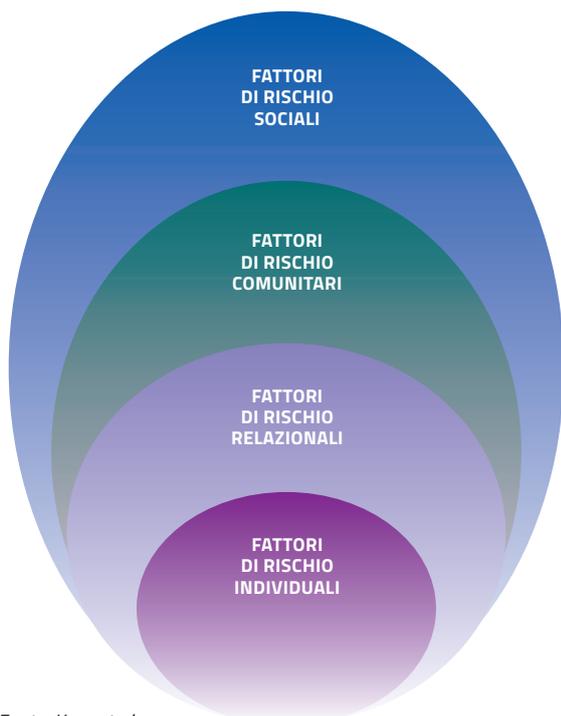
Nella figura 3 che segue i vari fattori di rischio individuati dalla WHO sono elencati secondo la classificazione dell'approccio ecologico.

Si tratta dunque di quattro grandi gruppi di fattori di rischio che allargano progressivamente la prospettiva a partire dalla condizione individuale del maltrattante e/o del bambino maltrattato, passando attraverso le dinamiche relazionali di coppia e familiari, per arrivare fino al dato di contesto relativo alla dimensione comunitaria e a quella sociale e/o di sistema più ampia.

Per esigenze di elaborazione dell'indice, tali categorie sono state prese in considerazione tenendo conto che:

- i quattro gruppi di fattori di rischio condividono spesso gli stessi indicatori che rappresentano differenti prospettive (per es.: la condizione occupazionale e la condizione di povertà e deprivazione rappresentano fattori di rischio sia a livello individuale che a livello co-

**FIGURA 2. CLASSIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO: L'APPROCCIO ECOLOGICO**



Fonte: Krug et al.

FIGURA 3. CLASSIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO: DETTAGLIO

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

munitario e sociale). Per tale motivo, nell'elaborazione dell'indice tali variabili sono state prese in considerazione una sola volta rispetto alle capacità, rimanendo la classificazione delle quattro categorie generali a livello descrittivo;

- alcuni fattori di rischio si riferiscono a indicatori statisticamente definiti (per es.: la giovane età dei genitori), mentre altri fattori di rischio riguardano dimensioni molto ampie e definibili con un gruppo di indicatori statistici (per es.: lo svantaggio socio-economico è una sintesi di una molteplicità di indicatori). In questi casi, tenendo sempre a riferimento la letteratura, si è proceduto a un ulteriore dettaglio degli indicatori;
- l'obiettivo di creare un sistema di indicatori territoriali regionali e la scarsità di indicatori statistici specifici a disposizione impediscono di monitorare alcune **caratteristiche individuali** appartenenti alla sfera privata delle persone e, in quanto tali, non rilevabili dalle statistiche se non con indagini qualitative *ad hoc* (per es.: caratteristiche caratteriali, paternità incerta, scarse capacità e stress genitoriale). La dimensione attinente le specificità personali non viene quindi rappresentata dall'indice che si presta invece soprattutto a cogliere il

contesto e le dinamiche relazionali/sociali/di sistema ove statisticamente rappresentabili a livello regionale;

- i fattori di rischio individuali sono riferiti alla condizione specifica delle famiglie nelle quali si verificano dinamiche di maltrattamento infantile. Poiché mancano dati specifici di questo tipo, gli indicatori regionali utilizzati fanno riferimento a un **dato di contesto generale che comprende al suo interno anche la genitorialità a rischio di maltrattamento**. Ad esempio, due fattori di rischio individuali quali il basso livello di istruzione e la condizione occupazionale di uno o entrambi i genitori maltrattanti vengono in questo caso rappresentati con gli indicatori regionali riferiti alla percentuale di persone con più di 15 anni con nessun titolo di studio o licenza elementare e al tasso di disoccupazione per le fasce di età comprese tra i 35 e i 44 anni. Si tratta quindi di aggregati ampi, nei quali si inserisce il target specifico dei genitori maltrattanti, ma che offrono comunque una lettura del contesto di riferimento che permette la comparabilità territoriale;
- la letteratura scientifica centrata sull'analisi del fenomeno del maltrattamento esamina sia i fattori di rischio di maltrattamento che mettono a repentaglio il benessere dei minori sia i **fattori protettivi** che fungono da azione compensativa e migliorativa. Nella costruzione degli indicatori, ove si sono individuati dei fattori protettivi di interesse, sono stati inseriti nella capacità di riferimento con polarità inversa, di modo che potessero restituire la loro azione di mitigazione degli effetti negativi dei fattori di rischio riscontrati nei vari territori.



## I SERVIZI

I servizi e le politiche territoriali per la prevenzione e la cura del maltrattamento ai minori in famiglia sono stati analizzati e indicizzati secondo una **corrispondenza sia con le capacità che con i possibili fattori di rischio** individuati per gli adulti e i minori.

Il lavoro sui servizi e le politiche è stato fortemente condizionato dalla **mancaza sia di dati territoriali** specifici in grado di restituire una fotografia dell'esistente **che di servizi specifici** propriamente mirati al maltrattamento sui bambini/e.

Tenendo conto di tali limiti, dal punto di vista metodologico la scelta dei servizi da analizzare è stata razionalizzata, focalizzando l'attenzione sui livelli di governo e di responsabilità istituzionale. Obiettivo dell'Indice è infatti mettere in evidenza le **diverse culture politiche dei territori** nelle aree di intervento legate al maltrattamento sui bambini/e attraverso le attività degli enti locali del territorio (Regioni, Province e Comuni).

L'Indice infatti non è mirato tanto a creare un sistema di valutazione sulla bontà delle politiche e dei servizi, quanto a definire i territori con maggiore/minore capacità di intervento attraverso i propri servizi. Una capacità di intervento certamente sviluppata negli anni da una cultura sociale e politica istituzionale dei territori più o meno sensibile a questo tema.

Invece, i servizi erogati a livello nazionale, quali ad esempio quelli della giustizia e del lavoro, non evidenziano delle volontà politiche locali di intervento nei territori pur avendo una rilevanza territoriale.

L'analisi si è quindi centrata maggiormente sull'attività dei servizi sociali dei Comuni che si esprimono trasversalmente su più capacità e con un target di utenza che comprende anche il fenomeno del maltrattamento - pur nella varietà delle numerose tipologie di disagio questi affrontano - e sui servizi sanitari regionali per la capacità relativa all'area della salute.

In particolare, i **servizi sociali dei Comuni** rappresentano l'area di intervento pubblico più vicina al cittadino il cui finanziamento è il punto terminale di un flusso di risorse interne all'amministrazione pubblica di diversa natura: oltre a essere finanziati con risorse proprie dei Comuni, ricevono infatti anche finanziamenti provenienti dallo Stato, quasi sempre mediati dal passaggio attraverso le regioni, le quali possono erogare anche risorse proprie da destinare a tali

attività. Nella complessità che governa le differenze territoriali e i loro sistemi di governo, si è ritenuto, quindi, che l'indagine Istat sugli *Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*<sup>4</sup> potesse rappresentare una base comune di confronto utile, in quanto ultimo terminale della catena inter-amministrativa del flusso di risorse che permette di analizzare in modo univoco e senza rischi di duplicazioni l'attività che viene effettivamente erogata direttamente al cittadino.

I servizi sociali dei Comuni rappresentano inoltre un'area di intervento che interessa diverse capacità: innanzitutto le capacità di cura di sé e degli altri, ma anche la capacità di vivere una vita sana, di accedere alle risorse e ai servizi, di lavorare. L'area di intervento è chiaramente legata a un'utenza a particolare rischio di disagio sociale. Rimane quindi esclusa la fascia di popolazione adulta soggetta a fattori di rischio che per migliori condizioni economiche o sociali non viene intercettata dall'area di intervento dei servizi sociali. Si è ritenuto comunque di dover circoscrivere l'area di analisi solo ai servizi sociali dei Comuni per mettere in evidenza le aree sociali a maggiore criticità.

Per un criterio di corrispondenza con le categorie di fattori di rischio analizzate, tra i servizi sociali dei Comuni si sono presi in considerazione solo quelli relativi alla famiglia e ai minori e quelli legati alle dipendenze. Sono quindi rimasti esclusi dall'analisi i servizi inerenti all'area anziani, disabili, immigrati e nomadi, multiutenza, povertà, disagio adulti e senza fissa dimora. Non è da escludere un impatto indiretto di queste aree anche rispetto a quella della famiglia e dei minori, ma nell'impossibilità di produrre livelli di dettaglio più approfonditi a causa dell'indisponibilità dei dati, si è preferito analizzare l'area di maggiore criticità rispetto ai fattori di rischio evidenziati nell'analisi di contesto.

Per lo stesso criterio di corrispondenza sopra citato, la classificazione dei servizi è stata poi ulteriormente distinta per capacità relative ai bambini/e e per capacità relative ai genitori/adulti, potenziali o effettivi maltrattanti. Tale distinzione è stata fatta con riferimento sia ai servizi relativi ai minori, nei quali i minori sono primi beneficiari e utenti diretti dei servizi (asili nido, ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali, assistenza scolastica etc.) sia ai servizi relativi alla famiglia, nei quali i minori sono beneficiari indiretti in quanto appartenenti al nucleo familiare.

Gli indicatori utilizzati hanno riguardato il numero di utenti del servizio parametrati sul dato demografico della popolazione di riferimento. Gli utenti dei contributi economici,

invece, sono stati conteggiati assieme ai servizi corrispondenti solo quando erano esplicitamente mirati a questi (per es.: contributi per l'inserimento lavorativo nell'area della capacità di lavorare, utenti dei contributi per gli asili nido assieme al numero di utenti dei servizi comunali etc.), mentre nella capacità di accesso alle risorse e ai servizi si è deciso di includere i contributi economici alle famiglie e ai bambini/e espressamente legati a una più generale e non specificata condizione economica di disagio.

Nello sviluppo dell'analisi sui servizi si sono riscontrate alcune **criticità**:

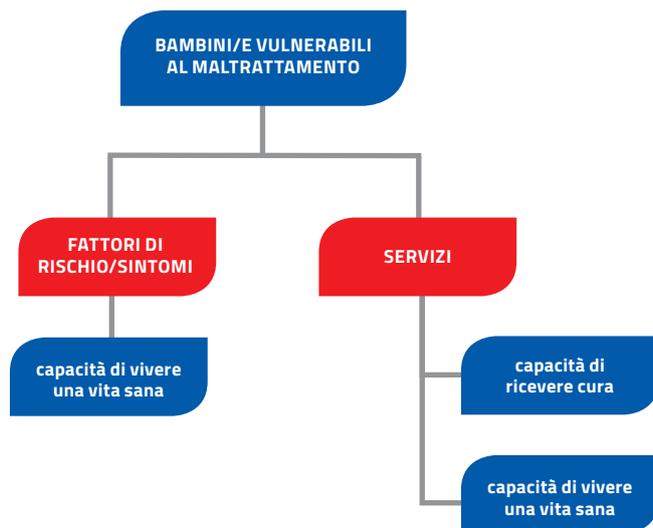
- **la difficoltà di individuare i servizi per il maltrattamento all'infanzia:** gli interventi dei servizi sociali dei Comuni sono infatti genericamente definiti come "servizi per le famiglie e i minori", senza possibilità di distinguere tra utenti adulti e utenti minori. Non si può, inoltre, conoscere il motivo dell'intervento dei servizi sociali, se ad esempio dovuto a criticità di carattere solo economico e sociale o a situazioni di violenza, maltrattamento o altra tipologia di disagio.
- **la difficoltà di valutazione, anche quantitativa, di alcuni servizi:** il numero di utenti di un servizio sociale di un territorio può essere infatti interpretato in modi diversi a seconda del contesto nel quale si trova a operare. Vi sono:
  - > regioni a bassa criticità ambientale rispetto ai fattori di rischio di maltrattamento dei minori che hanno, di conseguenza, un indicatore di servizi basso, in quanto vi è un bisogno contenuto di intervento sociale sulla problematica;
  - > regioni a elevata criticità ambientale rispetto ai fattori di rischio di maltrattamento dei minori alla quale si aggiunge anche una bassa sensibilità politico-istituzionale rispetto al tema e quindi con un indicatore di servizi anch'esso basso;
  - > regioni che di fronte a una situazione di contesto favorevole per una bassa incidenza dei fattori di rischio hanno una forte capacità di risposta dei servizi e indicatori dei servizi elevati. Per questi territori si suppone che l'elevata reattività delle politiche e dei servizi sociali abbia contribuito significativamente nel tempo alla riduzione dei fattori di rischio. L'unica condizione che si riscontra più difficilmente è quella di regioni a elevata criticità ambientale e forte capacità di risposta dei servizi.

Nell'intento di superare queste difficoltà di interpretazione dei dati si è deciso comunque di considerare gli indicatori più alti dei servizi sempre in termini positivi, sottolineando di volta in volta il diverso significato che tale dato può assumere rispetto alle differenti criticità di contesto rilevate.



## 2.2 L'INDICE REGIONALE SUI BAMBINI/E VULNERABILI AL MALTRATTAMENTO

FIGURA 4. INDICE REGIONALE SUI BAMBINI/E VULNERABILI AL MALTRATTAMENTO: SCHEMA DI ANALISI



Lo schema di analisi dell'indice regionale che analizza la condizione specifica dei bambini/e mette a confronto l'indice di contesto aggregato per i fattori di rischio/sintomi e l'indice aggregato relativo ai servizi. Sia per i fattori di rischio/sintomi che per i servizi, gli indicatori sono stati classificati ed elaborati con criteri omogenei rispetto alle capacità alle quali fanno riferimento.

### 2.2.1 I FATTORI DI RISCHIO E I SINTOMI DI POTENZIALE MALTRATTAMENTO E DI VULNERABILITÀ DEI BAMBINI/E

Con riferimento ai bambini/e vulnerabili al maltrattamento, la letteratura individua alcuni fattori di rischio e alcuni "sintomi" che lasciano pensare a maggiori situazioni di rischio in determinati territori. Tra questi, gli studi hanno riportato differenti livelli di criticità.

Ad esempio, **l'età dei bambini e delle bambine** vittime di maltrattamento rappresenta un **fattore di rischio** per le probabilità di maltrattamento. Il tipo di abusi subiti può variare a seconda dell'età dei bambini e delle bambine: in linea generale, i bambini/e di età inferiore ai 10 anni hanno un rischio decisamente maggiore di quelli di età compresa tra i 10 e i 19 anni di subire atti di violenza da parte di

familiari, mentre la maggioranza degli omicidi di bambini e bambine sotto l'anno di età viene commesso da uno o entrambi i genitori (spesso la madre è la colpevole)<sup>5</sup>. Con l'avanzare dell'età possono poi cambiare i tipi di abusi a cui i bambini e le bambine sono sottoposti e aumenta il rischio di maltrattamento in generale. Anche **il genere dei bambini/e maltrattati** è stato oggetto di indagine scientifica: le bambine sembrano essere più vulnerabili dei bambini per quanto riguarda gli abusi sessuali, mentre i bambini sarebbero più vulnerabili all'abuso fisico anche se quest'ultima relazione non è stata provata in modo definitivo.

Altri fattori di rischio sono la **disabilità e i problemi comportamentali**. In generale, bambini e bambine disabili possono essere particolarmente vulnerabili a maltrattamenti in famiglia poiché incontrano maggiori ostacoli nel riportare la violenza e nell'essere creduti<sup>6</sup>; infatti, uno studio statunitense ha rilevato che anche se i bambini/e disabili sono il 10,4% della popolazione, essi rappresentano tra il 25% e il 29% dei casi di accuse di maltrattamento<sup>7</sup>. I **problemi comportamentali dei bambini/e**, invece, rappresentano un fattore di rischio perché, come dimostrato da alcuni studi, le madri di bambini/e con problemi comportamentali tendono a ricorrere maggiormente a punizioni corporali rispetto alle madri di bambini/e che non presentano problematiche di questo tipo. Vi sono anche alcune caratteristiche fisiche di bambini e bambine che riguardano il periodo prenatale e immediatamente dopo la nascita, come **il peso alla nascita**, che secondo lo *European Report on Preventing Child Maltreatment*<sup>8</sup> potrebbero rappresentare un fattore di rischio. Una ricerca finlandese ha rilevato che i bambini/e in custodia e affidamento avevano un peso minore alla nascita, così come un indice di Apgar<sup>9</sup> basso. Probabilmente il peso basso alla nascita è correlato a un possibile rischio di maltrattamento in modo indiretto: da un lato un peso basso può influire sullo stress dei genitori e sulla relazione di attaccamento tra genitori e figli e dall'altro può essere il sintomo di comportamenti materni dannosi durante la gravidanza. È importante però sottolineare che un peso basso alla nascita può anche essere sintomo di violenze subite dalla madre durante la gravidanza. Infine, un fattore di rischio ancora poco esplorato, che in passato è stato ignorato dalla letteratura in materia di violenza e maltrattamento contro bambini e bambine, è **l'identità sessuale e di genere** dei minori. Numerosi studi hanno rilevato che bambini e bambine transgender o che non si identificano come eterosessuali sono a maggior

rischio di violenza sia in ambito familiare che extrafamiliare<sup>10</sup>. Uno studio condotto presso la San Francisco State University ha evidenziato le conseguenze in termini di salute mentale: gli individui che si identificano come gay, lesbica o bisessuale e “che hanno sperimentato livelli elevati di rifiuto da parte delle famiglie e *caregivers* durante l’adolescenza [...] avevano una probabilità di otto volte maggiore di avere tentato il suicidio, una probabilità di più di sei volte maggiore di aver avuto problemi gravi di depressione” entro i 20 anni<sup>11</sup>.

Se per i fattori di rischio relativi ai bambini/e la letteratura restituisce un quadro di difficile interpretazione, diverso è invece il caso dei “**sintomi**” relativi alla salute dei bambini/e

che ci fanno ipotizzare delle maggiori o minori criticità in alcuni territori. Si tratta di quelli che l’indagine della WHO<sup>12</sup> definisce “*Strenght of evidence*”, cioè alcuni indicatori relativi a condizioni di salute, comportamenti a rischio e stili di vita che sono riconducibili o associabili a situazioni di maltrattamento familiare.

Questi “sintomi” presi isolatamente possono certamente essere ricondotti a cause differenti dal maltrattamento del minore, ma valutati nel loro insieme possono restituirci un segnale di maggiore/minore vulnerabilità e permeabilità di un territorio rispetto a questo problema. I principali “sintomi” di maltrattamento individuati dal report della WHO sono indicati di seguito nella Figura 5.

**FIGURA 5. PRINCIPALI SINTOMI DI MALTRATTAMENTO SUI BAMBINI/E**

FORTE ASSOCIAZIONE	POSSIBILE CONSEGUENZA/ EVIDENZA LIMITATA	POSSIBILE CONSEGUENZA/ EVIDENZA VISIBILE
<b>ABUSI FISICI</b>		
Depressione	Patologie cardiovascolari	Allergie
Ansia	Diabete di tipo 2	Tumore
Disturbi dell'alimentazione	Obesità	Patologie neurologiche
Comportamento dei bambini/disordini comportamentali	Ipertensione	Sottopeso/malnutrizione
Tentativi di suicidio	Fumo	Fibromi uterini
Uso di droghe	Ulcera	Dolori alla schiena cronici
Infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio	Mal di testa/emicranie	Schizofrenia
	Artrite	Bronchite/enfisema
	Abuso di alcol	Asma
<b>ABUSI EMOTIVI</b>		
Depressione	Disturbi dell'alimentazione	Patologie cardiovascolari
Ansia	Diabete di tipo 2	Schizofrenia
Tentativi di suicidio	Obesità	Mal di testa/emicranie
Uso di droghe	Fumo	
Infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio	Abuso di alcol	
<b>TRASCURATEZZA</b>		
Depressione	Disturbi dell'alimentazione	Artrite
Ansia	Comportamento dei bambini/disordini comportamentali	Mal di testa/emicranie
Tentativi di suicidio	Patologie cardiovascolari	Dolori alla schiena cronici
Uso di droghe	Diabete di tipo 2	Fumo
Infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio	Abuso di alcol	
	Obesità	
<b>ABUSI SESSUALI</b>		
Infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio	Rivittimizzazione sessuale da adulto	Dolore pelvico cronico non ciclico
Disordini della personalità	Reiterazione della violenza sessuale	Attacchi non epilettici
Depressione		
Ansia		
Autolesionismo		
Tentativi di suicidio		
Uso di droghe		
Disturbi dell'alimentazione		
Obesità		

Fonte: adattato da Norman et al. Maniglio



## CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

### > Gli indicatori selezionati

La principale capacità presa in considerazione per aggregare l'indice sintetico sui "sintomi" di maltrattamento all'infanzia è la capacità di vivere una vita sana, certamente predominante rispetto a tutte le altre nel caso dei bambini/e, che comprende: gravidanze precoci, obesità infantile, fumo, consumo di alcol e droghe in età giovanile. Il consumo di alcol e droghe in età giovanile è particolarmente critico su più aspetti, in quanto mina la salute del minore consumatore, mette a repentaglio la sicurezza dei suoi coetanei e, in un'ottica di lungo termine, diventa un fattore di rischio importante nella dimensione genitoriale (si veda par. 2.3.1).

N°	CATEGORIA DI SINTOMO	INDICATORE	ANNO	FONTE
1	Gravidanze precoci <sup>13</sup>	Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne 15-19 anni	2010-2015	Istat
2	Obesità infantile	Persone di 6-17 anni per eccesso di peso (per 100 persone 6-17 anni della stessa zona)	2015	Istat
3	Fumo in età giovanile	Ragazzi 11-15 anni che fumano almeno 1 volta alla settimana (per 100 ragazzi 11-15 anni residenti nella zona)	2014	HBSC/WHO <sup>14</sup>
4	Consumo di alcol in età giovanile	Ragazzi 11-15 anni che hanno consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (fenomeno del <i>binge drinking</i> ) (per 100 ragazzi 11-15 anni residenti nella zona)	2014	
5	Consumo di droghe in età giovanile	Ragazzi di 15 anni che hanno fatto uso di cannabis almeno 1 volta nella vita (per 100 ragazzi 15 anni residenti nella zona)	2014	

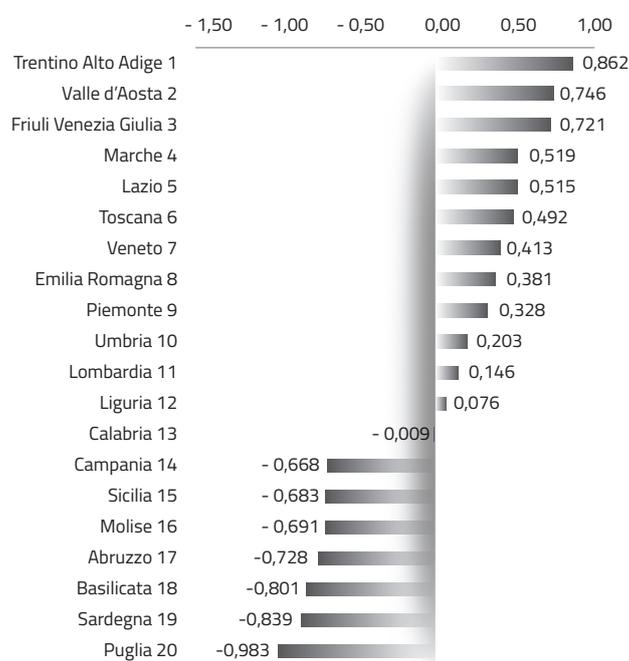
Per quanto, infatti, le conseguenze del maltrattamento possano essere tali da condizionare lo sviluppo di molte - se non tutte - capacità delle vittime in età adulta, la rilevazione dei sintomi in età minorile risulta fortemente sbilanciata sulla dimensione della salute dei bambini/e e sui comportamenti a rischio che la minano, indicatori e comportamenti oggettivamente rilevabili e pertanto meno filtrati da differenze culturali delle varie regioni<sup>i</sup>.

### > I risultati<sup>ii</sup>

L'analisi dei sintomi relativi ai bambini/e restituisce un quadro complessivo di sostanziale omogeneità territoriale a livello ripartizionale: tra le dodici regioni al di sopra della media nazionale figurano otto regioni del Nord e le quattro regioni del

Centro Italia, mentre tra le otto regioni al di sotto della media nazionale si posizionano tutte le regioni del Sud. Certamente a tale distribuzione contribuiscono alcuni fattori culturali che non hanno necessariamente un legame con il maltrattamento sui bambini/e (si pensi ad esempio all'indicatore sull'obesità), ma la lettura integrata su sei indicatori, tra i quali alcuni ad alta criticità (le gravidanze precoci e il consumo di alcol), lascia comunque ipotizzare delle fragilità sociali territoriali da prendere in considerazione anche per quanto riguarda le situazioni di potenziale maltrattamento sui bambini/e.

FIGURA 6. INDICE REGIONALE SINTOMI DI VULNERABILITÀ DEI BAMBINI/E AL MALTRATTAMENTO



La regione che presenta meno sintomi di vulnerabilità dei bambini/e al maltrattamento è il Trentino Alto Adige, seguito dalla Valle d'Aosta e dal Friuli Venezia Giulia. Le criticità maggiori si riscontrano in Puglia (20<sup>a</sup>), Sardegna (19<sup>a</sup>), Basilicata (18<sup>a</sup>). Nella lettura dei singoli indicatori (si veda Appendice III) il Trentino Alto Adige è al primo posto per l'indicatore di obesità giovanile, la Valle d'Aosta per l'indicatore sulle gravidanze precoci e il fumo in età giovanile, il Lazio per il basso consumo di alcol tra i ragazzi (*binge drinking*), la Calabria per il tasso di consumo di cannabis tra i quindicenni. Le regioni con le maggiori criticità nei singoli indicatori (20<sup>a</sup> posizione) sono invece la Campania per l'indicatore di obesità giovanile, il Molise per il *binge drinking*, la Basilicata per il fumo in età giovanile, la Sicilia per le gravidanze precoci e la Sardegna per il consumo di cannabis tra i quindicenni.

## 2.2.2 I SERVIZI TERRITORIALI DI PREVENZIONE E CONTRASTO DEL MALTRATTAMENTO DIRETTI AI BAMBINI/E



### CAPACITÀ DI RICEVERE CURA

La capacità di cura nei bambini/e è riconducibile, più che altro, alla capacità di essere soggetti destinatari di attività di accudimento da parte degli adulti.

La letteratura in materia evidenzia l'importanza di avere a disposizione nei territori servizi in grado di interagire direttamente con i bambini/e quali destinatari primari delle attività offerte, oltre ai servizi che si rivolgono in maniera generale a tutta la famiglia o ai genitori.

I servizi diretti ai minori che maggiormente interagiscono con le problematiche relative al maltrattamento in famiglia possono essere sia di carattere preventivo in generale (servizi per l'infanzia), che di carattere curativo nello specifico dei servizi sociali dei Comuni erogati a target di minori in stato di disagio o a rischio di esclusione sociale.

Di particolare interesse, anche se discussa solo da uno studio americano<sup>15</sup>, è la relazione tra **disponibilità di posti negli asili nido** e il rischio di maltrattamento sui bambini/e. Secondo gli autori la maggiore disponibilità di posti in asilo nido in un quartiere determinerebbe un minore tasso di maltrattamento nell'area in questione. Tuttavia, quartieri con un'alta densità di centri di assistenza all'infanzia hanno maggiori denunce per maltrattamento. I risultati dello studio sottolineano quindi l'importanza della comunità nel comprendere il rischio di maltrattamento sui bambini/e e suggeriscono di dedicare risorse per la cura dei bambini/e e l'istruzione nei programmi basati sui bisogni della comunità per ridurre il maltrattamento di bambini/e piccoli.

#### > Gli indicatori selezionati

Tra i **servizi generali di carattere preventivo**, la letteratura ha indicato come particolarmente efficaci i servizi socio-educativi per la prima infanzia e le scuole per l'infanzia.

Tra i **servizi di carattere curativo**, che possono intervenire specificatamente su casi di maltrattamento minorile (sebbene comprendano anche molte altre problematiche), vi sono soprattutto i servizi sociali dei Comuni. Tra le varie attività da questi erogate, quelle maggiormente attinenti i servizi di cura potenzialmente diretti ai bambini e alle bambine vittime di maltrattamento familiare possono riguardare i servizi sociali per l'infanzia dedicati agli affidi

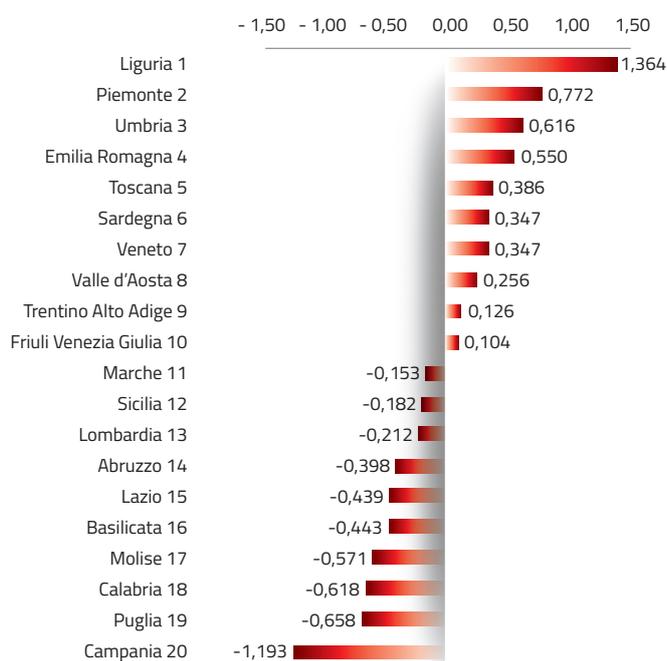
e alle adozioni, i minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e i servizi sociali per il sostegno socio-educativo e scolastico.

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 <sup>16</sup>	2013	Istat
2	Disponibilità di servizi per l'infanzia	% bambini/e di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	2014 - 2015	Istat
3	Servizi sociali per l'infanzia <sup>17</sup>	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per l'infanzia (affidi e adozioni)/100.000 abitanti	2013	Istat
4	Minori ospiti presidi residenziali	Ospiti fino a 17 anni dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche)	2014	Istat
5	Servizi sociali per sostegno socio-educativo e scolastico <sup>18</sup>	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per sostegno socio-educativo e scolastico/ 100.000 abitanti	2013	Istat

#### > I risultati<sup>iii</sup>

Rispetto ai cinque indicatori presi in esame, dieci regioni italiane risultano al di sopra della media nazionale, dieci al di sotto. Tra le prime dieci si trovano sette regioni del Nord, due del Centro Italia (Umbria e Toscana) e una del Sud (Sardegna). Si collocano invece al di sotto della media nazionale una regione del Nord (Lombardia), due regioni del Centro e sette regioni del Sud.

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



La Liguria ha la percentuale di copertura dei posti in rapporto alla popolazione giovanile target dei servizi complessivamente più elevata: la prima posizione di questa regione è infatti la media migliore tra il secondo posto per capacità di risposta ai bisogni per i servizi sociali relativi agli utenti degli affidi e alle adozioni, ai minori ospiti dei presidi socio-residenziali e agli utenti dei servizi di sostegno socio-educativo e scolastico.

Il Piemonte è primo per gli utenti dei servizi dedicati agli affidi e alle adozioni, l'Umbria per il numero di posti autorizzati per i servizi di prima infanzia, il Veneto per gli utenti dei servizi di sostegno socio-educativo e scolastico, il Trentino Alto Adige per la percentuale di bambini/e che frequentano la scuola dell'infanzia. La Sicilia, pur essendo dodicesima nella proiezione complessiva, è prima in quanto ad assistenza dei minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali.

Le tre regioni con la minore dotazione di servizi nel complesso - la Calabria, la Puglia e la Campania - hanno una certa omogeneità di posizionamento per tutti gli indicatori, tra la 12<sup>a</sup> e la 20<sup>a</sup> posizione, a eccezione della Calabria per l'indicatore relativo ai bambini/e (4-5 anni) che frequentano la scuola dell'infanzia, per il quale la regione si classifica quarta nella proiezione nazionale.

La classifica dei singoli servizi e la comparazione tra i vari territori restituisce una fotografia della situazione attuale che può comprendere al suo interno differenti motivazioni, scelte politiche, strategie.

Ad esempio, avere una percentuale bassa di bambini/e ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali può voler dire che in un territorio c'è poca copertura di quel servizio o, invece, che ci sono pochi bambini/e che hanno bisogno di quel servizio, o ancora che ci sono dei servizi di prevenzione più efficaci che evitano di inviare i bambini/e in presidi al di fuori dei nuclei familiari. La maggiore o minore presenza dei minori stranieri nei vari territori può inoltre influenzare in modo considerevole la dotazione di servizi delle varie regioni.

Se la lettura dei singoli indicatori va quindi presa con cautela e, soprattutto, valutata in relazione alle specificità territoriali e agli altri servizi che gli indicatori disponibili non hanno permesso di rappresentare, rimane indubbio che la carenza simultanea registrata su alcune regioni per tutti i cinque servizi presi in esame rivela una certa fragilità dei servizi diretti alla cura, protezione e tutela dei minori.



## CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

### > Gli indicatori selezionati

Curare i bambini/e vittime di maltrattamento prevede il coinvolgimento di molteplici strutture del servizio sanitario: il pronto soccorso per i casi di maltrattamento conclamati, i medici pediatri e altri specialisti, le strutture diagnostiche, l'assistenza ospedaliera e/o territoriale per i disturbi psichici etc.

Questi servizi non hanno una struttura di monitoraggio statistico in grado di rilevare a livello territoriale la filiera della **cura specifica dei disturbi connessi al maltrattamento** sui bambini/e. Solo due indicatori<sup>iv</sup> possono essere in qualche modo riconducibili anche alla cura dei bambini/e maltrattati: il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per i ragazzi al di sotto dei 17 anni e la presenza di pediatri nei territori per ogni 10.000 bambini/e al di sotto dei 15 anni.

TABELLA 3. INDICATORI SERVIZI PER BAMBINI/E: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA				
N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE	ANNO	FONTE
1	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici M+F 0-17 anni	2010-2015	Istat
2	Assistenza medica territoriale	Medici pediatri (rispetto ai bambini/e di età <15 anni) - valori per 10.000	2010-2013	Istat
3	Sostegno alla maternità	Numero consultori materno-infantili/100.000 minori e abitanti 18-64 anni non celibi/nubili per regione	2013	Istat

Per quanto riguarda invece le **attività di prevenzione e di cura volte alla riduzione dei sintomi** legati al maltrattamento sui bambini/e (obesità, fumo, consumo di alcol e droghe in età giovanile), non si sono resi disponibili indicatori di monitoraggio territoriale in grado di restituire le attività svolte in merito dai servizi sanitari regionali.

L'unico indicatore disponibile che interessa invece le gravidanze precoci è quello dei consultori familiari, un indicatore che verrà considerato sia in questa sede che nell'ambito dei servizi rivolti alla riduzione dei fattori di rischio degli adulti potenzialmente maltrattanti. Si tratta infatti di una situazione che, nel caso delle gravidanze precoci, vede nelle giovani ragazze una presenza simultanea di entrambe le condizioni, sia di minore che di genitore.

