



cesvi

INDICE REGIONALE
SUL MALTRATTAMENTO
E LA CURA ALL'INFANZIA
IN ITALIA **2026**

**GENERAZIONE
SOLA**



cesvi

INDICE REGIONALE
SUL MALTRATTAMENTO
E LA CURA
ALL'INFANZIA
IN ITALIA 2026

**GENERAZIONE
SOLA**

A cura di

Erica Bertero (*Advocacy & Institutional Relations Senior Specialist, Italy, CESVI Fondazione - ETS*)

Autrici

Giovanna Badalassi (*Consulente CESVI Fondazione - ETS*)

Maria Rosaria Centrone, Francesca Viola (*Articolo 12*)

Comitato Scientifico

Stefania Andreoli - Psicoterapeuta

Donata Bianchi - Istituto degli Innocenti

Raffaello Castagna - Responsabile Osservatorio e Misurazione Impatto - Intesa Sanpaolo

Marianna Giordano - Coordinamento Italiano Servizi Contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI)

Maria Giuseppina Muratore - Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)

Valentina Prisciandaro - Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (CNOAS)

Marina Terragni - Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA)

Editing e coordinamento

Simona Denti (*Head of Communication CESVI Fondazione - ETS*)

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

Progetto grafico

Francesco Lo Nigro

Foto di copertina © Adobe Stock/Sebastianosecondi

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

ISBN 9788894347470

Realizzato da CESVI Fondazione - ETS

Via Broseta 68/A - 24128 Bergamo, Italia

Ringraziamenti

CESVI ringrazia i bambini delle Case del Sorriso di Napoli e Bari che hanno partecipato ai focus group per la realizzazione dell'approfondimento tematico del Capitolo 3. Durante i focus group i bambini hanno raccontato le proprie esperienze, parlato delle relazioni più significative e condiviso pensieri sul cambiamento nei propri contesti di vita. Si ringrazia inoltre Renata Molino, referente CESVI per le Case del Sorriso di Napoli e Bari, e i partner territoriali Cooperativa Sociale Il Grillo Parlante e la Fondazione Giovanni Paolo II per il supporto nell'organizzazione dei focus group.

Questo Indice è stato realizzato con il contributo di Intesa Sanpaolo, a cui va un ringraziamento speciale.

Si ringraziano i fotografi Gianfranco Ferraro, Gian Vittorio Frau, Roger Lo Guarro.

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

Finito di stampare nel mese di giugno 2026.

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



Indice

Introduzione e obiettivi dell'indagine	5
01. Il maltrattamento all'infanzia: inquadramento generale	7
1.1 Cos'è il maltrattamento all'infanzia	8
1.2 La violenza assistita intrafamiliare	9
1.3 Le conseguenze del maltrattamento su bambini e bambine	10
1.4 I benefici della prevenzione	11
1.5 L'approfondimento: la povertà relazionale	13
02. L'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia	17
2.1 La metodologia	18
2.2 L'indice regionale dei fattori di rischio e dei servizi per capacità	20
2.2.1 Capacità di cura di sé e degli altri	21
2.2.2 Capacità di vivere una vita sana	27
2.2.3 Capacità di vivere una vita sicura	32
2.2.4 Capacità di acquisire conoscenza e sapere	34
2.2.5 Capacità di lavorare	36
2.2.6 Capacità di accedere alle risorse e ai servizi	38
2.3 L'indice regionale: fattori di rischio e servizi	40
2.3.1 L'indice dei fattori di rischio	40
2.3.2 L'indice dei servizi	42
2.3.3 L'analisi territoriale e l'incrocio tra domanda potenziale e offerta dei servizi	45
2.4 L'indice regionale: totale per capacità	47
03. GENERAZIONE SOLA	53
3.1 Povertà relazionale infantile: approcci teorici	55
3.2 Metodologia	57
3.3 Cosa abbiamo imparato dai partecipanti alla ricerca?	59
3.3.1 Il ruolo di genitori e famiglia allargata	59
3.3.2 Le relazioni con gli amici, i compagni, i pari	62
3.3.3 Questioni di genere all'interno delle relazioni	65
3.3.4 Condizioni economiche e qualità delle relazioni	66
3.3.5 La comunità di cura: la rete sociale allargata	69
3.3.6 Gli spazi del quartiere	71
3.4 Diminuire i fattori di rischio e potenziare i fattori protettivi per combattere la povertà relazionale	73
3.4.1 Il benessere relazionale come fenomeno dinamico e multidimensionale	73
3.4.2 Il maltrattamento infantile come fenomeno relazionale	74
3.4.3 Riflessioni e prospettive future	75
04. Riflessioni e proposte per politiche di prevenzione, contrasto e cura	79
Bibliografia	85
Sitografia	91
Appendici	95
I Il metodo di calcolo utilizzato per l'indicatore: il QUARS	96
II Tabelle	98
III Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia per capacità	113

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE

Giunto alla settima edizione, CESVI presenta l'aggiornamento dell'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia. Lo strumento vuole essere ormai un riferimento per l'analisi dei fattori di rischio e la capacità dei sistemi territoriali di prevenire e contrastare il maltrattamento alle persone di minore età.

In questo momento la pubblicazione di questo Indice assume un'importanza cruciale: il maltrattamento all'infanzia, infatti, sta assumendo i contorni di un'emergenza pubblica - ancorché strutturale - sempre più critica, alimentata dalle tensioni sociali e dal conseguente deterioramento della salute mentale collettiva.

Negli ultimi anni, l'impatto di lungo periodo della pandemia di COVID-19 si è intrecciato con nuove crisi economiche e con un clima di incertezza globale dettato da conflitti e tensioni geopolitiche. Anche i dati confermano questo peggioramento: cresce la quota di adulti che dichiarano bassi livelli di benessere psicologico e alti livelli di stress, soprattutto tra chi vive in condizioni socio-economiche fragili. Questa fragilità psicologica diffusa e strutturale incide direttamente sulle relazioni familiari e sulle capacità genitoriali.

Se è infatti vero che il maltrattamento all'infanzia affonda le proprie radici in fattori individuali, relazionali, intergenerazionali e familiari, è altrettanto evidente che il contesto esterno svolge un ruolo determinante: può esasperare le tensioni oppure, al contrario, rappresentare un fattore protettivo e di mitigazione. Il clima di incertezza e pressione che caratterizza il presente rende quindi urgente interrogarsi sul benessere dell'infanzia e su come istituzioni e organizzazioni e tutti gli attori coinvolti possano mobilitare risorse, capacità ed esperienza a tutela delle persone di minore età.

I segnali di allarme sono già evidenti: i dati più recenti¹ mostrano un aumento del 58% di persone di minore età prese in carico per maltrattamento dai servizi sociali tra il 2018 e il 2023. Le forme di maltrattamento più diffuse – la trascuratezza e la violenza assistita – indicano come esso si manifesti spesso all'interno di contesti familiari segnati da stress cronico, conflittualità e fragilità relazionale. Questi indicatori suggeriscono con chiarezza come il maltrattamento non sia una problematica isolata, ma risulti strettamente connesso al deterioramento delle condizioni generali di vita e del benessere collettivo.

È su questa dimensione che si concentra l'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia: anziché misurare la problematica in sé, analizza i fattori di rischio e i fattori protettivi presenti nei diversi territori, insieme alla capacità dei servizi di intervenire per sostenere le competenze genitoriali e promuovere il benessere delle persone di minore età. Attraverso un sistema articolato di indicatori, esso consente di osservare come i contesti territoriali influenzino la possibilità per gli adulti di prendersi cura di sé e degli altri, di vivere una vita sana e sicura, di accedere alla conoscenza, al lavoro e alle risorse, e come i servizi possano rafforzare queste capacità.

L'Indice rappresenta un vero e proprio "cruscotto" multidimensionale, capace di cogliere l'intreccio tra condizioni sociali, vulnerabilità familiari e risposta dei servizi, offrendo uno strumento utile per orientare le politiche pubbliche e gli interventi di prevenzione e cura.

Come ogni anno, la rilevazione quantitativa dell'Indice viene affiancata da un approfondimento tematico, scelto per la sua rilevanza rispetto alle criticità emergenti nel contesto sociale e alla prevenzione del maltrattamento. Il focus di questa edizione è dedicato alla povertà relazionale, una dimensione che negli ultimi anni ha assunto una centralità crescente: le evidenze scientifiche mostrano come, dopo la pandemia, l'isolamento sociale, sia tra gli adulti che tra i più giovani, sia aumentato significativamente.

Per questa ragione, abbiamo scelto di ascoltare direttamente la voce dei ragazzi e delle ragazze, estraendo dal loro vissuto e dalle loro parole nuovi spunti di riflessione su come prevenire ogni forma di maltrattamento e sostenere il benessere delle nuove generazioni e delle famiglie.

La povertà relazionale rappresenta oggi un fattore di rischio rilevante. Non è solo una condizione individuale o familiare, ma riflette la fragilità del contesto sociale e comunitario. Allo stesso tempo, può essere contrastata attraverso politiche e servizi capaci di rafforzare le reti sociali e i sistemi educativi, sostenendo le famiglie e prevenendo situazioni di vulnerabilità.

CESVI rinnova, attraverso questa nuova edizione dell'Indice, il proprio impegno per approfondire e contrastare un problema tanto diffuso quanto ancora in parte sommerso. Rendere visibile il maltrattamento all'infanzia, in tutte le sue manifestazioni, è il primo passo per affrontarlo: solo ciò che viene riconosciuto, misurato e compreso può generare politiche efficaci e interventi mirati.

Con questo lavoro, CESVI offre uno strumento di analisi e riflessione per tutti gli attori del settore, nella convinzione che la tutela dei bambini e delle bambine sia una responsabilità collettiva e una priorità per il futuro della società.



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

01

1.1 COS'È IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA

Il termine “**maltrattamento all'infanzia**” identifica gli abusi e la trascuratezza subiti da minorenni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo definisce come l'insieme di maltrattamenti fisici o emotivi, abusi sessuali, negligenza e sfruttamento commerciale che danneggiano salute, sopravvivenza, sviluppo o dignità del bambino in contesti di responsabilità, fiducia o potere². Si riconoscono, dunque, quattro tipologie principali: abuso fisico, sessuale, psicologico (o emotivo) e trascuratezza.

Ricerche recenti confermano la diffusione globale della problematica e la frequente coesistenza di diverse forme di violenza. L'**abuso emotivo** è la forma più comune (36,3% dei casi), seguito da quello **fisico** (22,6%) e **sessuale** (12,7%). Questi ultimi presentano una marcata disparità di genere, colpendo circa il 18% delle bambine contro il 7,6% dei maschi. Rilevante è anche la **trascuratezza**, che nelle sue varianti fisica ed emotiva interessa rispettivamente il 16,3% e il 18,4% dei minorenni³. Complessivamente, si stima che ogni anno circa 1 miliardo di bambini tra i 2 e i 17 anni — metà della popolazione infantile mondiale — subisca una qualche forma di violenza⁴.