## > I risultati<sup>v</sup>

I risultati relativi alle politiche e ai servizi diretti alla capacità dei bambini/e di vivere una vita sana sono condizionati inevitabilmente dalla scarsità del numero di indicatori che è stato possibile reperire in questo ambito. Per tale motivo i risultati possono non apparire coerenti rispetto alle proiezioni territoriali delle altre dimensioni di analisi che verranno presentate nelle pagine che seguono. Ciononostante, questi risultati sono comunque veritieri rispetto agli indicatori utilizzati e gli eventuali effetti distorsivi legati alla scarsa numerosità degli indicatori vengono comunque poi riassorbiti nell'indicatore di sintesi generale (si veda di seguito par. 2.4).

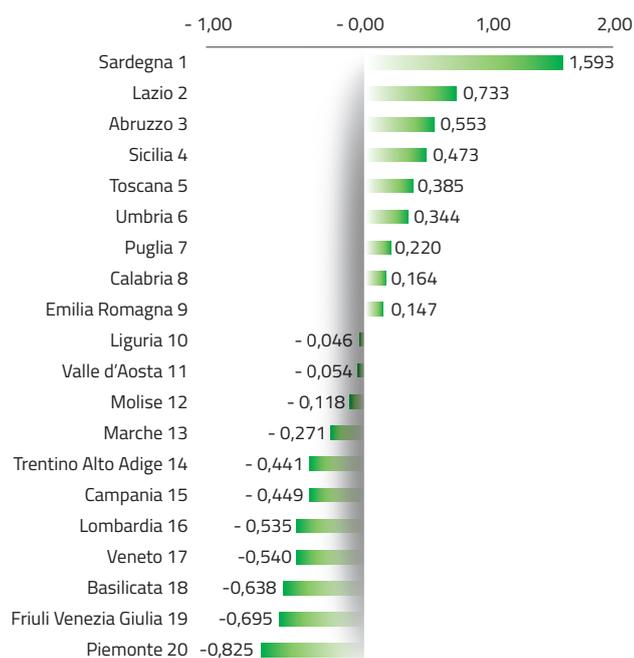
Relativamente ai tre indicatori presi in esame, quindi, nove regioni si collocano al di sopra della media nazionale, undici al di sotto. Data la scarsa numerosità di indicatori utilizzati, la distribuzione territoriale è piuttosto disomogenea: la prima regione è la Sardegna, seguita dal Lazio, l'Abruzzo, la Sicilia, la Toscana e l'Umbria. Le regioni con risultati meno soddisfacenti sono la Basilicata, il Friuli Venezia Giulia e il Piemonte.

Nello specifico, la Sardegna è prima per tasso di dimissioni di disturbi psichici in età 0-17 anni, seconda per numero di pediatri ogni 10.000 quindicenni presenti sul territorio,

e undicesima per numero di consultori, la Sicilia è prima per numero dei pediatri ogni 10.000 bambini al di sotto dei 15 anni. La Valle d'Aosta undicesima nel complesso, pur essendo prima per numerosità di consultori, è dodicesima per tasso di dimissioni per disturbi psichici per ragazzi al di sotto dei 17 anni e decima per numerosità dei pediatri. Il Piemonte è ventesimo sia per il tasso di dimissioni per disturbi psichici che per numerosità dei pediatri, mentre è decimo per numerosità dei consultori.

Anche in questo caso, come già evidenziato nell'analisi della precedente capacità di ricevere cura, le interpretazioni di tali risultati sono riconducibili a diverse motivazioni, spesso contrastanti: la minore/maggiore disponibilità di alcuni servizi sui vari territori può infatti essere spiegata con minori/maggiori bisogni effettivi da parte della popolazione, ma anche con scelte politiche differenti per rispondere agli stessi bisogni (ad esempio l'ospedalizzazione per disturbi psichici può essere alternativa a una scelta di maggiore assistenza psicologica territoriale). Non bisogna inoltre dimenticare che spesso la struttura dei servizi nei territori risente di culture amministrative specifiche di maggiore o minore sensibilità che si sono sedimentate nel tempo, e che nella maggior parte dei casi non sono riconducibili a scelte politiche e amministrative di breve termine.

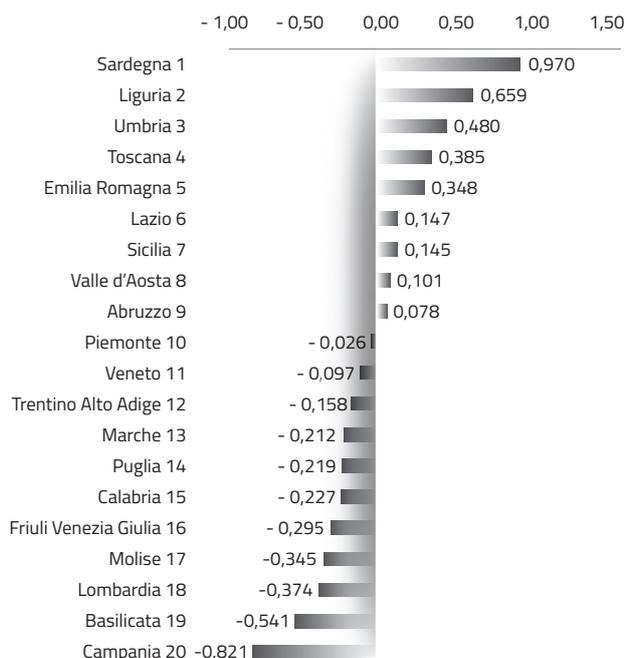
**FIGURA 8. INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI/E: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**





## INDICE SU SERVIZI E POLITICHE DIRETTI AI BAMBINI/E VULNERABILI AL MALTRATTAMENTO

FIGURA 9. INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI/E: TOTALE CAPACITÀ



Aggregando i macro-indicatori elaborati per le due capacità in esame - capacità di ricevere cura e capacità di vivere una vita sana - la prima regione è la Sardegna, seguita da Liguria, Umbria, Toscana, Emilia Romagna e Lazio.

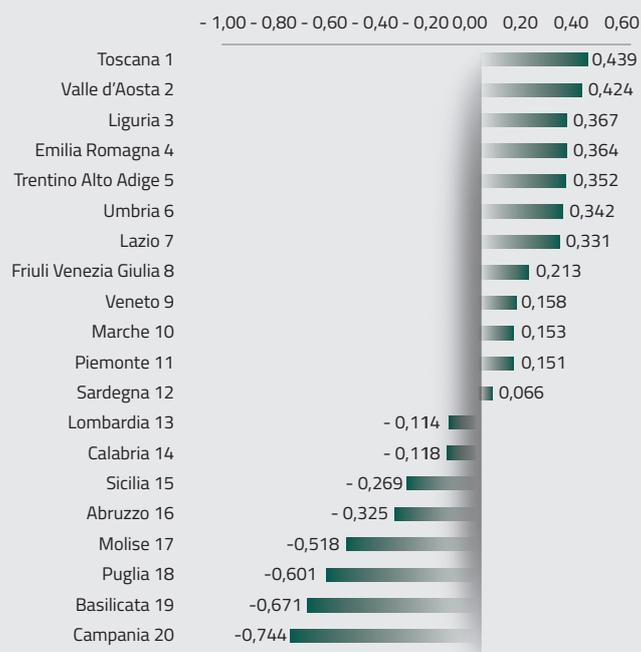
Le regioni con il minor livello di dotazione di servizi rispetto agli indicatori analizzati risultano essere il Friuli Venezia Giulia, il Molise, la Lombardia, la Basilicata e la Campania. Come evidenziato per altri indicatori, la distribuzione delle regioni riflette differenti situazioni: territori con minore dotazione di servizi per un effettivo minore bisogno della popolazione, e territori che hanno minore dotazione di servizi per una scarsa sensibilità al fenomeno o per differenti priorità sociali.

Anche in questo caso la dotazione dei servizi nei territori risente delle differenti culture e sensibilità sociali formatesi nel tempo.

## 2.2.3 L'INDICE REGIONALE SUI BAMBINI/E VULNERABILI AL MALTRATTAMENTO: SINTESI FATTORI DI RISCHIO E SERVIZI



FIGURA 10. INDICE REGIONALE SUI BAMBINI/E VULNERABILI AL MALTRATTAMENTO



La sintesi, che pesa in modo uguale i sintomi rilevati nell'analisi di contesto e i servizi erogati sui territori, restituisce tra le dodici regioni al di sopra della media nazionale sette regioni del Nord, le quattro regioni del Centro Italia e una regione del Sud (la Sardegna). La Toscana, la Valle d'Aosta, la Liguria e l'Emilia Romagna sono le prime quattro regioni che, tra contesto del territorio e servizi, presentano una migliore situazione di benessere per i minori rispetto alla vulnerabilità al maltrattamento e alla possibilità di essere curati, mentre Campania, Basilicata, Puglia, Molise e Abruzzo sono i territori con maggiori criticità.

### L'ANALISI TERRITORIALE E L'INCROCIO TRA DOMANDA POTENZIALE E OFFERTA DI SERVIZI

Incrocando i risultati territoriali dei sintomi di vulnerabilità al maltrattamento sui bambini/e e dei servizi locali a essi dedicati è possibile, pur nella scarsità di informazioni disponibili, desumere quattro differenti situazioni territoriali che mettono in evidenza diverse capacità di risposta dei territori ai bisogni di cura sociale e sanitaria.

In particolar modo viene messo in evidenza un differente livello di consapevolezza nei territori dell'esistenza di un problema sociale, quale può essere quello del maltrattamento sui bambini/e, e di risposta a esso in termini di erogazione di servizi. Un livello di consapevolezza che – occorre sottolineare – si acquisisce solo in un orizzonte di medio-lungo termine e che presuppone un processo di maturazione di sensibilità sociale, culturale e infine politica dei territori non solo rispetto alla tematica specifica del maltrattamento sui bambini/e, ma anche in merito al più ampio quadro di interventi di carattere sociale e culturale.

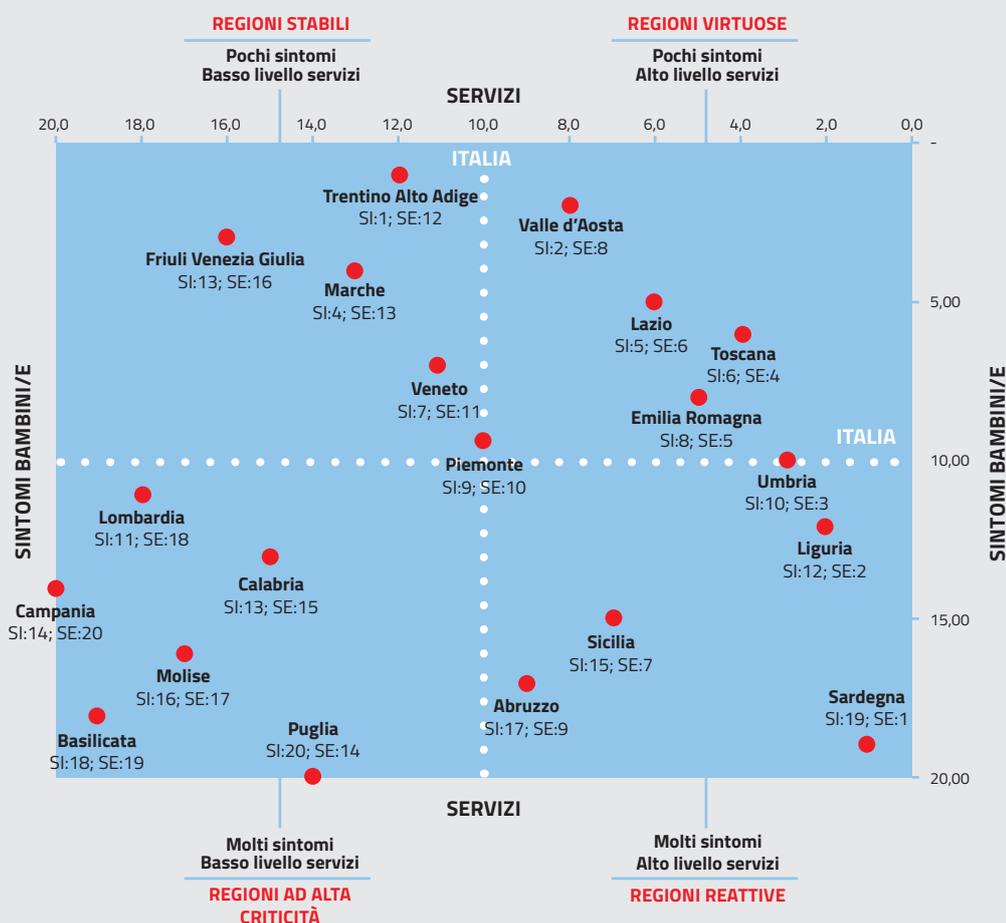
Il **primo gruppo di regioni** - definibili **"a elevata criticità"** - è quello che presenta un'elevata numerosità di sintomi, ai quali non corrisponde un'adeguata risposta in termini di servizi erogati: sono compresi in questo gruppo cinque delle otto regioni meridionali: la Campania, la Calabria, il Molise, la Basilicata e la Puglia. L'unica regione del Nord presente in questo gruppo è la Lombardia<sup>19</sup>.

Il **secondo gruppo di regioni** - definibili come **"reattive"** - comprende territori che, pur in presenza di elevate

criticità rispetto ai sintomi, mostrano una altrettanto elevata capacità di risposta in termini di dotazione di servizi. Sono comprese in questo gruppo tre delle otto regioni meridionali (Sicilia, Sardegna e Abruzzo), una regione del Nord (Liguria) e una del Centro Italia (Umbria). Il **terzo gruppo di regioni** - definibili come **"virtuose"** - sono regioni le quali, pur in presenza di una bassa intensità di sintomi riconducibili alla vulnerabilità al maltrattamento dei minori, hanno un'elevata dotazione di servizi. Sono comprese in questo gruppo regioni dalla storica cultura dei servizi sociali quali la Toscana, l'Emilia Romagna e il Piemonte (quest'ultimo al confine con il gruppo successivo), oltre alla Valle d'Aosta e al Lazio.

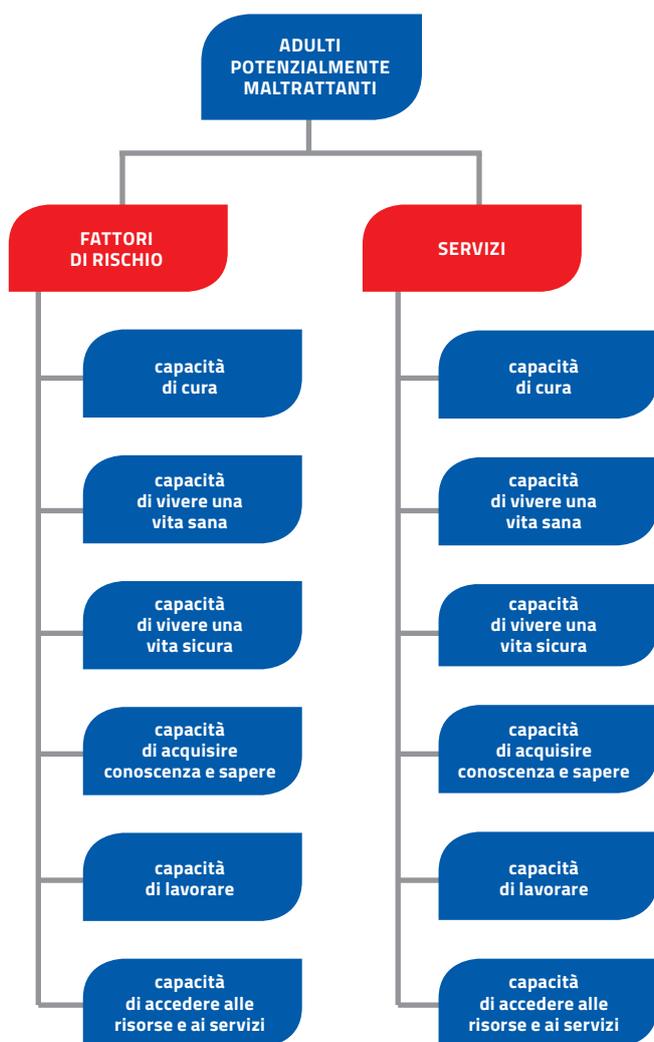
Il **quarto gruppo di regioni** - definibili come **"stabili"** - sono regioni le quali, in presenza di un basso livello di sintomi riconducibili alla vulnerabilità al maltrattamento dei bambini/e, hanno una risposta in termini di servizi corrispondente e quindi di livello più basso rispetto a quelle virtuose. Sono comprese in questo gruppo regioni del Nord quali il Friuli Venezia Giulia, il Trentino Alto Adige, il Veneto, e una regione del Centro Italia, le Marche.

FIGURA 11. MATRICE SINTOMI DI VULNERABILITÀ DEI BAMBINI/E E SERVIZI LOCALI



## 2.3 L'INDICE REGIONALE SU ADULTI E FAMIGLIE POTENZIALMENTE MALTRATTANTI

FIGURA 12. INDICE REGIONALE SUGLI ADULTI POTENZIALMENTE MALTRATTANTI: SCHEMA DI ANALISI



Analogamente a quanto sviluppato nel caso dei bambini/e, anche per quanto riguarda gli adulti e le famiglie potenzialmente maltrattanti lo schema di analisi per la costruzione dell'indice regionale mette a confronto l'indice di contesto aggregato relativo ai fattori di rischio per adulti/famiglie e l'indice aggregato relativo ai servizi. Sia per i fattori di rischio che per i servizi gli indicatori sono stati classificati ed elaborati con criteri omogenei rispetto alle capacità alle quali fanno riferimento.

Nel caso degli adulti e delle famiglie si fa riferimento a una casistica di capacità ben più ampia rispetto a quella identificata per i minori, nella quale compaiono anche le capacità

di carattere sociale/pubblico proprie dell'età adulta (vivere una vita sicura, acquisire conoscenza e sapere, lavorare, accedere alle risorse e ai servizi).

### 2.3.1 I FATTORI DI RISCHIO DI ADULTI E FAMIGLIE POTENZIALMENTE MALTRATTANTI



#### CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

La capacità di cura di sé e degli altri riguarda la capacità di fare scelte utili al proprio *ben-essere*, e di prendersi cura dei propri familiari e della rete di parenti e amici che ci circonda. Comprende quindi tutte le sfere del benessere che appartengono alla dimensione privata e familiare delle persone e che, in quanto tali, definiscono pienamente la funzione della riproduzione sociale. Sono associate a questa capacità tutte le dimensioni dell'esistenza che non riguardano la sfera produttiva, si collocano al di fuori del mondo economico e non sono rappresentabili con alcun indicatore di carattere monetario. Questa capacità riguarda soprattutto il mondo degli adulti e una valutazione della loro capacità di prendersi cura dei figli, allevandoli in un ambiente emotivamente stabile e accudente.

Per quanto riguarda i fattori di rischio legati alle **caratteristiche genitoriali**, un aspetto che in letteratura è spesso collegato al rischio di maltrattamento è la **giovane età dei genitori**. Tuttavia, l'associazione tra giovane età dei genitori e maltrattamento di bambini/e è debole<sup>20</sup>. Infatti l'età non è una causa *diretta* di maltrattamento infantile, ma può influire in modo *indiretto* sul rischio di maltrattamento, poiché genitori particolarmente giovani possono non avere gli strumenti idonei ad affrontare le problematiche legate alla genitorialità o a sentimenti quali **rabbia e ostilità**, che possono costituire un fattore di rischio elevato per il maltrattamento sui bambini/e, anche se in modo non univoco per quanto riguarda i tipi di maltrattamento. Secondo alcuni studi citati dall'*European Report on Preventing Child Maltreatment*, la rabbia ha infatti un effetto da moderato a significativo sul maltrattamento fisico e la trascuratezza, ma solo un effetto limitato sull'abuso sessuale<sup>21</sup>.

Rientra nella categoria "cura di sé e degli altri" anche la **pianificazione, o meglio la non pianificazione della gravidanza**, un aspetto che può rappresentare un fattore di rischio per maltrattamento e trascuratezza; la ricerca

*Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment* rileva che a dichiarazioni di gravidanza non pianificata da parte delle madri corrisponde un maggiore rischio di maltrattamento psicologico e trascuratezza nei confronti dei figli. Nel caso dei padri, invece, dichiarazioni di gravidanza non pianificata sono correlate al rischio di aggressione fisica<sup>22</sup>. Per quanto basso, anche l'**incertezza riguardo alla paternità** è un fattore di rischio per il maltrattamento di bambini e bambine, poiché può comportare per i padri un minore impegno nell'educare i figli (si veda anche convivenza con genitori non biologici).

Per quanto riguarda invece i **problemi emotivi**, i *caregivers* possono non provare sentimenti di empatia nei confronti dei bambini e possono dunque avere difficoltà nel riconoscere le loro emozioni. Studi citati dallo *European Report on Preventing Child Maltreatment* rilevano che madri ad alto rischio possono non riconoscere le emozioni dei propri figli e giudicare il loro comportamento particolarmente problematico<sup>23</sup>. Secondo il report anche lo **stress** vissuto dai genitori può rappresentare un fattore di rischio per il maltrattamento sui bambini/e. Soprattutto in caso di forti stress (ad esempio la disoccupazione, lo status di migrante, relazioni familiari disfunzionali etc.) vi può essere una correlazione con il rischio di abuso<sup>24</sup>. Una ricerca qualitativa condotta in Finlandia ha rilevato che la preoccupazione riguardo alla mancanza di risorse economiche era la caratteristica principale dei casi di maltrattamento di bambini e bambine, e che l'incapacità di prendersi cura e relazionarsi positivamente rispetto agli altri era la conseguenza di un accumulo di fattori, tra i quali storie pregresse di abusi parentali, struttura familiare instabile, disoccupazione e conflitti familiari<sup>25</sup>.

Per quanto concerne le caratteristiche relative alla famiglia, esse rappresentano in generale un livello di rischio basso: **le madri single** in letteratura sono state più volte collegate al rischio di maltrattamento sui bambini/e, ma il rischio di maltrattamento dovuto all'essere figli di una madre single è in realtà basso; uno studio del 2017 rileva che la transizione delle madri a una condizione di madri single non è stata collegata a un aumento del rischio di maltrattamento infantile, ma piuttosto a un rischio di trascuratezza che può peraltro venire moderato dal coinvolgimento nella vita familiare di un padre anche se non convivente<sup>26</sup>. Un altro fattore predittivo di maltrattamento e trascura-

tezza può essere una **scarsa coesione familiare** come nel caso di divorzio e di mancanza di supporto paterno. Uno studio britannico<sup>27</sup> ha evidenziato che un contesto caratterizzato da relazioni familiari poco stabili e insoddisfacenti influisce negativamente sulle capacità genitoriali delle madri, alimentando in tal modo il rischio di maltrattamento sui figli/e.

Per quanto riguarda la struttura familiare, il **numero di componenti in famiglia** ha un effetto limitato sul rischio di abuso fisico e un effetto moderato sul rischio di trascuratezza. Anche la **convivenza dei minori con persone adulte diverse dai genitori** rappresenta un fattore di rischio basso; il CDC americano (Center for Disease Control and Prevention) ha rilevato che solo nel 4,2% dei casi gli adulti maltrattanti erano partner non sposati dei genitori (nell'80% dei casi erano i genitori stessi<sup>28</sup>). Uno studio condotto in Olanda ha invece rilevato che vi è una relazione tra maltrattamento di bambini/e e genitori non biologici, ma solo nel caso di conviventi e non di genitori adottivi<sup>29</sup>.



### > Gli indicatori selezionati

Gli indicatori selezionati si distinguono in: indicatori di **carattere individuale**, che comprendono fattori di rischio quali la giovane età dei genitori, le famiglie monoparentali, la scarsa capacità di elaborazione emozionale e sociale, i tratti caratteriali personali, l'isolamento sociale, la paternità incerta; indicatori di **carattere relazionale**, che meglio esprimono la capacità di prendersi cura degli altri nell'ambito della sfera familiare, e includono caratteristiche quali le scarse capacità e lo stress genitoriali, l'approvazione genitoriale delle punizioni corporali, la scarsa coesione familiare e il carattere disfunzionale delle famiglie, le gravidanze indesiderate, il numero dei componenti della famiglia, la presenza in casa di genitore non biologico.

Rispetto ai fattori di rischio rilevati in letteratura sono stati selezionati otto indicatori che si ritengono maggiormente rappresentativi.

Cinque sono fattori di rischio, tre sono fattori protettivi che sono stati utilizzati con segno inverso per restituire la stessa direzione di lettura di tutti gli indicatori.

Gli indicatori "individuali" di carattere protettivo relativi alle persone che hanno espresso soddisfazione per la propria vita e per le proprie relazioni familiari sono stati considerati come punti di riferimento per i tratti caratteriali personali e per la coesione familiare.

Tali indicatori esprimono un punto di vista delle singole persone, ragione per cui non restituiscono un dato oggettivo, ma sono un metro di misura importante dello stato emotivo delle persone e dell'atmosfera familiare. L'indicatore relativo alle donne in età riproduttiva che soddisfano i loro bisogni di pianificazione familiare con metodi moderni rappresenta un fattore protettivo che restituisce la maggiore/minore capacità delle donne nei vari territori di evitare gravidanze indesiderate<sup>30</sup>.

**TABELLA 4. 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	2010-2015	Istat
2		R: Giovane età dei genitori	Indice regionale di fecondità per età media del padre	2011-2015	Istat
3		R: Famiglie monoparentali	Indice regionale famiglie monogenitoriali/totale famiglie	2014-2015	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	2010-2016	Istat
5	Relazionali	P: Gravidanze indesiderate	Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni	2013	Istat
6	Relazionali	R/P: Scarsa coesione familiare e famiglie disfunzionali	Separazioni per 10.000 abitanti	2010-2015	Istat - Noi Italia
7	Relazionali		Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione per le relazioni familiari	2010-2016	Istat
8	Relazionali	R: Numero componenti della famiglia	Famiglie con più di cinque componenti	2015-2016	Istat

### > I risultati<sup>vi</sup>

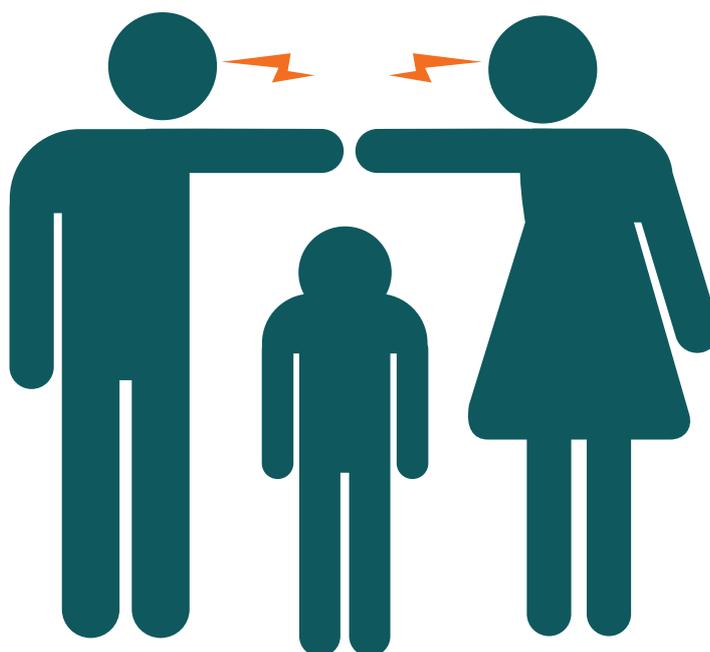
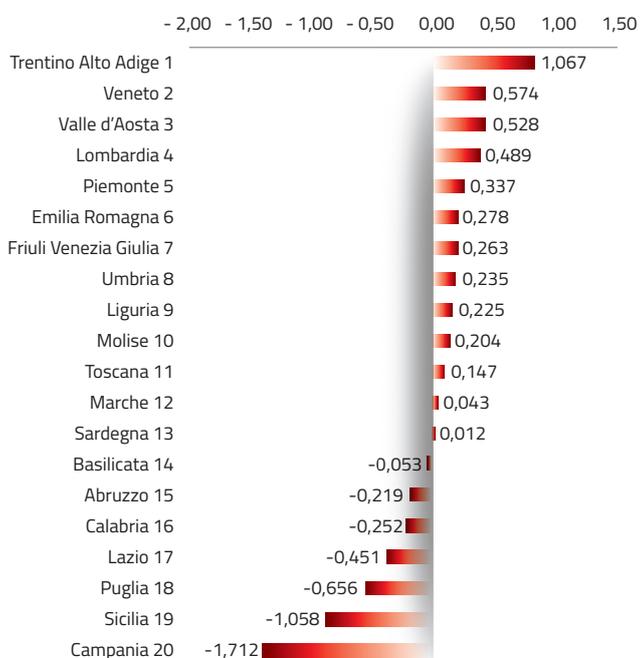
La media degli otto indicatori identificati nell'ambito della capacità di cura vede alla prima posizione il Trentino Alto Adige, seguito da Veneto, Valle d'Aosta, Lombardia, Piemonte ed Emilia Romagna. Tra le regioni che hanno una media di fattori di rischio più elevata si rilevano la Campania, la Sicilia, la Puglia, il Lazio e la Calabria. Tredici regioni si collocano sopra la media nazionale: tutte quelle settentrionali, tre regioni del Centro Italia e due regioni meridionali (Sardegna e Molise). Le regioni al di sotto della media sono invece sette, tutte meridionali tranne il Lazio.

Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori, il Trentino Alto Adige è la regione con le condizioni più favorevoli relativamente alla capacità di cura, grazie soprattutto all'elevata soddisfazione della popolazione per la propria vita e per le relazioni familiari (1<sup>a</sup> posizione), un basso indice di separazioni (3<sup>a</sup> posizione), un elevato numero di donne che utilizzano metodi di contraccezione moderni (2<sup>a</sup>), e un basso numero di famiglie monogenitoriali (3<sup>a</sup>). I buoni risultati su questi indicatori compensano anche la più bassa età me-

dia dei padri al momento del parto dei figli (15<sup>a</sup>) e il più elevato numero di famiglie con più di cinque componenti (15<sup>a</sup> posizione su 20 regioni). Tra la seconda regione (Veneto) e l'undicesima (Toscana) si rileva una variabilità di posizionamento a seconda dei singoli indicatori, mentre nelle ultime tre regioni (Puglia, Sicilia e Campania) vi è una sostanziale uniformità in quasi tutti i singoli indicatori nelle posizioni più basse.

L'indicatore delle separazioni, pur essendo un fattore di rischio ritenuto rilevante in letteratura, sconta però nella rappresentazione statistica un'incapacità di rilevare un'effettiva conflittualità nelle famiglie. Comparando il dato regionale del numero di separazioni con il livello di soddisfazione delle relazioni familiari e per la propria vita, si trovano infatti sia significative contraddizioni (basso numero di separazioni in presenza di elevati indici di insoddisfazione delle relazioni familiari, come ad esempio in Calabria, rispettivamente prima e 19<sup>a</sup>), sia dinamiche coerenti (basso numero di separazioni in regioni dove le persone sono soddisfatte per la propria vita e la propria famiglia, come ad esempio in Trentino). Tali andamenti discordanti fanno pensare alla coesistenza, in territori diversi, di dinamiche virtuose (dove le famiglie sono più soddisfatte vi sono meno separazioni) e dinamiche influenzate da altri fattori, sia economici che di empowerment di genere (la separazione è una scelta più difficile nelle regioni dove le donne hanno meno autonomia economica e sociale).

**FIGURA 13. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI**





## CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

La capacità dei genitori di vivere una vita sana, presa in considerazione rispetto alle maggiori o minori probabilità dei bambini/e di subire maltrattamento, non attiene alle condizioni di salute generali, ma solo a quei comportamenti o condizioni di salute dei genitori identificati quali fattori di rischio che potrebbero arrecare danno alla buona condizione psicofisica del bambino.

L'analisi dei comportamenti tradizionalmente collegati a un rischio di maltrattamento si è spesso soffermata sul **fumo materno** durante la gravidanza come fattore predittivo di maltrattamento sui minori; uno studio finlandese ha rilevato che il 56% delle mamme di bambini/e dati in affidamento perché maltrattati avevano fumato durante la gravidanza (la percentuale di madri fumatrici in gravidanza per la popolazione totale è del 15%)<sup>31</sup>. Il fumo in gravidanza rappresenta però un fattore di rischio basso per il maltrattamento sui minori, in quanto sembra operare piuttosto come elemento indicativo per altri fattori di rischio più rilevanti.

Anche l'**uso di droga da parte dei genitori** rappresenta un rischio basso/medio: uno studio USA relativo all'utilizzo di droghe da parte delle madri rileva che non è l'uso di droga di per sé a essere indicativo di una possibilità di maltrattamento e trascuratezza, ma fattori a monte quali ansia, depressione, abusi e violenza assistita di cui le madri sono state vittime da bambine. Tuttavia, l'abuso di sostanze da parte dei genitori espone i bambini/e a un rischio doppio per abuso fisico e sessuale<sup>32</sup>.

L'**abuso di alcolici** da parte dei genitori è invece un fattore di rischio medio/alto. Benché l'*European Report on Preventing Child Maltreatment* definisca l'abuso di alcol come un fattore di rischio di maltrattamento "basso", uno studio del 2006 della stessa WHO stabilisce una relazione significativa tra abuso di alcol e maltrattamento sui minori, osservando che la dipendenza dall'alcol può far sì che i *caregivers* non si curino dei bambini/e che hanno in carico; inoltre, l'esposizione all'alcol nel periodo prenatale può avere effetti negativi sullo sviluppo del feto<sup>33</sup>: una ricerca australiana condotta su circa 30.000 bambini/e ha infatti rilevato che l'84% dei bambini/e presi in carico dai servizi sociali i cui *caregivers* abusavano di alcol era stato vittima di uno o più episodi di maltrattamento<sup>34</sup>.

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

violenza in generale, può rappresentare un fattore di rischio per il maltrattamento sui bambini/e. Negli Stati Uniti in particolare è stato rilevato che quartieri con un numero maggiore di rivendite di alcolici avevano anche alti tassi di maltrattamento infantile. La stessa relazione è stata osservata per quanto riguarda gli arresti relativi a uso e spaccio di droga<sup>35</sup>. L'**accessibilità delle droghe** svolge un ruolo preponderante nel rischio di maltrattamento: i genitori che fanno uso di droghe in aree in cui le sostanze sono maggiormente accessibili sono stati infatti riconosciuti responsabili di un maggior numero di casi di abuso e di trascuratezza fisica su minori<sup>36</sup>.

Rappresentano invece un fattore di rischio di maltrattamento alto i **problemi di salute mentale dei genitori**, come rilevato dal rapporto europeo sulla prevenzione del maltrattamento di bambini/e<sup>37</sup>. Da uno studio condotto nel Regno Unito relativo a 139 episodi di maltrattamento grave e letale è emerso che nel 58% dei casi i genitori avevano problemi di salute mentale<sup>38</sup>. Inoltre la **depressione**, che tende a colpire le donne più degli uomini, è stata da alcune ricerche associata a un aumento del rischio di perpetuare abusi fisici, trascuratezza e aggressione<sup>39</sup>. Uno studio del 2016 condotto su un numero limitato di donne ha evidenziato in particolare che i soggetti con **disturbi borderline della personalità** sono un gruppo particolarmente a rischio di maltrattamento sui minori<sup>40</sup>. Infine, una **storia pregressa di abusi può comportare un rischio di maltrattamento sui bambini/e**: l'*European Report on Preventing Child Maltreatment* sostiene che una precedente vittimizzazione dei genitori comporti un rischio da basso a medio. Lo studio longitudinale Avon ha rilevato che solo l'1,2% dei genitori con una storia pregressa di abusi durante l'infanzia aveva un bambino/a preso in carico per maltrattamento<sup>41</sup>. Una ricerca americana ha invece concluso che "un bambino la cui madre ha una storia di maltrattamenti ha il 50% di probabilità in più di essere vittima di maltrattamento rispetto a un bambino la cui madre non è stata maltrattata"<sup>42</sup>.

### > Gli indicatori selezionati

Gli indicatori che sono stati selezionati non mettono in evidenza un confronto regionale rispetto alle condizioni di salute in senso assoluto, ma si riferiscono esclusivamente ai comportamenti a rischio (abuso di alcol e droghe) e a condizioni psicologiche più o meno gravi che più possono impattare sul benessere dei bambini/e.

I **fattori di rischio** presi in considerazione in questo caso sono tutti di **carattere individuale** e riguardano pertanto l'ambito delle dipendenze da alcol, da droghe, la condizione psicologica e di salute mentale, la depressione<sup>43</sup>. Come anche per le altre capacità, gli indicatori non sono riconducibili espressamente alla popolazione in stato genitoriale, ma riguardano la totalità della popolazione. In quanto tali, rappresentano indicatori di contesto territoriale.

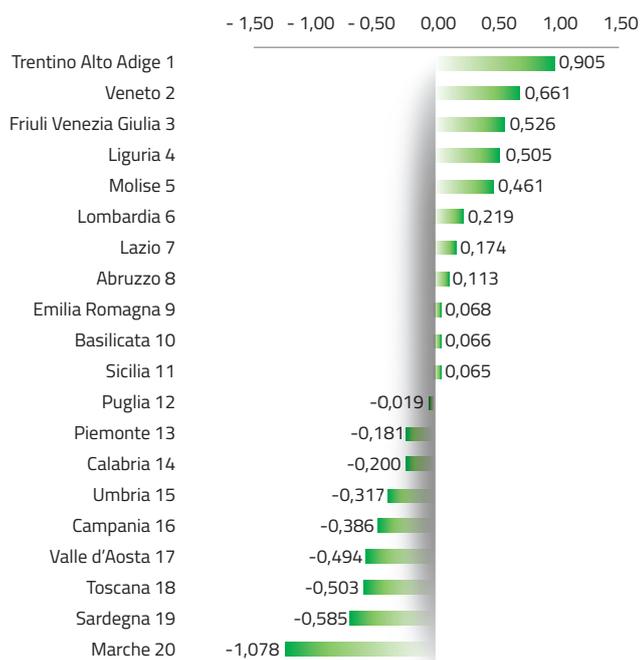
### > I risultati<sup>vii</sup>

L'indice sintetico relativo alla capacità di vivere una vita sana presenta, se paragonato agli altri, una maggiore difformità rispetto alla distribuzione territoriale in Italia. Negli indicatori riferiti alle altre capacità, infatti, gli andamenti sono spesso omogenei per le regioni del Nord, del Centro e del Sud Italia. In questo caso invece le differenze sono riconducibili alla variabilità dei fattori di rischio legati alla salute, che comprendono sia fattori di rischio legati a comportamenti da dipendenza (consumo di alcol e droghe), sia fattori di rischio relativi a stati psicologici e mentali o depressivi che non hanno legami particolari con abitudini comportamentali. Inoltre, all'interno degli stessi indicatori vi è una multiformità di variabili che li determinano che rendono difficile rappresentare una relazione uniforme con il maltrattamento sui bambini/e. Nel consumo di alcol, ad esempio, le differenze regionali rispecchiano anche abitudini culturali differenti nei vari territori, così come gli indicatori legati ai disturbi psichici possono risentire della differente composizione demografica (percentuale della popolazione anziana) delle regioni. Undici delle venti regioni italiane sono al di sopra della media nazionale, nove sono al di sotto. La regione con gli indicatori migliori per questa capacità risulta essere il Trentino Alto Adige, ai primi posti per gli indicatori di stato psicologico e di salute mentale, ma alla 19<sup>a</sup> posizione per i comportamenti a rischio di abuso di alcol. Il Veneto, seconda regione nella classifica generale, è primo per numero minore di casi di depressione diagnosticati, mentre il Friuli Venezia Giulia, che condivide con il Trentino Alto Adige un elevato tasso di consumo di alcol (18<sup>a</sup> posizione), registra buoni risultati per l'indice di stato psicologico (3<sup>a</sup>) e di salute mentale (3<sup>a</sup>). La Sicilia, 11<sup>a</sup> regione, è invece la più virtuosa per quanto riguarda i comportamenti a rischio nel consumo di alcol. La Calabria, 14<sup>a</sup> regione, pur posizionandosi per indicatori di stato psicologico, di salute mentale e di depressione diagnosticata tra il 16° e il 18° posto, è maggiormente virtuosa per il minor consumo di alcol (3<sup>a</sup>) e per la mortalità da consumo di droghe (2<sup>a</sup>). Analogo andamento si osserva per la Campania, 16<sup>a</sup> classificata, che è tra la 18<sup>a</sup> e la 20<sup>a</sup> posizione per gli indicatori psicologici, ma prima per il minor tasso di mortalità per droghe e seconda per il consumo di alcol. La Valle d'Aosta, 17<sup>a</sup> nel complesso, ha risultati negativi nel consumo di alcol (20<sup>a</sup>), nella mortalità per droghe (16<sup>a</sup>) e per la depressione diagnosticata (17<sup>a</sup>). La Toscana, alla 18<sup>a</sup> posizione, ha tutti gli indicatori tra la 10<sup>a</sup> e la 18<sup>a</sup> posizione.

**TABELLA 5. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

N°	CLASSE	FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FORTE	
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	2010-2016	Istat	
2		Uso di droghe	Tasso mortalità dipendenza da droghe, tossicomania M+F	2010-2014	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	2013	Istat
5				Popolazione secondo le malattie croniche diagnostiche - Depressione - per regione	2013	Istat

**FIGURA 14. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**





## CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA

Tra i fattori di rischio attinenti alla categoria “vivere una vita sicura” c’è la **violenza domestica**, che influisce sul rischio di maltrattamento e trascuratezza di minori. Violenza di genere e violenza contro i bambini/e sono due fenomeni strettamente collegati: entrambe le forme di violenza avvengono in un sistema sociale in cui è considerato accettabile un esercizio di potere degli uomini su donne e bambini/e. Ricerche condotte in Paesi industrializzati hanno dimostrato che nelle famiglie in cui vi erano episodi di violenza domestica aumentava il rischio di maltrattamento e trascuratezza nei confronti dei bambini/e<sup>44</sup>.

Uno studio condotto in Gran Bretagna ha rilevato che nei due terzi di casi di violenza grave contro i bambini/e vi erano anche indizi di violenza domestica<sup>45</sup>. Una *review* americana ha invece sottolineato che la prevalenza di abusi fisici verso i bambini/e in famiglie in cui vi erano episodi di violenza domestica variava dal 18% al 67%<sup>46</sup>.

Costituisce un fattore di rischio di maltrattamento all’infanzia l’esistenza di una **storia pregressa di vittimizzazione**: come riportato dall’*European Report on Preventing Child Maltreatment* di WHO, i bambini/e che sono già stati vittime di abusi hanno una maggiore tendenza a essere vittimizzati ripetutamente rispetto a bambini/e che non hanno mai subito maltrattamenti. Studi condotti su adolescenti fuggiti da casa hanno mostrato che chi fugge a causa di maltrattamenti ha maggiori probabilità di essere vittima di violenza<sup>47</sup>. Non solo, uno studio longitudinale rileva che i ragazzi scappati di casa hanno maggiori probabilità di rifarlo in seguito, di commettere crimini e di essere precocemente attivi sessualmente; tutti fattori associati generalmente a vittimizzazione successiva da parte di sconosciuti. Ulteriori fattori di rischio riguardano la capacità di vivere la propria vita in un contesto sociale sicuro. Uno **scarso capitale sociale** e l’isolamento **sociale dei genitori** sono variabili particolarmente significative in questo senso. La percezione di scarso capitale sociale e di insicurezza sociale impatta soprattutto sulle madri alimentando direttamente il rischio di maltrattamento sui bambini/e, seppur in modo non particolarmente significativo.

Dati USA mostrano che un capitale sociale elevato rappresenta un fattore rilevante nella riduzione di comportamenti dannosi a seguito di maltrattamenti dovuti alla depressione dei genitori<sup>48</sup>. L’**isolamento sociale** ha un peso maggiore per quanto riguarda il rischio di abusi. È ne-

cessario sottolineare che sia le relazioni familiari disfunzionali che l’isolamento sociale sono rilevanti per il rischio di maltrattamento principalmente perché incrementano lo stress genitoriale<sup>49</sup>. Uno studio condotto sui padri ha rilevato che la mancanza di supporto sociale è l’unico fattore significativo predittivo di rischio di maltrattamento e trascuratezza di minori<sup>50</sup>.

Inoltre, non avere un supporto sociale per i bambini/e significa non poter accedere a persone sulle quali è possibile fare affidamento in caso di difficoltà<sup>51</sup>.

Un altro fattore di rischio analizzato in letteratura riguarda il **contesto urbano e rurale**. In realtà non vi è una chiara relazione tra ambito urbano o rurale e rischio di maltrattamento. Come osservato dall’*European Report on Preventing Child Maltreatment*, alcuni studi USA hanno rilevato che i bambini/e che vivono nelle aree urbane sono più soggetti al maltrattamento, ma questa osservazione riflette il fatto che negli USA vi sono più alti livelli di svantaggio sociale nelle aree urbane. Infatti, uno studio condotto in Europa (Lettonia, Lituania e Macedonia) ha rilevato - al contrario - che gli abusi sono maggiormente diffusi nelle zone rurali. Dal punto di vista sociale, anche le **norme culturali** e la presenza o meno di **legislazione** per la protezione dei minori contribuiscono a creare un ambiente più o meno favorevole al maltrattamento su bambini e bambine; ad esempio, la diffusione di pratiche come **matrimoni precoci** e **mutilazioni genitali femminili** rappresenta un fattore di rischio per il maltrattamento infantile. Nel caso dei matrimoni precoci (si stima che circa 82 milioni di bambine e ragazze che attualmente hanno tra i 10 e i 17 anni si sposeranno prima del compimento del diciottesimo anno di età) non solo la pratica è una forma di violenza di per sé, ma mette le giovani spose a maggior rischio di violenza domestica<sup>52</sup>.

Per quanto riguarda le mutilazioni genitali femminili, anche se le famiglie possono non avere intenzione di esercitare con questa pratica una violenza sulle figlie, si tratta pur sempre di una pratica violenta nei fatti, che costituisce anche una forma di discriminazione di genere<sup>53</sup>. Altri fattori che possono influire sul maltrattamento di bambini/e si rintracciano nel supporto in famiglia alle **punizioni corporali**. Secondo alcuni studi riportati nell’*European Report on Preventing Child Maltreatment*, i bambini/e le cui madri ritenevano che le punizioni corporali fossero necessarie per crescere i figli presentavano un rischio tre volte superiore di abusi fisici e un rischio doppio di abusi psicologici.

### > Gli indicatori selezionati

La capacità di vivere una vita sicura viene rappresentata con sette indicatori che offrono alcune informazioni sulle condizioni di sicurezza dei bambini/e a seconda dei territori, in relazione al contesto familiare e sociale nel quale vivono<sup>54</sup>.

Per quanto riguarda i **fattori di carattere individuale** relativamente all'isolamento sociale, si è fatto riferimento a due indicatori Istat, uno protettivo e uno di rischio: la soddisfazione per le relazioni amicali e la fiducia interpersonale.

I **fattori di rischio di carattere relazionale** riguardanti soprattutto le dinamiche conflittuali di coppia, sono rappresentati dalla 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. I **fattori di carattere comunitario** che attengono alla sicurezza delle persone al di fuori del proprio contesto familiare comprendono tre indicatori: due di rischio - il tasso di omicidi e la percezione del rischio di criminalità - e uno protettivo - la fiducia delle persone nelle forze dell'ordine. Per i **fattori di rischio di carattere sociale**, il riconoscimento di valori e norme che approvano il maltrattamento viene rappresentato con un indicatore che restituisce la percentuale di violenze denunciate dalle donne tra i 16 e i 70 anni. Si ritiene infatti che l'atto di denuncia di una violenza subita possa essere un indicatore rappresentativo dei territori nei quali vigono valori e norme sociali che condannano maggiormente la violenza sulle donne e, di riflesso, anche il maltrattamento sui bambini/e.

### > I risultati<sup>viii</sup>

I sette indicatori presi in considerazione per la capacità di vivere una vita sicura vedono tra le regioni con un minore impatto dei fattori di rischio il Trentino Alto Adige, seguito da Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Sardegna e Veneto. Le regioni con l'impatto maggiore dei fattori di rischio sono la Calabria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Puglia e la Campania. Tra le dieci regioni al di sopra della media regionale si trovano tutte le otto regioni del Nord, una del Centro (Marche, 10<sup>a</sup>) e una del Sud (Sardegna, 5<sup>a</sup>).

Entrando nel merito dei singoli indicatori, il Trentino Alto Adige, prima regione nell'indice regionale, ha il tasso più elevato di soddisfazione delle relazioni amicali e della fiducia interpersonale, oltreché di fiducia nelle forze dell'ordine, ma a livello relazionale è ottavo per violenza da partner o da ex partner negli ultimi cinque anni, quinto per il tasso di denuncia delle donne vittime di violenza e diciannovesi-

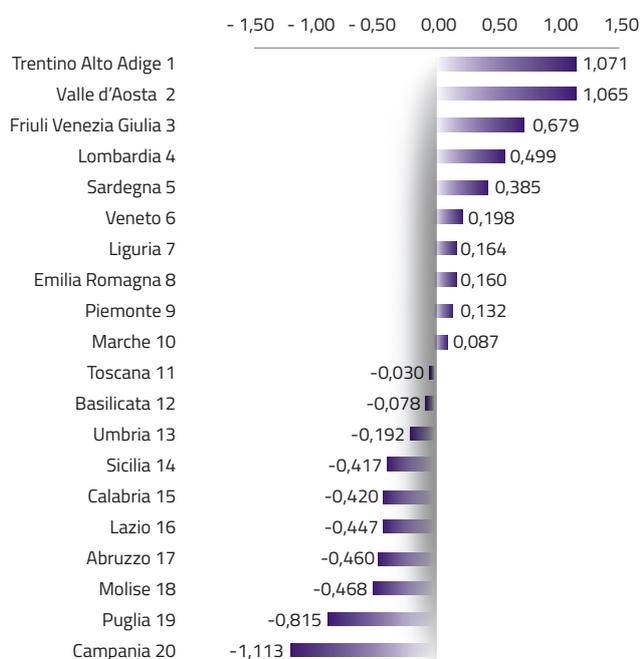
N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO/PROTETTIVO	DEFINIZIONE FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI (R/P)	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTI
1	Individuale/ maltrattante	R/P: Isolamento sociale	Persone di 14 anni e più che si dichiarano molto soddisfatte delle relazioni amicali	2010-2016	Istat
2			Indice regionale fiducia interpersonale in merito alla risposta: "bisogna stare molto attenti"	2015-2016	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	2010-2016	Istat
5			Percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono (ogni 100 famiglie)	2010-2015	Istat
6			Persone di 14 anni e più che esprimono fiducia nelle forze dell'ordine, nei vigili del fuoco (fiducia media)	2012-2016	Istat - Noi Italia
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

mo per percezione di criminalità. La Valle d'Aosta è prima per minor tasso di omicidi e ha in generale ottimi indicatori, che la collocano sempre tra la 2<sup>a</sup> e la 3<sup>a</sup> posizione, a eccezione del tasso di denunce delle donne vittime di violenza, per il quale si posiziona 16<sup>a</sup>.

Il confronto tra le donne vittime di violenza da partner, ex partner o non partner e la percentuale di denunce restituisce andamenti differenti che mettono insieme regioni nelle quali le donne subiscono meno atti di violenza ma, rispetto ad altri territori, sporgono meno denuncia (Valle d'Aosta e Veneto), ad altri territori nei quali le donne subiscono maggiormente violenza ma sono anche molto più reattive nello sporgere denuncia: l'Emilia Romagna, ad esempio, è diciassettesima per la violenza subita da partner e non partner, ma terza per percentuale di denunce; presentano situazioni analoghe anche il Piemonte, la Liguria e l'Umbria. Alcuni territori, soprattutto quelli in fondo alla classifica, sono invece coerenti per l'elevata incidenza

di violenze subite dalle donne e il basso livello di denunce. Su queste discordanze pesano certamente molti fattori, ad esempio l'efficienza dei servizi anti violenza di alcune regioni che possono favorire le denunce. L'incoerenza territoriale di questi indicatori può inoltre essere riconducibile a migliori condizioni di sicurezza dovute a una conflittualità più bassa nelle regioni a minore empowerment femminile - si veda la Calabria, prima per minore tasso di violenza da partner o ex partner e dodicesima per tasso di denunce - e al contempo in quelle con empowerment femminile più elevato.

**FIGURA 15. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA**



## CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

Secondo l'*European Report on Preventing Child Maltreatment*, a un **basso livello di istruzione** dei genitori non corrisponde necessariamente un elevato rischio di maltrattamento sui bambini/e, anche se può determinare un elemento di fragilità associato a una incapacità nel provvedere ai propri figli e nell'accedere alle risorse economiche necessarie. Tuttavia uno studio svolto nei Paesi Bassi a livello nazionale ha rilevato come i principali fattori di rischio di maltrattamento sui bambini/e fossero riconducibili a un livello di istruzione molto basso e alla disoccupazione dei genitori<sup>55</sup>.

In altri studi, invece, un **elevato livello di istruzione delle madri** è stato associato a un fattore di carattere protettivo che ha ridotto la presenza di casi di maltrattamento tra i minori<sup>56</sup>.

### > Gli indicatori selezionati

L'analisi della capacità di acquisire conoscenza e sapere in relazione al suo impatto sui fattori di rischio di maltrattamento sui bambini/e si basa sull'associazione tra un basso livello di istruzione dei genitori e la maggiore probabilità di una situazione familiare complessa con un minore benessere per i figli. Viceversa, la letteratura ha anche rilevato come un elevato livello di istruzione delle madri rappresenti un importante fattore protettivo per i figli. Entrambi i fattori, di rischio e protettivo, sono quindi di carattere individuale relativo al/la potenziale maltrattante.

**TABELLA 7. 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	FORTE
1	Individuale/ maltrattante e comunitari	R: Basso livello di istruzione e svantaggio socio-economico	Indice regionale % popolazione 25-64 anni con nessun titolo di studio/licenza elementare	2015-2016	Istat
2	Individuale/ maltrattante	P: Elevato livello di istruzione delle donne	Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (femmine)	2010-2016	Istat

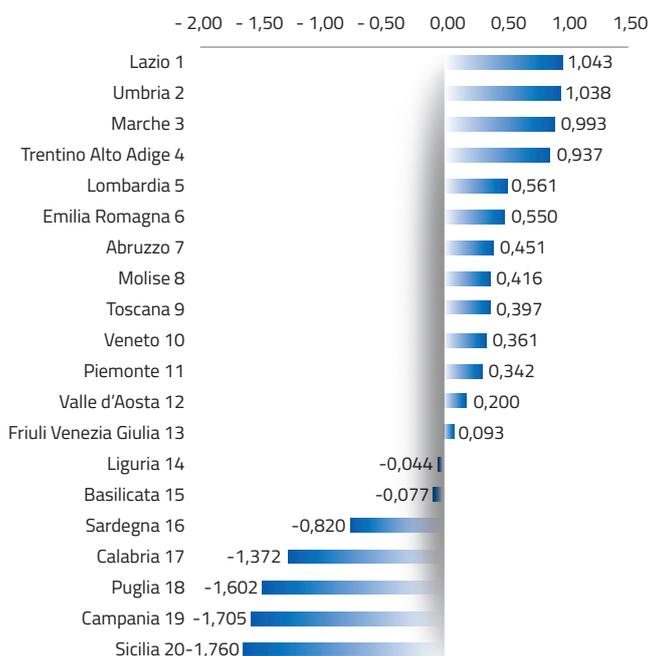
Per questa capacità, che è una delle più nette in termini di definizione in quanto direttamente collegata con il livello di istruzione, i due indicatori selezionati sono quindi la percentuale di popolazione tra i 25 e i 64 anni con nessun titolo di studio o al più la licenza elementare e il tasso di istruzione terziaria delle donne nella fascia di età tra i 30 e i 34 anni.

### > I risultati<sup>ix</sup>

I dati relativi alla popolazione tra i 25 e i 64 anni senza alcun titolo di studio o con la licenza elementare comprendono diverse generazioni, all'interno delle quali vi è anche quella genitoriale interessata dall'indicatore in esame. Anche in questo caso le differenze tra i territori possono quindi risentire di variabili demografiche differenti, ma analizzando il posizionamento delle varie regioni si osserva una relazione diretta tra il basso livello di istruzione e il livello di sviluppo economico del territorio in esame, sia in termini quantitativi che qualitativi, riconducibili a una maggiore

presenza o meno di economie legate al terziario, all'industria manifatturiera e all'agricoltura. L'indicatore relativo al tasso di istruzione terziaria femminile tra i 30 e i 34 anni, maggiormente riconducibile alla fascia di età genitoriale, è chiaramente speculare e non correlato all'indicatore della popolazione senza alcun titolo di studio, ma è significativo per mostrare un fattore protettivo importante per i bambini/e. Nella sintesi tra i due indicatori, il Lazio si pone al primo posto della classifica grazie alle ottime posizioni per la minore incidenza di popolazione senza alcun titolo di studio o la licenza elementare (3°) e per l'elevato tasso di istruzione terziaria della popolazione femminile tra i 30 e i 40 anni (4°). In questo caso appare evidente il legame con lo sviluppo economico del territorio, connesso alla presenza nella regione di tutte le amministrazioni centrali dello Stato. Seguono l'Umbria e le Marche con un elevato tasso di istruzione terziaria femminile (2° e 3°). Il Molise e il Friuli Venezia Giulia hanno vistosi squilibri tra i due indicatori, ma contrapposti: il Molise è la prima regione per tasso di istruzione terziaria delle donne, ma la sedicesima per tasso di istruzione più basso della popolazione; il Friuli, al contrario, ha l'indicatore migliore sul livello di istruzione più basso (1°), ma è quindicesimo per l'indicatore sull'istruzione terziaria femminile. Le ultime cinque regioni, tutte meridionali (Sardegna, Calabria, Puglia, Campania e Sicilia), sono invece coerenti nei due indicatori, tutti tra la 14° e la 20° posizione.

**FIGURA 16. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE**



## CAPACITÀ DI LAVORARE

Lo **status occupazionale** dei genitori può influire sul rischio di maltrattamento infantile. Per quanto riguarda la **disoccupazione**, la letteratura in materia ha evidenziato un fattore di rischio basso; tuttavia, uno studio condotto negli USA per il periodo 2000-2012 stabilisce una relazione significativa tra i tassi di occupazione di uomini (padri) nella fascia d'età 20-34 anni e il rischio di maltrattamento sui bambini/e. In particolare viene confermata l'ipotesi principale, ovvero che il tasso di occupazione maschile sia inversamente collegato al tasso di maltrattamento infantile: a ogni declino del 10% nel tasso di occupazione maschile per gli uomini tra i 20 e 34 anni, il maltrattamento aumenta del 9,62%. La disoccupazione paterna infatti è collegata a stress e depressione che possono portare ad abuso di sostanze e violenza<sup>57</sup>.

### > Gli indicatori selezionati

Nell'ambito dei numerosi indicatori disponibili per descrivere la condizione occupazionale della popolazione, la letteratura indica alcuni indicatori specifici che sono maggiormente riconducibili a un più alto rischio di maltrattamento sui bambini/e da parte dei genitori: la disoccupazione, la disoccupazione di lunga durata e più in generale una situazione lavorativa instabile e/o irregolare che può determinare le condizioni per un elevato stress genitoriale.

Gli indicatori selezionati riguardano il tasso di disoccupazione nella fascia di età maggiormente legata all'esperienza genitoriale, quella tra i 35 e i 44 anni, l'incidenza della disoccupazione di lunga durata e degli occupati non regolari, la presenza nelle famiglie di individui a bassa intensità lavorativa<sup>58</sup>. Questi quattro indicatori rientrano nell'ambito dei fattori di rischio individuali, ma essendo riferiti anche all'economia retribuita e a una dimensione della vita esterna alla famiglia sono riconducibili anche a fattori di rischio di carattere comunitario, dal momento che la difficile condizione occupazionale dei singoli individui influenza anche il contesto territoriale nel quale vivono.

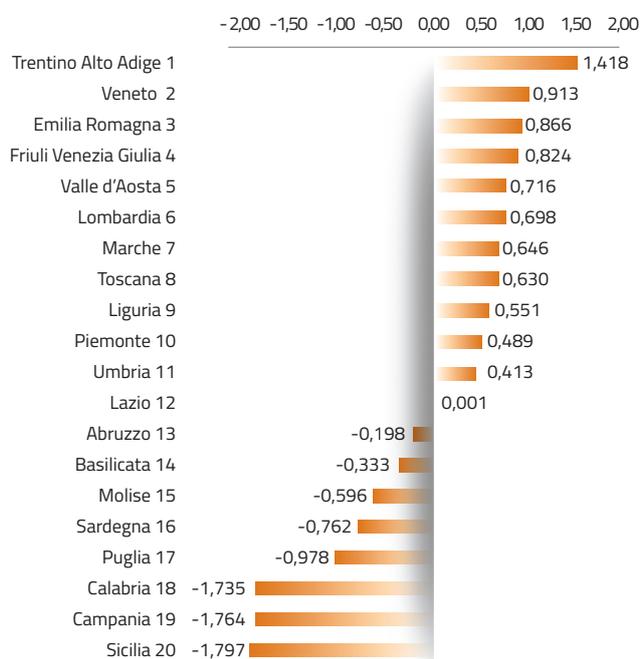
**TABELLA 8. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI LAVORARE**

N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO	DEFINIZIONE FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
1	Individuale/ maltrattante e comunitari	Condizione occupazionale	Tasso di disoccupazione età 35-44 (tot)	2015-2016	Istat
2			Incidenza della disoccupazione di lunga durata (tot)	2010-2016	Istat
3			Incidenza di occupati non regolari (valori %)	2004-2014	Istat
4			Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	2014-2015	Istat

### > I risultati<sup>x</sup>

Delle venti regioni analizzate, dodici risultano avere un indice sintetico al di sopra della media nazionale, otto sono invece al di sotto. Se in altre capacità si sono rilevati alcuni indicatori regionali disomogenei, nel caso della capacità di lavorare le differenze territoriali restituiscono invece una fotografia particolarmente omogenea, che vede nelle prime dodici posizioni tutte le regioni del Nord e del Centro. Nelle ultime otto posizioni si concentrano invece tutte le regioni del Sud. Il Trentino Alto Adige è la prima regione sia nell'indicatore complessivo che nei singoli, a eccezione della minore incidenza di occupati non regolari, per il quale si posiziona secondo, dietro al Veneto. Nell'indice generale al Trentino Alto Adige seguono il Veneto, l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, la Valle d'Aosta e la Lombardia. Le ultime tre regioni - la Calabria, la Campania e la Sicilia - nel dettaglio dei singoli indicatori registrano tutte posizioni tra la 18<sup>a</sup> e la 20<sup>a</sup>.

**FIGURA 17. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI LAVORARE**



### CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

In generale, uno **status socio-economico** svantaggiato è collegato a un maggiore rischio di maltrattamento in quanto comporta una maggiore probabilità di sperimentare situazioni ulteriori di rischio quali un basso livello di istruzione, disoccupazione, problemi familiari e salute mentale compromessa. Le famiglie svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno inoltre maggiori probabilità di vivere in comunità a loro volta svantaggiate che presentano maggiori tassi di criminalità e violenza.

Tra i fattori sociali, la **disuguaglianza a livello economico e sociale** rappresenta sicuramente un fattore di rischio - seppure indiretto - per il maltrattamento sui bambini/e. Società più disuguali tendono infatti a presentare un rischio maggiore di violenza, compresa quella sui bambini/e. Una ricerca condotta a livello di contee negli USA ha riportato che un tasso di disuguaglianza economica elevato comporta una maggiore incidenza del maltrattamento infantile<sup>59</sup>. La disuguaglianza viene inoltre associata all'incidenza di violenza domestica/di genere, che a sua volta rappresenta un fattore di rischio per il maltrattamento sui bambini/e.

Esiste poi una **forte relazione tra disuguaglianza e povertà, che a sua volta influisce sul maltrattamento e la trascuratezza dei bambini/e**<sup>60</sup>. Uno studio condotto in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord<sup>61</sup> ha rilevato che la **povertà non è un fattore di rischio né sufficiente né necessario per il maltrattamento e la trascuratezza dei bambini/e**. Tuttavia, la condizione economica della famiglia può avere un effetto *diretto* sul maltrattamento e trascuratezza (ad esempio, può determinare l'incapacità economica di rispondere adeguatamente alle esigenze dei minori) o un effetto *indiretto*, aumentando la situazione di stress dei genitori (afflitti, ad esempio, da preoccupazioni legate alla situazione abitativa). Inoltre la povertà interagisce con altri fattori di rischio in modo circolare: può aumentare il rischio di problemi di salute mentale e una cattiva salute mentale incrementa la probabilità di essere poveri.

La relazione tra povertà e rischio di maltrattamenti e trascuratezza è inoltre influenzata anche da altri fattori, quali:

- capacità di investimento delle famiglie (per es. capacità di acquistare servizi di cura);
- comportamenti negativi (per es. la violenza domestica);
- atteggiamenti positivi (per es. resilienza, rete di sup-

porto extra-familiare);

- ambiente sociale e fisico (per es. il quartiere).

Studi USA peraltro dimostrano che aumentare il reddito delle famiglie può avere un effetto positivo sulla riduzione dei tassi di maltrattamento e trascuratezza<sup>62</sup>.

La letteratura conferma che le **crisi economiche** comportano cambiamenti peggiorativi nel modo in cui gli individui svolgono le loro funzioni di genitori: negli USA l'effetto della "Grande recessione" (2007-2010) è stato associato a un elevato livello di aggressione fisica e psicologica sui bambini/e. L'effetto della grande recessione non è dovuto esclusivamente a un'esperienza diretta di problemi economici da parte dei genitori, ma anche a un sentimento diffuso di precarietà<sup>63</sup>. Considerato che nel periodo 2010-2014 la povertà è aumentata nella maggior parte dei Paesi europei - con variazioni di più di dieci punti percentuali a Cipro, in Islanda e in Grecia, e tra i 7-9 punti percentuali in Ungheria, Italia, Irlanda e Spagna - il maggiore livello di vulnerabilità economica in Europa può tradursi in maggiore stress dei genitori e potenzialmente in una probabilità maggiore per i bambini/e di essere maltrattati<sup>64</sup>.

La letteratura scientifica, invece, non ha individuato una relazione definitiva tra l'**origine etnica** dei bambini/e e delle famiglie e i rischi di maltrattamento. Uno studio olandese ha rilevato che vi è una relazione positiva tra l'appartenere a una famiglia di rifugiati/migranti e il rischio di maltrattamento, ma controllando per livello di istruzione, la maggiore propensione al maltrattamento nell'ambito di famiglie di rifugiati/migranti scompare<sup>65</sup>. Una *review* del 2016 osserva che non vi è evidenza che i figli di migranti e rifugiati siano a maggiore rischio di maltrattamento. Va evidenziato che immigrati recenti e rifugiati sono però sottoposti a stress specifici che potrebbero influire sulle probabilità di maltrattamento di minori<sup>66</sup>. È necessario sottolineare che i genitori immigrati e rifugiati non sono per via della propria origine etnica e cultura naturalmente portati a un maggiore maltrattamento sui figli, escludendo chiaramente il fattore di rischio specifico legato alle mutilazioni genitali femminili, ma possono presentare maggiori fattori di rischio a causa della loro spesso maggiore vulnerabilità a livello economico e sociale. Per quanto riguarda invece la violenza domestica - che rappresenta un fattore di rischio di maltrattamento di bambini/e - la ricerca *Vite in Bilico* (2006) sottolinea che "la diffusione di esperienze di abuso e maltrattamento non sembra presentare rilevanti

differenze secondo la nazionalità, anche se le esperienze di vittimizzazione sessuale sembrano lievemente più diffuse tra le donne straniere: il 9,7% di esse riferisce esperienze di abuso (contro il 5,7% delle italiane) e quelle che riferiscono sia abuso sia maltrattamenti intra-familiari sono pari al 23,6% (contro il 18% delle italiane)<sup>67</sup>. Inoltre bisogna aggiungere che lo status di migrante può rappresentare un ostacolo per molte donne vittime di violenza alla richiesta di aiuto e alla fruizione di servizi di assistenza ad hoc. Fattori quali barriere linguistiche, non familiarità con il sistema legale, condizioni economiche precarie possono rendere più difficile mettere fine a situazioni di abuso. Per questo motivo, bambini e bambine figli di migranti potrebbero essere a maggior rischio di violenza assistita.

#### > **Gli indicatori selezionati**

Nella capacità di accedere alle risorse e ai servizi sono stati inclusi gli indicatori relativi alla condizione economica più disagiata che la letteratura ha ricondotto a un maggiore rischio di maltrattamento sui bambini/e. Per quanto la capacità di lavorare abbia chiaramente un ruolo nel definire questa capacità, in questo caso si analizza una situazione economica della popolazione più ampia rispetto a quella riconducibile alla condizione occupazionale in quanto include anche la popolazione non lavorativa.

Tra i **fattori di rischio di carattere sia individuale che comunitario** è stato selezionato quale fattore di estrema criticità l'indice di grave deprivazione materiale. L'indicatore relativo alle condizioni abitative disagiate rappresenta inoltre un fattore di rischio esplicitamente richiamato in letteratura, mentre l'indicatore sulla valutazione soggettiva della difficoltà economica è stato selezionato per inserire anche una prospettiva personale degli individui che può incidere sulla condizione psicologica della famiglia e dei suoi componenti. Un **fattore di rischio di carattere relazionale** è invece quello che riguarda il nucleo familiare. L'indicatore sulla povertà relativa familiare, per quanto riferibile sempre a una dimensione economica, è certamente rappresentativo di dinamiche relazionali di coppia e relativo impatto sul benessere dei bambini/e. L'indice di Gini, il più noto indice sulla disuguaglianza nella distribuzione del reddito disponibile, è invece un parametro specificatamente attinente ai **fattori di rischio di carattere sociale**, mentre il tasso di crescita annua del PIL rappresenta un fattore di rischio sociale che la letteratura connette direttamente al legame tra gli effetti della recessione economica e l'impatto sul benessere delle famiglie e dei bambini/e.