Tale problematica costituisce una grave emergenza di salute pubblica, con effetti che persistono nell'età adulta aumentando il rischio di disturbi mentali, malattie croniche e difficoltà relazionali⁵. La **famiglia** è uno dei contesti critici: circa 300 milioni di bambini tra i 2 e i 4 anni sono regolarmente esposti a pratiche educative violente, come punizioni corporali o aggressioni psicologiche da parte dei caregiver⁶. Anche in Europa la dimensione del problema è critica, con circa 55 milioni di vittime totali: qui le prevalenze vedono l'abuso emotivo al 29,6%, quello fisico al 22,9% e il sessuale al 9,6%⁷.

Data la gravità del tema, il contrasto al maltrattamento è parte integrante dell'**Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile** (Target 16.2), che punta a eradicare ogni forma di violenza e

tortura contro i minorenni⁸. Tuttavia, i progressi sono disomogenei: in molti Paesi, oltre due terzi dei bambini tra 1 e 14 anni subiscono ancora disciplina violenta⁹. Sebbene aumentino le leggi di divieto, i livelli di violenza domestica restano elevati¹⁰, specialmente per le adolescenti (15-19 anni), spesso vittime di violenza fisica o sessuale da parte del partner¹¹.

In **Italia**, i dati istituzionali confermano la gravità della situazione. Nel 2024, i reati contro i minorenni elaborati da Terre Des Hommes hanno raggiunto la cifra record di 7.204 casi, con un incremento del 4% rispetto al 2023 e del 35% su base decennale. Tra i reati più frequenti emergono i maltrattamenti in famiglia, gli abusi sessuali e la pedopornografia online, con una prevalenza di vittime femminili (53%)¹².

Parallelamente, la III Indagine nazionale sul maltrattamento¹³ rivela che al 31 dicembre 2023 i servizi sociali avevano in carico 374.310 minorenni, di cui 113.892 vittime di maltrattamento (30,4%). Il dato è cresciuto del 58% rispetto al 2018. La forma più diffusa è la trascuratezza 37% (divisa in educativo 17%, emozionale 10% e fisico 10%), segue la violenza assistita in famiglia¹⁴ (34%), quella psicologica (12%), il maltrattamento fisico (11%), la patologia delle cure (4%) e infine l'abuso sessuale (2%)¹⁵.

L'analisi evidenzia infine come i minorenni di origine straniera siano più rappresentati nelle segnalazioni (23 su mille rispetto ai 7 su mille degli italiani), problema spesso lega-

to alla maggiore vicinanza ai servizi e alla conseguente emersione del rischio. La complessità delle situazioni familiari è infine sottolineata dalla frequente compresenza di più forme di maltrattamento sulla stessa vittima. L'indagine conferma inoltre che nella grande maggioranza dei casi gli autori del maltrattamento appartengono al contesto familiare del minorenni, evidenziando il ruolo centrale delle dinamiche intrafamiliari nella genesi delle situazioni di abuso e trascuratezza¹⁶.

I dati dimostrano che la violenza sui minorenni non è un problema marginale, ma pervasivo, sistemico e ancora oggi ampiamente sottostimato. Questa invisibilità deriva principalmente da due fattori: da un lato, l'accettazione sociale e culturale di alcune forme di violenza, tramandate come pratiche educative; dall'altro, l'incapacità delle vittime stesse di riconoscere e denunciare il maltrattamento.

Tale quota di sommerso rende estremamente complesso quantificare la reale diffusione del problema. Le statistiche ufficiali, infatti, intercettano solo i casi che emergono tramite i canali giudiziari, sanitari o sociali, lasciando in ombra le numerose violenze che avvengono tra le mura domesti-

che o in contesti basati su legami di fiducia e dipendenza. Di conseguenza, mentre le segnalazioni istituzionali offrono una visione parziale, le indagini basate su dati auto-dichiarati rivelano prevalenze decisamente più allarmanti¹⁷.

Uno studio recente evidenzia chiaramente questo divario: se le segnalazioni ufficiali stimano il maltrattamento globale tra lo 0,3% e lo 0,4%, le indagini di popolazione indicano percentuali che oscillano tra il 7,6% e il 36,3%, confermando come la maggior parte degli abusi rimanga invisibile ai sistemi di protezione¹⁸. Altre ricerche suggeriscono che per ogni bambino assistito dai servizi sociali potrebbero essercene fino a nove non intercettati¹⁹. Questa discrepanza riflette le barriere che impediscono la rivelazione del trauma: la dipendenza dai caregiver, il timore di ritorsioni, il senso di vergogna o l'incapacità degli operatori nel decodificare i segnali precoci.

Anche l'ambito della violenza sessuale soffre di un elevato tasso di sotto-denuncia: si stima che tra il 70% e il 90% dei casi non venga mai riferito alle autorità, confermando che i dati ufficiali rappresentano solo la punta dell'iceberg di una realtà molto più vasta²⁰.

1.2 LA VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE

La violenza assistita, formalmente riconosciuta dalla Convenzione di Istanbul²¹ e definita dal CISMAI fin dal 1999, rappresenta una forma di maltrattamento in cui i minorenni vivono l'esperienza di abusi fisici, psicologici o economici compiuti sulle proprie figure di riferimento. Questo trauma può manifestarsi in forma diretta, quando il bambino assiste fisicamente agli episodi, o indiretta, attraverso la percezione del clima di tensione e degli effetti visibili della violenza nel contesto familiare. Il problema affonda le sue radici nelle disuguaglianze di genere e in modelli culturali che legittimano il controllo maschile, fattori che, insieme a povertà, abuso di sostanze e carenza di servizi, aumentano esponenzialmente il rischio di violenza domestica²².

Le dimensioni del problema sono globali e profonde: si stima che circa una persona su sei nel mondo abbia assistito a episodi di violenza domestica durante l'infanzia²³. In Italia, i dati ISTAT delineano un quadro altrettanto critico, evidenziando come oltre il 65% dei figli di donne vittime di abusi abbia assistito alle violenze del padre sulla madre²⁴. Anche le rilevazioni del servizio 1522 confermano questa pervasività, segnalando che in più di un caso su quattro i figli non sono solo testimoni, ma subiscono a loro volta forme di maltrattamento diretto²⁵.

Le conseguenze sullo sviluppo variano significativamente in base all'età²⁶. Nei bambini sotto i cinque anni, l'esposizione al trauma si manifesta spesso attraverso disturbi del sonno, regressioni del linguaggio o ansia da separazione²⁷, mentre tra i cinque e i dieci anni prevalgono sentimenti di colpa, bassa autostima e difficoltà nella socializzazione con i coetanei²⁸. Con l'avvento dell'ado-

lescenza, il disagio tende a esternalizzarsi in comportamenti conflittuali o dannosi per la salute, come l'uso di sostanze, associandosi frequentemente a sintomi depressivi che colpiscono in modo particolare le ragazze²⁹.

La gravità del quadro clinico è confermata dal fatto che oltre il 20% di questi minorenni sviluppa sintomi rilevanti di disturbo da stress post-traumatico³⁰. Tale condizione si aggrava ulteriormente quando la violenza assistita e il maltrattamento diretto coesistono — un'evenienza che riguarda tra il 21% e il 42% dei casi — amplificando i problemi di aggressività, ansia e depressione³¹. Oltre ai danni individuali, la violenza mina la relazione primaria con la figura di cura, solitamente la madre, la cui disponibilità emotiva può essere compromessa dallo stress e dai sintomi post-traumatici derivanti dalla vittimizzazione³². Nonostante ciò, il supporto sociale e interventi clinici specializzati possono sostenere le capacità pro-

tettive delle madri, favorendo il recupero del legame genitoriale³³. Resta tuttavia l'ostacolo del sommerso: a causa di stigma, paura e dipendenza economica, solo una minima parte delle vittime riesce a denunciare, lasciando gran parte di questa violenza invisibile alle autorità³⁴.

Data l'ampia sottostima del problema, è ragionevole ritenere che l'esposizione dei minorenni alla violenza domestica — oggi classificata dalla letteratura scientifica

come una delle principali esperienze avverse dell'infanzia (Adverse Childhood Experiences, ACEs) — sia molto più diffusa di quanto riportato dalle statistiche ufficiali. Per tale motivo, risulta indispensabile potenziare i sistemi di monitoraggio e promuovere politiche pubbliche che facilitino l'emersione del sommerso. È altrettanto urgente rafforzare gli interventi di protezione e presa in carico, garantendo supporto sia alle donne vittime di violenza sia ai figli che ne sono testimoni³⁵.

1.3 LE CONSEGUENZE DEL MALTRATTAMENTO SU BAMBINI E BAMBINE

Il maltrattamento all'infanzia incide profondamente sulla traiettoria di sviluppo delle persone di minore età, con conseguenze fisiche e psicologiche che si riflettono nel breve e nel lungo periodo. Oltre ai danni immediati, come lesioni fisiche o infezioni, l'impatto psicologico si manifesta comunemente attraverso ansia, depressione, aggressività e disturbi del sonno, che nei casi più gravi possono evolvere in disturbo post-traumatico da stress (DPTS)³⁶. Risulta tuttavia complesso isolare l'effetto diretto dell'abuso da variabili ambientali come lo stress genitoriale o la salute mentale della famiglia³⁷; fattori di vulnerabilità che la pandemia ha accentuato, specialmente nei contesti socio-economici svantaggiati³⁸. Anche la **trascuratezza**, seppur meno visibile, compromette seriamente lo sviluppo cognitivo, le funzioni esecutive e la qualità delle relazioni sociali³⁹.

Gli esiti a lungo termine non sono uniformi, ma dipendono da variabili quali la frequenza dell'abuso, l'età del minorenne e il legame con l'autore del maltrattamento. Un'esposizione precoce tende a causare danni più persistenti a causa delle alterazioni neurobiologiche che si verificano in fasi sensibili dello sviluppo⁴⁰. Tra le conseguenze fisiche

adulte si osservano maggiori tassi di obesità, asma e comportamenti a rischio (fumo, alcol, gravidanze precoci), oltre a un deficit nelle abilità cognitive che aumenta del 13% la probabilità di abbandono scolastico⁴¹. A livello psichico, cresce il rischio di disturbi alimentari, comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio⁴². Questi traumi precoci alte-



Foto: © Adobe Stock/zwiebackesser

rano infatti i processi di regolazione emotiva e la costruzione del sé, rendendo cruciali interventi mirati che non agiscano solo sui sintomi, ma sui meccanismi di sviluppo⁴³.

Un aspetto critico è la **trasmissione intergenerazionale della violenza**: l'essere stati maltrattati o l'aver assistito a violenza domestica durante l'infanzia può influenzare le future pratiche genitoriali e le relazioni affettive. In età adulta, gli uomini che hanno subito abusi hanno una maggiore probabilità di diventare autori di violenza, mentre le donne mostrano una superiore vulnerabilità alla vittimizzazione⁴⁴. Questo ciclo è alimentato dall'interiorizzazione di modelli relazionali violenti e da deficit nella regolazione emotiva⁴⁵. Tuttavia, il rischio di replicare l'abuso sui propri figli, seppur elevato in caso di violenze ripetute, non è automatico: la presenza di risorse individuali, supporto

sociale e una riduzione dello stress genitoriale possono interrompere questo legame⁴⁶.

Infine, il maltrattamento comporta **costi sociali ed economici** enormi. Negli Stati Uniti, i costi complessivi legati ai casi accertati nel 2018 sono stati stimati in 428 miliardi di dollari⁴⁷. In Italia, l'impatto economico è valutato intorno allo 0,84% del PIL. Tali cifre comprendono costi diretti per l'ospedalizzazione e la salute mentale (oltre 70 milioni di euro), e costi indiretti ancora più ingenti legati alla perdita di produttività lavorativa (oltre 6,6 miliardi), alla criminalità adulta (5,3 miliardi) e alla spesa per l'educazione speciale e la delinquenza giovanile⁴⁸. Questi dati evidenziano come la prevenzione del maltrattamento sia non solo un imperativo etico, ma una necessità per la sostenibilità del sistema sociale ed economico.

1.4 I BENEFICI DELLA PREVENZIONE

Il maltrattamento all'infanzia è un grave problema di salute pubblica che richiede un approccio integrato, capace di curare le vittime e, contemporaneamente, interrompere la trasmissione intergenerazionale della violenza attraverso strategie di prevenzione efficaci.

In quest'ottica, è fondamentale agire sui fattori di rischio e potenziare quelli protettivi, considerando come il contesto sociale — dalle relazioni con i coetanei all'ambiente scolastico e di quartiere — possa moderare o amplificare gli effetti dei traumi subiti⁴⁹.

Per affrontare tale complessità, l'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia adotta il **modello ecologico** promosso dall'OMS. Tale modello distingue quattro livelli di **fattori** che possono influenzare il **rischio** di maltrattamento: fattori individuali, fattori relazionali, fattori comunitari e fattori sociali⁵⁰.

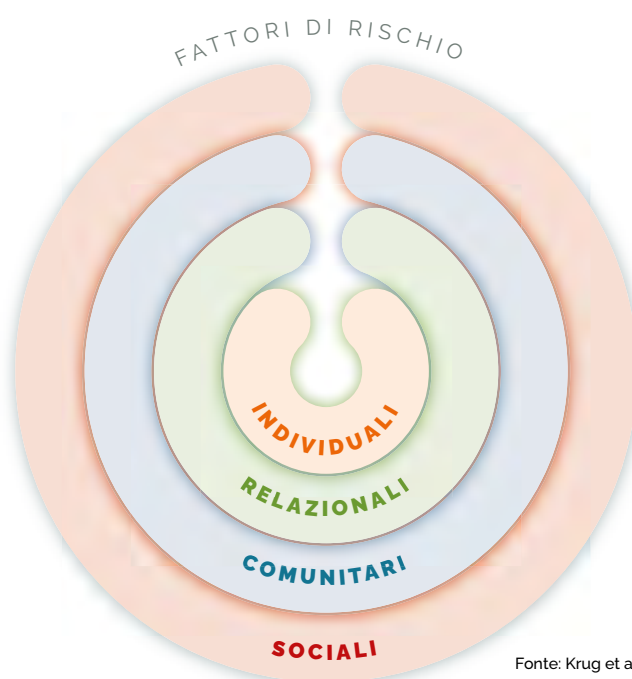
Analizzare il problema attraverso questa lente permette di non limitarsi alle caratteristiche del singolo, ma di includere le dinamiche familiari e le condizioni strutturali in cui le famiglie vivono.

Negli ultimi anni, la ricerca ha spostato l'attenzione verso i **fattori protettivi** e i processi di **resilienza**, confermando che il sostegno familiare e sociale può ridurre significativamente la probabilità di abuso, persino in contesti di forte vulnerabilità socio-economica⁵¹.

Il Dipartimento per la Salute degli Stati Uniti ha individuato sei categorie chiave di fattori protettivi: la qualità della cura e dell'attaccamento, la consapevolezza genitoriale dello sviluppo infantile, la resilienza e le connessioni sociali dei genitori, l'accesso ad aiuti concreti e le competenze socio-emozionali del bambino⁵². La loro presenza

è determinante: ad esempio, il sostegno sociale e l'occupazione materna riducono i casi di trascuratezza nelle famiglie povere⁵³, mentre la loro assenza aumenta il rischio di poli-vittimizzazione in minorenni già abusati⁵⁴.

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



Un ruolo centrale è svolto dalla **resilienza**, intesa come la capacità di adattarsi positivamente alle avversità⁵⁵. Relazioni di supporto e contesti educativi favorevoli mitigano l'impatto dei traumi e promuovono traiettorie di sviluppo sane, come emerso chiaramente durante lo stress collettivo della pandemia⁵⁶. Programmi di prevenzione basati su visite domiciliari, sostegno precoce alla

genitorialità e politiche sociali mirate hanno dimostrato di poter diminuire drasticamente l'incidenza di abusi⁵⁷. Per questo motivo, istituzioni internazionali e quadri normativi come **INSPIRE** promuovono strategie multilivello: interventi coordinati tra famiglie, scuole e servizi sociali sono l'unica via per garantire ambienti realmente sicuri per la crescita delle persone di minore età⁵⁸.

FIGURA 2. CLASSIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO: DETTAGLIO

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

Il comportamento genitoriale non è un fenomeno isolato, ma il risultato di una complessa interazione tra caratteristiche individuali, dinamiche familiari e contesti sociali. Secondo il modello ecologico, la qualità delle relazioni che circondano il nucleo familiare è determinante: se l'integrazione sociale funge da scudo, la **povertà relazionale** e l'isolamento costituiscono gravi fattori di rischio per il maltrattamento e la trascuratezza infantile⁵⁹.

L'isolamento sociale dei genitori è una condizione spesso associata a episodi di abuso. La mancanza di una rete di sostegno priva la famiglia di aiuti pratici ed emotivi, esasperando lo stress familiare soprattutto in contesti già vulnerabili. Studi empirici confermano che i genitori maltrattanti dispongono solitamente di reti sociali più ristrette e meno efficaci, percependo una scarsa disponibilità di supporto da parte di amici, parenti o vicini⁶⁰. Questa solitudine non solo aggrava le fragilità esistenti, ma nega ai genitori preziose opportunità di confronto e apprendimento su pratiche educative sane; senza modelli positivi o supporto esterno, è più probabile che le sfide quotidiane portino a modalità educative disfunzionali o coercitive⁶¹.

Al contrario, la presenza di solide reti di supporto informale agisce come un potente fattore protettivo, riducendo lo stress genitoriale e facilitando l'adozione di strategie educative adeguate⁶². A livello territoriale, questa protezione è garantita dal **capitale sociale**, ovvero quell'insieme di relazioni basate su fiducia, reciprocità e cooperazione. Comunità coese, caratterizzate da una forte solidarietà tra vicini, tendono infatti a registrare tassi significativamente minori di violenza e maltrattamento, esercitando un controllo sociale informale che protegge indirettamente i minorenni⁶³. Il supporto sociale percepito rimane, dunque, uno dei principali deterrenti contro l'abuso fisico, emotivo e la trascuratezza⁶⁴.

Nel contesto italiano, i dati dell'indagine **ESPAD 2024** evidenziano come i comportamenti a rischio degli adolescenti siano strettamente legati alla qualità di queste relazioni⁶⁵. Sebbene il 76,7% degli studenti si senta sostenuto affettivamente dai genitori — un pilastro fondamentale di protezione — questa percentuale cala drasticamente (70,8%) tra i giovani che manifestano comportamenti violenti. Il disagio è confermato dal fatto che il 31% degli adolescenti dichiara gravi problemi relazionali in famiglia, quota che sale al 43% tra i soggetti con condotte violente. Nonostante la soddisfazione relazionale sia mediamente alta (78%), resta dunque una parte significativa di giovani intrappolata in contesti familiari critici o instabili, dove la carenza di supporto si traduce in una profonda vulnerabilità. Comprendere che l'isolamento sociale e familiare è un terreno fertile per la violenza impone un cambio di prospettiva profondo: abbiamo dunque deciso di dedicare l'approfondimento dell'Indice di quest'anno alla **povertà relazionale**, riconoscendola come uno dei fattori di rischio più critici su cui agire per costruire una rete di protezione comunitaria capace di prevenire il maltrattamento prima che si manifesti. La decisione di approfondire proprio la povertà relazionale nasce dalla consapevolezza che la qualità dei legami primari non è solo una questione privata, ma un determinante sociale della salute e del benessere collettivo.

Note di capitolo

- ¹ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza; CISMAI; Fondazione Terre des Hommes Italia (2025).
- ² World Health Organization (WHO), Child Maltreatment, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment><https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- ³ Stoltenborgh, Marije & Bakermans-Kranenburg, Marian & Alink, Lenneke & van IJzendoorn, Marinus. (2014).
- ⁴ World Health Organization (WHO), Violence against children, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children><https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- ⁵ World Health Organization (WHO) Ibidem.
- ⁶ UNICEF, Worldwide 300 million children suffer from violent methods of upbringing, <https://www.unicef.org/kyrgyzstan/press-releases/child-http://www.unicef.org/kyrgyzstan/press-releases/child-suffer-violent-methods-upbringing>
- ⁷ World Health Organization (WHO) - Europe (2018).
- ⁸ Senato della Repubblica, Obiettivo 16: Pace, giustizia e istituzioni forti, https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/1006387/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione12-h1_h116
- ⁹ UNICEF, Violent discipline, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-discipline/>
- ¹⁰ SDG16 Data Initiative, Target 16.2 – End violence against children, <https://sdg16now.org/report/target16-2/>
- ¹¹ Sardinha L, Yüksel-Kaptanoğlu I, Maheu-Giroux M, Garcia-Moreno C. (2024).
- ¹² Terre des Hommes (2025).
- ¹³ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza; CISMAI; Fondazione Terre des Hommes Italia (2025).
- ¹⁴ Con il termine violenza assistita si intende la condizione in cui bambini e adolescenti assistono direttamente o indirettamente a episodi di violenza tra adulti all'interno dell'ambiente familiare, spesso tra i genitori o tra il partner violento e la madre.
- ¹⁵ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza; CISMAI; Fondazione Terre des Hommes Italia (2025).
- ¹⁶ Ibidem.
- ¹⁷ Gilbert R., Widom C.S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. (2009).
- ¹⁸ Stoltenborgh M., Bakermans-Kranenburg M., Alink L. (2014).
- ¹⁹ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Fondazione Terre des Hommes Italia (2021).
- ²⁰ Gilbert R., Widom C.S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. (2009) Ibidem.
- ²¹ Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Convenzione di Istanbul, <https://rm.coe.int/1680464e9d>
- ²² World Health Organization (WHO). Violence against women prevalence estimates, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116962>
- ²³ Whitten T., Tzoumakis S., Green MJ., Dean K. (2024).
- ²⁴ ISTAT, La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia, <https://www.istat.it/it/archivio/161716>
- ²⁵ ISTAT, Il numero di pubblica utilità 1522 – dati trimestrali sulla violenza contro le donne, tavole statistiche, <https://www.istat.it/tavole-di-dati/il-numero-di-pubblica-utilita-1522-iv-trimestre-2024/>
- ²⁶ World Health Organization (WHO). Violence against children – Health topics, <https://www.who.int/health-topics/violence-against-children>