**TABELLA 9. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI**

N°	CLASSE FATTORE	FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
1	Individuale/ maltrattante e comunitari	Povertà/ Svantaggio socio- economico	Indice di grave deprivazione materiale	2010-2015	Istat
2			Indice regionale % persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali	2010-2016	Istat
3			Indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica	2010-2016	Istat
4	Relazionali		Incidenza di povertà relativa familiare (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)	2014-2015	Istat
5	Sociali	Disuguaglianza	Indice di disuguaglianza del reddito disponibile	2010-2015	Istat
6	Sociali	Fattori economici (recessione)	Tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante	2010-2015	Istat

### > I risultati<sup>xi</sup>

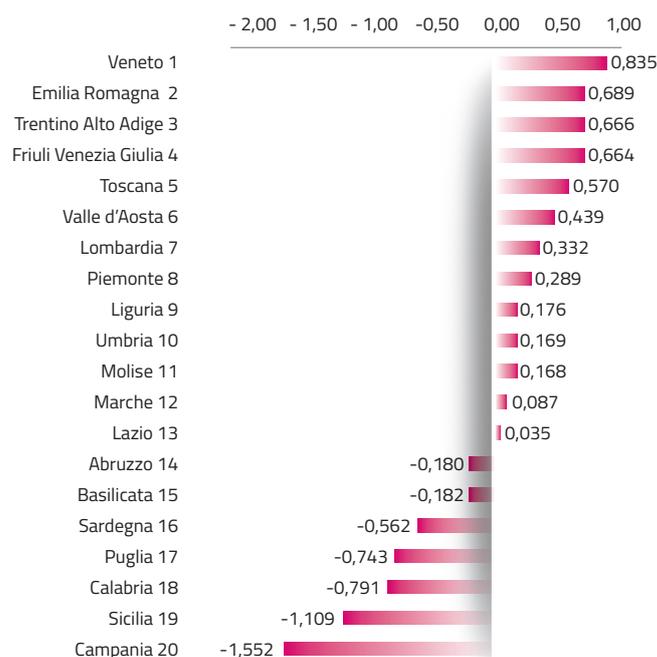
La capacità di accedere alle risorse e ai servizi vede tredici regioni al di sopra della media nazionale e sette al di sotto. Tra le regioni al di sopra della media nazionale si rinven- gono tutte le otto regioni del Nord, le quattro regioni del Centro Italia e una regione meridionale, il Molise.

La regione che ha fattori di rischio mediamente meno forti rispetto alle probabilità di maltrattamento sui bambini/e è il Veneto che, nonostante la 13<sup>a</sup> posizione per tasso di incremento del PIL pro capite, raggiunge la prima posizione dell'indice generale grazie alla prima posizione per l'indice di grave deprivazione e per la migliore valutazione soggettiva della difficoltà economica, oltre a posizionarsi tra la 2<sup>a</sup> e la 4<sup>a</sup> posizione negli altri tre indicatori analizzati.

Al Veneto seguono l'Emilia Romagna, il Trentino Alto Adi-

ge, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana e la Valle d'Aosta. La regione con il punteggio migliore per l'indicatore del sovraffollamento abitativo è il Molise, per l'indicatore di povertà relativa familiare è il Trentino Alto Adige, per l'indice di disuguaglianza di reddito è il Friuli Venezia Giulia, e per il tasso di incremento del PIL pro capite annuo è la Basilicata. In generale, la media complessiva dell'indicatore sottolinea la criticità strutturale delle regioni meridionali in merito al dato della povertà, un dato costante e di medio-lungo termine che emerge in tutte le analisi socio-economiche e che si lega in modo indissolubile alla condizione lavorativa e, di conseguenza, alle dinamiche di sviluppo socio-economico dei territori.

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

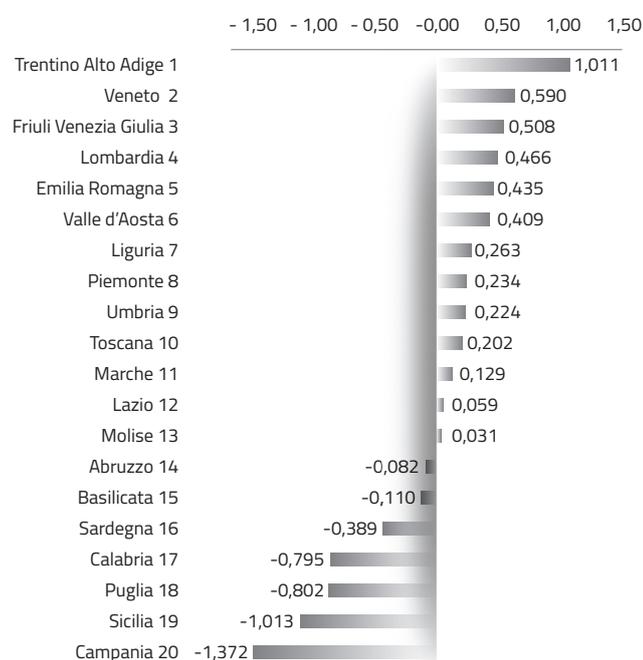




## INDICE SUI FATTORI DI RISCHIO DI ADULTI E FAMIGLIE POTENZIALMENTE MALTRATTANTI

Dopo aver illustrato nelle pagine precedenti gli indicatori di sintesi per ciascuna capacità, si presenta di seguito l'indice aggregato che opera una media aritmetica tra tutte le dimensioni precedentemente analizzate. Quest'ultimo passaggio consente innanzitutto di arrivare a una comparazione complessiva di tutti i territori rispetto ai fattori di rischio di maltrattamento sui bambini/e da parte del mondo adulto, sia esso visto a livello personale, relazionale, comunitario e sociale. Una seconda chiave di lettura favorisce invece la comprensione di come l'indice conclusivo medi tra più capacità per ognuna delle quali è possibile leggere, in un processo di analisi comparata, elementi di maggiore forza o debolezza sia rispetto ad altre regioni che rispetto alle differenti capacità espresse all'interno di una stessa regione.

**FIGURA 19. INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: TOTALE CAPACITÀ**



### > I risultati<sup>xii</sup>

La lettura finale mostra una forte differenza territoriale in Italia, già conosciuta per numerosi altri livelli di analisi. Delle tredici regioni che si posizionano al di sopra della media nazionale, infatti, si conferma la presenza di tutte le otto regioni dell'Italia settentrionale, tre del Centro Italia (Umbria, Lazio e Marche) e una regione del Sud, il Molise (13°). Le altre sette regioni meridionali e insulari sono tutte al di sotto della media nazionale.

A un'analisi dettagliata emerge che il Trentino Alto Adige è la regione d'Italia che presenta nel complesso i fattori di rischio più bassi del Paese in modo pressoché trasversale su tutte le capacità, essendosi posizionato alla prima posizione per capacità di cura, di lavorare e di vivere una vita sana e sicura, alla quarta per l'accesso alla conoscenza e al sapere e alla terza posizione per la capacità di accedere alle risorse e ai servizi. A seguire il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia, l'Emilia Romagna, La Valle d'Aosta e la Liguria.

Analizzando a livello comparato le varie capacità per regione emerge una correlazione tra la capacità di cura, la capacità di lavorare e di accedere alle risorse e ai servizi. Quasi tutte le regioni, infatti, hanno posizionamenti piuttosto simili per queste tre capacità. Una coerenza che mette in evidenza una stretta relazione nelle dinamiche sociali ed economiche che sovrintendono il mondo della riproduzione sociale e quello produttivo e che pone al centro dell'attenzione i meccanismi di reciproca influenza che incidono sul manifestarsi dei fattori di rischio maggiormente legati alla dimensione individuale e privata rispetto a quella lavorativa e, più in generale, economica.

Le altre capacità quali vivere una vita sana, vivere una vita sicura e acquisire conoscenza e sapere hanno posizionamenti in alcuni casi meno coerenti o discordanti, riflettendo quindi una relazione con le altre capacità sulle quali insistono anche variabili di carattere demografico e culturale, già evidenziate nelle pagine precedenti.

### 2.3.2 I SERVIZI DI PREVENZIONE E CONTRASTO PER GLI ADULTI E LE FAMIGLIE POTENZIALMENTE MALTRATTANTI



#### CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

I servizi territoriali presi in considerazione nell'ambito della cura di sé e degli altri comprendono attività dei servizi sociali dei Comuni nell'ambito del sostegno alla maternità, alla genitorialità, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, il servizio sociale professionale. Pur essendo tali aree di intervento piuttosto generiche e pur rappresentando la risposta a una complessità di problemi delle famiglie dei quali il maltrattamento ai minori rappresenta solo una parte, è chiaro che questi servizi sono direttamente connessi ai fattori di rischio analizzati al par. 2.3.1 per la capacità corrispondente: la giovane età dei genitori, le famiglie monoparentali, le caratteristiche caratteriali personali, la scarsa coesione familiare e le famiglie disfunzionali, le gravidanze indesiderate e l'elevato numero di componenti della famiglia.

#### > Gli indicatori selezionati

All'interno di queste categorie sono stati compresi più servizi dettagliati nell'indagine (per es.: il sostegno alla genitorialità comprende i servizi di mediazione familiare, attività di sostegno alla genitorialità, centri per le famiglie) e si è preso in considerazione un indicatore di carattere fisico individuato nel numero di utenti ogni 100.000 abitanti identificati nell'aggregato demografico più vicino alla definizione di famiglia e minori: i minori in età 0-18 anni e gli adulti 18-64 anni non celibi/nubili<sup>68</sup>. Un'attenzione particolare, per le connessioni dirette con i rischi di maltrattamento ai bambini/e, è stata riservata ai servizi di sostegno alla maternità rappresentati con due indicatori, uno di cura, individuato nell'ambito dei servizi sociali comunali residenziali (gestanti o madri maggiorenni con figli a carico - adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari<sup>69</sup>) e uno di prevenzione, inserito nell'ambito dei servizi sanitari regionali (numero consultori materno-infantili/100.000 abitanti per regione).

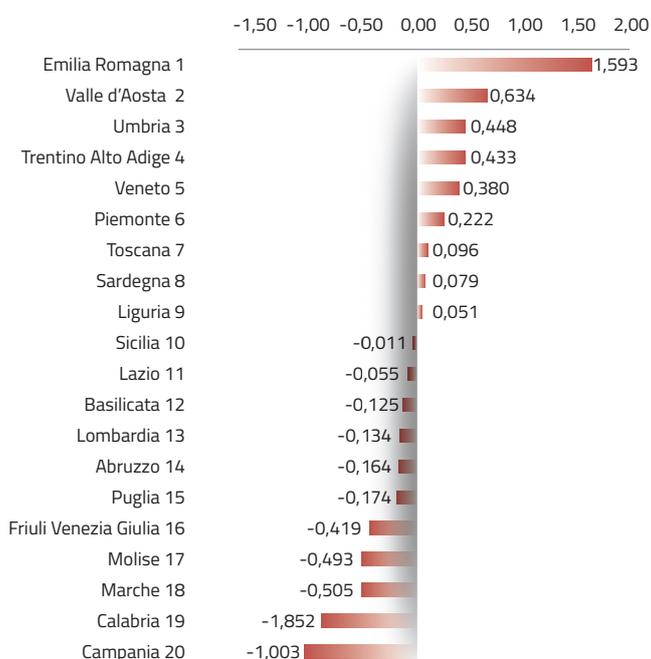
N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	Fonte
1	Sostegno alla maternità	Gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - N° utenti/100.000 donne 18-64 anni abitanti per regione	2014	Istat
2		N° consultori materno-infantili/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2013	Istat
3	Sostegno alla genitorialità <sup>70</sup>	Sostegno alla genitorialità Famiglie e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2013	Istat
4	Servizio Sociale Professionale <sup>1</sup>	Servizio sociale professionale Famiglie e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2013	Istat
5	Assistenza domiciliare socio-assistenziale <sup>72</sup>	Assistenza domiciliare socio-assistenziale Famiglie e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2013	Istat
6	Assistenza residenziale e semiresidenziale <sup>73</sup>	Assistenza residenziale e semiresidenziale utenti Famiglie e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2013	Istat

#### > I risultati<sup>xiii</sup>

Tra le nove regioni al di sopra della media nazionale sono presenti sei delle otto regioni settentrionali, una regione del Centro Italia (Toscana) e una regione meridionale (Sardegna). L'Emilia Romagna è la regione con il maggior numero di servizi rispetto alla popolazione interessata, essendo prima negli indicatori relativi al numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali, ai servizi sociali di sostegno alla genitorialità, all'assistenza residenziale e semi-residenziale per famiglia e minori. La Valle d'Aosta, seconda nell'indice aggregato, è prima per numero di consultori presenti sul territorio rispetto alla popolazione di riferimento, l'Umbria, terza in generale, è invece al primo posto per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, il Veneto, quarto in generale, è primo per numero di utenti dei servizi sociali professionali.

Tra le regioni che invece offrono un numero di utenti minore in rapporto alla popolazione di riferimento si trovano la Campania (20<sup>a</sup>), la Calabria (19<sup>a</sup>) e le Marche (18<sup>a</sup>). Le due regioni settentrionali al di sotto della media nazionale sono la Lombardia, (13<sup>a</sup>) e il Friuli Venezia Giulia (16<sup>a</sup>).

**FIGURA 20. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI CURA**



### CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

Come già evidenziato nel paragrafo sui fattori di rischio dedicati alla capacità di vivere una vita sana, la selezione degli indicatori non avviene per rappresentare le condizioni di salute globale della popolazione e i corrispondenti servizi socio-sanitari preposti per la cura, ma solo per rilevare la prevenzione e cura dei fattori di rischio della popolazione adulta maggiormente connessi a situazioni reali o potenziali di maltrattamento sui bambini/e. Per tale motivo le aree di indagine dei servizi socio-sanitari preposti rimangono quelle legate all'uso e all'abuso di droghe e alcol e alla salute mentale e psicologica. I servizi individuati per la cura di tali patologie che è stato possibile monitorare sono quelli erogati dai sistemi sanitari regionali (aziende ospedaliere e servizi territoriali) e i servizi erogati dai Comuni per superare le criticità legate agli aspetti sociali e di disagio connessi con l'area delle dipendenze.

### > Gli indicatori selezionati

I servizi presi in considerazione in risposta ai fattori di rischio legati alla capacità di vivere una vita sana sono quindi<sup>74</sup>:

- servizi specificatamente legati alla cura sanitaria ospedaliera e territoriale (tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol, tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe, tasso dimissioni disturbi psichici affettivi, numero strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale per 100.000 abitanti);
- servizi sociali erogati a utenti nell'area della dipendenza (dipendenza utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti, dipendenze: spesa pro capite dei Comuni per interventi e servizi sociali, disabilità e disturbi mentali: adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari).

**TABELLA 11. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Uso di alcol	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	2010-2015	Istat
2	Uso di droghe	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 M+F	2010-2015	Istat
3	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F	2010-2015	Istat
4	Uso di alcol Uso di droghe	N° utenti SERD/100.000 abitanti per regione	2013	Istat
5	Malattia mentale	N° strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	2013	Istat
6	Uso di alcol Uso di droghe	Dipendenza utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti	2013	Istat

## > I risultati<sup>xiv</sup>

Per quanto riguarda l'area della cura delle dipendenze e dei disturbi psichici, tra le dieci regioni al di sopra della media nazionale si registrano cinque delle otto regioni settentrionali, tre regioni del Centro Italia e due regioni del Sud. Le ultime cinque regioni sono tutte meridionali, a eccezione di una regione del Centro Italia (Lazio).

La prima posizione della Liguria è ottenuta grazie all'elevato numero di dimissioni per disturbi psichici da abuso di alcol, di droghe e disturbi psichici affettivi. Le Marche, terze nell'indice aggregato, sono prime per numero di utenti dei SERD. L'Umbria, quinta in generale, è prima per numero di strutture per assistenza psichiatrica e centri di salute mentale. Il Veneto, sesto nel complesso degli indicatori, è primo per i servizi sociali dei Comuni dedicati all'area della dipendenza.

La Calabria, ultima regione, nel dettaglio degli indicatori si posiziona tra la 18<sup>a</sup> e la 20<sup>a</sup> posizione, a eccezione dell'indicatore relativo al tasso di dimissioni per disturbi psichici affettivi per il quale è alla nona posizione.



## CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA

### > Gli indicatori selezionati

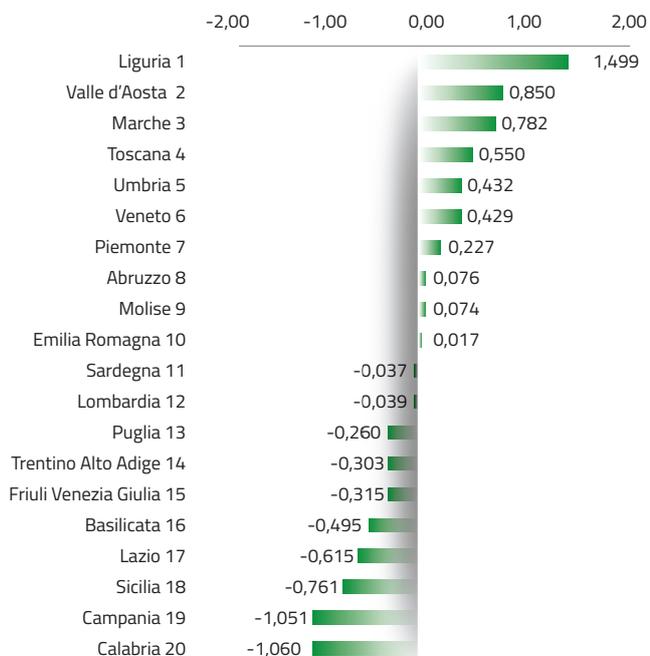
Gli indicatori scelti per rappresentare la capacità di vivere una vita sicura riguardano tre diversi aspetti della sicurezza e sono stati scelti per essere direttamente e maggiormente collegati con le politiche territoriali.

- Gli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa riguardano un indicatore di sicurezza di contesto più ampio che indica le strutture messe a disposizione dei territori per il recupero delle persone che hanno avuto problemi con la giustizia;
- i centri antiviolenza e le case rifugio rappresentano indicatori legati a servizi di "pronta emergenza" rispetto a situazioni di violenza conclamata nelle quali possono essere coinvolti anche i minori in quanto vittime anch'essi di violenza e maltrattamenti e/o di violenza assistita;
- i servizi sociali di integrazione sociale rappresentano un indicatore di prevenzione per mantenere un contesto territoriale più sicuro in quanto favorevole all'integrazione socio-economica.

Gli indicatori prescelti, quindi, non rappresentano tutti gli aspetti che definiscono un territorio come "sicuro", ma restituiscono un'immagine dei servizi sui territori che più incidono potenzialmente sulle condizioni di benessere e tutela dei bambini/e e che dipendono dalle decisioni politiche dei territori. I servizi relativi alla sicurezza di carattere nazionale, quali il sistema della giustizia, delle forze dell'ordine e il sistema carcerario non sono stati presi in considerazione in quanto attinenti a un sistema di decisione governativo centralizzato che destina risorse, servizi e personale secondo criteri e parametri di redistribuzione nazionale e, pertanto, non mette in evidenza le differenti culture politiche e amministrative dei territori.

I centri antiviolenza e le case rifugio<sup>75</sup> sono determinanti nella cura e nella prevenzione della violenza contro le donne e i loro figli che possono essere vittime sia di violenza diretta che assistita. In questo senso, sono i servizi più specificatamente e visibilmente rivolti alla violenza e al maltrattamento sulle donne e sui bambini/e, quindi rappresentano strutture di "pronta emergenza" specifiche per questa casistica. Questi servizi, pur non essendo servizi pubblici di diretta emanazione, nati quasi sempre da iniziative di volontariato e del terzo settore, sono soprattutto

**FIGURA 21. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**



finanziati con risorse pubbliche, nella gran parte dei casi erogate dai Comuni, molto spesso dalle Regioni con fondi propri o con fondi trasferiti dallo Stato. Dato il ruolo importante del finanziamento pubblico per tali strutture, questo indicatore rappresenta quindi una capacità dei territori di intervenire sulla rete territoriale complessiva dei servizi.

TABELLA 12. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA				
N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FORTE
1	Insicurezza e scarso controllo sociale	Coinvolti in procedure penali - Adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	2014	Istat
2	Violenza del partner	N° centri antiviolenza e case rifugio/100.000 donne abitanti tra 18-70 anni e minori 0-17 anni	2016	Istat/DPO
3	Integrazione sociale <sup>76</sup>	N° utenti servizi dei Comuni per l'integrazione sociale /100.000 abitanti	2013	Istat

### > I risultati<sup>xv</sup>

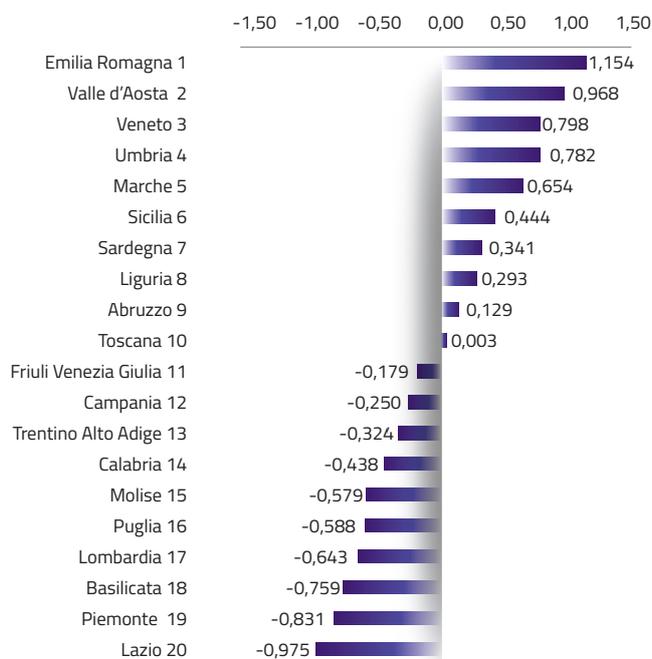
Nelle dieci regioni che si posizionano al di sopra della media nazionale, sono presenti quattro delle otto regioni del Nord, tre regioni del Centro e tre regioni del Sud. La prima regione in termini di servizi per la sicurezza, sia in termini preventivi che curativi, è l'Emilia Romagna, seconda per numero di centri antiviolenza e case rifugio e per servizi sociali dedicati all'integrazione e nona per numero di ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali coinvolti in procedure penali.

La seconda regione, la Valle d'Aosta, è prima per numero dei centri antiviolenza e case rifugio, quarta per gli ospiti dei presidi coinvolti in procedure penali, ottava per i servizi sociali dedicati all'integrazione.

Il Veneto, pur essendo 16° e 4° sui primi due indicatori, è la terza regione grazie alla prima posizione per numero di utenti dei servizi sociali per l'integrazione sociale.

Tra le regioni che offrono un livello di servizi inferiore alla media nazionale si trovano la Lombardia (17<sup>a</sup>), la Basilicata (18<sup>a</sup>), il Piemonte (19<sup>a</sup>) e il Lazio (20°).

FIGURA 22. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA





## CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

### > Gli indicatori selezionati

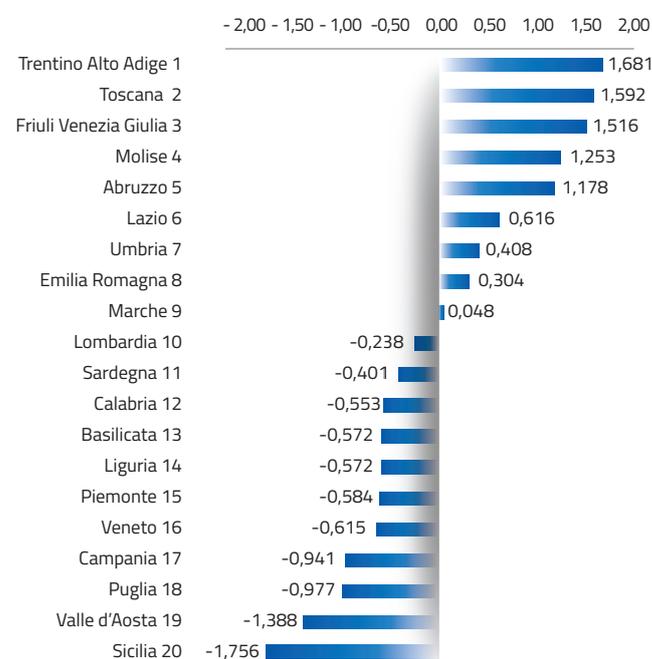
Nell'ambito della capacità di acquisire conoscenza e sapere, i fattori di rischio e i fattori protettivi esaminati nelle pagine precedenti si riferiscono a situazioni acquisite e di contesto relative al livello di istruzione dei genitori che risulta un fattore di rischio importante se è basso, un fattore di protezione se, viceversa, è alto. Poiché si prendono in considerazione i genitori potenzialmente maltrattanti in fascia di età adulta, è chiaro che il livello di istruzione risulta un dato acquisito in giovane età e difficilmente migliorabile in termini di partecipazione a cicli scolastici o universitari superiori. La capacità di acquisire conoscenza e sapere si alimenta infatti in un orizzonte di medio-lungo termine. Ai fini del presente studio, quindi, si è cercato di prendere in considerazione un indicatore sui servizi accessibili nei territori che fosse relativo all'apprendimento orientato alla capacità di lavorare: certamente un indicatore parziale, ma utile in una dimensione di analisi comparata territoriale. L'indicatore relativo agli adulti inoccupati nella classe d'età 25-64 anni che partecipano ad attività formative e di istruzione nelle regioni, pur nella sua generica rappresentazione rispetto all'impatto sui fattori di rischio legati a potenziali maltrattanti e alla tipologia di enti erogatori delle attività formative, rappresenta comunque un punto di riferimento importante per gli amministratori pubblici, specialmente in merito ai fabbisogni formativi della popolazione adulta del territorio e alla consapevolezza di come anche queste iniziative possano rappresentare un fattore di protezione rispetto al maltrattamento sui bambini/e.

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	2015	Istat

### > I risultati<sup>xvii</sup>

Tra le nove regioni al di sopra della media nazionale figurano tre regioni del Nord, tutte le regioni del Centro Italia e una del Sud (il Molise). La prima regione per numero di adulti inoccupati che partecipano ad attività formative e di istruzione è il Trentino Alto Adige, seguito dalla Toscana, il Friuli Venezia Giulia, il Molise e l'Abruzzo.

FIGURA 23. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE



Le regioni che sviluppano meno attività formativa per gli adulti inoccupati sono il Veneto, la Campania, la Puglia e la Valle d'Aosta. Le disomogeneità territoriali rilevate in questo caso combinano regioni che hanno meno bisogno di formazione per adulti inoccupati a causa di tassi di occupazione elevati, e regioni che, pur in presenza di tassi di disoccupazione elevati, non sviluppano elevati livelli di formazione per adulti inoccupati.



## CAPACITÀ DI LAVORARE

### > Gli indicatori selezionati

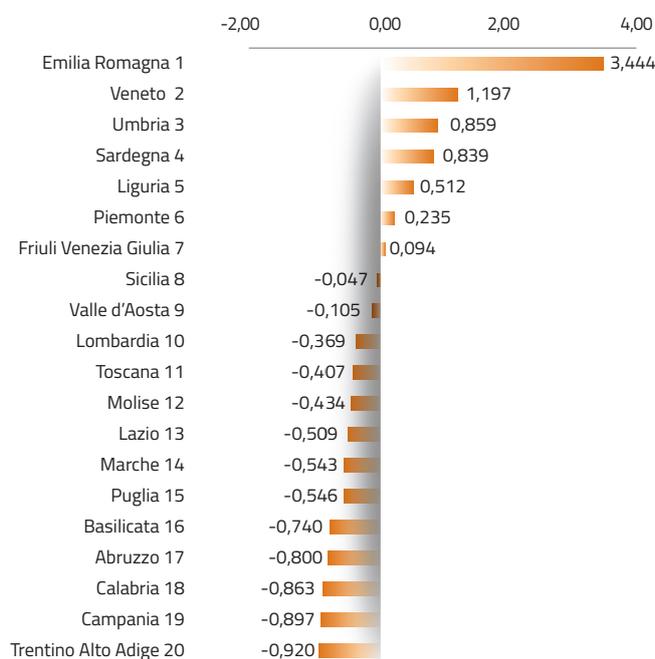
I servizi pubblici erogati con responsabilità di livello territoriale rispetto alla capacità di lavorare rientrano in generale nelle politiche attive del lavoro delle province/regioni/agenzie per il lavoro: servizi di incontro domanda-offerta di lavoro, bilanci di competenze, colloqui di orientamento etc. Tali servizi sono chiaramente rivolti alla generalità dei disoccupati e al momento, considerata la mancanza di adeguate e recenti rilevazioni nazionali, non possono essere rappresentati con indicatori disponibili. Pur mancando una capacità di rappresentazione generale dei servizi per il lavoro nei territori, l'unico indicatore utile ai fini della presente analisi riguarda i servizi per il lavoro promossi dai servizi sociali dei Comuni. Si tratta di un indicatore riferito a un target molto specifico di utenza che centra, tuttavia, un target che nella fascia genitoriale può essere preso come riferimento per la prevenzione di eventuali situazioni familiari a rischio di disagio e, indirettamente, di potenziale maltrattamento.

TABELLA 14. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI LAVORARE				
N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FORTE
1	Inserimento lavorativo <sup>77</sup>	Indice regionale servizi comunali per inserimento lavorativo: N° utenti/100.000 disoccupati over 15	2013	Istat

### > I risultati<sup>xvii</sup>

Forte di una tradizione storica di presenza dei servizi sociali, l'Emilia Romagna è la regione in Italia che presenta il maggior numero di utenti di servizi sociali comunali per l'inserimento lavorativo rispetto alla popolazione disoccupata. Seguono poi il Veneto, l'Umbria e la Sardegna. Le regioni sopra la media nazionale sono in tutto sette, a evidenziare un netto distacco tra le più virtuose e le meno.

FIGURA 24. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI LAVORARE





## CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

### > Gli indicatori selezionati

Nell'analisi dei fattori di rischio connessi con la capacità di accedere alle risorse e ai servizi si sono presi in considerazione indicatori relativi soprattutto alla condizione di povertà, disuguaglianza e difficoltà abitativa. Tra i servizi territoriali, il compito di fronteggiare queste situazioni di disagio sociale compete in prevalenza, ancora una volta, ai servizi sociali dei Comuni, che se ne occupano in merito a contributi, integrazioni di reddito e politiche abitative. Pur essendo anche in questo caso servizi non specificatamente mirati alla condizione degli adulti potenzialmente maltrattanti, è chiaro che tale popolazione di riferimento può essere direttamente interessata dal loro impatto. Per valutare l'incidenza di tali servizi su un target di popolazione maggiormente interessato, si è deciso di rapportare i due indicatori in esame - servizi e contributi per l'integrazione di reddito e per la situazione abitativa - rispetto alla popolazione dei territori che versa in stato di grave deprivazione materiale.

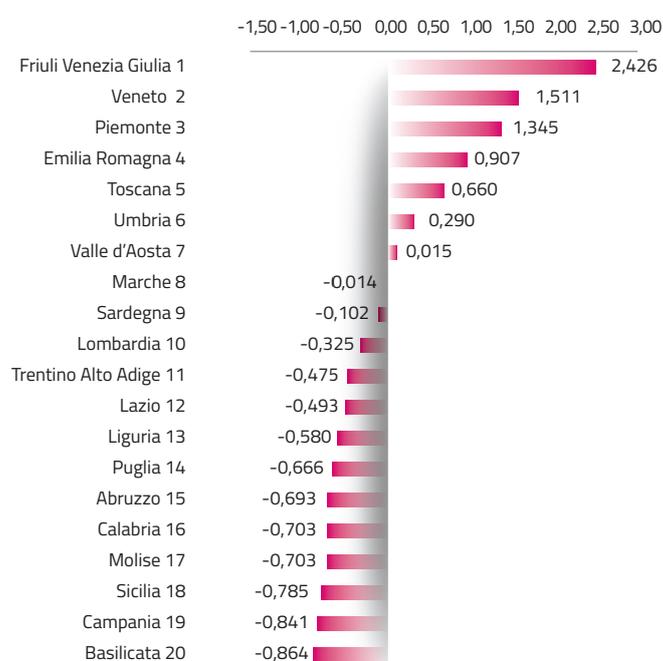
N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Integrazione al reddito e per accesso a servizi <sup>78</sup>	Indice regionale numero utenti servizio/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2013	Istat
2	Povertà/situazione abitativa <sup>79</sup>	Indice regionale servizi per gli alloggi: numero utenti/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2013	Istat

### > I risultati<sup>xviii</sup>

Rispetto ai due indicatori esaminati, l'indice aggregato per la capacità di accedere alle risorse e ai servizi mostra sette regioni al di sopra della media nazionale, delle quali cinque del Nord e due del Centro Italia. Tra la 14<sup>a</sup> e la 20<sup>a</sup> posizione figurano invece tutte regioni del Sud, tranne la Sardegna, che è invece 9<sup>a</sup>.

Il Friuli Venezia Giulia è la prima regione in Italia, seguita da Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Toscana.

FIGURA 25. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI





## INDICE SUI SERVIZI PER GLI ADULTI E LE FAMIGLIE POTENZIALMENTE MALTRATTANTI

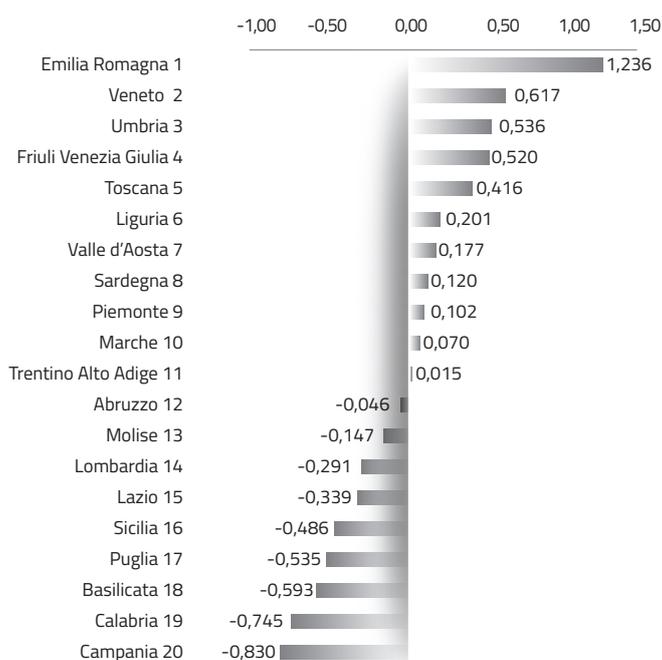
### > I risultati<sup>xix</sup>

Aggregando gli indicatori delle sei capacità esaminate nelle pagine precedenti si ottiene un indice complessivo che vede tra le undici regioni al di sopra della media nazionale sette delle otto regioni settentrionali, a esclusione della Lombardia che è 14<sup>a</sup>. Tra la 16<sup>a</sup> e la 20<sup>a</sup> posizione si osservano cinque delle otto regioni meridionali, mentre le altre tre sono rispettivamente la Sardegna (8<sup>a</sup>), l'Abruzzo (12<sup>o</sup>) e il Molise (13<sup>o</sup>).

L'Emilia Romagna, prima nell'indice aggregato, è prima per tre delle sei capacità esaminate (prendersi cura di sé e degli altri, vivere una vita sicura, lavorare).

La capacità di vivere una vita sana vede la Liguria al primo posto (6<sup>a</sup> nell'indice generale). Per la capacità di acquisire conoscenza e sapere la prima regione è il Trentino Alto Adige (11<sup>o</sup> nell'indice generale), mentre per la capacità di accesso alle risorse e ai servizi, la prima regione è il Friuli Venezia Giulia, che nella classifica complessiva è alla 4<sup>a</sup> posizione.