- ²⁷ UNICEF, *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>
- ²⁸ Howell, K. H., Barnes, S. E., Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2016).
- ²⁹ World Health Organization (WHO). Violence against children, <https://www.who.int/health-topics/violence-against-children>
- ³⁰ Woolgar, F., Garfield, H., Dalglish, T., et al. (2022).
- ³¹ Herbert, K., Xi, Q., Feder, G., et al. (2023).
- ³² Temple JR, Baumler E, Wood L. (2024). e Sousa, C. A., Siddiqi, M., & Bogue, B. (2022).
- ³³ Van, Ee, E., Meuleman, E.M. (2024). e Liu, A. Y., Gubbels, J., & Orobio de Castro, B. (2024).
- ³⁴ European Union Agency for Fundamental Rights (FRA); European Institute for Gender Equality (EIGE); Eurostat. (2024).
- ³⁵ World Health Organization (WHO), (2022).
- ³⁶ Baldwin, J. R., Wang, B., Karwatowska, L., et al. (2023). e Watson, C. B., Lee, M., St John, A., et al. (2025).
- ³⁷ American SPCC (2022). Mental Health of Children and Parents: A Strong Connection, American Society for the Positive Care of Children: <https://americanspcc.org/mental-health-of-children-and-parents-a-strong-connection/>
- ³⁸ Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022). e Stracke, M., Gilbert, K., Kieslich, K., Poustka, L., & Reis, O. (2023).
- ³⁹ Trainor, G. (2021). e Herrero-Roldán, S., Moreno-Manso, J. M., González, A., et al. (2025).
- ⁴⁰ Dunn, E. C., Nishimi, K., Gomez, S. H., Powers, A., & Bradley, B. (2018).
- ⁴¹ World Health Organization (WHO). Child Maltreatment, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- ⁴² Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012) e Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2009).
- ⁴³ Ireton, R., Hughes, A., & Klabunde, M. (2024).
- ⁴⁴ Pezzoli, P., Pingault, JB., Eley, T.C. et al. (2025) e Osborne, KL, Munasinghe, S. & Page, A. (2025).
- ⁴⁵ McCloud, B., Abdullah, A. (2025).
- ⁴⁶ Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020) e Yang S, Park Y, Thor P. (2026) e Madigan, S., Turgeon, J., Racine, N., et al. (2025).
- ⁴⁷ Prevent Child Abuse North Carolina, Cost of Child Abuse & Neglect, <https://www.preventchildabusenc.org/resource-hub/cost-of-child-abuse-neglect/>
- ⁴⁸ CISMAI, Università L. Bocconi & Terre des Hommes (2013).
- ⁴⁹ Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006).
- ⁵⁰ World Health Organization (WHO), (2013).
- ⁵¹ Younas, F., & Gutman, L. M. (2022).
- ⁵² U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau, Child Welfare Information Gateway. (2020). Protective factors approaches in child welfare. https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/protective_factors.pdf ⁷⁹ Sattler, K.M.P. (2022).
- ⁵³ Sattler, K.M.P. (2022).
- ⁵⁴ Racine, N., Zhu, J., Hartwick, C., & Madigan, S. (2022).
- ⁵⁵ Per un approfondimento sulla resilienza come fattore protettivo per il maltrattamento all'infanzia si veda l'edizione 2020 dell'Indice regionale sul maltrattamento all'Infanzia (CESVI, 2020).
- ⁵⁶ Masten, A. S., Barnes, A. J. (2018) e Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., et al. (2021).
- ⁵⁷ MacMillan, H. L., et al. (2021).
- ⁵⁸ World Health Organization (WHO), (2016).
- ⁵⁹ Belsky, J. (1993).
- ⁶⁰ Seagull, E. A. W. (1987) e Coohy, C. (1996) e Australian Institute of Family Studies (AIFS). (2025). *Risk and protective factors for child abuse and neglect*. <https://aifs.gov.au/resources/policy-and-practice-papers/risk-and-protective-factors-child-abuse-and-neglect>
- ⁶¹ Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., et al. (2020).
- ⁶² Younas, F., & Gutman, L. M. (2022).
- ⁶³ Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., et al. (2007), e Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997) e Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Gannon-Rowley, T. (2002).
- ⁶⁴ Younas, F., Colucci, E., Mclean, T., et al. (2023).
- ⁶⁵ Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (2025).



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

02

2.1 LA METODOLOGIA

L'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia è il frutto di una sintesi di indicatori statistici su base regionale che restituiscono una analisi dei punti di forza e di debolezza dei territori rispetto alla protezione e al benessere dei bambini e delle bambine. Questo Indice non misura quindi la numerosità dei casi di maltrattamento all'infanzia, ma consente di riflettere sulla capacità delle regioni di prevenire e contrastare il maltrattamento attraverso politiche e servizi pubblici erogati nei territori, a fronte dei fattori di rischio rilevati¹.

I **fattori di rischio** di maltrattamento sui bambini sono quindi stati identificati grazie alla letteratura scientifica, nazionale e internazionale, rispetto ai quali si è poi operata una selezione dei **servizi pubblici** deputati a contenere e contrastare il manifestarsi del maltrattamento.

L'Indice viene calcolato sulla base di **65 indicatori statistici**, rappresentativi sia dei fattori di rischio che dei servizi pubblici territoriali, resi confrontabili grazie all'applicazione dell'algoritmo del QUARS² e poi aggregati in sub-indici per arrivare all'Indice di sintesi complessivo. Sia gli indici di secondo livello che l'Indice finale restituiscono un **ordinamento delle regioni decrescente** rispetto alla maggiore efficacia nel fronteggiare il maltrattamento all'infanzia.

I 65 indicatori sono quindi scelti rispetto ai bambini vulnerabili al maltrattamento e agli adulti potenzialmente maltrattanti. La loro successiva riclassificazione rispetto a **sei capacità** permette di condurre un'analisi dettagliata per diversi ambiti quali: la capacità di cura di sé e degli altri, di vivere una vita sana, di vivere una vita sicura, di

acquisire conoscenza e sapere, di lavorare, di accedere alle risorse e ai servizi. La scelta delle sei capacità è ispirata all'Approccio delle capacità nella prospettiva di Sviluppo Umano³, ritenuto il più adatto a rappresentare le finalità della ricerca.

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

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

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

• I FATTORI DI RISCHIO

Per elaborare l'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia sono identificati gli indicatori statistici corrispondenti ai fattori di rischio indicati

nell'*European Report on Preventing Child Maltreatment*⁴ e poi successivamente classificati per capacità. Occorre ricordare che diversi fattori di rischio non sono a oggi

statisticamente rappresentabili, soprattutto quelli relativi alle caratteristiche individuali e relazionali, e che gli indicatori statistici disponibili e utilizzati non consentono approfondimenti né rispetto alle fasce di età né alla condizione genitoriale. Per tale motivo l'Indice rappresenta un **dato di contesto di carattere generale che include al suo interno anche adulti e famiglie vulnerabili al maltrattamento**.

IL METODO DI CALCOLO

Il metodo di calcolo dell'Indice è quello già efficacemente testato per un'indagine basata su indicatori regionali – il QUARS – della campagna "Sbilanciamoci" che rielabora anch'esso in ordine decrescente le regioni rispetto alla minore/maggiore incidenza degli indicatori analizzati in un determinato territorio. Ognuno dei 65 indicatori regionali è stato quindi standardizzato in modo tale da avere media zero (corrispondente alla media nazionale) e stesso ordine di grandezza. Una volta resi confrontabili i vari indicatori è stato calcolato, per ogni ambito, un macro-indicatore come media semplice dei sotto-indicatori. Successivamente, si è proceduto alla media tra i valori confrontabili così standardizzati. La media semplice è stata calcolata prima tra le variabili che compongono ciascun macro-indicatore per arrivare poi al valore di sintesi finale, tra i macro-indicatori. Il risultato delle elaborazioni non permette quindi di dire quale regione operi bene e quale male in termini assoluti, ma solamente quale operi meglio e quale peggio in relazione alle altre regioni prese in considerazione e rispetto alla media nazionale. A tutti gli indicatori e le classi di indicatori è stato dato lo stesso peso: una condizione obbligata per evitare di dare arbitrariamente pesi diversi sulla base di decisioni soggettive, dal momento che l'analisi della letteratura non ha consentito di ponderare i vari indicatori rispetto al loro differente impatto sul maltrattamento.

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



• I SERVIZI

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

Anche in questo caso, la mancanza di indicatori specifici rispetto alle fasce di età, ai destinatari e ai target di famiglie potenzialmente più vulnerabili al maltrattamento restituisce un dato di contesto utile a mettere in evidenza come le **diverse culture politiche e amministrative dei territori** si riflettano negli interventi realizzati, inclusi quelli di prevenzione e contrasto del maltrattamento all'infanzia.

Più della metà degli indicatori utilizzati per i servizi si riferiscono all'attività dei **servizi sociali dei Comuni**⁵, amministrazioni maggiormente responsabili delle iniziative di prevenzione e cura del maltrattamento, che rappresentano il punto terminale di un flusso di risorse interne all'amministrazione pubblica provenienti dallo Stato e dalle Regioni. I restanti indicatori, soprattutto di carattere sanitario, riguardano servizi erogati da altre istituzioni territoriali come le Regioni.

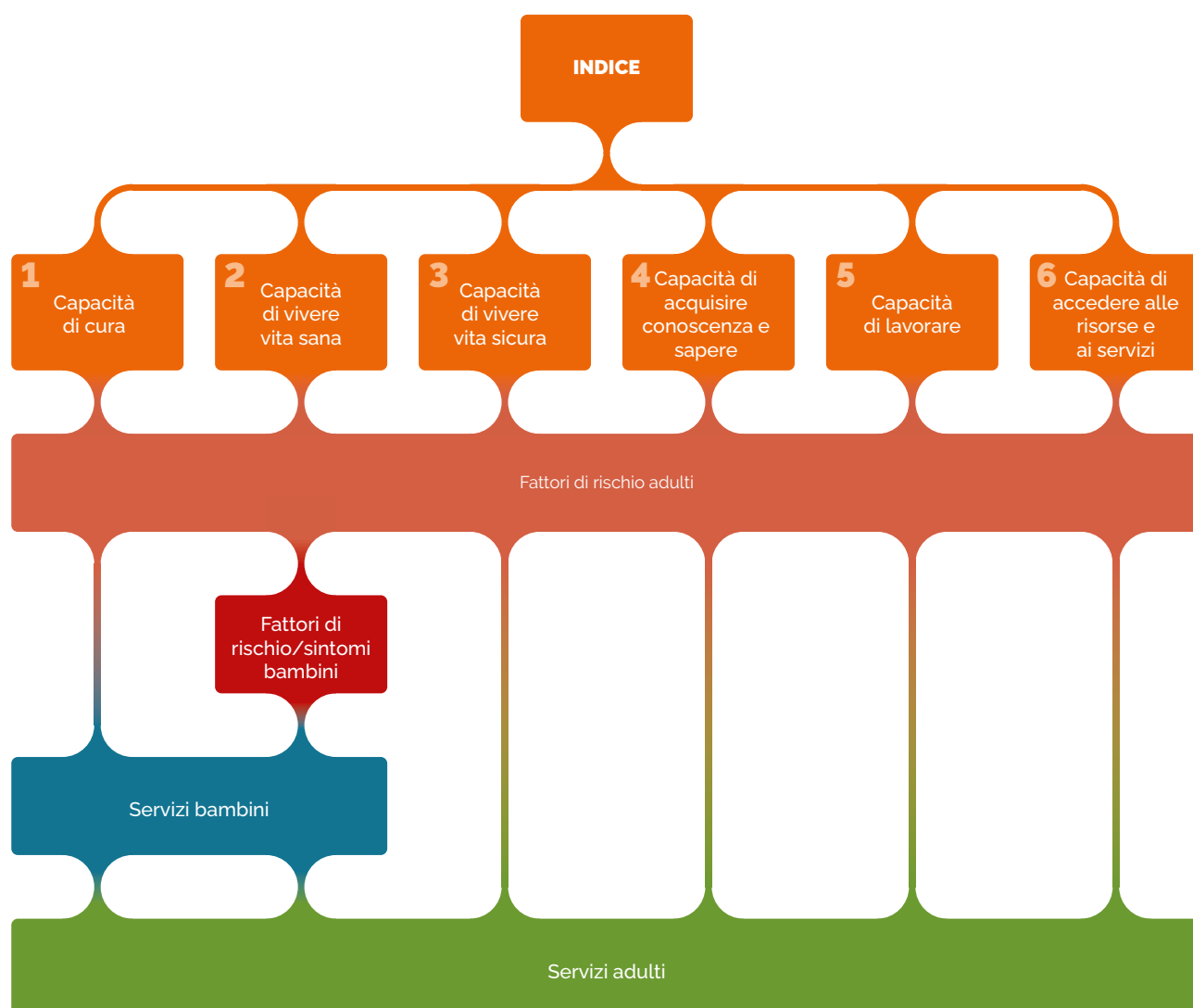
Poiché gli indicatori dei servizi si riferiscono a servizi pubblici, l'Indice non rappresenta l'attività del Terzo Settore non finanziata con le risorse pubbliche e dunque non monitorata dal Sistema Statistico Nazionale.

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

L'Indice di quest'anno restituisce un quadro dinamico e in profonda trasformazione, che riflette l'evoluzione sia delle competenze messe in atto, sia delle risposte offerte dai diversi territori.

Si osserva una disomogeneità nell'aggiornamento dei dati relativi ai 65 indicatori dell'Indice. In particolare, gli indicatori riferiti ai servizi risultano caratterizzati da un grado di aggiornamento inferiore rispetto a quelli relativi ai fattori di rischio. Tale eterogeneità introduce criticità di natura metodologica e informativa, con implicazioni sulla capacità del sistema informativo nazionale di assicurare un monitoraggio tempestivo e comparabile delle dimensioni connesse alla risposta territoriale. Il grado di autonomia delle istituzioni territoriali potrebbe aver contribuito, nel tempo, a una minore integrazione di una prospettiva nazionale sistemica e coerente. Tuttavia, la disponibilità di dati territoriali di elevata qualità è un presupposto indispensabile per l'assunzione di decisioni informate, puntuali e pertinenti rispetto all'organizzazione e all'erogazione dei servizi.

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



Al di là di questi limiti, l'analisi dei dati territoriali conferma che il maltrattamento all'infanzia non può essere ricondotto solo a dimensioni personali o familiari, ma

risente in modo significativo anche delle caratteristiche del contesto in cui si sviluppa e manifesta. In particolare, il maltrattamento non è riconducibile a un singolo fatto-

re determinante, ma a un insieme di condizioni economiche, sociali e relazionali che, a seconda dei contesti, possono interagire rafforzandosi o, al contrario, esercitare effetti di reciproco indebolimento. Le sei capacità considerate dall'Indice aiutano quindi a leggere questo intreccio e a misurare i punti di forza e di debolezza sui quali concentrare maggiormente l'attenzione.

Le dinamiche più recenti mostrano andamenti contrastanti, a seconda degli indicatori osservati. Se da un lato emerge un miglioramento rispetto agli anni più critici della pandemia, dall'altro resta da verificare la solidità di questa fase di recupero. Questi progressi, infatti, appaiono ancora temporanei, disomogenei e, in molti casi, incompleti. A questa instabilità contribuiscono molteplici fattori di vulnerabilità e incertezza che pesano di più sulle famiglie fragili e maggiormente a rischio di maltrattamento all'infanzia, come le tensioni internazionali, l'aumento del costo della vita, l'inflazione e le difficoltà occupazionali.

In questo scenario, come rilevato anche nelle precedenti edizioni dell'Indice, continua a modificarsi l'intreccio di diverse forme di disagio che creano terreno fertile per manifestazioni di maltrattamento all'infanzia. Le difficoltà e le incertezze di questi ultimi anni hanno aumentato la pressione sul benessere psicologico e sulla qualità delle relazioni. Il crescente senso di disorientamento, l'isolamento e la fragilità emotiva – particolarmente tra i più

giovani (cfr. capitolo 3) – hanno implicazioni dirette sul maltrattamento all'infanzia, perché incidono sulla qualità delle relazioni familiari e sulla capacità degli adulti di esercitare adeguate funzioni di cura. Ne consegue che i fattori di rischio non solo possono intensificarsi o attenuarsi nel tempo, ma anche cambiare nel modo di manifestarsi. Le differenze territoriali contribuiscono ulteriormente a rendere il quadro più complesso e articolato.

L'Indice continua a evidenziare un Paese tutt'altro che omogeneo, in cui le condizioni di partenza e la capacità di risposta dei servizi variano in modo significativo. Nei territori dove le reti sociali sono più solide e i servizi più strutturati, i segnali di miglioramento appaiono più evidenti e consistenti. In altri, invece, la combinazione tra fragilità economica, minore disponibilità di servizi e debolezza del tessuto sociale tende a mantenere elevate le condizioni di rischio, rendendo più difficile l'attivazione di percorsi di prevenzione efficaci.

Per questi motivi, il dato medio nazionale va letto con cautela poiché rischia di appiattire differenze profonde e restituire un'immagine che non rende conto delle rilevanti disuguaglianze territoriali. Questo quadro rende ancora più evidente la necessità di rafforzare le strategie di prevenzione e di intervento, non solo aumentando le risorse disponibili, ma anche sviluppando una maggiore capacità di leggere e affrontare il cambiamento e i diversi bisogni nelle realtà territoriali.

2.2.1 CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

LA CAPACITÀ DI CURA NEGLI ADULTI

La capacità di cura di sé e degli altri rappresenta una dimensione fondamentale del benessere individuale e relazionale e costituisce un fattore protettivo rilevante nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia. Essa riguarda, quindi, la possibilità per le persone adulte di disporre delle risorse psicologiche, relazionali e materiali necessarie per prendersi cura di sé stesse e dei propri figli in modo adeguato.

La letteratura scientifica evidenzia che la qualità delle competenze genitoriali e la disponibilità di supporto sociale rappresentano elementi centrali nella prevenzione delle situazioni di trascuratezza e abuso. Condizioni quali l'isolamento sociale, un elevato stress genitoriale o la difficoltà nella gestione delle responsabilità familiari possono infatti ridurre la capacità degli adulti di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei bambini⁶.

Un fattore di rischio per il maltrattamento in relazione alla capacità di cura, individuato in letteratura, è la giovane età dei genitori; le persone più giovani, infatti, potrebbero non aver ancora sviluppato gli strumenti adeguati a gestire emozioni come la rabbia e ostilità che possono costituire un fattore di rischio in relazione ai diversi tipi di maltrattamento⁷. Nell'ambito della sfera emotiva, lo stress vissuto dai genitori è certamente un fattore di rischio di maltrattamento all'infanzia, soprattutto se generato da disoccupazione, status di migrante, relazioni familiari disfunzionali ecc.⁸. Uno studio condotto in Germania ha evidenziato il collegamento tra lo stress genitoriale durante la pandemia e l'uso di violenza fisica contro i bambini e le bambine⁹.

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

Le reti sociali e comunitarie, per contro, svolgono un ruolo importante nel sostenere la capacità di cura delle famiglie. La presenza di relazioni di supporto, servizi territoriali accessibili e contesti comunitari inclusivi può infatti contribuire a ridurre il carico di stress familiare e a rafforzare le competenze genitoriali.

Le evidenze più recenti indicano che gli interventi di sostegno alla genitorialità, in particolare quelli basati su programmi strutturati di **parenting support**, rappresentano tra le strategie più efficaci per rafforzare le capacità di cura e prevenire il maltrattamento all'infanzia. Tali interventi mirano a migliorare le competenze educative dei genitori, promuovere relazioni familiari positive e ridurre l'impatto dei fattori di stress presenti nei contesti di vita delle famiglie¹².

In questa prospettiva, la capacità di cura non può essere considerata esclusivamente come una responsabilità individuale, ma deve essere letta anche alla luce delle opportunità e delle risorse offerte dal contesto sociale e dai sistemi di supporto presenti nei territori.

LA CAPACITÀ DI RICEVERE CURA NEI BAMBINI E NELLE BAMBINE

I bambini e le bambine sono coloro che ricevono le cure; quindi, in questo caso non si tratta di valutare i fattori di rischio, quanto la manifestazione di sintomi attraverso i quali è possibile rilevare il maltrattamento subito. In questa prospettiva, i servizi territoriali per l'infanzia sono essenziali non solo per la presa in carico dei casi di maltrattamento, ma anche per svolgere un'azione di prevenzione. Quest'ultima si attua sia con interventi diretti a supporto dei gruppi familiari a rischio, sia attraverso una radicata e capillare rete di servizi di tutela all'infanzia e di sostegno alla genitorialità e all'infanzia.

Come rilevato da uno studio americano, c'è una relazione diretta tra l'aumento di posti negli asili nido e la riduzione del rischio di maltrattamento dei minorenni¹³. Anche politiche più generose per quanto riguarda l'accesso ai sussidi per l'infanzia possono comportare una diminuzione del maltrattamento: questa diminuzione può essere dovuta a vari fattori, tra cui, per esempio, la diminuzione dello stress dei genitori, e un maggiore accesso all'impiego¹⁴.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 1, pag. 98)

I fattori di rischio che definiscono l'incapacità di cura degli adulti e delle famiglie potenzialmente maltrattanti possono essere descritti grazie a otto indicatori statistici quali: la fecondità giovanile (per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni), l'età media del padre, le famiglie monogenitoriali, le persone soddisfatte della propria vita e delle relazioni familiari, la percentuale di donne che usano metodi contraccettivi moderni, il numero di separazioni e le famiglie numerose con più di cinque componenti.

In questa edizione dell'Indice, sei indicatori sono aggiornati al 2024, uno al 2023 e uno al 2019.

L'andamento nel tempo di questi indicatori mostra complessivamente un'evoluzione, sia positiva sia negativa, piuttosto lenta, poiché la capacità di cura si struttura attraverso dinamiche comportamentali che richiedono tempi lunghi per modificarsi.