**FIGURA 26. INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: TOTALE CAPACITÀ**

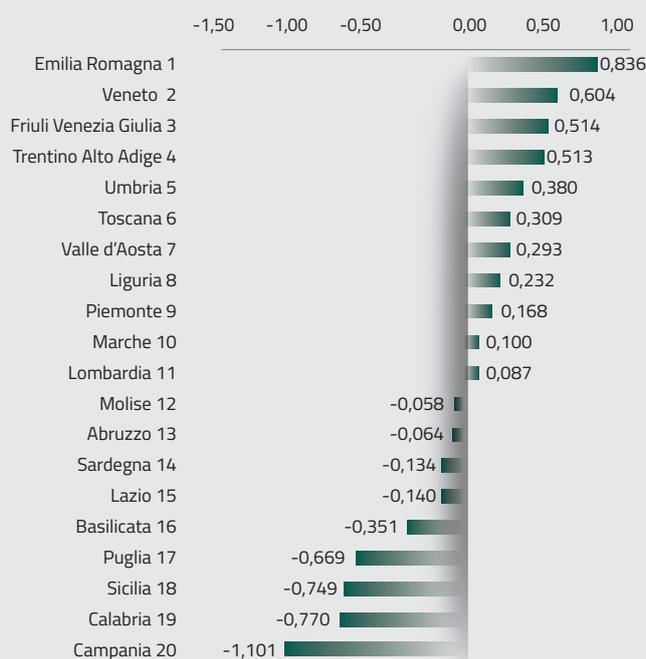


## 2.3.3 L'INDICE REGIONALE SUGLI ADULTI POTENZIALMENTE MALTRATTANTI: SINTESI FATTORI DI RISCHIO E SERVIZI



Analogamente al procedimento di aggregazione dell'indice sui bambini/e, anche l'indice aggregato riferito agli adulti/famiglie potenzialmente maltrattanti opera una sintesi che pesa in modo uguale i sintomi rilevati nell'analisi di contesto e i servizi erogati sui territori. Vengono così identificate undici regioni al di sopra della media nazionale, tutte le otto regioni del Nord e due del Centro Italia (Toscana e Marche). L'Emilia Romagna, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e il Trentino Alto Adige sono le prime quattro regioni che, tra contesto del territorio e servizi, presentano una migliore situazione di benessere per gli adulti/famiglie potenzialmente maltrattanti. Puglia, Sicilia, Calabria e Campania sono invece i territori con maggiori criticità.

**FIGURA 27. INDICE REGIONALE SUGLI ADULTI POTENZIALMENTE MALTRATTANTI**



## L'ANALISI TERRITORIALE E L'INCROCIO TRA DOMANDA POTENZIALE E OFFERTA DI SERVIZI

Anche nel caso dei potenziali maltrattanti è possibile mettere a confronto gli indicatori dei fattori di rischio a cui sono soggetti con gli indicatori dei servizi sui territori dedicati a loro e alle famiglie in generale. Parametrando il confronto tra regioni rispetto alla 10<sup>a</sup> posizione intesa come media nazionale, emergono quattro raggruppamenti che fanno comprendere le differenti situazioni territoriali in relazione alla criticità del contesto e alla capacità di risposta da parte dei servizi territoriali.

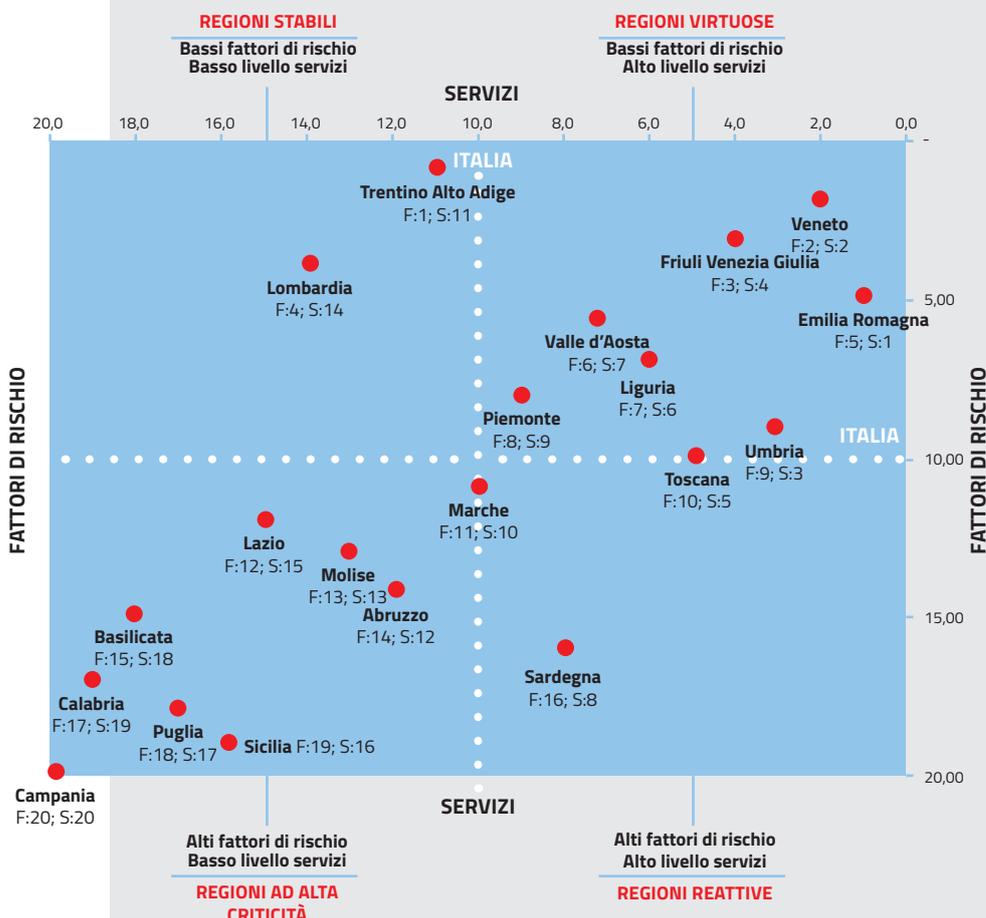
Situazioni che, come già sottolineato in precedenza, sono il risultato di tendenze sociali e strutture di servizi che si sono venute a creare nel tempo, corrispondenti molto spesso non solo al livello socio-economico del territorio ma anche, e forse soprattutto, alle differenti culture territoriali rispetto alla solidarietà, al senso di comunità, alla differente cultura civica di maggiore o minore individuali-

smo, maggiore o minore capacità di condivisione di un destino comune da parte delle popolazioni. Attitudini generali generatesi nella nostra storia più lontana e più recente che contraddistinguono le varie realtà rispetto al sociale in termini generali, ma che impattano anche sul fenomeno del maltrattamento ai minori, sia sui fattori di rischio che sulla capacità di risposta della collettività attraverso i governi territoriali. Il **primo gruppo di regioni** - definibili **"a elevata criticità"** - associa alti fattori di rischio riferiti ai potenziali maltrattanti a un'incapacità di reazione da parte delle amministrazioni locali e quindi anche un basso livello dei servizi. In questo gruppo sono comprese sette delle otto regioni meridionali e una regione del Centro Italia (Lazio). Un'altra regione del Centro Italia, le Marche, si posiziona esattamente sulla media nazionale per i servizi, ma all'11<sup>a</sup> posizione per fattori di rischio, collocandosi quindi a metà tra le regioni a elevata criticità e le regioni che mostrano segni di reattività (si veda gruppo seguente). Il **secondo gruppo di regioni** - definibili come **"reattive"** -

comprende regioni che pur in presenza di elevati livelli di criticità dei fattori di rischio reagiscono con un'offerta di servizi e pertanto si posizionano tra le prime dieci. In questo gruppo la Sardegna è 16<sup>a</sup> per la criticità dei fattori di rischio e 8<sup>a</sup> per livello di servizi. Al confine di questo gruppo, come anticipato, si trovano le Marche: nella media per i servizi, ma 11<sup>e</sup> per fattori di rischio. La Toscana, 10<sup>a</sup> per fattori di rischio e 5<sup>a</sup> per i servizi, è al confine tra il gruppo delle regioni "reattive" e quello che segue, che raggruppa le regioni definite "virtuose".

Il **terzo gruppo di regioni** - definibili come **"virtuose"** - comprende le regioni con un elevato livello di servizi e fattori di rischio dei potenziali maltrattanti nel complesso di contenuta criticità. Fanno parte di questo gruppo sei delle otto regioni settentrionali, oltre alla Toscana che si posiziona al confine con il raggruppamento precedente. Una lettura incrociata tra fattori di rischio e servizi pone in evidenza il Veneto quale regione più virtuosa

FIGURA 28. MATRICE FATTORI DI RISCHIO DEGLI ADULTI POTENZIALMENTE MALTRATTANTI E SERVIZI TERRITORIALI



(2<sup>a</sup> posizione sia per i fattori di rischio che per i servizi), seguita da Emilia Romagna (5<sup>a</sup> posizione per fattori di rischio e 1<sup>a</sup> per servizi), Friuli Venezia Giulia (3<sup>o</sup> per fattori di rischio e 4<sup>o</sup> per i servizi). Le altre regioni del gruppo, pur in presenza di una risposta virtuosa dei servizi rispetto alle contenute criticità dei fattori di rischio, registrano posizioni che si avvicinano maggiormente alla media nazionale (posizioni tra la 6<sup>a</sup> e la 10<sup>a</sup>).

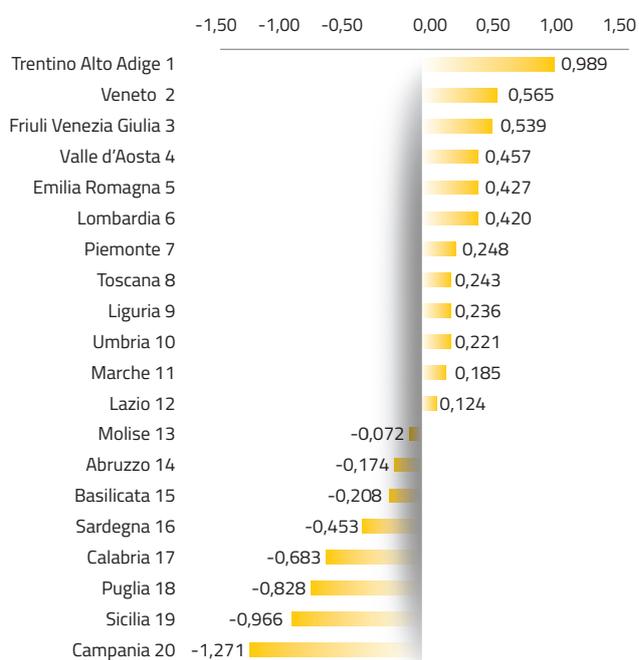
Il **quarto gruppo di regioni** - definibili come **"stabili"** - mette in evidenza regioni che in presenza di indicatori di fattori di rischio complessivamente contenuti forniscono una risposta in termini di servizi inferiore a quella del gruppo precedente. In questo gruppo si trova il Trentino Alto Adige, prima regione per basso livello di criticità riscontrate tra i fattori di rischio e undicesima regione rispetto ai servizi analizzati.

Situazione simile è quella della Lombardia, 4<sup>a</sup> per i fattori di rischio e 14<sup>a</sup> per i servizi destinati ai potenziali maltrattanti e alle loro famiglie.

## > I risultati

L'indice complessivo dei fattori di rischio vede dodici regioni al di sopra della media nazionale, tutte le otto regioni del Nord e le quattro regioni del Centro Italia. La regione che mostra il migliore indice aggregato di contesto totale è il Trentino Alto Adige, seguito da Veneto, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta ed Emilia Romagna. Le regioni con le maggiori criticità sono la Campania, la Sicilia, la Puglia e la Calabria.

FIGURA 30. INDICE REGIONALE SUI FATTORI DI RISCHIO

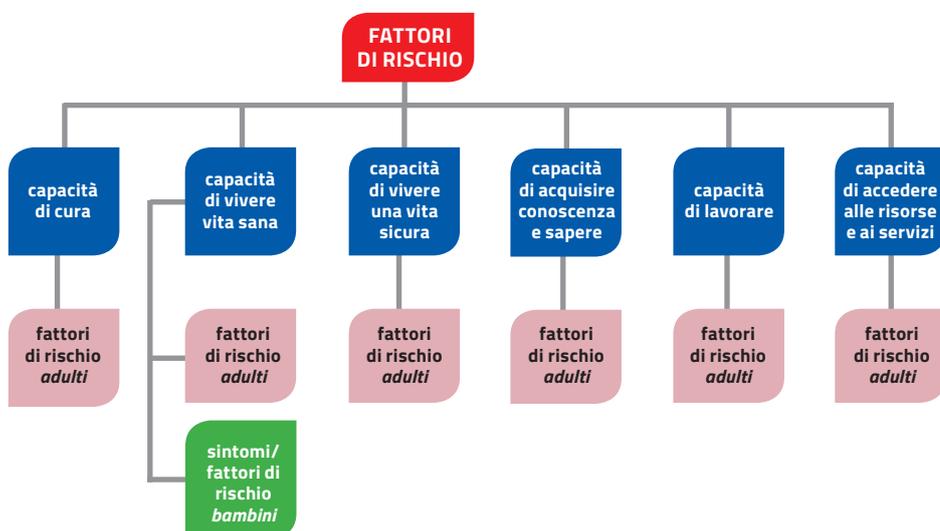


## 2.4 L'INDICE REGIONALE: FATTORI DI RISCHIO, SERVIZI E SINTESI PER CAPACITÀ

### 2.4.1 L'INDICE DEI FATTORI DI RISCHIO (ADULTI E BAMBINI/E)

Lo schema di analisi relativo all'indice sui fattori di rischio/sintomi complessivo prevede un'aggregazione per capacità dei singoli indicatori statistici riferiti ai fattori di rischio degli adulti e ai sintomi dei minori.

FIGURA 29: INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO ADULTI E BAMBINI/E: SCHEMA DI ANALISI



## L'ANALISI TERRITORIALE E L'INCROCIO TRA SINTOMI DEI BAMBINI/E E FATTORI DI RISCHIO DEGLI ADULTI

Nella Figura 31, che suddivide le regioni sulla base di due criteri - i sintomi relativi ai bambini/e e i fattori di rischio riferiti agli adulti/famiglie potenzialmente maltrattanti - si può osservare come in sedici regioni su venti l'andamento tra i due indicatori di contesto sia assolutamente omogeneo e coerente: dove ci sono criticità elevate per i potenziali maltrattanti vi sono anche criticità elevate per i minori e, viceversa, nei territori dove gli adulti godono di un elevato benessere psico-fisico e socio-economico anche i minori godono di un corrispondente livello di benessere. Anche nel caso delle quattro regioni che non rientrano nei due quadranti estremi si osservano posizionamenti dei due indicatori che si avvicinano alla media nazionale.

Una conferma empirica e numerica, quindi, di come la condizione degli adulti si rifletta su quella dei minori e dell'esigenza di interpretare la cura e la prevenzione del maltrattamento sui bambini/e come una politica estesa a tutta la famiglia, con un approccio di medio-lungo termine e di contrasto specifico alla trasmissione intergenerazionale.

## 2.4.2 L'INDICE DEI SERVIZI (ADULTI E BAMBINI/E)

Il procedimento di sviluppo dell'indice relativo ai servizi presuppone un'elaborazione di sintesi che comprende gli indicatori dei servizi per bambini/e e per adulti nell'articolazione per capacità già analizzate nelle pagine precedenti.

FIGURA 32: INDICE REGIONALE SERVIZI ADULTI E MINORI: SCHEMA DI ANALISI

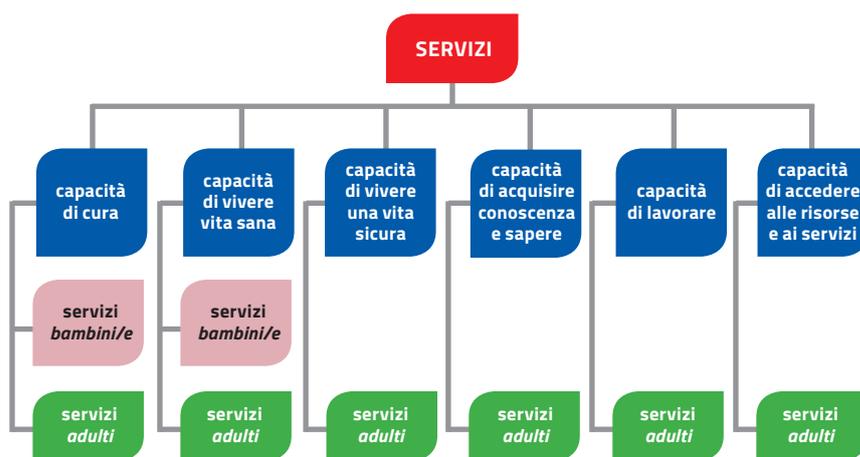


FIGURA 31. MATRICE SINTOMI DEI MINORI E FATTORI DI RISCHIO DEGLI ADULTI



> **I risultati**

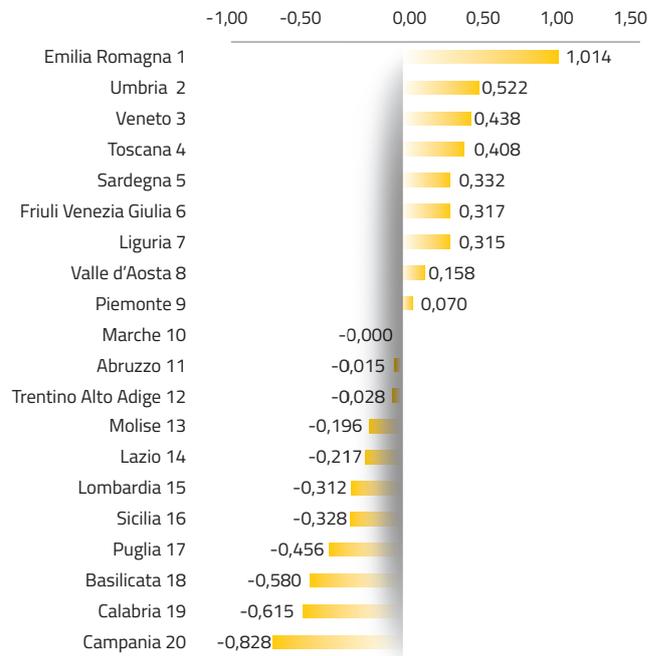
L'indice totale sui servizi che sintetizza sia i servizi rivolti all'infanzia che quelli rivolti agli adulti/famiglie vede dieci regioni al di sopra della media nazionale. Tra queste, l'Emilia Romagna è al primo posto seguita da Umbria, Veneto e Toscana. Le regioni con maggiore criticità sono la Campania, la Calabria, la Basilicata, la Puglia e la Sicilia.

**L'ANALISI TERRITORIALE E L'INCROCIO TRA OFFERTA DEI SERVIZI PER BAMBINI/E E ADULTI**

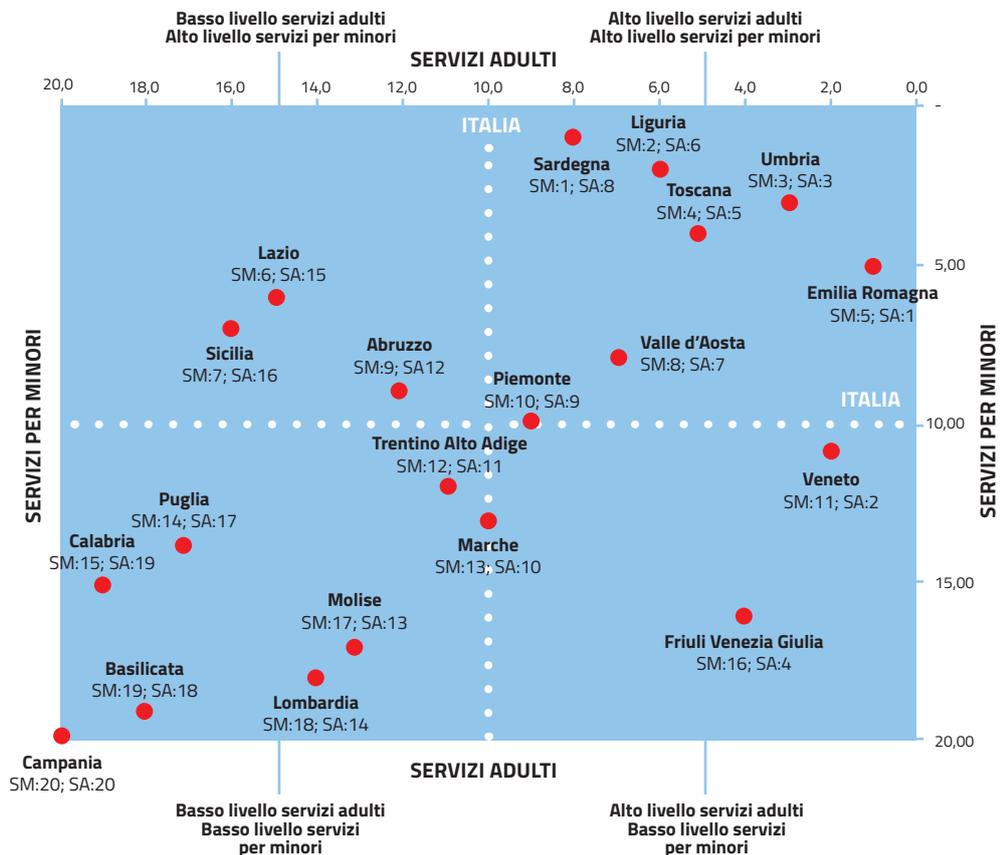
Il confronto tra regioni in merito ai servizi territoriali dedicati ai potenziali maltrattanti/famiglie e i servizi dedicati ai minori consente di riflettere sulle decisioni dei vari territori in merito alle priorità e alle scelte delle politiche di prevenzione e cura del maltrattamento.

Anche in questo caso emerge una scontata coerenza tra regioni che intervengono in modo consistente sia sui bambini/e che sui potenziali maltrattanti e famiglie, e viceversa: nei due poli opposti si concentrano infatti quindici delle venti regioni analizzate. È chiaro che il livello complessivo dei servizi è anche una risposta al livello di criticità del contesto rilevata: è vero che nel gruppo di regioni con servizi al di sotto della media nazionale si trovano sia regioni a elevata criticità di contesto (Campania) che regioni a bassa criticità di contesto, ma si suppone che per queste ultime prevalgono altre criticità in ambito sociale (Trentino Alto Adige e Lombardia). Tra le regioni con il livello più elevato di servizi sia per gli adulti/famiglie che per i bambini/e si rilevano cinque delle otto regioni del Nord. Il Friuli Venezia Giulia ha una maggiore attenzione per i servizi per gli adulti (4<sup>a</sup> posizione) rispetto ai servizi per i minori (16<sup>a</sup> posizione). Lazio, Sicilia e Abruzzo, viceversa, hanno un livello più elevato di servizi per minori rispetto ai servizi per gli adulti/famiglie. È utile sottolineare che questa chiave di lettura si riferisce ai servizi pubblici, ma non tiene conto dell'effetto compensativo che svolgono il terzo settore e il volontariato in alcune regioni nel sopperire alle mancanze e lacune dei servizi pubblici territoriali.

**FIGURA 33. INDICE REGIONALE SUI SERVIZI**



**FIGURA 34. MATRICE SERVIZI PER MINORI E ADULTI**



### 2.4.3 L'INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ



La costruzione di un indice sintetico complessivo, creato attraverso la lettura trasversale per capacità degli indicatori di contesto (fattori di rischio dei potenziali maltrattanti e sintomi dei minori) e degli indicatori dei servizi (ai potenziali maltrattanti/famiglie e ai minori), offre una sintesi complessiva di maggiore o minore criticità dei territori rispetto al maltrattamento sui bambini/e. Una lettura integrata, quindi, tra la situazione di contesto e la capacità di risposta da parte delle amministrazioni locali che, attraverso i vari livelli di dettaglio proposti, permette anche di leggere le ragioni del posizionamento delle varie regioni, i punti di forza e di debolezza di ciascuna. Si offre così un quadro di analisi dei territori utile non solo alla conoscenza del fenomeno, ma anche alla possibilità delle amministrazioni territoriali di sviluppare su questa problematica scelte politiche e di governo consapevoli e basate su un'analisi oggettiva e concreta.

#### > I risultati

L'indice regionale complessivo di prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e che sintetizza gli indicatori di contesto e gli indicatori sui servizi pone undici regioni al di sopra della media regionale. Tra queste si concentrano sette regioni del Nord e le quattro del Centro Italia. Le regioni che presentano il migliore livello di benessere complessivo dei bambini/e rispetto al tema del maltrattamento sono l'Emilia Romagna, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, il Trentino Alto Adige, l'Umbria, la Toscana e la Valle d'Aosta. Come già emerso nelle pagine precedenti, il Sud presenta le maggiori criticità e le più elevate condizioni sfavorevoli rispetto alle probabilità dei bambini/e di subire maltrattamento. Tra le regioni con l'indice complessivo più basso si rilevano infatti la Campania, la Calabria, la Sicilia, la Puglia e la Basilicata. Questa chiave di lettura, soffermandosi solo sulla lettura del contesto e dei servizi, non misura quanti bambini/e sono effettivamente maltrattati nei territori, ma solo quali sono le condizioni ambientali nelle quali i bambini/e vivono e se queste situazioni sono più o meno sfavorevoli rispetto al fenomeno del maltrattamento.

FIGURA 36. INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ

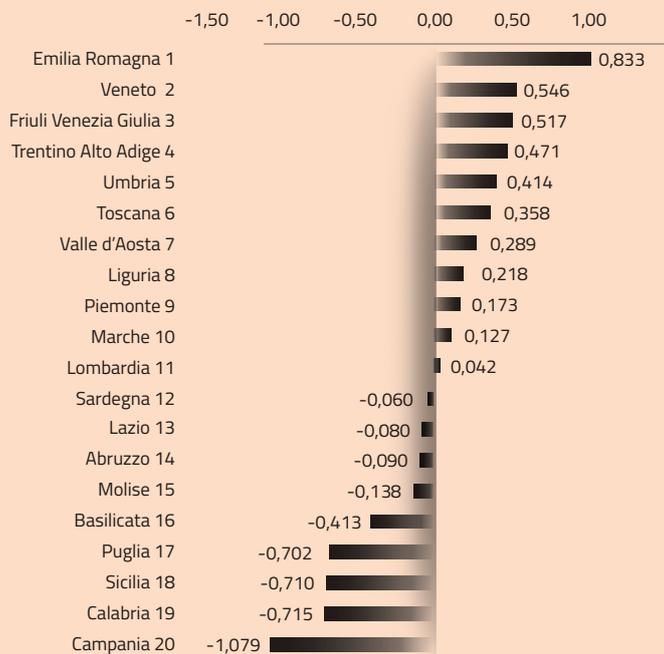
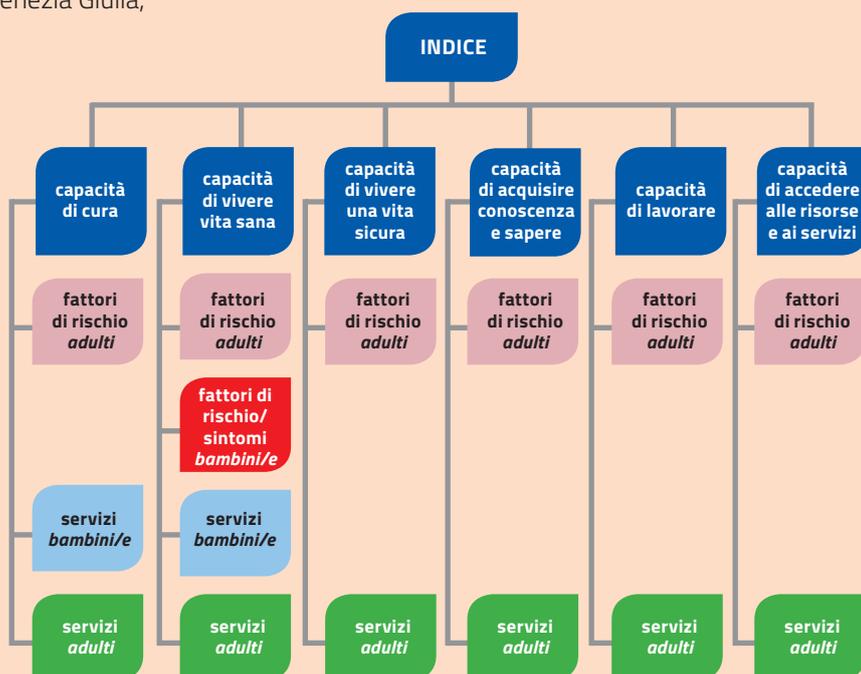


FIGURA 35. INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ: SCHEMA DI ANALISI



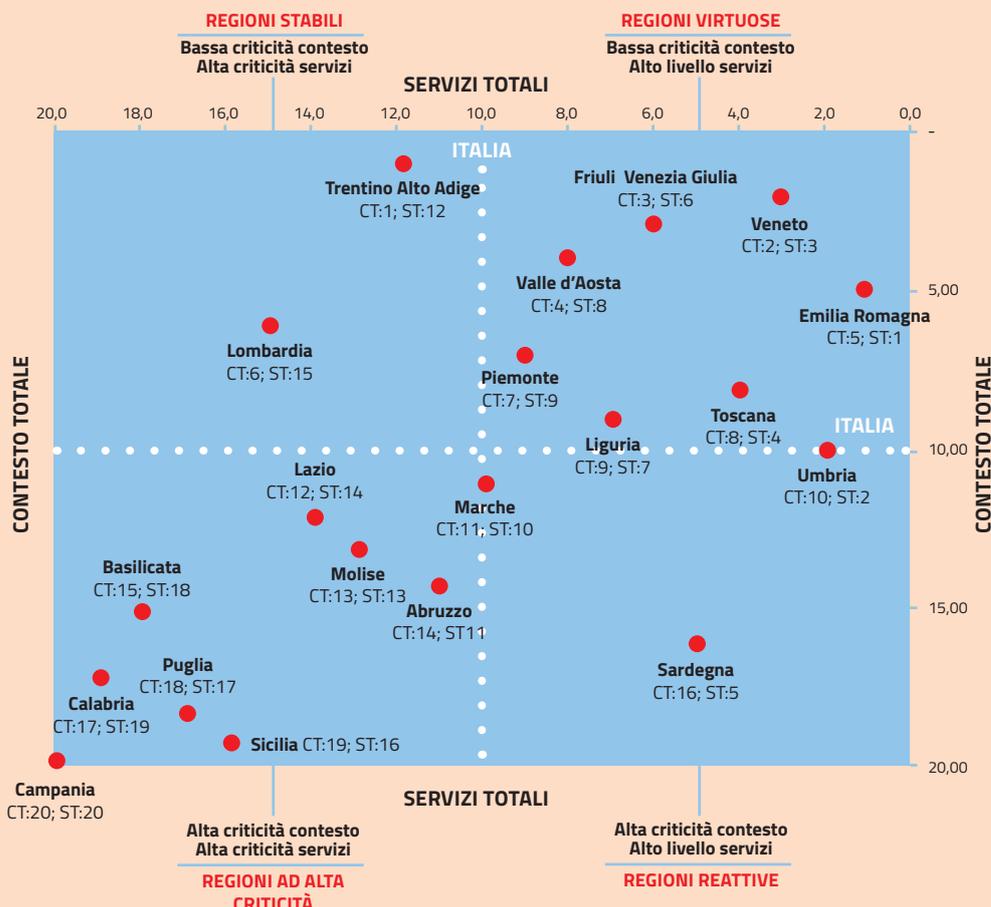
## L'ANALISI TERRITORIALE E L'INCROCIO TRA DOMANDA POTENZIALE E OFFERTA DI SERVIZI

Analogamente a quanto analizzato nelle pagine precedenti, l'incrocio tra gli indicatori di contesto (fattori di rischio e sintomi) e i servizi pubblici erogati nelle regioni rispetto alla prevenzione del maltrattamento restituisce un posizionamento territoriale che mette in evidenza la situazione di maggiore o minore criticità del contesto e che definisce i bisogni di intervento e di sostegno da parte del settore pubblico e l'offerta di servizi già esistente, qui identificata come la capacità di reazione di un territorio rispetto alla complessità dei problemi socio-economici individuati. Anche in questo caso la distribuzione delle due variabili rispetto ai quattro quadranti che ne incrociano il livello più o meno basso di criticità restituisce la lettura dei differenti gradi di sviluppo socio-economico e di cultura politica dei territori. La distribuzione delle regioni rispetto al contesto e ai servizi totali vede nel quadrante delle **regioni ad alta criticità** tutte le regioni del Sud a esclusione della Sarde-

gna. All'interno di questo raggruppamento si osservano differenti situazioni: si va dal più elevato livello di criticità complessivo (la Campania è 20<sup>a</sup> sia per il contesto che per i servizi) a situazioni di progressivo avvicinamento alla media nazionale e al quadrante successivo (l'Abruzzo è 14<sup>o</sup> per il contesto e 11<sup>o</sup> per i servizi, le Marche sono 11<sup>e</sup> per il contesto e 10<sup>e</sup> per i servizi, quasi allineate alla media nazionale).

Nel quadrante successivo, quello delle **regioni reattive**, si trova soprattutto la Sardegna, regione del Sud che, di fronte alla 16<sup>a</sup> posizione in termini di criticità ambientali, offre un sistema complessivo di servizi dedicati ai minori che si colloca alla 5<sup>a</sup> posizione in Italia. Sul perimetro del quadrante si posizionano le Marche, come anticipato, e l'Umbria, 10<sup>a</sup> per situazione di contesto e 2<sup>a</sup> per i servizi. Tra le **regioni virtuose**, che hanno quindi sia una situazione di contesto che un'offerta di servizi superiore alla media nazionale, si trovano sei delle otto regioni del Nord e una del Centro Italia (la Toscana). Anche in questo raggruppamento il livello varia tra le regioni più virtuose (l'Emilia

FIGURA 37. MATRICE INDICI FATTORI DI RISCHIO/SINTOMI E SERVIZI



Romagna è 5ª per il contesto e 1ª per i servizi, il Veneto è 2° per il contesto e 3° per i servizi) e regioni che, pur nella generale correlazione positiva tra le due variabili, si avvicinano di più alla media nazionale (la Liguria è 9ª per il contesto e 7ª per i servizi).

Nell'ultimo raggruppamento delle **regioni stabili** si collocano due regioni del Nord, il Trentino Alto Adige e la Lombardia. In questi due casi si tratta di regioni che, a fronte di criticità ambientali basse, rispondono con un sistema di servizi più basso della media nazionale.

Il Trentino Alto Adige, primo per contesto, mette a disposizione un sistema di servizi che complessivamente è alla 12ª posizione nel quadro nazionale. La Lombardia, 6ª per criticità ambientali, si posiziona 15ª per il complesso dei servizi.

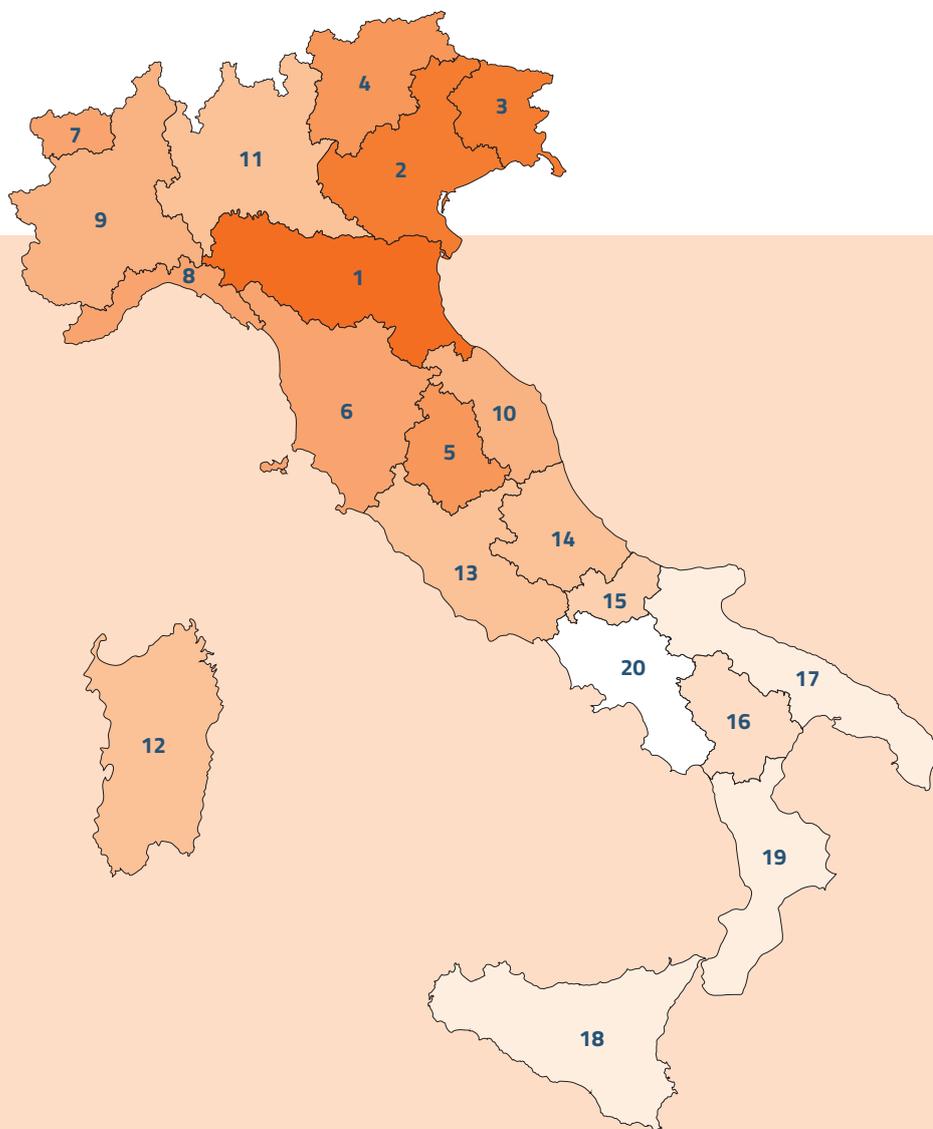
Il dettaglio per le **sei capacità** che compongono l'indice finale mette in evidenza i punti di forza e di debolezza dei vari territori che hanno poi determinato il posizionamento complessivo. La 1ª posizione per le varie capacità, che determina un inequivocabile punto di forza delle regioni, è appannaggio dell'Emilia Romagna per quanto riguarda il

sistema dei servizi dedicati alla capacità di cura e di lavorare, del Friuli Venezia Giulia per la capacità di accedere alle risorse, del Trentino Alto Adige per la capacità di acquisire conoscenza e sapere, della Valle d'Aosta per la capacità di vivere una vita sicura e della Liguria per la capacità di vivere una vita sana. Il buon posizionamento complessivo delle prime regioni è comunque il frutto di una media di sei variabili e quindi indetifica, oltre agli innegabili punti di forza delle prime posizioni per ogni capacità, anche l'equilibrio tra le varie capacità nel loro complesso: il Veneto, ad esempio, pur essendo 2° nella classificazione generale non è 1° in nessuna capacità; il suo posizionamento è dato da un buon equilibrio complessivo su tutti gli aspetti esaminati.

Le ultime quattro regioni per le quali l'indice totale ha restituito le maggiori difficoltà - Campania, Calabria, Sicilia e Puglia - registrano per le singole capacità posizioni comprese tra la 16ª e la 20ª posizione, a conferma di una difficoltà strutturale del sistema rispetto a questa tematica. Fa parzialmente eccezione la Sicilia, che si colloca alla 10ª posizione solo per la capacità di vivere una vita sicura.

**TABELLA 16. INDICE REGIONALE DI PREVENZIONE E CURA DEL MALTRATTAMENTO SUI BAMBINI/E: DETTAGLIO PER CAPACITÀ**

							
	TOTALE	CURA	VITA SANA	VITA SICURA	CONOSCENZA E SAPERE	LAVORARE	ACCEDERE RISORSE
1	 <b>EMILIA ROMAGNA</b> 0,833	1	8	2	9	1	4
2	 <b>VENETO</b> 0,546	6	4	3	12	2	2
3	 <b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b> 0,517	11	9	8	6	5	1
4	 <b>TRENTINO ALTO ADIGE</b> 0,471	3	3	4	1	8	8
5	 <b>UMBRIA</b> 0,414	7	7	7	7	3	7
6	 <b>TOSCANA</b> 0,358	8	5	11	2	10	5
7	 <b>VALLE D'AOSTA</b> 0,289	4	2	1	15	7	6
8	 <b>LIGURIA</b> 0,218	2	1	9	13	4	11
9	 <b>PIEMONTE</b> 0,173	5	15	14	11	6	3
10	 <b>MARCHE</b> 0,127	12	12	5	8	11	9



	TOTALE	 CURA	 VITA SANA	 VITA SICURA	 CONOSCENZA E SAPERE	 LAVORARE	 ACCEDERE RISORSE
11 	<b>LOMBARDIA</b> 0,042	10	13	12	10	9	10
12 	<b>SARDEGNA</b> -0,060	9	10	6	16	12	14
13 	<b>LAZIO</b> -0,080	16	6	20	4	13	12
14 	<b>ABRUZZO</b> -0,090	14	11	13	5	14	15
15 	<b>MOLISE</b> -0,138	15	14	17	3	15	13
16 	<b>BASILICATA</b> -0,413	13	19	15	14	16	16
17 	<b>PUGLIA</b> -0,702	18	17	19	18	17	17
18 	<b>SICILIA</b> -0,710	17	16	10	20	18	19
19 	<b>CALABRIA</b> -0,715	19	18	16	17	19	18
20 	<b>CAMPANIA</b> -1,079	20	20	18	19	20	20

<sup>1</sup>Per un approfondimento sull'Approccio delle capacità nell'ottica dello sviluppo umano si rimanda all'Appendice I.

<sup>2</sup>Per un approfondimento sul metodo di calcolo utilizzato si rimanda alla nota in Appendice.

<sup>3</sup>WHO Regional Office for Europe (2013).

<sup>4</sup>Istat (2015) e Banca dati Istat: <http://dati.istat.it/>

<sup>5</sup>UNICEF (2006), p.57.

<sup>6</sup>FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2015).

<sup>7</sup>Maclean, Sims, Bower, Leonard, Stanley, O'Donnell (2017).

<sup>8</sup>WHO (2013).

<sup>9</sup>Il punteggio di Apgar è un punteggio che viene attribuito al neonato durante i primi minuti dopo la nascita per valutare le condizioni cliniche dopo lo stress del parto.

<sup>10</sup>Austin, Jun, Jackson, Spiegelman, Rich-Edwards, Corliss, Wright (2008); Balsam, Rothblum, Beauchaine (2005); Corliss, Cochran, Mays (2002); Tjaden, Thoennes, Allison (1999).

<sup>11</sup>Ryan, Russell, Huebner, Diaz, Sanchez (2009); Ryan, Russell, Huebner, Diaz, Sanchez (2010).

<sup>12</sup>WHO (2013).

<sup>13</sup>L'indicatore sulle gravidanze precoci è presente sia in questa sede quale sintomo di maltrattamento ai minori che, come si vedrà in seguito, tra i fattori di rischio relativi ai genitori potenzialmente maltrattanti. La duplice valenza di questo indicatore rappresenta certamente una chiara evidenza del peso della trasmissione intergenerazionale del maltrattamento sui bambini/e in famiglia.

<sup>14</sup>Fonte: "Health Behaviour in School aged Children World Health Organization Collaborative Cross-National Survey" <http://www.hbsc.unito.it/it/index.php/lo-studio/lo-studio-hbsc.html>. Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio multicentrico internazionale ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)) svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa ([www.who.int/about/regions/euro/en/index.html](http://www.who.int/about/regions/euro/en/index.html)).

Le fasi di Data Collection si svolgono ogni quattro anni sulla base di un protocollo multidisciplinare. L'ultima indagine 2014 è stata effettuata su un campione rappresentativo nazionale, per un totale di circa 65.000 ragazzi/e. La popolazione target dello studio HBSC sono ragazzi e ragazze in età scolare (11, 13 e 15 anni).

<sup>15</sup>Klein (2011).

<sup>16</sup>Per una maggiore capacità di rappresentazione territoriale si è deciso di prendere in considerazione sia i posti del servizio pubblico che quelli autorizzati dei servizi per l'infanzia privati.

<sup>17</sup>Comprende: 1. servizio per l'affidamento familiare, 2. servizio per l'adozione minori, 3. contributi per l'affido familiare.

<sup>18</sup>Comprende: 1. sostegno socio-educativo scolastico, 2. sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare, 3. contributi economici per servizi scolastici.

<sup>19</sup>La Lombardia presenta diversi sintomi di criticità rispetto alla vulnerabilità al maltrattamento sui minori che la collocano all'11<sup>a</sup> posizione tra le 20 esaminate: è infatti 10<sup>a</sup> per le gravidanze precoci, 3<sup>a</sup> per l'obesità infantile, 10<sup>a</sup> per il fumo in età giovanile, 9<sup>a</sup> per il consumo di alcol e per il consumo di droghe tra i giovani. La capacità di risposta in termini di servizi la colloca invece alla 18<sup>a</sup> posizione in quanto: è 6<sup>a</sup> per i servizi di prima infanzia 0-2 anni, 17<sup>a</sup> per i servizi di scuola dell'infanzia 4-5 anni, 10<sup>a</sup> per numero di minori per i servizi per l'infanzia di affidi e adozioni, 15<sup>a</sup> per numero di ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali, 11<sup>a</sup> per i servizi sociali di sostegno socio-educativo, 16<sup>a</sup> per tasso di dimissioni per disturbi psichici, 15<sup>a</sup> per numerosità dei pediatri, 19<sup>a</sup> per numerosità dei consultori.

<sup>20</sup>Budd, Heilman, Kane (2000).

<sup>21</sup>Hien, Cohen, Caldeira, Flom, Wasserman (2010); Stith, Liu, Davies, Boykin, Alder, Harris, Som, McPherson, Dees (2009).

<sup>22</sup>Guterman (2015).

<sup>23</sup>Haskett, Smith Scott, Grant Ward, Robinson (2003).

<sup>24</sup>Tucker e Rodriguez (2014).

<sup>25</sup>Paavilainen e Astedt-Kurki (2003).

<sup>26</sup>Schneider (2017).

<sup>27</sup>Bifulco, Moran, Jacobs, Bunn (2009).

<sup>28</sup>CDC (2014).

<sup>29</sup>Van Ijzendoorn, Euser, Prinzie, Juffer, Bakermans-Kranenburg (2009).

<sup>30</sup>L'indicatore relativo all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) non è stato preso in considerazione poiché non è rappresentativo di una capacità di evitare gravidanze indesiderate, quanto piuttosto del contrario.

<sup>31</sup>Kalland, Sinkkonen, Gissler, Meriläinen, Siimes (2006).

<sup>32</sup>Walsh, MacMillan, Jamieson (2003).

<sup>33</sup>WHO (2010).

<sup>34</sup>Laslett, Room, Dietze, Ferris (2012).

<sup>35</sup>Freisthler e Weiss (2008).

<sup>36</sup>Freisthler, Wolf, Wiegmann, Kepple (2017).

<sup>37</sup>WHO (2013).

<sup>38</sup>Department for education – UK (2012).

<sup>39</sup>Weissman, Feder, Pilowsky, Olfson, Fuentes, Blanco, Lantigua, Gameraff, Shea (2004); Windham, Rosenberg, Fuddy, McFarlane, Sia, Duggan (2004).

<sup>40</sup>Laulik, Allam, Browne (2016).

<sup>41</sup>Sidebotham e Heron (2006).

<sup>42</sup>Bartlett, Kotake, Fauth (2017).

<sup>43</sup>I tassi di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici di varia origine (abuso di alcol, droghe, disturbi affettivi etc.) sono stati considerati come indicatori dei servizi erogati sui territori. Pur essendo legati a patologie effettive, è stato valutato che tali indicatori siano maggiormente rappresentativi dell'offerta di cure ospedaliere e della risposta del servizio sanitario regionale, che varia nei territori.

<sup>44</sup>Know Violence in Childhood (2017b), Evidence Highlights 5, p.1.

<sup>45</sup>Baskin e Sommers (2011).

<sup>46</sup>Jouriles, McDonald, Slep, Heyman, Garrido (2008).

<sup>47</sup>Thrane, Hoyt, Whitbeck, Yoder (2006).

<sup>48</sup>Petersen, Joseph, Feit, eds. (2014).

<sup>49</sup>Tucker e Rodriguez (2014).

<sup>50</sup>Vasquez Guerrero (2009).

<sup>51</sup>Bernacchi, Fabris, Zelano (2016).

<sup>52</sup>UN – United Nations Secretary General (2006), p.58.

<sup>53</sup>Si stima che circa 200 milioni di bambine siano state sottoposte a mutilazione genitale femminile nel mondo. Di queste, circa la metà vive in Indonesia, Egitto ed Etiopia. Non vi sono dati precisi, ma la pratica persiste in alcune comunità di migranti in Europa e Nord America. Vedi UNICEF (2016b) e UNICEF (2016a).

<sup>54</sup>Due dei sette indicatori derivano dall'indagine Istat del 2014 sulla sicurezza delle donne. Si tratta dell'unica indagine nazionale con possibilità di analisi a livello regionale che si è occupata di violenza e sicurezza personale. Pur riguardando l'indagine solo la popolazione femminile, nello specifico quella tra i 16 e i 70 anni, si è ritenuto che gli indicatori desunti dalla stessa potessero essere adeguatamente rappresentativi nel confronto regionale.

<sup>55</sup>Euser, Van Ijzendoorn, Priezen, Bakermans-Kranenburg (2010).

<sup>56</sup>UNICEF (2010).

<sup>57</sup>Lundberg e Wuermli, eds. (2012).

<sup>58</sup>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.

<sup>59</sup>Eckenrode, Smith, McCarthy, Dineen (2014).

<sup>60</sup>Pelton (2015).

<sup>61</sup>Bywaters, Bunting, Davidson, Hanratty, Mason, McCartan, Steils (2016).

<sup>62</sup>Cancian, Shook Slack, Yang (2010).

<sup>63</sup>Brooks-Gunn, Schneider, Waldfogel (2013).

<sup>64</sup>UNICEF (2017b).

<sup>65</sup>Van Ijzendoorn, Euser, Prinzie, Juffer, Bakermans-Kranenburg (2009).

<sup>66</sup>LeBrun, Hassan, Boivin, Fraser, Dufour, Lavergne (2016).

<sup>67</sup>Bianchi e Moretti (2006), pp. 223-224.

<sup>68</sup>Con riferimento all'identificazione dei servizi, l'indicatore è costruito con la somma del numero di utenti che possono avvalersi di più servizi.

Non disponendo del dato univoco rispetto alle persone, si è ritenuto opportuno definire l'indicatore come "numero di servizi" erogati sul territorio, che ben rappresenta comunque l'attività e il dinamismo delle amministrazioni locali e la loro sensibilità e attenzione verso le tematiche sociali della famiglia e dei minori. Con riferimento al target di riferimento utilizzato per la definizione di "famiglia e minori", cioè i residenti in età 0-18 anni e la popolazione adulta 18-64 anni non celibe/nubile, vi è consapevolezza dell'esclusione delle famiglie conviventi nelle quali i partner rimangono in stato civile di celibe/nubile, e in questo senso l'indicatore è sovrastimato.

D'altra parte, comprendere tutta la popolazione 18-64 anni celibe/nubile avrebbe incluso una parte di popolazione non potenzialmente interessata ai servizi per la famiglia e i minori che avrebbe al contrario reso l'indicatore eccessivamente sottostimato.

<sup>69</sup>Questo indicatore non appartiene all'area dei servizi sociali "famiglia e minori" ma a quella degli adulti. L'evidente connessione con l'esigenza di prevenire potenziali situazioni di maltrattamento dei bambini ha indotto a inserirlo in questa area.

<sup>70</sup>Comprende: 1. Servizio di mediazione familiare 2. Attività di sostegno alla genitorialità 3. Centri per le famiglie.

<sup>71</sup>Comprende: 1. Servizio sociale professionale 2. Altre attività di servizio sociale professionale 3. Contributi per favorire interventi del terzo settore.

<sup>72</sup>Comprende: 1. Assistenza domiciliare socio-assistenziale 2. Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario 3. Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio 4. Altri interventi di assistenza domiciliare.

---

<sup>73</sup> Comprende: 1. Altri centri e strutture a ciclo diurno 2. Strutture residenziali 3. Centri estivi o invernali (con pernottamento) 4. Altri centri e strutture residenziali 5. Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali 6. Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali.

<sup>74</sup> Gli indicatori regionali disponibili rappresentano solo la cura di patologie e condizioni di salute già conclamate.

Le attività di prevenzione dei fattori di rischio di questa area, infatti, pur essendo presenti in termini di iniziative di sensibilizzazione nei territori, promossi sia dalle istituzioni locali stesse che dall'associazionismo e dal terzo settore, non hanno un monitoraggio regionale sistematico.

<sup>75</sup> Per l'indicatore relativo ai centri anti violenza e case rifugio abitualmente si prende a riferimento il numero di strutture rispetto ai 100.000 abitanti. Tale indicatore è piuttosto generico e falsifica i confronti territoriali rispetto alle differenti composizioni demografiche. Per tentare di elaborare un indicatore più mirato all'effettiva utenza potenziale rispetto a questi servizi, anche se pur sempre di categorie macro, si è preso a riferimento il bacino di effettiva utenza potenziale della popolazione, cioè le donne tra i 18 e i 70 anni e i minori tra 0 e 17 anni. Per il numero dei centri anti violenza si è preso a riferimento il censimento del Dipartimento per le Pari Opportunità e dell'Istat aggiornato al 2016 (Istat, Centri anti violenza e case rifugio, <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/la-fuoriuscita/centri-anti-violenza>). Esiste un aggiornamento al settembre 2017, ma, in mancanza di un corrispondente dato relativo alla popolazione, disponibile solo al 1° gennaio 2017, si è deciso di prendere a riferimento il dato dei centri anti violenza e case rifugio aggiornato al settembre 2016, poi messo a rapporto con il dato temporalmente più vicino disponibile, quello della popolazione al 01/01/2017. Pur essendo consapevoli delle differenze nei servizi tra i centri anti violenza e le case rifugio, si è deciso inoltre di proporre un unico indicatore, frutto della somma dei due, poiché si è ritenuto importante mettere in evidenza la dotazione infrastrutturale complessiva dei territori.

<sup>76</sup> Comprende: 1. Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio 2. Attività ricreative, sociali, culturali 3. Altre attività di integrazione sociale.

<sup>77</sup> Comprende: 1. Sostegno all'inserimento lavorativo, 2. Altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo, 3. Contributi per l'inserimento lavorativo.

<sup>78</sup> Comprende: 1. Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore) 2. Contributi a integrazione del reddito familiare 3. Contributi per cure o prestazioni sanitarie 4. Altri contributi economici.

<sup>79</sup> Comprende: 1. Intermediazione abitativa/assegnazione alloggi 2. Contributi per alloggio.

## 3.1 CONCLUSIONI

L'indice regionale sulla prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e restituisce nelle sue varie articolazioni una lettura territoriale che consente di valutare i punti di forza e di debolezza delle regioni, dando indicazioni di massima su quali fattori di contesto, servizi e capacità sia più opportuno intervenire. Si tratta di una prima sperimentazione che sconta i limiti di analisi derivanti da una mancanza di dati specifici relativi al maltrattamento. Tuttavia, già a questo stadio di ricerca, emergono con chiarezza alcune riflessioni e lezioni apprese.

Rispetto all'**analisi di contesto dei fattori di rischio** l'indagine ha mostrato le seguenti evidenze.

### **La costruzione di un sistema puntuale di rilevazione dei dati per il monitoraggio della problematica del maltrattamento ai bambini/e è importante e necessaria.**

È emersa in modo evidente la mancanza di un sistema di indicatori che consentano di monitorare il fenomeno del maltrattamento ai bambini in modo puntuale: a oggi, a livello regionale, mancano dati relativi alle famiglie con minori (a titolo di esempio: non sappiamo quante sono, né la fascia di età dei genitori, qual è la loro condizione lavorativa, gli indicatori di povertà e/o di benessere economico di queste famiglie, la condizione di salute psico-fisica dei loro componenti rispetto ai fattori di rischio, quali sono le diverse fasce di età dei minori etc.). Nessuno degli indicatori reperiti si riferisce infatti esplicitamente a fasce di età genitoriali specifiche. Non ci sono a oggi dati a livello regionale relativi alla genitorialità, né in generale né, tanto meno, rispetto alle famiglie maggiormente a rischio di disagio. Queste informazioni sono invece fondamentali per poter indirizzare consapevolmente le risorse a questa specifica problematica e costruire così politiche efficaci. Il livello di analisi territoriale si è rivelato importante in quanto sono emerse differenze consistenti nelle varie aree del Paese. Differenze già conosciute in altri ambiti di ricerca, sia sociale che economica, che si confermano anche nell'analisi mirata alla valutazione dei fattori di rischio del maltrattamento ai bambini/e.

Per poter disporre di dati utili a costruire politiche e strategie di medio-lungo termine, occorrono sistemi di rilevazione e di monitoraggio periodici, costanti e permanenti, in

grado di rilevare sia dimensioni qualitative che quantitative attinenti alle varie dimensioni con **un approccio multidimensionale**. In particolar modo si è riscontrato un forte bisogno di indagini basate su rilevazioni campionarie rappresentative delle dinamiche familiari a livello territoriale. La rilevazione degli indicatori per capacità ha infatti dovuto porre una maggiore attenzione alle dinamiche economico-sociali, a scapito di quelle più private e familiari, proprio perché mancano indicatori specifici a livello regionale che riguardano la personalità, il carattere, il sistema emotivo delle persone e le dinamiche relazionali nelle famiglie.

### **Le differenze territoriali dell'analisi di contesto sono rilevanti.**

I risultati della ricerca hanno messo in evidenza come le specificità territoriali nel nostro Paese abbiano una rilevanza fondamentale, non solo per le conosciute condizioni di disagio socio-economico del Sud Italia, ma anche per la differente interpretazione che molti dati possono produrre nei vari territori.

I pochi indicatori relativi alla dimensione privata che è stato possibile utilizzare, hanno messo in evidenza in alcuni casi una diretta relazione con la condizione socio-economica del territorio, ma in altri hanno evidenziato dinamiche contraddittorie che solo le peculiarità specifiche delle regioni possono spiegare. Il dato sulle separazioni, ad esempio, è risultato ambiguo poiché può indicare sia una effettiva maggiore conflittualità familiare, sia una maggiore libertà delle donne di sottrarsi a condizioni di insicurezza e violenza per sé e per i propri figli.

Analogamente, alcuni indicatori relativi all'empowerment femminile hanno evidenziato allo stesso tempo sia il vantaggio in termini di crescita personale, economica e sociale delle donne che favorisce maggiori capacità di controllo delle situazioni di rischio, sia, al contempo, la possibilità di un aumento della conflittualità familiare dovuta alla ridefinizione dei ruoli e quindi di un maggiore rischio di vulnerabilità dei bambini rispetto al maltrattamento.

### **Occorre inserire la lettura di genere nell'ambito delle dinamiche del maltrattamento e della violenza.**

Il dato di genere appare determinante nelle chiavi di lettura delle dinamiche familiari che portano al maltrattamento sui bambini/e. La letteratura ci restituisce infatti un legame molto forte tra violenza di genere e maltrattamento sui bambini/e, non solo riconducibile alla violenza assi-

stita, ma anche ai traumi e maltrattamenti subiti sia da donne che da uomini nella loro infanzia che si trasformano nell'età adulta in meccanismi di relazione distorta tra donne e uomini e nell'assunzione dei ruoli sia di vittima che di maltrattante. Non è stato però possibile evidenziare e approfondire questo aspetto, ancora una volta per la mancanza di rilevazioni specifiche. Il dato di genere in questo ambito è quindi importante, a vari livelli, per:

- comprendere le connessioni con la violenza di genere;
- capire il peso della violenza assistita sul complesso del fenomeno del maltrattamento sui minori;
- valutare il differente ruolo di madri e padri nella trasmissione intergenerazionale;
- riflettere su come gestire le situazioni di conflittualità familiare nell'ambito dei diversi ruoli genitoriali. La necessità di approfondire la lettura di genere nell'ambito della tematica del maltrattamento nell'infanzia - necessità che emerge in maniera forte da questa indagine - è in linea con quanto già indicato nelle raccomandazioni all'Italia da parte dell'ONU sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia<sup>1</sup> e sul rapporto di monitoraggio corrispondente del Gruppo CRC<sup>2</sup>.

Rispetto all'**analisi dei servizi e delle politiche territoriali** di prevenzione e cura sono emerse le seguenti evidenze.

### **Mancano i dati sui servizi destinati alla prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e.**

Anche per quanto riguarda la rilevazione dei servizi e delle politiche territoriali è emersa una forte difficoltà a rilevare le iniziative effettivamente sviluppate nei territori. La fonte informativa più completa che si è resa utilizzabile è stata l'Indagine Istat sui servizi sociali e socio-assistenziali dei Comuni<sup>3</sup>. Un'indagine che non consente, però, di fare approfondimenti specifici e mirati relativamente al maltrattamento all'infanzia.

Anche i dati sulla sanità non sono risultati in grado di approfondire e circoscrivere target di utenza dei servizi riconducibili a questa problematica.

Altre aree di intervento di servizi sono rimaste poi impossibili da rappresentare del tutto, in quanto manca un dato di rilevazione nazionale con approfondimento regionale. Si pensi, ad esempio, alle politiche per il lavoro e per la formazione la cui frammentazione territoriale offre ben pochi indicatori utilizzabili, se non, come si è visto, limitatamen-

te all'azione dei servizi sociali dei Comuni. Alcune iniziative territoriali di prevenzione, infine, quali ad esempio quelle svolte presso le scuole dalle associazioni, non vengono monitorate in modo sistematico.

### **Manca un'identità specifica delle politiche di prevenzione, contrasto e cura del maltrattamento all'infanzia.**

Nella ricerca è emerso chiaramente come le politiche di prevenzione e contrasto del maltrattamento all'infanzia, e quindi i servizi che ne derivano, non abbiano un profilo autonomo, ma siano comprese all'interno di tematiche sociali più generali, in un contenitore generico definibile come "Politiche per la famiglia e i minori", che è dedicato a problematiche molto eterogenee che molto spesso nulla hanno a che fare con il maltrattamento.

Una simile mancanza di focalizzazione, direttamente legata alla carenza di dati e di rilevazioni specifiche, impedisce anche in questo caso di conoscere il tema del maltrattamento sui bambini/e, comprenderne le dinamiche e ragioni e, di conseguenza, costruire metodi e servizi efficaci per il contrasto.

Nel **confronto tra l'analisi dei fattori di rischio e l'analisi dei servizi territoriali** è emerso che:

### **I servizi servono.**

Nel confronto tra fattori di rischio e servizi si osserva che le regioni che hanno una popolazione meno soggetta a fattori di rischio sono le stesse che hanno le migliori risposte in termini di servizi.

Al contrario, nei territori dove i fattori di rischio sono più critici si possono osservare dei servizi particolarmente deboli.

L'analisi empirica porta a dedurre, quindi, che i servizi sui territori sono effettivamente in grado di influenzare e di intervenire sulla riduzione dei fattori di rischio. Certamente questo rapporto di causa-effetto non si rileva nel breve termine, in quanto occorrono anni per modificare in modo strutturale i servizi sociali di un territorio, abituare gli utenti a farne uso e cambiare i loro comportamenti.

La fotografia dei servizi del territorio che emerge è infatti il risultato di una stratificazione pluriennale di interventi politici e amministrativi che hanno costruito la rete dei servizi locali e che ha quindi risentito delle diverse culture sociali dei territori legati a dimensioni di cura pubblica, solidarietà, comunità.

**Le differenze territoriali dei servizi e delle politiche locali per la prevenzione del maltrattamento ai bambini/e sono rilevanti.**

L'analisi dei servizi ha evidenziato nei territori risultati più eterogenei rispetto a quelli emersi dall'analisi dei fattori di rischio, per i quali si è invece osservata una certa coerenza con le condizioni socio-economiche delle regioni. Si può desumere quindi che le politiche locali siano molto autonome, non strettamente dipendenti dal contesto nel quale operano e paiono, piuttosto, il frutto di continui negoziati politici e sociali nei territori. Un processo di confronto che non è solo riconducibile all'azione delle amministrazioni in carica, ma anche a un'eredità sociale e culturale, anch'essa intergenerazionale, che ha strutturato negli anni i sistemi dei servizi di welfare locali. Per quanto si tratti di indicatori parziali, come già sottolineato, si aprono quindi nuovi scenari di riflessione sulle priorità nei vari territori e su come proteggere e tutelare adeguatamente il benessere dei bambini/e in territori nei quali altri temi sociali (anziani, stranieri, disabili etc.) hanno una maggiore attenzione, motivata sia da reali criticità, sia da sentimenti collettivi non necessariamente legati a fenomeni percepiti nella loro reale portata.

**È fondamentale la prevenzione nei confronti degli adulti potenzialmente maltrattanti.**

La prevenzione risulta essere l'unico elemento davvero risolutivo a livello sistematico del maltrattamento sui bambini/e. L'analisi dei fattori di rischio, in questo senso, è inequivocabile: se si vuole prevenire il maltrattamento all'infanzia occorre intervenire sugli adulti. La cura dei bambini/e maltrattati è indispensabile e necessaria, ma scalfisce solo in minima parte la possibilità di trasmissione intergenerazionale, non solo per la difficoltà di superare traumi spesso terribili e difficili da curare, ma anche per la difficoltà di interagire con le situazioni di maltrattamento dell'infanzia che rimangono in larga parte sommerse. Solo i casi più estremi – e forse a quel punto irrecuperabili – finiscono per essere intercettati nella rete di protezione dei servizi sociali. Intervendo sui fattori di rischio relativi agli adulti, invece, l'azione di prevenzione ha una potenzialità di intervento ben più ampia, che si estende anche a quelle situazioni di disagio personale, familiare e relazionale che rimarrebbero altrimenti sempre confinate nella dimensione privata. A oggi però, i servizi per gli adulti che maggiormente interagiscono sui fattori di rischio rimangono gene-

ricamente riferibili alle aree di intervento dei servizi sociali, senza essere specificatamente mirati alla prevenzione del maltrattamento ai bambini/e. Le sperimentazioni più virtuose in questo senso rinvenibili in alcuni territori hanno il carattere di episodicità o di buona prassi che si auspica possano raggiungere il carattere della sistematicità.

**La trasmissione intergenerazionale del maltrattamento sui bambini/e si può prevenire e contrastare solo con politiche e strategie anch'esse intergenerazionali.**

L'intergenerazionalità è un concetto che va esteso non solo nell'analisi della propagazione della violenza e dei maltrattamenti familiari, ma anche, specularmente, nella predisposizione di adeguate politiche di prevenzione e di contrasto. La presenza dei servizi nei territori non è infatti il risultato estemporaneo di una decisione delle attuali giunte locali in carica, ma il frutto pluriennale delle diverse generazioni di amministratori locali che si sono succedute. In questo senso le politiche e le strategie di prevenzione e di contrasto al maltrattamento sui bambini/e andrebbero sottratte alla ciclicità dei governi locali, ma istituzionalizzate attraverso strumenti normativi adeguati che lascino alle amministrazioni in carica la libertà di decidere sul "come" realizzare politiche e strategie su questo tema, ma non permettano di mettere in discussione il "se" realizzarle o meno.

**La multidimensionalità dei fattori di rischio può essere affrontata solo con politiche integrate.**

L'analisi dei fattori di rischio, sia per quanto riguarda la letteratura scientifica, sia per l'evidenza empirica emersa dai risultati dell'indicatore regionale, ha confermato come anche nel caso del maltrattamento all'infanzia l'aspetto multidimensionale della vita sia ben presente. I fattori di rischio definiscono molto spesso situazioni interdipendenti che si sommano nella vita delle stesse persone e si influenzano reciprocamente, ad esempio: avere un basso livello di istruzione può comportare maggiori difficoltà occupazionali ed economiche con possibili ripercussioni sulla salute e sul benessere complessivo di una persona. È evidente, quindi, che delle politiche e dei servizi che vogliono essere efficaci rispetto a questo problema debbano necessariamente strutturarsi e offrire risposte in modo integrato, con forti sinergie tra i vari settori coinvolti, in modo da poter rispondere alla complessità dei problemi delle persone con un approccio altrettanto multidimensionale e integrato.

## 3.2 RACCOMANDAZIONI FINALI E PROPOSTE

Di fronte alle valutazioni sugli esiti della ricerca sopra esposte, il contributo di riflessione di Cesvi si esprime in alcune **proposte di azione** che si ritiene siano caratterizzate da un livello di attuazione fattibile e realizzabile. Infatti, sono proposte che tengono conto della scarsità di risorse che il sistema mette a disposizione per il sociale e per il maltrattamento ai bambini/e, anche se si auspica che i risultati di questa indagine possano contribuire a una maggiore sensibilizzazione verso il tema e quindi a una maggiore disponibilità da parte degli organismi di competenza nell'aumentare le risorse a disposizione.

### 1. Costruire un sistema informativo sul maltrattamento all'infanzia fondato su strumenti di monitoraggio ed esperienze di ricerca attinenti e già operative.

La disponibilità di dati omogenei per tutte le regioni che siano in grado di circoscrivere le dinamiche familiari che maggiormente interagiscono con il benessere dei bambini/e e una lettura *mainstream* delle varie capacità dei genitori rappresentano un punto di svolta indispensabile se si vuole intervenire con un approccio fattivo sul tema del maltrattamento all'infanzia.

Occorre quindi costruire un sistema di rilevazione di indicatori rappresentativo a livello regionale: le differenze territoriali sono infatti tali che è indispensabile avere dei dati pertinenti e rappresentativi per un corretto uso delle risorse e l'efficacia delle politiche, sia nazionali che locali.

Dati di contesto delle famiglie, fasce di età di adulti e minori, livello di istruzione, condizioni di cura, ambiente familiare, condizioni di salute, situazione occupazionale, utenti dei servizi specificatamente connessi al tema del maltrattamento, sono tutti indicatori che dovrebbero essere resi accessibili con un adeguato livello di approfondimento per garantire analisi corrette e in grado di guidare decisioni politiche e amministrative consapevoli.

L'importanza di disporre di dati e di adeguati strumenti di rilevazione e di monitoraggio è d'altronde già stata ampiamente sottolineata nelle raccomandazioni all'Italia, sia a livello istituzionale internazionale nell'ambito delle Osservazioni dell'ONU all'Italia sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza<sup>4</sup>, che da parte di una fonte di valutazione autonoma delle politiche nazionali in materia quale è il Gruppo CRC<sup>5</sup>.

Esistono già strumenti ed esperienze di rilevazioni analo-

ghe che possono essere efficacemente sfruttate per costruire un servizio informativo su questo tema. Si pensi all'Indagine sulla sicurezza delle donne dell'Istat che, nella similitudine e attinenza dell'argomento e nell'esperienza di interviste specifica già maturata dall'istituto su temi così delicati e "sommersi", ben si presterebbe a un ampliamento al tema del maltrattamento, con impegno di risorse contenuto grazie alle numerose e importanti sinergie possibili, sia tecniche che relazionali. L'esperienza pregressa di questa indagine è infatti importante anche nella speranza di riuscire a riprodurre lo stesso meccanismo virtuoso di sensibilizzazione e consapevolezza che si è potuto osservare in tale occasione. Un'indagine permanente sulla sicurezza dei bambini/e, tecnicamente integrata con quella sulla sicurezza delle donne, offrirebbe quindi indubbi vantaggi conoscitivi. Esistono poi, a livello internazionale, strumenti di rilevazione, test e questionari<sup>6</sup> già ampiamente sperimentati che consentono di condurre interviste guidate sia a genitori che a bambini/e e che potrebbero rappresentare una base metodologica solida e sperimentata per condurre un'indagine qualitativa sul maltrattamento all'infanzia. Si citano ad esempio i questionari ICAST<sup>7</sup>, elaborati da ISPAN assieme a UNICEF, il Segretariato Generale delle Nazioni Unite, l'Alto Commissariato per i diritti Umani e WHO, già adottati in numerosi Paesi.