L'indicatore del *fattore di rischio legato alla giovane età dei genitori* (quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni) conferma anche nel 2024 la progressiva discesa: dal 36,5/1.000 del 2004, è arrivato a 12,6 nel 2024, con una ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente (13,6/1000). Si tratta di un indicatore particolarmente sensibile rispetto ai fattori di rischio, il cui miglioramento risulta rilevante soprattutto per alcune regioni meridionali che in precedenza mostravano livelli piuttosto critici, pur permanendo un divario a

livello nazionale. La regione con l'indicatore più elevato, la Sicilia, è comunque scesa al 31,2/1000 nel 2024 rispetto al 66,4/1000 del 2004, con un ulteriore decremento rispetto al 2023 (35,6/1000). Anche la Campania e la Puglia, le altre due regioni con l'indicatore più critico, sono scese da una soglia del 46-46,7/1000 nel 2004 al 18,6-18,8/1000 nel 2024. Rispetto all'anno precedente la Campania ha mostrato una ulteriore discesa rispetto al 20,2/1000 del 2023, mentre la Puglia è sostanzialmente rimasta stabile.

Il secondo indicatore di fattore di rischio, la *giovane età del padre*, che misura l'età media del padre alla nascita del figlio, è in aumento dal 2017, con un incremento ulteriore tra il 2023 e il 2024 (da 35,91 anni a 35,99 anni). La regione con l'età media del padre più bassa è la Sicilia con 35,06 anni, quella con l'età più alta la Basilicata (36,99).

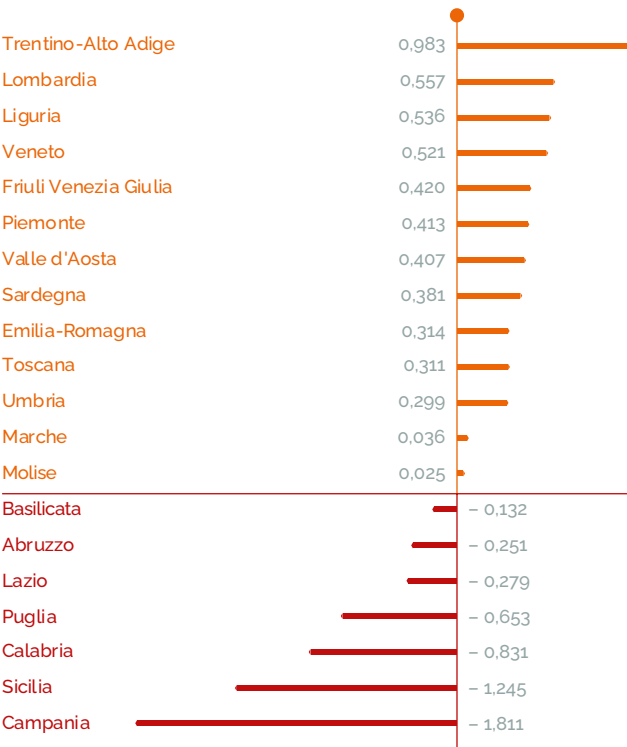
Per quanto riguarda le *famiglie monogenitoriali*, si conferma una presenza del 10,7% anche per il biennio 2023-2024, sempre in lieve aumento rispetto al 10% del biennio 2015-2016. Rimane stabile, inoltre, la differenza di genere: anche nel biennio 2023-2024 le famiglie composte da madri sole con figli rappresentano l'8,8% delle famiglie contro l'1,9% delle famiglie di padri soli con figli. La regione con l'indicatore più critico nel 2024 è la Campania (13,6%), quella con l'indicatore più basso il Trentino-Alto Adige (8%).

L'indicatore di *soddisfazione per la propria vita*, pur essendo un indicatore soggettivo, è utile per rappresentare il combinato di fattori protettivi che possono proteggere il benessere dei bambini rispetto alle varie forme di maltrattamento. Nella rilevazione dell'indicatore BES – Benessere Equo e Sostenibile (Istat) questo indicatore è in progressivo aumento nell'ultimo decennio, essendo passato dal 35,1% di popolazione che si dice soddisfatta della propria vita nel 2015 al 46,3% nel 2024.

Questo indicatore conferma una progressiva convergenza dei territori verso la media generale: per questo indicatore la differenza tra il Nord e il Mezzogiorno del Paese si è infatti ridotta da 12,4 punti nel 2015 a 4,6 punti nel 2024. La regione con il livello di soddisfazione per la propria vita più basso è la Campania con il 37,6% (comunque anch'esso migliorato di molto rispetto al 20% del 2015), la regione con il livello più alto è il Trentino-Alto Adige (61,9%).

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

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



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



L'indicatore relativo alle *separazioni ogni 10.000 abitanti* ha raggiunto il picco di 16,6/10.000 nel 2016, è sceso a 13,4/10.000 nel 2020 a causa dell'impatto della pandemia, e, per compensazione, è ritornato di nuovo a 16,6/10.000 nel 2021. Da allora ha cominciato lentamente a diminuire per attestarsi a 14/10.000 nel 2023, circa lo stesso livello registrato nel 2005. La regione con il livello più alto di separazioni è la Sicilia (17,1/10.000), quella con il dato più basso è invece il Trentino-Alto Adige (11,0/10.000).

Un altro indicatore relativo al benessere familiare è la *soddisfazione delle relazioni familiari* il quale, attraverso una valutazione soggettiva, misura in generale l'atmosfera nelle famiglie. In questo caso il 33,3% delle persone in Italia ha espresso nel 2024 soddisfazione per le proprie relazioni familiari, senza significative differenze rispetto all'anno precedente, ma in diminuzione rispetto a 10 anni prima (34,6% nel 2015).

Anche se il livello di soddisfazione per le relazioni familiari è sempre maggiore nelle regioni del Nord del Paese (36,8%) rispetto al Mezzogiorno (28,7%), nella proiezione temporale si osserva una convergenza dovuta al peggioramento di questo fattore protettivo nei territori del Nord, sceso di 3,6 punti percentuali negli ultimi 10 anni e, per contro, un lieve miglioramento in quelli del Mezzogiorno (migliorati di 1,1 punti percentuali). L'indi-

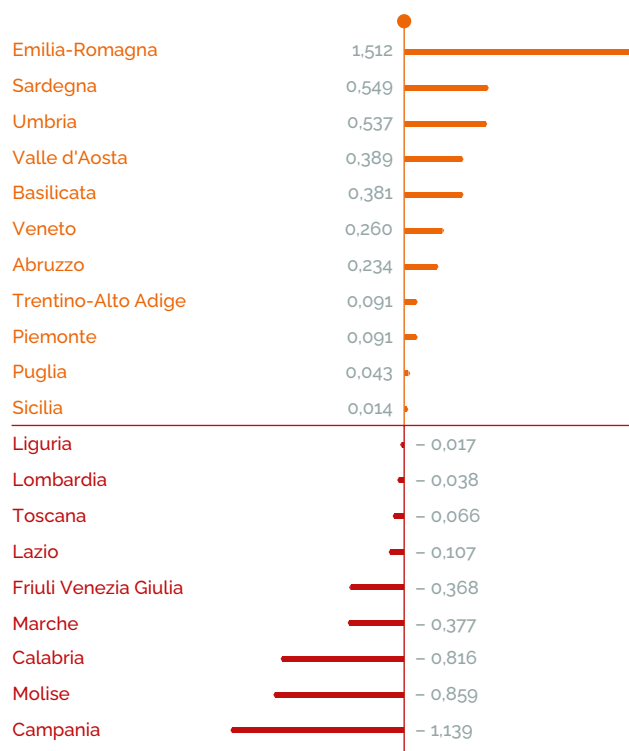
catore sulle *famiglie numerose* è sceso ulteriormente al 4% nel 2024 (era 4,5% nel 2023), confermando ancora la tendenza alla riduzione (era del 5,4% nel 2015). Permane anche in questo caso la differenza tra il Nord e il Centro (entrambi al 4%) e il Mezzogiorno (5%), anche se rispetto al 2015 la riduzione avvenuta nel Mezzogiorno, dal 7% al 5%, è stata maggiore di quella registrata sia al Nord che al Centro.

Nella sintesi complessiva, l'Indice composto da questi otto indicatori conferma il Trentino-Alto Adige come la regione che mostra i minori fattori di rischio rispetto al maltrattamento all'infanzia per quanto riguarda la capacità di cura, seguito dalla Lombardia, la Liguria, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e il Piemonte. Tra le regioni con un livello di rischio più elevato si riconoscono invece l'Abruzzo, il Lazio, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Campania. Nel confronto con la precedente edizione dell'Indice, le regioni con la variazione positiva maggiore sono la Liguria e la Sardegna (+3 posizioni). La Liguria ha infatti registrato un progresso negli indicatori sulla soddisfazione per la propria vita e le relazioni familiari, mentre la Sardegna è migliorata per l'indicatore relativo al *tasso di fecondità/1.000 donne tra i 15-19 anni* e a quello sulle *separazioni/10.000 abitanti*. Variazioni negative speculari si osservano invece per il Piemonte e l'Umbria (-3 posizioni).

FIGURA 6. SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI. CAPACITÀ DI CURA

• SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 2, pag. 99)

La cura costituisce un elemento fondamentale nell'ambito del maltrattamento all'infanzia, non solo come possibile fattore di rischio, ma anche come risorsa di protezione e di resilienza. Per questo è essenziale che sul territorio sia presente una rete adeguata di servizi dedicati al sostegno e alla presa in carico di famiglie e minorenni. Il Sistema Statistico Nazionale consente di analizzare sei indicatori rappresentativi di questo tipo di servizi: il numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (aggiornato al 2021), il numero di consultori materno-infantili (aggiornato al 2023), il numero di utenti dei servizi a sostegno della genitorialità, dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza residenziale, oltre ai servizi sociali professionali per l'area famiglia e minorenni, tutti indicatori aggiornati al 2022. L'indicatore del numero di *gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari ogni 100.000 abitanti* ha subito a livello nazionale variazioni minime tra il 2017 e il 2021, essendo aumentato in tale periodo di tempo del 2,9%, mentre rispetto all'anno precedente (2020) l'incremento è passato da 10,5/100.000 abitan-



ti a 10,6/100.000. Permangono sostanziali differenze territoriali che vedono questo servizio maggiormente concentrato nelle Isole (18,6/100.000), nel Nord-Est (11,9/100.000) e nel Centro Italia (11,7/100.000). Minore è invece la diffusione nel Sud Italia (5,8/100.000) e nel Nord-Ovest (9,7/100.000).

Per quanto riguarda i *consultori materno-infantili* si conferma in termini assoluti anche per il 2023 la progressiva riduzione nell'offerta di queste strutture, che sono scese in termini assoluti da 2.367 nel 2015 a 2.140 nel 2023, con una ulteriore riduzione rispetto alle 2.225 strutture del 2022.