Un sistema di monitoraggio particolarmente utile, una volta a regime, sarà sicuramente il Casellario dell'Assistenza dell'Inps<sup>8</sup>, che prevede l'istituzione di una "Banca dati per la raccolta delle informazioni e dei dati relativi alle prestazioni sociali erogate da tutti gli enti centrali dello Stato, gli enti locali, gli organismi gestori di forme di previdenza e assistenza obbligatorie". Il Casellario, entrato in vigore secondo quanto previsto dal Decreto Interministeriale 206/2014<sup>9</sup>, è attualmente in via di implementazione nella raccolta dei dati e prevede la costituzione sia di una Banca dati per le Prestazioni Sociali (PS) che di una Banca Dati della Valutazione Multidimensionale (VM), all'interno della quale una sezione specifica è dedicata all'infanzia, adolescenza e famiglia (SINBA).

Altri strumenti di rilevazione dei dati realizzabili in sinergia con altri già esistenti, sempre nell'ottica di ottimizzare le risorse e le competenze, potrebbero riguardare ad esempio l'abbinamento di uno screening psicologico dei bambini/e finalizzato alla prevenzione del maltrattamento nell'ambito delle campagne nazionali per le vaccinazioni o per la prevenzione della salute.

Ancora, sempre per stimolare l'interesse per azioni di ricerca di questo tipo, con poco impegno addizionale si potrebbero inserire nella campagna nazionale di prevenzione della salute "OKKIO alla salute"<sup>10</sup> rivolta ai minori sull'obesità e l'alimentazione, anche strumenti di indagine su tematiche riconducibili al maltrattamento.

## **2. Fare una Legge Quadro nazionale sul maltrattamento all'infanzia.**

Di fronte alle conclusioni che sono emerse nelle pagine precedenti, in merito alla carenza di dati, alla frammentazione delle politiche locali, alla mancanza di politiche dedicate e integrate, al breve orizzonte delle politiche di prevenzione e contrasto del maltrattamento ai bambini, emerge chiaramente la necessità di proporre una Legge Quadro nazionale in grado di riordinare e mettere a sistema quanto a oggi viene fatto a vari livelli di governo in Italia per affrontare questa problematica.

Dando pieno riconoscimento al tema del maltrattamento ai minori attraverso una Legge Quadro, è possibile realizzare politiche più efficaci e strutturali, in grado di proiettare in un orizzonte di lungo termine l'impegno dello Stato nell'affrontare e debellare questo problema sociale.

Il processo di avvicinamento a una Legge Quadro nazionale sul maltrattamento ai minori ha visto in questi ultimi anni diverse iniziative istituzionali e amministrative che ne hanno creato le premesse, come emerge chiaramente dal par. 1.4 di questa pubblicazione che ha passato in rassegna il già ricco corpus normativo sul tema.

La necessità di una Legge Quadro è quindi legata sia all'esigenza di un riordino normativo che al recepimento di raccomandazioni in tal senso già avanzate dall'ONU, dal Gruppo CRC e dal CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'Infanzia)<sup>11</sup>.

Anche a livello amministrativo e di governo l'attesa costruzione dei LIVEAS, i Livelli Essenziali di Assistenza sociale, previsti dalla Legge 328/2000<sup>12</sup>, l'istituzione del REI<sup>13</sup> e del Casellario dell'Assistenza dell'Inps rappresentano certamente presupposti favorevoli che dovranno essere inclusi nella Legge Quadro di riordino.

Alcune esperienze nazionali sperimentate con successo possono ancora essere prese in considerazione per la redazione della Legge Quadro. Si pensi in questo caso al **Programma P.I.P.P.I. - Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione**, varato nel 2010, che è il risultato della collaborazione tra Ministero del Lavoro e

delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, e i servizi sociali delle dieci città italiane riservatarie del fondo della Legge 285/1997 (Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia). L'obiettivo primario del Programma è di garantire la sicurezza dei bambini/e e migliorare la qualità del loro sviluppo, secondo quanto previsto dalla legge 149/2001<sup>14</sup>.

Alcune iniziative di proposta di Legge Quadro sono già state presentate in Parlamento nella scorsa Legislatura<sup>15</sup> e si auspica che questo tema venga ripreso nella presente Legislatura con maggiore vigore e sostegno politico.

## **3. Costruire politiche specifiche di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia in un confronto Stato-Regioni specificatamente dedicato.**

Le politiche territoriali appaiono molto importanti alla luce delle differenze di contesto tra regioni emerse nell'analisi dei fattori di rischio. Questo implica la necessità di una maggiore attenzione nel confronto tra enti locali e governo centrale e nella definizione dei parametri di assegnazione delle risorse sul territorio. Il varo di una Legge Quadro, oltre a rispondere alle esigenze di governo del fenomeno, come illustrate nelle pagine precedenti, è infatti motivata anche dalla necessità di affrontare un più equilibrato bilanciamento tra livello nazionale e locale. L'evidenza empirica ad oggi ha confermato, infatti, che l'autonomia politica, istituzionale e finanziaria dei territori aumenta le disuguaglianze tra le varie aree del Paese, anziché diminuirle. I territori già virtuosi sono infatti in grado di gestire in modo efficiente questo tipo di politiche, mentre nei territori meno avanzati l'autonomia non favorisce gli stimoli necessari al miglioramento.

D'altronde il livello territoriale è indispensabile per comprendere bene i diversi bisogni dei territori e per riuscire a operare una distribuzione delle risorse nazionali coerente con le differenti situazioni economiche e sociali delle regioni. Per tale motivo è importante non solo una forte regia nazionale, ma anche un costante confronto tra Stato e Regioni, nella sede della conferenza Stato-Regioni, che consenta di bilanciare nel modo più equilibrato l'esigenza di accentrare alcune funzioni/indirizzi a livello nazionale e lasciare l'affidamento di altre ai territori. In questo senso, il processo di definizione dei LIVEAS si rivela determinante, ma se inserito in una Legge Quadro nazionale può certamente produrre risultati migliori e di sistema.

Non si entra in questa sede nel merito delle attribuzioni delle competenze e funzioni tra Stato, Regioni e Comuni, ma è importante che venga rafforzato il processo di confronto tra livello nazionale e territoriale in una sede istituzionale per sviluppare risposte efficaci, sia in termini normativi che di servizi erogati.

#### **4. Creare strumenti normativi e amministrativi che facilitino la costruzione di politiche intergenerazionali di prevenzione del maltrattamento all'infanzia: da spese correnti a spese per investimenti in conto capitale.**

Affrontare in modo serio e sistematico il tema del maltrattamento sui bambini/e in merito alle politiche di prevenzione e contrasto, così come qualsiasi altro tema di carattere sociale, è una dimensione di medio-lungo termine che necessita di adeguati strumenti normativi e amministrativi. Anche le classificazioni finanziarie delle risorse e le modalità del loro utilizzo andrebbero riviste alla luce di questa esigenza di lungo termine. In tal senso, le risorse dei servizi sociali sono caratterizzate da una componente prevalente di "spese correnti" per definizione, quindi, risorse di corto respiro, direttamente collegate a valutazioni politiche contingenti e di breve termine.

Occorre in questo caso modificare l'idea, prima culturalmente e poi amministrativamente, che le risorse per le politiche sociali e con esse anche le politiche di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia, sono a tutti gli effetti risorse con le caratteristiche proprie dell'investimento. Non in infrastrutture, certamente, ma in capitale umano. Il beneficio della spesa sociale che si sostiene oggi ha infatti un ritorno di medio-lungo termine, esattamente come gli investimenti in infrastrutture. In questo senso, le risorse per le politiche sociali dovrebbero godere della stessa tutela procedurale e amministrativa che rende gli investimenti delle spese più solide in termini temporali e di

impegno pluriennale rispetto a quelle che oggi sono definite come spese correnti.

#### **5. Necessità di destinare risorse specifiche alla prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia.**

Si sostiene con convinzione una maggiore destinazione di risorse per la prevenzione e la cura del maltrattamento ai minori. È però importante che tali risorse abbiano una destinazione vincolata e specifica per questo tema.

Un generico aumento di risorse per le politiche sociali rischierebbe infatti di andare disperso in altre priorità, con distribuzioni molto differenti a seconda dei territori e rischierebbe, quindi, di essere destinato in minima parte al benessere dei bambini/e. Nell'ipotesi di aumento delle risorse occorre quindi riflettere sull'esigenza di destinazioni specifiche e mirate.

#### **6. Necessità di migliorare l'efficacia e l'efficienza della distribuzione delle risorse già esistenti.**

Oltre all'aumento delle risorse che si ritiene una priorità, è auspicabile anche una migliore redistribuzione di quelle esistenti. La possibilità di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle risorse disponibili è però, come si è visto, intrinsecamente legata a una migliore e più approfondita conoscenza dei dati, sia di contesto che dei servizi, per la quale si rimanda alle considerazioni suesposte.

**In conclusione**, le proposte sopra indicate sono rivolte ai decisori politici e amministrativi che fanno parte del sistema pubblico di intervento per la prevenzione, la cura e il contrasto del maltrattamento dei minori. Proposte e riflessioni che si sono formate sull'analisi dei risultati di questa ricerca che intende offrire un adeguato stimolo di approfondimento e di motivazione per interventi sempre più incisivi e mirati.

<sup>1</sup>Nazioni Unite, Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, Comitato sui diritti dell'infanzia (2011).

<sup>2</sup>Gruppo CRC (2016). Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Gruppo CRC) è un network di associazioni italiane (di cui è parte anche Cesvi) che opera al fine di garantire un sistema di monitoraggio indipendente sull'attuazione della Convenzione (CRC - Convention of the Rights of the Child) e delle Osservazioni finali del Comitato ONU in Italia.

<sup>3</sup>Istat (2015).

<sup>4</sup>Nazioni Unite, Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, Comitato sui diritti dell'infanzia (2011), Raccomandazione nr. 44 b (iii) "Il Comitato raccomanda che l'Italia [...] b) Fornisca nel prossimo rapporto periodico informazioni in merito a [...] Il consolidamento di un sistema nazionale di raccolta, analisi e distribuzione dei dati e di un'agenda di ricerca sulla violenza e il maltrattamento contro i bambini" CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 44.

<sup>5</sup>Gruppo CRC (2016) "Pertanto il Gruppo CRC reitera le stesse raccomandazioni: 1. Al Governo di adempiere alle richieste dell'ONU e delle Organizzazioni di protezione dell'infanzia, istituendo un sistema nazionale di rilevazione del maltrattamento dei bambini in Italia" p.191.

<sup>6</sup>WHO - Regional Office for Europe (2016).

<sup>7</sup>ISPCAN, Child Abuse Screening Tools (ICAST), <https://www.ispcan.org/learn/icast-abuse-screening-tools/>

<sup>8</sup>NPS, Casellario dell'assistenza, <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46898>

<sup>9</sup>Decreto 16 dicembre 2014, n. 206 Regolamento recante modalità attuative del Casellario dell'assistenza, a norma dell'articolo 13 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. (15G00038) (GU Serie Generale n.57 del 10-03-2015).

<sup>10</sup>Epicentro, Okkio alla Salute: i dati nazionali 2016, <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp>

<sup>11</sup>Nel 2013, con il documento "Le priorità e le sfide contro la violenza all'infanzia in Italia" il Cismai ha rilevato che "Le norme di tutela giuridica, sanitaria, sociale ed educativa sono oggi frammentate in diversi testi legislativi che rendono confuso il quadro delle responsabilità e delle procedure" e ha raccomandato la creazione di un testo unico per la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché di un Piano nazionale di prevenzione della violenza all'infanzia", basilare per definire una "riconoscibile e chiara politica contro la violenza all'infanzia". Rimane fondamentale, come osservato dal Cismai, e come riportato nei vari piani nazionali di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, avviare un sistema informativo nazionale in grado di fornire dati aggiornati sul maltrattamento.

<sup>12</sup>Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge Quadro per la realizzazione del sistema

integrato di interventi e servizi sociali, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.265 del 13 novembre 2000 - Suppl. Ordinario n. 186.

<sup>13</sup>Il REI - Reddito di inclusione sociale è uno strumento di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale entrato in vigore il primo gennaio del 2018 (Legge 15 marzo 2017, n. 33 (Legge delega per il contrasto alla povertà) e Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 240 del 13 ottobre 2017. Il REI prevede un contributo economico fino a 534 euro al mese erogato alle famiglie che soddisfino determinati requisiti, tra i quali un ISEE non superiore a 6.000 euro.

L'erogazione del contributo economico è legato all'impegno per le famiglie a seguire un progetto personalizzato che permette loro di superare la propria situazione disagiata. I progetti personalizzati possono includere anche l'impegnarsi a mandare i figli a scuola, accettare determinati impieghi o impegnarsi in un percorso di formazione professionale. Reddito di inclusione (REI), <http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Reddito-di-Inclusione-Rel/Pagine/default.aspx>

<sup>14</sup>P.I.P.P.I. intende innovare le pratiche di intervento per le famiglie negligenti per diminuire il rischio di maltrattamento e allontanamento di bambini e bambine dalla propria famiglia d'origine. L'intervento previsto nell'ambito del P.I.P.P.I. si articola in quattro fasi: In una prima fase, si conduce una pre-valutazione nel corso della quale l'équipe multidisciplinare insieme alle famiglie valuta l'ambiente familiare, lo sviluppo del bambino/a per stabilire il livello di rischio di allontanamento per il bambino. Se il risultato riscontra una situazione di negligenza, e se la famiglia è d'accordo, si passa alla seconda fase, in cui l'équipe multidisciplinare (insegnanti, assistenti sociali, operatori sanitari, psicologi e altri collaboratori volontari) si attiva collaborando con la famiglia e i bambini/e. La terza fase prevede la realizzazione del programma, con l'utilizzo di vari strumenti: 1) Interventi di educativa domiciliare con le famiglie per sostenere i genitori, rafforzare le relazioni genitori-figli e migliorare lo sviluppo dei bambini; 2) Partecipazione a gruppi di genitori e di bambini: incontri settimanali/quindicinali per lo svolgimento di attività di sostegno alla genitorialità, etc. 3) Collaborazione tra scuole/famiglie e servizi sociali. 4) Famiglie d'appoggio: aiutanti volontari locali, quali parenti, amici, vicini etc., offrono un aiuto/sostegno concreto alla famiglia target.

Infine, durante la quarta fase viene condotta una valutazione ex-post per stabilire se la famiglia continuerà a partecipare al programma P.I.P.P.I., o debba invece rientrare nella normale presa in carico dei servizi.

<sup>15</sup>Proposta di legge: Zampa: Disposizioni per la prevenzione del maltrattamento dei bambini e degli adolescenti (4354), Prima lettura Camera Proposta di legge C. 4354, presentata l'8 marzo 2017.



## BIBLIOGRAFIA

- Anda Dong, M., Brown, D.W., Felitti, V.J., Giles, W.H., Perry, G.S., Valerie, E.J., Dube, S.R. (2009), *The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members*, "BMC Public Health", 9, p.106.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes (2015), *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*.
- Austin, S.B., Jun, H.J., Jackson, B., Spiegelman, D., Rich-Edwards, J., Corliss, H.L., Wright, R.J. (2008), *Disparities in child abuse victimization in lesbian, bisexual, and heterosexual women in the Nurses' Health Study II*, "Journal of Women's Health", 4, pp.597–606.
- Baldry, A.C., (2003), *Bullying in schools and exposure to domestic violence*, "Child Abuse & Neglect", 27, pp.713–732.
- Bartlett, J., Kotake, C., Fauth, R. (2017), *Intergenerational transmission of child abuse and neglect: do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter?*, "Child Abuse & Neglect", 63, pp.84–94.
- Balsam, K.F., Rothblum, E.D., Beauchaine, T.P. (2005), *Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 73(3), pp. 477–487.
- Baskin, D.R., Sommers, I. (2011), *Child maltreatment, placement strategies, and delinquency*, "American Journal of Criminal Justice", 36(2), pp.106–119.
- Bernacchi, E., Fabris, A., Zelano, M. (2016), *Studio multi-paese sui drivers della violenza all'infanzia. Rapporto Italia*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Bianchi, D., Moretti, E. (2006), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Quaderno 40, Istituto Nazionale degli Innocenti, Firenze.
- Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A. (2009), *Problem partners and parenting: exploring linkages with maternal insecure attachment style and adolescent offspring internalizing disorder*, "Attachment & Human Development", 11(1), pp.69–85.
- Brooks-Gunn, J., Schneider, W., Waldfogel, J. (2013), *The Great Recession and the risk for child maltreatment*, "Child Abuse & Neglect", 37(10), pp.721–729.
- Budd, K.S., Heilman, N.E., Kane, D. (2000), *Psychosocial correlates of child abuse potential in multiply disadvantaged adolescent mothers*, "Child Abuse & Neglect", 24(5), pp.611–625.
- Bywaters, P., Bunting, L., Davidson, G., Hanratty, J., Mason, W., McCartan, C., Steils, N. (2016), *The relationship between poverty, child abuse and neglect: an evidence review*, Joseph Rountree Foundation.
- Cancian, M., Shook Slack, K., Yang, M., (2010), *The effect of family income on risk of child maltreatment*, Institute for Research on Poverty, Discussion Paper no. 1385-10.
- CDC (2014), *Child maltreatment - Facts at a glance*, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/childmaltreatment-facts-at-a-glance.pdf>
- Child Welfare Information Gateway (2013), *Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect*, [https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/long\\_term\\_consequences.pdf](https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/long_term_consequences.pdf)
- Cismai (2013), *Le priorità e le sfide contro la violenza all'infanzia in Italia*, [http://cismai.it/wp-content/uploads/2015/02/cismai\\_politiche2013.pdf](http://cismai.it/wp-content/uploads/2015/02/cismai_politiche2013.pdf)
- Cismai, Università L. Bocconi, Terre des Hommes (2013), *Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?*, [https://terredeshommes.it/download/Tagliare%20sui%20bambini\\_studioTDH\\_Bocconi\\_Cismai.pdf](https://terredeshommes.it/download/Tagliare%20sui%20bambini_studioTDH_Bocconi_Cismai.pdf)
- Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori (1998), *Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento*, [https://www.minori.it/sites/default/files/proposte\\_intervento\\_abuso\\_1998\\_.pdf](https://www.minori.it/sites/default/files/proposte_intervento_abuso_1998_.pdf)
- Corliss, H.L., Cochran, S.D., Mays, V.M. (2002), *Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults*, "Child Abuse and Neglect", 26(11), pp.1165–78.
- Department for education - UK (2012), *New learning from serious case reviews: a two year report for 2009-2011*, London, Department for Education, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/184053/DFE-RR226\\_Report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/184053/DFE-RR226_Report.pdf)
- Devries, K., Knight, L., Petzold, M., Gannett, K.R., Maxwell, L., Williams, A. & al. (2017), *Who Perpetrates Violence against Children? A Global Systematic Analysis of Age and Sex-specific Data*, Manuscript under preparation, Ending Violence in Childhood Global Report Know Violence in Childhood, New Delhi, India.
- Eckenrode, J., Smith, E., McCarthy, M., Dineen, M. (2014), *Income Inequality and Child Maltreatment in the United States*, "Pediatrics", 133 (3), pp.454–461.
- EIGE - European Institute for Gender Equality (2015), *Preventing domestic violence, Good practices*, [http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0114678ENN\\_WEB.PDF](http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0114678ENN_WEB.PDF)
- Euser, S., Van Ijzendoorn, M.H., Prieze, P., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010), *Prevalence of Child Maltreatment in the Netherlands*, "Child Maltreatment", 15(1), pp.5–17 d.
- Euser, E.M., Van Ijzendoorn, M.H., Prinzie P., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011), *Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences*, "Child Maltreatment", 16(1), pp.63–73.
- FRA - European Union Agency For Fundamental Rights (2015), *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*, <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>
- FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2014), *Violence against women: an EU-wide survey*, [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf)
- Freisthler, B., Wolf, J., Wiegmann, W., Kepple, N. (2017), *Drug Use, the Drug Environment, and Child Physical Abuse and Neglect*, "Child Maltreatment", 22(3), pp. 245–255.
- Freisthler B., Weiss R.E. (2008), *Using Bayesian space-time models to understand the substance use environment and risk for being referred to child protective services*, "Substance Use & Misuse", 43(2), pp. 239–251.
- Government Offices of Sweden, Save the children Sweden (2009), *Never Violence – Thirty Years on from Sweden's Abolition of Corporal Punishment*, <http://www.government.se/contentassets/6bfb214c582448b6ace4d32978361577/never-violence---thirty-years-on-from-swe-dens-abolition-of-corporal-punishment>
- Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C. & Colombini, M (2016), *Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and*

violence against children, "Global Health Action", 9(1).

Guterman, K. (2015), *Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment*, "Child Abuse & Neglect", 48, pp.160-169.

Gruppo CRC (2016), *I diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, 9° rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2015-2016*, <http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/ixrapportocrc2016.pdf>

Haskett, M.E, Smith Scott S., Grant, R., Ward, C.S., Robinson, C. (2003), *Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents*, "Child Abuse & Neglect", 27(6), pp. 663-686.

Hien, D., Cohen, L., Caldeira, N., Flom, P., Wasserman, G. (2010), *Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential*, "Child Abuse Neglect", 34(2), pp.105-113.

Howard K.S, Brooks-Gunn J. (2009), *The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect*, "Future of children", 19(2), pp.119-146, <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ856318.pdf>

Istat (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, [https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze\\_contro\\_le\\_donne.pdf?title=Violenza+contro+le+donne+-+05%2Fgiu%2F2015+-+Testo+integrale.pdf](https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf?title=Violenza+contro+le+donne+-+05%2Fgiu%2F2015+-+Testo+integrale.pdf)

Jouriles, E., McDonald, R., Slep, A., Heyman, E. R., Garrido, E. (2008), *Child abuse in the context of domestic violence: prevalence, explanations, and practice implications*, "Violence and Victims", 23(2), pp. 221-235, [https://www.researchgate.net/publication/5228533\\_Child\\_Abuse\\_in\\_the\\_Context\\_of\\_Domestic\\_Violence\\_Prevalence\\_Explanations\\_and\\_Practice\\_Implications](https://www.researchgate.net/publication/5228533_Child_Abuse_in_the_Context_of_Domestic_Violence_Prevalence_Explanations_and_Practice_Implications)

Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Meriläinen, J., Siimes, M.A. (2006), *Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care*, "Child Abuse & Neglect", 30(9), pp.1037-1047.

Klein, S. (2011), *The Availability of Neighborhood Early Care and Education Resources and the Maltreatment of Young Children*, "Child Maltreatment", 16(4), pp. 300-311.

Know Violence in Childhood (2017), *Ending Violence in Childhood. Global Report 2017*, Know Violence in Childhood, New Delhi, India, <http://global-report.knowviolenceinchildhood.org/>

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

Laslett, A., Room, R., Dietze, P., Ferris, J. (2012), *Alcohol's involvement in recurrent child abuse and neglect cases*, "Addiction", 107(10), pp.1786-1793.

Laulik, S., Allam, J., Browne, K. (2016), *Maternal Borderline Personality Disorder and Risk of Child Maltreatment*, "Child Abuse Review", (25)4, pp. 300-313.

LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.L., Dufour, S., Lavergne, C. (2016), *Review of child maltreatment in immigrant and refugee families*, "Canadian Journal of Public Health", 4, 106(7 Suppl 2), OPP.

Lundberg, M., Wuermli, A., eds. (2012), *Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks*, World Bank, Washington (DC), <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9374>

Macleay, M., Sims, S., Bower, C., Leonard, H., Stanley, F., O'Donnell, M. (2017), *Maltreatment risk among children with disabilities*, "Pediatrics", 139(4), pp. 1-10.

Makkai, T., Mouzos, J. (2004), *Women's Experiences of Male Violence: Findings from the Australian component of the International Violence against women*, "Research and Public Policy Series", 56, Australian Institute of Criminology, [http://www.aic.gov.au/media\\_library/publications/rpp/56/rpp056.pdf](http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/56/rpp056.pdf)

Maternowska, C. (2017), *The Politics of the Age-gender Divide in Responding to Sexual, Physical and Emotional Violence*, Background paper, Ending Violence in Childhood Global Report 2017, Know Violence in Childhood, New Delhi, India.

Moylan, C.A., Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl, R.C., Russo, M.J. (2010), *The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems*, "Journal of family violence", 25(1), pp. 53-63.

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).

Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. (2003), *Functioning of child maltreating families: lack of resources for caring within the family*, "Scandinavian Journal of Caring Sciences", 17(2), pp.139-147.

Pelton, L.H. (2015), *The continuing role of material factors in child maltreatment and placement*, "Child Abuse & Neglect", 41, pp.30-39.

Petersen, A.C., Joseph, J., Feit, M., eds. (2014), *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*, National Academies Press, Washington (DC).

Richmond, J., Elliott, A.N., Pierce, T.W., Aspelmeier, J.E., Alexander, A.A. (2009), *Polyvictimization, childhood victimization, and psychological distress in college women*, "Child Maltreatment", 14(2), pp.127-147.

Romito, P. (2005), *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, Milano.

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., Sanchez, J. (2010), *Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults*, "Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing", 23(4), pp. 205-213.

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., Sanchez, J. (2009), *Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay and Bisexual Young Adults*, "Pediatrics", 123(1) pp.346-352.

Sachs-Ericsson, N., Cromer, K., Hernandez, A., Kendall-Tackett, K. (2009), *A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: the role of psychiatric disorders and current life stress*, "PhDJournal of Trauma & Dissociation", 10(2), pp.170-188.

Schneider, M. (2017), *Single mothers, the role of fathers, and the risk for child maltreatment*, "Children and Youth Services Review", 81, pp.81-93.

Shin, S. H., Chung, Y., Rosenberg, R.D. (2016), *Identifying Sensitive Periods for Alcohol Use: The Roles of Timing and Chronicity of Child Physical Abuse*, "Alcoholism Clinical and Experimental Research", 40(5), pp.1020-1029.

Sidebotham, P., Heron, J. (2006), *Child maltreatment in the 'children of the nineties': a cohort study of risk factors*, "Child Abuse & Neglect", 30(5), pp.497-522.

Special representative of the secretary general on violence against children (2014), *Toward a world free from violence - Global Survey On Violence Against Children*, <http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/blocks/Violence%20booklet%203-update4.pdf>

Stith, S.M., Liu T., Davies, L.C., Boykin, E. L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., Dees, J. (2009), *Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature*, "Aggression and Violent Behavior", 14(1), pp.13-29.

Terre des Hommes, CISMAI (2013), *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?*, <https://terredeshommes.it/download/dossier-bambini-maltrattati-tdh-cismai.pdf>

Terre des Hommes, (2017), *La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo*, [https://terredeshommes.it/indifesa/InDifesaDossier\\_2017.pdf](https://terredeshommes.it/indifesa/InDifesaDossier_2017.pdf)

Thrane, L.E., Hoyt, D.R., Whitbeck, L.B, Yoder, K.A. (2006), *Impact of family abuse on running away, deviance, and street victimization among homeless rural and urban youth*, "Child Abuse & Neglect", 30(10), pp. 1117-1128.

Tjaden, P., Thoennes, N., Allison, C.J. (1999), *Comparing violence over the life span in samples of same-sex and opposite-sex cohabitants*, "Violence and Victims", 14(4), pp. 413-25.

Tucker, M.C., Rodriguez, C.M. (2014), *Family Dysfunction and Social Isolation as Moderators Between Stress and Child Physical Abuse Risk*, "Journal of Family Violence", 29(2), pp. 175-186.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2006), *General Comment No. 8 The right of the child to protection from corporal punishment and other cruel or degrading forms of punishment*, 8 [https://www.unicef.org/assets/CRC\\_Materials/GC\\_EN/GC\\_8\\_EN.pdf](https://www.unicef.org/assets/CRC_Materials/GC_EN/GC_8_EN.pdf)

UNICEF (2017), *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, UNICEF, New York, [https://www.unicef.org/eapro/A\\_Familiar\\_Face\\_Violence\\_in\\_the\\_Lives\\_of\\_Children\\_and\\_Adolescents.pdf](https://www.unicef.org/eapro/A_Familiar_Face_Violence_in_the_Lives_of_Children_and_Adolescents.pdf)

UNICEF (2006), *Behind Closed Doors - The Impact of Domestic Violence on Children*, UNICEF, New York, <https://www.unicef.org/media/files/BehindClosedDoors.pdf>

UNICEF (2016) *Child protection from violence, exploitation and abuse*, UNICEF, New York, [https://www.unicef.org/protection/57929\\_58002.html](https://www.unicef.org/protection/57929_58002.html)

UNICEF (2010), *Child disciplinary practices at home: evidence from a range of low- and middle-income countries*, [https://www.unicef.org/protection/Child\\_Disciplinary\\_Practices\\_at\\_Home.pdf](https://www.unicef.org/protection/Child_Disciplinary_Practices_at_Home.pdf)

UNICEF (2017), *Children of Austerity*, [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Children\\_of\\_austerity.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Children_of_austerity.pdf), UNICEF e Oxford University Press, New York.

UNICEF (2016), *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*, [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)

United Nations Secretary-General (2006), *World Report on Violence against Children*, <https://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>

Van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., Prinzie, P., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009), *Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents*, "Child Maltreatment", 14(4), pp. 369-75.

Vasquez Guerrero D.A. (2009), *Hypermasculinity, intimate partner violence, sexual aggression, social support, and child maltreatment risk in urban, heterosexual fathers taking parenting classes*, "Child Welfare", 88(4), pp.135-155.

Walsh, C., MacMillan, H.L., Jamieson, E. (2003), *The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement*, "Child Abuse & Neglect", 27(12), pp.1409-1425.

Wegman, H.L., Stetler, C. (2009), *A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood*, "Psychosomatic Medicine", 71(8), pp.805-812.

Weissman, M., Feder, A., Pilowsky, D.J., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., Lantigua, R.M., Gameroff, M.J., Shea, S. (2004), *Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children*, "Journal of Affective Disorders", 78 (2), pp.93-100.

Council of Europe (2016), *Strategy for the Rights of the Child (2016-2021)*, <https://rm.coe.int/168066cfff>

WHO (2014), *Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020*, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/282863/Investing-in-children-European-child-maltreatment-prevention-action-plan-2015-2020.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/282863/Investing-in-children-European-child-maltreatment-prevention-action-plan-2015-2020.pdf?ua=1)

WHO (2010), *Violence Prevention - The Evidence*, [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/4th\\_milestones\\_meeting/evidence\\_briefings\\_all.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf)

WHO (2002), *Violenza e salute nel mondo - Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, (Parte prima), "Quaderni di sanità pubblica".

WHO - Regional Office for Europe (2016), *Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook*, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/317505/Measuring-monitoring-national-prevalence-child-maltreatment-practical-handbook.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/317505/Measuring-monitoring-national-prevalence-child-maltreatment-practical-handbook.pdf)

WHO - Regional Office for Europe (2013), *European Report on Preventing Child Maltreatment*, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf)

WHO - Regional Office for Europe (2007), *The cycles of violence - The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence*, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98783/E90619.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98783/E90619.pdf)

Windham, A.M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., Duggan, A.K. (2004), *Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life*, "Child Abuse & Neglect", 28(6), pp. 645-667.

## RIFERIMENTI LEGISLATIVI

### Unione Europea

Trattato di Lisbona - Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea, C 306, 17 dicembre 2007, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=OJ:C:2007:306:TOC>

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori dallo sfruttamento e dagli abusi sessuali, Lanzarote, 25 ottobre 2007, <http://www.pariopportunita.gov.it/media/2655/convenz-lanzarote-ita.pdf>

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea - Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea, C 326, 26 ottobre 2010, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A12012P%2FTXT>

Parlamento europeo e Consiglio, Direttiva 2011/36/UE del 5 aprile 2011 concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime, e che sostituisce la decisione quadro del Consiglio 2002/629/GAI, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A32011L0036>

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Istanbul, 11 maggio 2011, <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210>

Parlamento europeo e Consiglio, Direttiva 2011/93/UE del 13 dicembre 2011, concernente la lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, e che sostituisce la decisione quadro 2004/68/GAI del Consiglio, pubblicata in GUUE del 17.12.2011, L 335, <https://www.minori.it/it/commento-lotta-sfruttamento-sessuale>

Parlamento europeo e Consiglio, Direttiva 2012/29/UE del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI in GUUE del 14.11.2012, L 315/17, [https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/sgep\\_tavolo18\\_allegato3.pdf](https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/sgep_tavolo18_allegato3.pdf)

### Italia

Legge 27 maggio 1991, n. 176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 135 dell'11 giugno 1991, S.O, <https://www.minori.it/it/legge-176-1991>

Legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.207 del 5 settembre 1997, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/09/05/097G0322/sg>

Legge 23 dicembre 1997, n. 451, Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 302 del 30 dicembre 1997, <http://www.camera.it/parlam/leggi/97451.htm>

Legge 3 agosto 1998, n. 269, Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.185 del 10 agosto 1998, [http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=c5BZJeJj-Gf++TOHZE+JLLA\\_.ntc-as4-guri2b?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1998-08-10&atto.codiceRedazionale=098G0337&elenco30giorni=false](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=c5BZJeJj-Gf++TOHZE+JLLA_.ntc-as4-guri2b?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1998-08-10&atto.codiceRedazionale=098G0337&elenco30giorni=false)

Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.265 del 13 novembre 2000 - Suppl. Ordinario n. 186, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg>

Legge 9 gennaio 2006, n. 7, Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.14 del 18 gennaio 2006, [http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/01/18/005G0307/sg%3Bjsessionid=i1sVDu62DFm-6LhGqYiQAw\\_.ntc-as5-guri2b](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/01/18/005G0307/sg%3Bjsessionid=i1sVDu62DFm-6LhGqYiQAw_.ntc-as5-guri2b)

Decreto del Presidente della Repubblica del 14 maggio 2007, n. 103, Regolamento recante riordino dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia, a norma dell'articolo 29 del Decreto Legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla Legge 4 agosto 2006, n. 248, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 169 del 23 luglio 2007, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2007/07/23/007G0118/sg>

Legge 12 luglio 2011, n. 112, Istituzione dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.166 del 19 luglio 2011, <http://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2011-07-19&task=dettaglio&numgu=166&redaz=011G0154&tmstp=1311344423656>

Legge 1 ottobre 2012, n. 172, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno. (12G0192), pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.235 del 08 ottobre 2012, <http://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2012-10-08&task=dettaglio&numgu=235&redaz=012G0192&tmstp=1349770249604>

Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.152 del 01 luglio 2013, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/07/01/13G00122/sg>

Legge 15 ottobre 2013, n. 119, Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province (13G00163), pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.242 del 15 ottobre 2013, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/10/15/13G00163/sg>

Decreto 16 dicembre 2014, n. 206, Regolamento recante modalità attuative del Casellario dell'assistenza, a norma dell'articolo 13 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 (15G00038), pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.57 del 10 marzo 2015, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/03/10/15G00038/sg%20>

Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 240 del 13 ottobre 2017, [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/13/17G00161/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/13/17G00161/sg)

Proposta di legge: Zampa: Disposizioni per la prevenzione del maltrattamento dei bambini e degli adolescenti (4354), Prima lettura Camera  
Proposta di legge C. 4354, presentata l'8 marzo 2017, <http://www.camera.it/leg17/126?tab=1&leg=17&idDocumento=4354&sede=&tipo>

## SITOGRAFIA

### Linee Guida Regionali

Regione Abruzzo, Linee guida regionali in materia di maltrattamento ed abuso in danno dei minori, <http://www.osr.regione.abruzzo.it/do/index?action=download&viewattach=yes&docid=3181&seqid=1489>

Regione Campania, Linee di indirizzo e programmazione in materia di maltrattamenti e abusi nei confronti dei minori, [http://www.regione.campania.it/assets/documents/file\\_4294\\_GNR.pdf](http://www.regione.campania.it/assets/documents/file_4294_GNR.pdf)

Regione Emilia Romagna, Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini/e e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/tutela-accoglienza-e-promozione/tutela-accoglienza-sostegno-genitorialita/violenze-sui-minori/violenze-sui-minori>

Regione Liguria, Linee di indirizzo in materia di partecipazione e ascolto dei minorenni, [https://www.minori.it/sites/default/files/Linee\\_indirizzo\\_partecipazione\\_Regione\\_Liguria.pdf](https://www.minori.it/sites/default/files/Linee_indirizzo_partecipazione_Regione_Liguria.pdf)

Regione Lombardia, Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia, <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/enti-e-operatori/sistema-sociale-regionale/linee-guida-tutela-minori>

Regione Molise, Linee guida regionali per la rilevazione e la presa in carico di bambini e bambine vittime di maltrattamenti, abuso e sfruttamento sessuale, [http://www.regione.molise.it/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/\(InfoInternet\)/E36549BDBA796C94C1257512003AF5DD?OpenDocument](http://www.regione.molise.it/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/web/sito/OsservatorioFenomeniSociali.nsf/(InfoInternet)/E36549BDBA796C94C1257512003AF5DD?OpenDocument)

Regione Piemonte, Linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso sessuale e maltrattamento ai danni di minori da parte dei servizi-socio assistenziali e sanitari, <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2000/20/siste/00000057.htm>

Regione Puglia, Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età, [http://www.provincia.brindisi.it/dmdocuments/LARA/All\\_A\\_Linee\\_guida\\_maltrattamento\\_violenza%20minori.pdf](http://www.provincia.brindisi.it/dmdocuments/LARA/All_A_Linee_guida_maltrattamento_violenza%20minori.pdf)

Regione Siciliana, Linee guida della Regione siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza, <http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g12-17o/g12-17o.pdf>

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, <http://www.garanteinfanzia.org/> e <http://www.garanteinfanzia.org/siamo>

CDC, About the CDC-Kaiser ACE Study, <https://www.cdc.gov/violence-prevention/acestudy/about.html>

Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, <https://www.minori.it/it/centronazionale>

Commissione parlamentare per l'Infanzia, [http://www.camera.it/\\_bicamerali/infanzia/nintrod.htm](http://www.camera.it/_bicamerali/infanzia/nintrod.htm)

Epicentro, Okkio alla Salute: i dati nazionali 2016, <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp>

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

Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, <http://www.endcorporalpunishment.org/progress/prohibiting-states/>

Health behavior in school aged children, <http://www.hbsc.unito.it/index.php/lo-studio/lo-studio-hbsc.html>

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

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

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

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

Istat, Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, <https://www.istat.it/it/archivio/166482>

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

Special representative of the secretary general on violence against children, Viewpoint: The Economic Costs of Violence against Children, [http://srsg.violenceagainstchildren.org/viewpoint/2015-07-13\\_1307](http://srsg.violenceagainstchildren.org/viewpoint/2015-07-13_1307)

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

WHO, Child Maltreatment, [http://www.who.int/topics/child\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/child_abuse/en/)

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



## APPENDICI

### I. L'APPROCCIO DELLE CAPACITÀ NELLA PROSPETTIVA DELLO SVILUPPO UMANO

Il *Capability approach*, o "approccio per capacità" è una teoria economica proposta per la prima volta all'inizio degli anni '80 da Amartya Sen, professore di economia e filosofia all'Università di Harvard, il quale grazie a questo contributo scientifico ha vinto il Premio Nobel per l'economia nel 1998.