I *servizi a sostegno della genitorialità* mostrano invece una ripresa dopo la comprensibile riduzione durante la crisi pandemica, aumentando nel numero di utenti anche rispetto al periodo precedente. In termini assoluti gli utenti di questi servizi sono infatti passati da 135.527 nel 2018 a 131.630 nel 2020 per risalire poi a 144.627 nel 2022, migliorando anche l'indicatore rapportato ai 100.000 abitanti "target" rispetto alla genitorialità (minorenni e adulti tra i 18 e i 64 anni non celibi né nubili) che nel 2022 è di 495,0 utenti/100.000 minorenni e adulti 18-64enni. Questo tipo di servizi rimane comunque sempre maggiormente concentrato al Nord (741,0), rispetto al Centro Italia (322,1) e al Mezzogiorno (271,0).

Il numero di utenti dei *servizi sociali professionali* è invece aumentato di nuovo, dopo gli anni della pandemia, e in misura maggiore rispetto anche al periodo precedente. In termini assoluti sono infatti 775.220 nel 2022 a fronte di 725.440 utenti nel 2018, per un aumento del 6,9%. L'indice di copertura di questo servizio è di 2.653,5 utenti ogni 100.000 persone di minore età e adulti 18-64enni non celibi né nubili residenti sul territorio. Si tratta anche in questo caso di un indicatore in aumento (14,6%), ma in misura ancora superiore al dato assoluto. Questo dato

è dovuto alla riduzione della popolazione di riferimento che ha migliorato ulteriormente la disponibilità di questi servizi sul territorio. Tra il 2018 e il 2022 la popolazione di minorenni e di adulti tra i 18 e i 64 anni non celibi né nubili si è infatti ridotta di 2,1 milioni di abitanti (-6,7%).

Gli utenti dell'*assistenza domiciliare per famiglie e minori* sono aumentati di nuovo dopo la pandemia (erano 28.250 nel 2020 e sono arrivati a 29.599 nel 2022), ma non hanno ancora recuperato completamente il calo rispetto al 2018 (32.281 utenti), rimanendo quindi a -8,3%. Sempre per effetto della riduzione della popolazione di riferimento per questo servizio, la riduzione dell'indice di copertura nel 2022 (101,3 utenti/100.000 minorenni e di adulti tra i 18 e i 64 anni non celibi né nubili residenti) è invece più contenuta (-1,7% rispetto al 2018).

L'*assistenza residenziale e semiresidenziale per famiglie e minori* ha seguito lo stesso andamento. La fruizione complessiva di questi servizi ha riguardato 88.492 utenti nel 2022, in ripresa rispetto ai 78.520 del 2020, ma comunque sempre inferiore ai 97.601 del 2018 (-9,3% rispetto al 2022). Anche in questo caso, la riduzione della popolazione di riferimento ha contenuto la riduzione dell'indice di copertura, che si è fermato a -2,8%.

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

Rispetto alla rilevazione precedente dell'Indice, le regioni che hanno fatto i maggiori progressi sono il Trentino-Alto Adige, l'Abruzzo, la Sardegna e la Sicilia, mentre la Lombardia e la Liguria hanno avuto un peggioramento superiore alle due posizioni.

• SERVIZI PER BAMBINI E BAMBINE: I RISULTATI (tab. 3, pag. 100)

L'efficacia dei servizi di cura come fattori protettivi e di adattamento per la prevenzione e contro il maltrattamento sui bambini sono misurati attraverso 5 indicatori: il numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia (ogni 100 bambini tra 0 e 2 anni, dato aggiornato al 2023), la percentuale di bambini tra i 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia (2024), il numero di utenti di servizi per l'infanzia, per affidi e adozione ogni 100.000 minorenni (2022), il numero di minorenni ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ogni 100.000 minorenni (2023), il numero di utenti dei servizi di sostegno socio-educativo ogni 100.000 minorenni (2022).

L'indicatore relativo al *numero di posti autorizzati per i servizi socio-educativi per la prima infanzia ogni 100 bambini 0-2 anni* a livello nazionale continua ad aumentare anche nel quinquennio tra il 2019 e il 2023, complice anche l'impatto della denatalità sul numero di bambini residenti tra 0 e 2 anni. Si è infatti passati dal 27,1% al 31,6%. Nelle regioni del Nord del Paese (37,7%) e nel Centro Italia (40,4%) si conferma anche nel 2023 un dato più elevato di quello registrato nel Mezzogiorno (19,2%). Nonostante questo divario strutturale è importante comunque sottolineare come anche in questa parte del Paese questo indicatore è in crescita, essendo passato dal 15,0% del 2019 al 19,2% del 2023.

La partecipazione al sistema scolastico dei bambini di 4-5 anni ogni 100 bambini residenti è nel 2024 del 95% a livello nazionale, in lieve riduzione rispetto al dato di cinque anni prima (95,9% nel 2020) ma comunque in aumento rispetto all'anno precedente (94,7% nel 2023). Anche questo indicatore risente dell'impatto della denatalità, ma conferma i divari territoriali registrati nelle precedenti edizioni dell'Indice tra le regioni del Nord del Paese (94,4%), del Centro Italia (92,5%) e del Mezzogiorno (97,3%).

L'indicatore relativo al numero di utenti di servizi per l'infanzia per affidi e adozione ogni 100.000 minori, 428,5 nel 2022, è in aumento rispetto ai 418,4/100.000 del 2020, ma ancora inferiore ai 458,7/100.000 del 2018 prima della pandemia. Su questo indicatore la denatalità ha un impatto importante, dal momento che in termini assoluti il numero degli utenti di questa tipologia di servizi è in progressiva riduzione: 38.891 utenti nel 2022, 39.126 nel 2020 e 43.914 nel 2018.

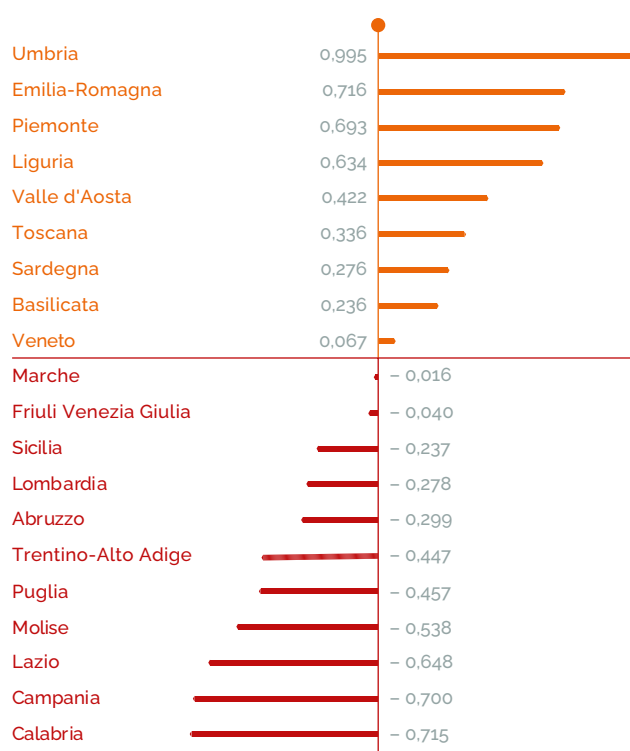
Il numero di minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ogni 100.000 minori è aumentato in modo significativo tra l'ultimo dato prima della pandemia, 201,9 nel 2019, e il 2023, 246,2. Questo incremento è dovuto al doppio effetto del maggiore numero di ospiti, passati nel quinquennio da 19.050 a 21.983, e alla riduzione della popolazione di minore età, scesa da 9,5 milioni a 8,9 nello stesso periodo.

Il numero di utenti dei servizi di sostegno socio-educativo ogni 100.000 minori, 3.533,6 a livello nazionale nel 2022, è ancora in aumento rispetto agli anni precedenti e al periodo pre-pandemia (2769,1 nel 2018) anche in questo caso grazie all'aumento del numero di utenti, contestua-

le alla riduzione della popolazione minorenni nel Paese. Rimangono sempre significative le differenze tra le varie aree del Paese: 4.402,3 al Nord, 3.711,6 al Centro e 2.279,7 nel Mezzogiorno.

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

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



2.2.2 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

LA CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA NEGLI ADULTI

La capacità di vivere una vita sana si riferisce al fatto che i problemi di salute dei genitori, in determinate circostanze, possono rendere più difficile la funzione genitoriale e aumentare il rischio di maltrattamento all'infanzia. I **genitori in cattiva salute**, infatti, potrebbero non poter adempiere al proprio ruolo di genitori per limitazioni legate alla loro salute e avere un peggior rapporto con i propri figli e figlie; questi fattori possono portare, in alcuni casi, a una maggiore frequenza di abusi fisici, punizioni corporali e aggressioni psicologiche contro i minorenni e un aumento della negligenza¹⁵. Evidenze più recenti confermano inoltre che i problemi di salute dei genitori, sia fisici sia mentali, tendono a peggiorare quando i figli sono presi in carico dai servizi sociali, innescando dinamiche di stress e vulnerabilità che possono incidere negativamente sulle capacità genitoriali¹⁶. Anche l'uso di droga da parte dei genitori rappresenta un rischio – medio/basso – per il maltrattamento all'infanzia. Secondo alcuni studi, le ragioni che possono portare all'uso di droghe contribuiscono ad un aumento del rischio di abuso fisico e sessuale infantile¹⁷. L'**abuso di alcol** da parte dei genitori costituisce un maggior rischio per i bambini e le bambine di vivere esperienze avverse durante l'infanzia, con potenziali conseguenze a lungo termine¹⁸. Uno studio dell'OMS ha stabilito infatti una relazione significativa tra abuso di alcol e maltrattamento sulle persone di minore età¹⁹; non solo, i figli e le figlie di persone che abusano di alcol hanno a loro volta maggiori probabilità di abusare di alcol in futuro, ma di conseguenza aumenta il rischio associato di diventare a loro volta genitori maltrattanti.

I **problemi di salute mentale** dei genitori sono considerati un fattore di rischio significativo per il maltrattamento all'infanzia; in particolare, una ricerca condotta in Svezia ha rilevato che alcuni bambini i cui genitori hanno problemi di salute mentale possono avere – a seconda anche di altri fattori come il livello di istruzione dei genitori – una probabilità fino a 15 volte superiore di essere presi in carico dai servizi sociali rispetto ai bambini e alle bambine i cui genitori non hanno problemi di salute mentale²⁰. La **depressione materna** rappresenta un forte fattore di rischio per il maltrattamento, anche perché sono tradizionalmente le madri le più coinvolte nella cura quotidiana dei figli. Soffrire di depressione può infatti rendere le madri meno capaci di svolgere le attività di cura quotidiane e può renderle meno reattive ed empatiche²¹. Anche i **disturbi borderline della personalità** sono un fattore di rischio per il maltrattamento e la trascuratezza infantile²². La trasmissione intergenerazionale del maltrattamento è un tema centrale nel dibattito scientifico. Secondo l'*European Report on Preventing Child Maltreatment*, aver subito abusi in passato espone i genitori a un rischio medio-basso di replicare tali condotte sui figli²³. Tuttavia, i dati clinici evidenziano scenari più critici: una ricerca recente mostra che tra il 41,3% e il 74,7% dei bambini segnalati ai servizi sociali ha una madre che, a sua volta, era stata segnalata per maltrattamenti subiti nell'infanzia; una percentuale che scende drasticamente al 16,9% per i figli di madri senza un passato di segnalazioni²⁴. Oltre al rischio di abusi, uno studio del 2023 sottolinea come il trauma infantile materno aumenti la vulnerabilità dei figli a diverse patologie, tra cui asma, deficit di attenzione (ADHD), iperattività e disturbi dello spettro autistico²⁵.