L'importanza che ha acquisito negli anni questa nuova teoria ha portato a basare sull'approccio delle capacità i "Rapporti sullo sviluppo umano" dello Human Development Office di UNDP (United Nations Development Program) che rappresentano la più prestigiosa pubblicazione al mondo in materia e che negli anni hanno raccolto i contributi di altri illustri studiosi che hanno approfondito e ampliato la teoria di Amartya Sen.

L'aspetto innovativo dell'approccio delle capacità è rappresentato dal fatto di rivedere il concetto di sviluppo, ampliandolo: lo sviluppo umano viene misurato non tanto e non solo in termini di aumento delle risorse a disposizione quanto come aumento delle possibilità dei soggetti, delle "capacità", appunto, che identificano le abilità delle persone di fare o essere quello che queste desiderano fare o essere.

Si passa quindi dal concetto di benessere materiale (Welfare) a un più ampio concetto di "stare bene" (Well Being) che comprende anche le dimensioni della potenzialità rispetto a quanto le persone possono essere o fare (being e doing). Lo stare bene – il benessere inteso secondo questa teoria – include quindi sia i mezzi già a disposizione e i risultati già ottenuti (i funzionamenti o functionings), sia la capacità, la potenzialità delle persone di trasformare questi mezzi e questi risultati in altri traguardi (capabilities).

Nella lettura dell'economia monetaria e capitalistica, quella che misura il benessere in termini di prodotto nazionale (PIL), le merci e i servizi sono il fine, dunque hanno la priorità, mentre le persone sono lette come lavoratori, dunque mezzi in quanto anch'essi fattori produttivi.

Nella visione di Sen, invece, il centro della teoria economica, il suo fine, diventa lo sviluppo umano di per se stesso, dunque fine primario rispetto al quale viene ricondotto l'utilizzo di merci e servizi che vengono ricollocati nella loro dimensione naturale di mezzi.

Le risorse materiali, quali i beni e i redditi, diventano strumenti di una conversione in funzionamenti miranti al benessere, superando quindi la misurazione del benessere in termini di PIL, e mirando piuttosto a una stima del benessere in termini di capacità: che livello di crescita le persone possono raggiungere avendo la capacità di sviluppare il proprio benessere.

È evidente che una simile lettura si colloca nel quadro dell'allargamento della capacità di visione della res pubblica anche alle dinamiche personali e familiari, inducendo a una critica al PIL quale indicatore di benessere complessivo delle persone, quando invece rappresenta esclusivamente un valore di tipo economico.

Questo processo di conversione dei beni e dei servizi (i mezzi) in benessere umano (capacità e funzionamenti) è influenzata da tre gruppi di fattori di conversione:

- individuali (per es.: condizioni fisiche, sesso, abilità cognitive);
- sociali (norme sociali, pratiche discriminatorie, ruoli legati al genere, gerarchie sociali, relazioni di potere...);
- ambientali (clima, localizzazione geografica...).

Lo spettro di valutazione delle decisioni, sia personali che politiche, con

la teoria delle capacità quindi si amplia, includendo gli aspetti della vita non materiali che sfuggono alla misurazione dell'economia monetaria: la capacità delle persone di essere libere, di mantenere la propria dignità, di dare e ricevere rispetto, di prendersi cura di sé e degli altri.

Spostando l'attenzione da ciò che donne e uomini possiedono a ciò che essi sono o fanno, si sposta drasticamente la prospettiva delle politiche pubbliche. Nel caso della povertà, ad esempio, l'approccio di Sen, pur tenendo in considerazione l'importanza delle politiche mirate all'incremento del reddito, pone al centro dell'attenzione la crescita di quelle capacità personali che consentono agli individui di uscire dalla condizione indigente.

Focalizzarsi sulla lettura delle persone, su ciò che sono e su ciò che fanno, sanno fare o vorrebbero fare, consente anche di superare le distorsioni proprie della lettura di genere, poiché si allarga lo sguardo delle politiche pubbliche anche alla sfera della riproduzione sociale. Anche nella lettura dell'economia e delle politiche le donne e gli uomini vengono infatti riportati alla loro complessità che li rende al contempo madri/padri, lavoratori/lavoratrici, figli/e, cittadini/e, etc, e ne riconosce i diversi ruoli e responsabilità. Considerando gli individui sia nel loro ruolo produttivo economico che in quello riproduttivo sociale, si accolgono quindi nella riflessione politica ed economica quelle variabili come la cura, il tempo, la famiglia, etc, prima trascurate. Allo stesso modo, aspetti trascurati dall'economia ufficiale e dalle politiche pubbliche, quali la capacità di prendersi cura di sé, della propria famiglia o degli altri, dunque la riproduzione sociale, riacquistano pari dignità rispetto alle altre capacità spendibili sul mercato, poiché fanno ugualmente parte della vita delle donne e degli uomini, in un rapporto interdependente.

Per concentrarsi sullo sviluppo delle persone occorre inoltre definirne le modalità e le vie per la crescita, che passano attraverso l'ampliamento delle capacità individuali per arrivare a un livello di benessere o di qualità della vita desiderato da uomini e donne. L'insieme delle capacità di ognuno (essere sani, istruiti, accedere alle risorse, prendersi cura di sé e degli altri, muoversi e viaggiare, etc) è diverso, e dipende certamente dal talento, dall'ambizione personale, dal contesto familiare.

L'insieme delle opportunità, rese accessibili a tutti senza discriminazioni, per opera della società e dell'intervento pubblico, ha però un peso determinante per accrescere nelle persone la percezione delle loro potenzialità, anche incoraggiandole a superarle.

In questo contesto l'azione pubblica supera il soddisfacimento del bisogno primario espresso dal cittadino/a, contribuendo a espandere l'insieme delle capacità da questo sviluppate, concedendogli sempre più libertà nella crescita personale, anche oltre il livello inizialmente previsto dal cittadino/a stesso.

Concetti quali la parità e l'uguaglianza non sono interpretati quindi in termini di uguale disponibilità di risorse, ma di stesso grado di libertà di essere e di fare.

Fonti per approfondire:

<https://socialissuesindia.wordpress.com/2013/09/06/what-is-amartya-sens-capability-approach-to-development/>

<http://www.iep.utm.edu/sen-cap/>

<https://plato.stanford.edu/entries/capability-approach/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-----

$\sigma_{Xj}$

Dove

$X_{ij}$  è il dato della regione<sup>i</sup> relativo alla variabile<sup>j</sup>

$\mu_j$  è la media tra i valori di tutte le regioni per la variabile<sup>j</sup>

$\sigma_{Xj}$  è lo scarto quadratico medio o deviazione standard della distribuzione della variabile<sup>j</sup>

In altre parole è la media degli scarti dei valori di tutte le regioni dalla media della variabile. Questo valore serve per quantificare l'intervallo all'interno del quale si distribuiscono i dati delle variabili. Il valore della deviazione standard è lo stesso per tutti i valori relativi ad una variabile.

$Z_{ij}$  è il dato della regione<sup>i</sup> relativo alla variabile<sup>j</sup> standardizzato.

Ad ogni  $X_{ij}$  corrisponde uno e un solo  $Z_{ij}$ , inoltre vengono conservate per costruzione le distanze.

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

È importante sottolineare che il risultato delle elaborazioni che portano al calcolo del QUARS non permettono di dire quale regione operi bene e quale male in termini assoluti, ma solamente quale operi meglio e quale peggio in relazione alle altre regioni prese in considerazione.

Fonte:

RAPPORTO QUARS 2010

[http://www.sbilanciamoci.org/docs/quars\\_2010.pdf](http://www.sbilanciamoci.org/docs/quars_2010.pdf)

Multidimensionalità nelle analisi di benessere e problemi di comparazione di Enrica Chiappero Martinetti1 e Gisella Accolla Working Paper ORES n. 1 / 2011 - 8 febbraio

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

### III. TABELLE

**Perché non sono stati scelti alcuni indicatori disponibili:** rispetto alla numerosità di sintomi elencati in letteratura, in questo contesto è stato possibile prenderne in considerazione solo alcuni. Alcuni "sintomi" non si sono resi disponibili in quanto non statisticamente monitorati a livello regionale (spesso neanche a livello nazionale) per es: ansia e depressione tra i giovani, disordini alimentari ecc. Altri indicatori sono stati scartati perché la rilevazione regionale restituiva dati talmente bassi da non consentirne la rilevazione. È questo il caso del tasso di suicidio giovanile (che presenta nel 2014 a livello nazionale 12 casi in tutta Italia tra i ragazzi in età 0-14 anni e 75 tra i 15 e i 19), il tasso di infezioni AIDS e HIV (a zero in diverse regioni). Per il tasso di criminalità minorile, invece, si è potuto osservare come il dato regionale sia troppo dipendente dalle differenti propensioni alle denunce da parte dei territori, e quindi sia distorsivo rispetto all'effettiva violenza tra i minori, spesso non denunciata alle autorità. L'indicatore regionale sul bullismo promosso dall'indagine

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

ii

INDICE REGIONALE SINTOMI POTENZIALE MALTRATTAMENTO DEI BAMBINI/E	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA						
	Gravidanze precoci	Obesità infantile	Fumo in età giovanile	Consumo di alcol	Consumo di droghe	Totale	Posizione Tot.
Regioni							
Trentino Alto Adige	8	1	3	8	4	0,862	1
Valle d'Aosta	1	6	1	13	16	0,746	2
Friuli Venezia Giulia	4	7	4	3	7	0,721	3
Marche	7	14	6	5	3	0,519	4
Lazio	5	11	8	1	10	0,515	5
Toscana	12	12	5	4	5	0,492	6
Veneto	2	5	9	11	9	0,413	7
Emilia Romagna	15	13	2	2	15	0,381	8
Piemonte	13	4	7	7	14	0,328	9
Umbria	9	9	11	10	12	0,203	10
Lombardia	10	3	10	9	17	0,146	11
Liguria	14	2	14	6	19	0,076	12
Calabria	17	15	12	17	1	-0,009	13
Campania	19	20	15	12	6	-0,668	14
Sicilia	20	10	13	14	11	-0,683	15
Molise	3	19	16	20	8	-0,691	16
Abruzzo	6	17	17	16	18	-0,728	17
Basilicata	11	18	20	19	2	-0,801	18
Sardegna	16	8	19	15	20	-0,839	19
Puglia	18	16	18	18	13	-0,983	20

INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI/VE	CAPACITÀ DI RICEVERE CURA						
	Servizi prima infanzia posti autorizzati per 100 bambini di 0-2 anni	Bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	Servizi per l'infanzia per affidi e adozione	Minori ospiti presidi	Servizi sostegno socio- educativo	Totale	Posizione Tot.
Regioni							
Liguria	5	9	2	2	2	1,364	1
Piemonte	9	7	1	13	7	0,772	2
Umbria	1	10	5	10	4	0,616	3
Emilia Romagna	2	18	4	4	5	0,550	4
Toscana	3	13	6	7	6	0,386	5
Sardegna	8	2	11	11	8	0,347	6
Veneto	11	11	3	16	1	0,347	7
Valle d'Aosta	4	3	7	18	9	0,256	8
Trentino Alto Adige	13	1	12	3	20	0,126	9
Friuli Venezia Giulia	10	6	19	17	3	0,104	10
Marche	12	5	16	9	16	-0,153	11
Sicilia	18	15	15	1	13	-0,182	12
Lombardia	6	17	10	15	11	-0,212	13
Abruzzo	15	8	17	19	10	-0,398	14
Lazio	7	20	13	5	12	-0,439	15
Basilicata	16	16	8	6	15	-0,443	16
Molise	14	19	9	8	14	-0,571	17
Calabria	19	4	20	12	19	-0,618	18
Puglia	17	12	14	14	18	-0,658	19
Campania	20	14	18	20	17	-1,193	20

<sup>iv</sup> Nella valutazione degli indicatori da selezionare ne sono stati esclusi alcuni poiché non li si è ritenuti adeguatamente rappresentativi: il tasso di dimissioni 0-14 anni per disturbi affettivi e per abuso di droghe non è stato rilevato per scarsa numerosità dei casi in diverse regioni; si è preferito quindi utilizzare il tasso di dimissioni per disturbi psichici 0-17 anni che li comprende entrambi, pur accogliendo anche altre categorie di disturbo psichico non riconducibili al maltrattamento dei minori. La presenza di strutture di pronto-soccorso pediatriche è stata esclusa per la mancanza in due regioni di pronto soccorsi pediatrici, legata verosimilmente alla prossimità di strutture appartenenti a regioni contigue.

v

INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI/E	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
Sardegna	1	2	11	1,593	1
Lazio	2	7	15	0,733	2
Abruzzo	5	3	6	0,553	3
Sicilia	7	1	12	0,473	4
Toscana	3	11	4	0,385	5
Umbria	4	8	7	0,344	6
Puglia	8	6	13	0,220	7
Calabria	10	5	17	0,164	8
Emilia Romagna	19	4	3	0,147	9
Liguria	6	12	9	-0,046	10
Valle d'Aosta	12	10	1	-0,054	11
Molise	18	9	18	-0,118	12
Marche	11	13	16	-0,271	13
Trentino Alto Adige	9	16	5	-0,441	14
Campania	13	14	20	-0,449	15
Lombardia	16	15	19	-0,535	16
Veneto	14	17	8	-0,540	17
Basilicata	17	18	2	-0,638	18
Friuli Venezia Giulia	15	19	14	-0,695	19
Piemonte	20	20	10	-0,825	20

vi

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI									
	Regioni	Tasso fecondità/ 1.000 donne 15-19 anni	Fecondità per età media del padre	% Famiglie monogenitori/totale famiglie	Soddisfazione per la vita	% Donne 15-49 anni che usano metodi moderni di contraccezione	Separazioni/ 10.000 ab.	Soddisfazione relazioni familiari	Famiglie con più di 5 componenti	Totale
Trentino Alto Adige	8	15	3	1	2	3	1	15	1,067	1
Veneto	2	7	5	5	4	5	2	16	0,574	2
Valle d'Aosta	1	17	10	3	12	6	8	1	0,528	3
Lombardia	10	6	7	2	3	14	4	11	0,489	4
Piemonte	13	16	4	6	5	13	9	3	0,337	5
Emilia Romagna	15	13	1	7	10	16	6	10	0,278	6
Friuli Venezia Giulia	4	14	18	4	6	11	3	4	0,263	7
Umbria	9	12	2	11	11	12	11	7	0,235	8
Liguria	14	10	15	13	1	19	7	2	0,225	9
Molise	3	3	13	16	17	2	15	5	0,204	10
Toscana	12	9	14	9	9	18	5	8	0,147	11
Marche	7	4	11	10	15	7	13	13	0,043	12
Sardegna	16	1	20	12	7	10	14	6	0,012	13
Basilicata	11	2	6	19	19	4	18	14	-0,053	14
Abruzzo	6	8	16	8	18	9	10	12	-0,219	15
Calabria	17	11	12	14	14	1	19	18	-0,252	16
Lazio	5	5	19	17	8	20	16	9	-0,451	17
Puglia	18	18	8	15	20	8	17	17	-0,656	18
Sicilia	20	19	9	18	13	17	12	19	-1,058	19
Campania	19	20	17	20	16	15	20	20	-1,712	20

vii

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA						
	Comportamento a rischio alcol	Tasso mortalità dipendenza da droghe M+F	Indici di stato psicologico	Indici di salute mentale	Depressione diagnosticata	Totale	Posizione Tot.
Regioni							
Trentino Alto Adige	19	7	1	1	3	0,905	1
Veneto	11	9	7	6	1	0,661	2
Friuli Venezia Giulia	18	8	3	3	4	0,526	3
Liguria	14	3	2	2	19	0,505	4
Molise	12	13	4	11	2	0,461	5
Lombardia	15	14	6	5	5	0,219	6
Lazio	5	11	8	9	12	0,174	7
Abruzzo	10	12	12	12	6	0,113	8
Emilia Romagna	16	10	10	8	9	0,068	9
Basilicata	7	5	15	15	7	0,066	10
Sicilia	1	6	16	17	14	0,065	11
Puglia	4	4	17	16	11	-0,019	12
Piemonte	9	15	13	13	8	-0,181	13
Calabria	3	2	18	18	16	-0,200	14
Umbria	6	17	11	10	15	-0,317	15
Campania	2	1	19	20	18	-0,386	16
Valle d'Aosta	20	16	5	4	17	-0,494	17
Toscana	13	18	14	14	10	-0,503	18
Sardegna	17	20	9	7	20	-0,585	19
Marche	8	19	20	19	13	-1,078	20

viii

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA								
	Soddisfazione nelle relazioni amicali	Fiducia interpersonale	Violenza da partner/ex partner negli ultimi 5 anni	Tasso di omicidi	Percezione criminalità	Fiducia forze dell'ordine	Donne vittime violenza da un partner, per denuncia	Totale	Posizione Tot.
Regioni									
Trentino Alto Adige	1	1	8	4	19	1	5	1,071	1
Valle d'Aosta	2	2	3	1	3	3	16	1,065	2
Friuli Venezia Giulia	3	4	2	10	9	2	10	0,679	3
Lombardia	6	6	9	6	5	7	6	0,499	4
Sardegna	16	13	7	17	2	8	1	0,385	5
Veneto	5	8	4	9	7	12	14	0,198	6
Liguria	8	3	18	14	17	6	2	0,164	7
Emilia Romagna	4	11	17	13	14	4	3	0,160	8
Piemonte	10	9	12	8	15	5	4	0,132	9
Marche	15	15	5	3	12	11	9	0,087	10
Toscana	7	12	13	15	10	10	13	-0,030	11
Basilicata	17	5	6	5	1	20	19	-0,078	12
Umbria	9	14	14	7	18	15	8	-0,192	13
Sicilia	12	20	11	16	11	14	11	-0,417	14
Calabria	19	19	1	19	6	18	12	-0,420	15
Lazio	13	7	15	11	20	9	18	-0,447	16
Abruzzo	11	16	20	12	8	16	7	-0,460	17
Molise	14	18	19	2	4	19	17	-0,468	18
Puglia	18	17	10	18	13	13	20	-0,815	19
Campania	20	10	16	20	16	17	15	-1,113	20

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE			
	% Popolazione 25-64 anni nessun titolo di studio/ licenza elementare	Tasso di istruzione terziaria femminile 30-34 anni	Totale	Posizione Tot.
Regioni				
Lazio	3	4	1,043	1
Umbria	5	2	1,038	2
Marche	7	3	0,993	3
Trentino Alto Adige	2	5	0,937	4
Lombardia	8	6	0,561	5
Emilia Romagna	4	8	0,550	6
Abruzzo	13	7	0,451	7
Molise	16	1	0,416	8
Toscana	9	9	0,397	9
Veneto	10	11	0,361	10
Piemonte	6	12	0,342	11
Valle d'Aosta	11	13	0,200	12
Friuli Venezia Giulia	1	15	0,093	13
Liguria	12	14	-0,044	14
Basilicata	15	10	-0,077	15
Sardegna	14	17	-0,820	16
Calabria	20	16	-1,372	17
Puglia	19	18	-1,602	18
Campania	18	19	-1,705	19
Sicilia	17	20	-1,760	20

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI LAVORARE					
	Tasso di disoccupazione Tot. età 35-44	Incidenza della disoc- cupazione di lunga durata	% Incidenza di occupa- ti non regolari	Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	Totale	Posizione Tot.
Regioni						
Trentino Alto Adige	1	1	2	1	1,418	1
Veneto	2	6	1	4	0,913	2
Emilia Romagna	4	5	3	3	0,866	3
Friuli Venezia Giulia	5	2	7	8	0,824	4
Valle d'Aosta	6	3	8	12	0,716	5
Lombardia	3	10	5	5	0,698	6
Marche	8	7	4	6	0,646	7
Toscana	10	8	9	2	0,630	8
Liguria	11	4	10	10	0,551	9
Piemonte	7	11	6	9	0,489	10
Umbria	9	9	11	7	0,413	11
Lazio	12	12	15	13	0,001	12
Abruzzo	13	14	16	11	-0,198	13
Basilicata	14	15	12	14	-0,333	14
Molise	15	17	14	15	-0,596	15
Sardegna	17	13	13	17	-0,762	16
Puglia	16	16	17	16	-0,978	17
Calabria	20	18	20	18	-1,735	18
Campania	18	20	19	19	-1,764	19
Sicilia	19	19	18	20	-1,797	20

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI							
	Indice di grave deprivazione materiale	% Persone in situazioni di sovraffollamento abitativo	Valutazione soggettiva difficoltà economica	Indice povertà relativa familiare	Indice di disuguaglianza del reddito (Gini)	Tasso crescita PIL procapite	Totale	Posizione Tot.
Regioni								
Veneto	1	3	1	4	2	13	0,835	1
Emilia Romagna	4	6	4	3	5	11	0,689	2
Trentino Alto Adige	3	5	2	1	4	15	0,666	3
Friuli Venezia Giulia	6	4	3	10	1	14	0,664	4
Toscana	7	10	5	5	6	9	0,570	5
Valle d'Aosta	8	2	7	8	3	18	0,439	6
Lombardia	2	12	11	2	13	12	0,332	7
Piemonte	14	9	12	7	7	8	0,289	8
Liguria	9	15	9	9	12	10	0,176	9
Umbria	10	20	8	11	9	4	0,169	10
Molise	5	1	14	15	14	5	0,168	11
Marche	11	14	6	12	11	16	0,087	12
Lazio	12	8	10	6	17	19	0,035	13
Abruzzo	16	19	15	13	8	2	-0,180	14
Basilicata	15	17	18	19	10	1	-0,182	15
Sardegna	13	7	20	14	16	20	-0,562	16
Puglia	18	16	17	17	15	6	-0,743	17
Calabria	17	11	13	20	18	7	-0,791	18
Sicilia	20	13	16	18	20	3	-1,109	19
Campania	19	18	19	16	19	17	-1,552	20

INDICE REGIONALE FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI	TOTALE CAPACITÀ							
	Cura	Vita sana	Vita sicura	Conoscenza e sapere	Lavorare	Accedere risorse	Totale	Posizione Tot.
Regioni								
Trentino Alto Adige	1	1	1	4	1	3	1,011	1
Veneto	2	2	6	10	2	1	0,590	2
Friuli Venezia Giulia	7	3	3	13	4	4	0,508	3
Lombardia	4	6	4	5	6	7	0,466	4
Emilia Romagna	6	9	8	6	3	2	0,435	5
Valle d'Aosta	3	17	2	12	5	6	0,409	6
Liguria	9	4	7	14	9	9	0,263	7
Piemonte	5	13	9	11	10	8	0,234	8
Umbria	8	15	13	2	11	10	0,224	9
Toscana	11	18	11	9	8	5	0,202	10
Marche	12	20	10	3	7	12	0,129	11
Lazio	17	7	16	1	12	13	0,059	12
Molise	10	5	18	8	15	11	0,031	13
Abruzzo	15	8	17	7	13	14	-0,082	14
Basilicata	14	10	12	15	14	15	-0,110	15
Sardegna	13	19	5	16	16	16	-0,389	16
Calabria	16	14	15	17	18	18	-0,795	17
Puglia	18	12	19	18	17	17	-0,802	18
Sicilia	19	11	14	20	20	19	-1,013	19
Campania	20	16	20	19	19	20	-1,372	20

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI							
	Sostegno alla maternità		Sostegno alla genitorialità	Servizio sociale professionale	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Totale	Posizione Tot.
	Gestanti o madri maggiorenni con figli	Numero consultori						
Regioni								
Emilia Romagna	1	3	1	3	13	1	1,593	1
Valle d'Aosta	10	1	4	9	5	10	0,634	2
Umbria	11	7	16	10	1	15	0,448	3
Trentino Alto Adige	2	5	2	17	20	2	0,433	4
Veneto	17	8	3	1	8	3	0,380	5
Piemonte	7	10	5	2	11	9	0,222	6
Toscana	8	4	17	11	7	6	0,096	7
Sardegna	12	11	9	7	10	4	0,079	8
Liguria	4	9	11	6	19	13	0,051	9
Sicilia	3	12	15	15	14	5	-0,011	10
Lazio	5	15	14	12	3	8	-0,055	11
Basilicata	16	2	10	13	2	17	-0,125	12
Lombardia	9	19	13	14	4	7	-0,134	13
Abruzzo	18	6	12	8	9	12	-0,164	14
Puglia	15	13	6	5	6	14	-0,174	15
Friuli Venezia Giulia	6	14	19	16	12	16	-0,419	16
Molise	19	18	7	4	16	19	-0,493	17
Marche	14	16	8	18	17	11	-0,505	18
Calabria	13	17	20	20	15	20	-0,852	19
Campania	20	20	18	19	18	18	-1,003	20

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA							
	Uso di alcol	Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Totale	Posizione Tot.
	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di 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 abitanti		
Regioni								
Liguria	1	1	1	2	9	8	1,499	1
Valle d'Aosta	2	3	3	8	3	20	0,850	2
Marche	3	2	12	1	14	6	0,782	3
Toscana	13	9	5	5	6	2	0,550	4
Umbria	7	5	18	4	1	9	0,432	5
Veneto	12	10	13	13	8	1	0,429	6
Piemonte	11	8	4	6	7	19	0,227	7
Abruzzo	8	11	6	3	15	12	0,076	8
Molise	5	16	11	14	5	5	0,074	9
Emilia Romagna	10	7	16	9	4	13	0,017	10
Sardegna	9	6	8	11	12	7	-0,037	11
Lombardia	6	4	14	7	11	11	-0,039	12
Puglia	15	15	17	10	10	4	-0,260	13
Trentino Alto Adige	4	13	2	20	18	17	-0,303	14
Friuli Venezia Giulia	16	12	20	15	2	10	-0,315	15
Basilicata	19	20	10	12	17	3	-0,495	16
Lazio	14	14	15	16	13	14	-0,615	17
Sicilia	18	17	7	18	16	16	-0,761	18
Campania	17	18	19	17	19	15	-1,051	19
Calabria	20	19	9	19	20	18	-1,060	20

xv

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
Emilia Romagna	9	2	2	1,154	1
Valle d'Aosta	4	1	8	0,968	2
Veneto	16	4	1	0,798	3
Umbria	1	15	6	0,782	4
Marche	3	13	4	0,654	5
Sicilia	5	3	20	0,444	6
Sardegna	10	11	3	0,341	7
Liguria	2	14	16	0,293	8
Abruzzo	19	6	5	0,129	9
Toscana	11	5	10	0,003	10
Friuli Venezia Giulia	20	9	7	-0,179	11
Campania	7	7	19	-0,250	12
Trentino Alto Adige	12	8	12	-0,324	13
Calabria	6	17	17	-0,438	14
Molise	15	12	13	-0,579	15
Puglia	17	10	15	-0,588	16
Lombardia	8	19	9	-0,643	17
Basilicata	14	18	11	-0,759	18
Piemonte	18	16	14	-0,831	19
Lazio	13	20	18	-0,975	20

xvi

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE		
	Regioni	Adulti inoccupati che partecipano ad attività formative e di istruzione	Totale
Trentino Alto Adige	1,681	1,681	1
Toscana	1,592	1,592	2
Friuli Venezia Giulia	1,516	1,516	3
Molise	1,253	1,253	4
Abruzzo	1,178	1,178	5
Lazio	0,616	0,616	6
Umbria	0,408	0,408	7
Emilia Romagna	0,304	0,304	8
Marche	0,048	0,048	9
Lombardia	-0,238	-0,238	10
Sardegna	-0,401	-0,401	11
Calabria	-0,553	-0,553	12
Basilicata	-0,572	-0,572	13
Liguria	-0,572	-0,572	14
Piemonte	-0,584	-0,584	15
Veneto	-0,615	-0,615	16
Campania	-0,941	-0,941	17
Puglia	-0,977	-0,977	18
Valle d'Aosta	-1,388	-1,388	19
Sicilia	-1,756	-1,756	20

xvii

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI LAVORARE		
	Regioni	Inserimento lavorativo	Totale
Emilia Romagna	3,444	3,444	1
Veneto	1,197	1,197	2
Umbria	0,859	0,859	3
Sardegna	0,839	0,839	4
Liguria	0,512	0,512	5
Piemonte	0,235	0,235	6
Friuli Venezia Giulia	0,094	0,094	7
Sicilia	-0,047	-0,047	8
Valle d'Aosta	-0,105	-0,105	9
Lombardia	-0,369	-0,369	10
Toscana	-0,407	-0,407	11
Molise	-0,434	-0,434	12
Lazio	-0,509	-0,509	13
Marche	-0,543	-0,543	14
Puglia	-0,546	-0,546	15
Basilicata	-0,740	-0,740	16
Abruzzo	-0,800	-0,800	17
Calabria	-0,863	-0,863	18
Campania	-0,897	-0,897	19
Trentino Alto Adige	-0,920	-0,920	20

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI			
	Integrazione al reddito	Povert� abitativa	Totale	Posizione Tot.
Regioni				
Friuli Venezia Giulia	3	1	2,426	1
Veneto	1	5	1,511	2
Piemonte	2	4	1,345	3
Emilia Romagna	4	2	0,907	4
Toscana	7	3	0,660	5
Umbria	6	6	0,290	6
Valle d'Aosta	5	15	0,105	7
Marche	8	10	-0,014	8
Sardegna	9	7	-0,102	9
Lombardia	11	8	-0,325	10
Trentino Alto Adige	10	20	-0,475	11
Lazio	12	13	-0,493	12
Liguria	15	9	-0,580	13
Puglia	16	11	-0,666	14
Abruzzo	13	17	-0,693	15
Calabria	17	12	-0,703	16
Molise	14	16	-0,703	17
Sicilia	19	14	-0,785	18
Campania	18	19	-0,841	19
Basilicata	20	18	-0,864	20

INDICE REGIONALE SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI	TOTALE CAPACITÀ							
	Cura	Vita sana	Vita sicura	Conoscenza e sapere	Lavorare	Accedere a risorse e servizi	Totale	Posizione Tot.
Regioni								
Emilia Romagna	1	10	1	8	1	4	1,236	1
Veneto	5	6	3	16	2	2	0,617	2
Umbria	3	5	4	7	3	6	0,536	3
Friuli Venezia Giulia	16	15	11	3	7	1	0,520	4
Toscana	7	4	10	2	11	5	0,416	5
Liguria	9	1	8	14	5	13	0,201	6
Valle d'Aosta	2	2	2	19	9	7	0,177	7
Sardegna	8	11	7	11	4	9	0,120	8
Piemonte	6	7	19	15	6	3	0,102	9
Marche	18	3	5	9	14	8	0,070	10
Trentino Alto Adige	4	14	13	1	20	11	0,015	11
Abruzzo	14	8	9	5	17	15	-0,046	12
Molise	17	9	15	4	12	17	-0,147	13
Lombardia	13	12	17	10	10	10	-0,291	14
Lazio	11	17	20	6	13	12	-0,339	15
Sicilia	10	18	6	20	8	18	-0,486	16
Puglia	15	13	16	18	15	14	-0,535	17
Basilicata	12	16	18	13	16	20	-0,593	18
Calabria	19	20	14	12	18	16	-0,745	19
Campania	20	19	12	17	19	19	-0,830	20



Cesvi è un'organizzazione umanitaria italiana laica e indipendente, nata a Bergamo nel 1985. Presente in 23 Paesi, opera in tutto il mondo per supportare le popolazioni più vulnerabili nella promozione dei diritti umani, nel raggiungimento delle loro aspirazioni e per lo sviluppo sostenibile. In Italia è impegnato in progetti per l'accoglienza, la tutela e l'inclusione sociale dei minori stranieri non accompagnati e, nel 2017, ha creato la rete "loConto" per la prevenzione e il contrasto ai fenomeni di maltrattamento infantile. Promuove inoltre campagne di sensibilizzazione per incoraggiare la cultura della solidarietà mondiale, soprattutto tra i più giovani. Premiato tre volte con l'Oscar di Bilancio per la sua trasparenza, Cesvi è parte del network europeo Alliance2015.



**CESVI**

Per informazioni:

**Cesvi Onlus**

Via Broseta 68/A

24128 Bergamo

Tel. 035 2058058

Email: [cesvi@cesvi.org](mailto:cesvi@cesvi.org)

[www.cesvi.org](http://www.cesvi.org)



Cesvi Onlus



Cesvi\_NGO



Cesvi\_onlus





**cesvi**

[www.cesvi.org](http://www.cesvi.org)