LA CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA NEI BAMBINI E NELLE BAMBINE

Questa capacità si riferisce a sintomi che, presi singolarmente, possono non essere direttamente associati al maltrattamento, ma che, se osservati nel loro insieme, delineano un quadro clinico meritevole di attenzione. La letteratura più recente continua a confermare quanto già evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui sintomi quali la depressione, l'ansia, i disturbi o disordini nell'alimentazione, i tentativi di suicidio, l'autolesionismo, l'obesità, l'uso di droghe, le infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio in bambini e ragazzi possono essere fortemente associati ad abusi fisici, emotivi, sessuali o di trascuratezza²⁶. Studi più recenti rafforzano ulteriormente questa evidenza, sottolineando come le esperienze avverse nell'infanzia possano influenzare in modo significativo la salute fisica e mentale lungo tutto il corso della vita, aumentando la vulnerabilità a disturbi psicologici, comportamenti a rischio e condizioni croniche.

Accanto a questi indicatori più evidenti, permangono segnali spesso meno riconosciuti ma altrettanto rilevanti: una scarsa igiene personale, la malnutrizione, la mancata o inadeguata cura sanitaria e le frequenti assenze scolastiche rappresentano elementi che, soprattutto se persistenti, possono indicare situazioni di trascuratezza o altre forme di maltrattamento²⁷. La letteratura recente sottolinea inoltre l'importanza di considerare questi segnali in una prospettiva integrata, evitando interpretazioni isolate e valorizzando il ruolo degli operatori sanitari, educativi e sociali nell'individuazione precoce di situazioni di rischio.

• **FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 4, pag. 101)

I cinque indicatori utilizzati per rappresentare i fattori di rischio di maltrattamento relativi a questa capacità sono riferiti agli ultimi dati disponibili. Rispetto alla precedente edizione dell'Indice si è reso necessario sostituirci due con indicatori ritenuti analoghi a causa della indisponibilità di dati non più aggiornati dall'Istat dopo il 2013. Per tale motivo, non è possibile effettuare un confronto temporale con l'edizione precedente. In questa rilevazione si fa quindi riferimento a indicatori quali: il comportamento a rischio nel consumo di alcol (aggiornato al 2024), il tasso di mortalità da dipendenza da droghe (2023), il giudizio positivo sul futuro (2024, che ha sostituito l'indice di stato psicologico relativo alle persone di 14 anni e più), l'indice di salute mentale (2024), e i sintomi di depressione (2023-2024 che ha sostituito l'indicatore sulla depressione diagnosticata)²⁸.

A livello nazionale i comportamenti a rischio per l'uso di alcol nel 2024 riguardano il 16% della popolazione, con una maggiore concentrazione nell'area Nord del Paese (18,5%, soprattutto Nord-Est, 18,8%) rispetto al 12,5% osservato nel Mezzogiorno e al 15,9% nel Centro Italia.

In un ampio arco temporale, questo fattore di rischio è lentamente migliorato, essendo sceso dal 22,5% del 2007 al 14,7%, del 2021, per poi però risalire fino al 16% nei due anni successivi.

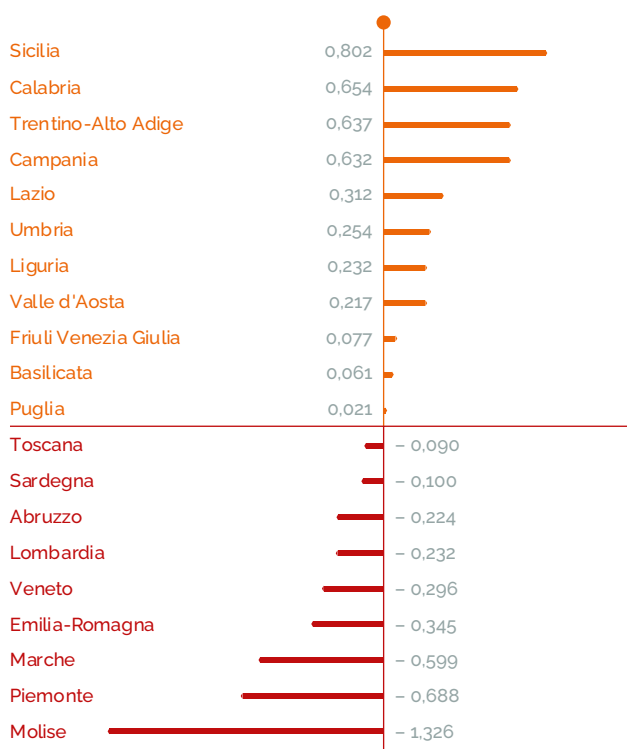
Il tasso di mortalità per dipendenza da droghe è invece sceso dallo 0,06 ogni 10.000 abitanti nel 2022 a 0,04 nel 2023, come media del più elevato indicatore osservato al Nord (0,05/10.000 abitanti) e quelli inferiori del Centro Italia (0,04/10.000 abitanti) e del Mezzogiorno (0,03/10.000 abitanti).

Nella rilevazione regionale la Sicilia è la regione con i più bassi fattori di rischio rispetto a questa capacità, seguita dalla Calabria, il Trentino-Alto Adige, la Campania, il Lazio e l'Umbria.

Tra le regioni con le maggiori criticità si osservano invece l'Emilia-Romagna, le Marche, il Piemonte e il Molise.

I comportamenti rispetto ai fattori di rischio quali l'abuso di alcol e la mortalità per droghe, nonché le diverse culture territoriali rispetto all'approccio psicologico alle difficoltà della vita, hanno un impatto importante nell'individuazione delle regioni con le maggiori criticità.

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



• **SINTOMI DI MALTRATTAMENTO E VULNERABILITÀ DI BAMBINI E BAMBINE: I RISULTATI** (tab. 5, pag. 102)

I fattori di rischio relativi alla capacità di vivere una vita sana dei bambini sono riconducibili a sintomi che la letteratura internazionale ha individuato come segnali importanti di possibili maltrattamenti da parte degli adulti. Anche in questo caso è stato necessario sostituire tre indicatori a causa del mancato aggiornamento da diversi anni. Al loro posto è stata utilizzata una nuova rilevazione²⁹ sull'adolescenza in Italia, relativa agli studenti della scuola superiore di secondo grado, che ha messo a disposizione indicatori analoghi e più recenti sull'abitudine quotidiana al fumo, all'abuso di alcol e sul consumo di oppiacei, oltre ad un nuovo indicatore relativo al gioco d'azzardo problematico.

Per tale motivo non è stato possibile produrre un confronto di questo gruppo di indicatori con gli anni precedenti.

Gli altri due indicatori già presenti nelle precedenti edizioni ed aggiornati sono invece: le gravidanze precoci (dato aggiornato al 2024) e l'obesità tra i 6 e i 17 anni (2023).

Rispetto a questi due indicatori aggiornati, il dato sulle gravidanze precoci, che vale sia come fattore di rischio per gli adulti che come sintomo di vulnerabilità per le minorenni (*quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni*) conferma anche nel 2024 la progressiva discesa: dal 36,5/1.000 nel 2004, è arrivato a 12,6 nel 2024, con una ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente (13,6/1000).

Il dato sull'*obesità* (la percentuale di bambini in eccesso di peso tra 6 e 17 anni) che è stato in costante aumento fino al 2021 (26,2%) è anch'esso sceso nel 2024 al 24,9%. Permane, comunque, lo squilibrio territoriale tra le regioni del Nord (21,0%), del Centro (23,3%) e del Mezzogiorno (30,9%). Inoltre, se tra il 2021 e il 2023 il dato del Nord è rimasto sostanzialmente stabile, la riduzione di questo indicatore si è prodotta soprattutto nelle regioni del Centro (-2,4 punti percentuali) e del Mezzogiorno (-1,2 punti percentuali).

Il sintomo di maltrattamento legato all'*uso quotidiano di tabacco* tra gli adolescenti (indicatore di prevalenza, 2024), 20,6% a livello nazionale, è particolarmente critico in regioni come la Sardegna (25,9%), la Sicilia (23,7%) e la Calabria (23,3%), mentre è basso soprattutto in Trentino-Alto Adige (15,9%) e in Veneto (16,1%). L'eccesso di *consumo di alcol tra gli adolescenti*, definito attraverso l'indicatore di prevalenza di ubriacature frequenti (più di 10 volte nell'ultimo mese, 2024), è dell'1,3% su base na-

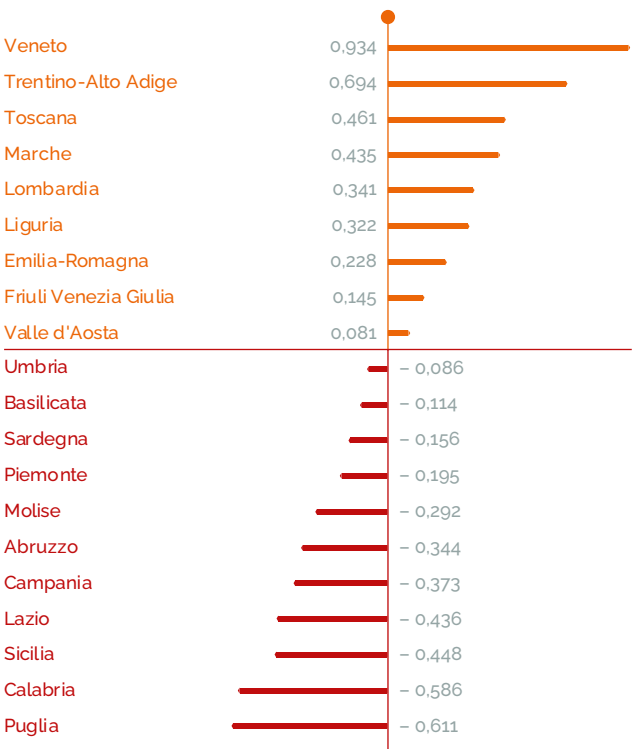
zionale ed è più alto in Sardegna e in Piemonte (2,7%) oltre che in Umbria (2,1%), mentre è particolarmente basso in regioni come la Calabria e la Campania (0,9%).

Il consumo di droghe quali gli oppiacei tra gli studenti di scuola superiore di secondo grado (prevalenza di consumo di oppiacei nella vita, 2024) è invece un dato critico in Piemonte (2,8%) e in Valle d'Aosta (2,6%), mentre in Sicilia (1,7%) e in Basilicata (1,9%) registra il dato di minore consumo.

Il gioco d'azzardo (indicatore di prevalenza degli studenti con profilo di gioco d'azzardo problematico, 2024), 4,8% su base nazionale, è invece un dato critico in regioni come la Calabria (7,1%), la Puglia (6,9%), la Basilicata (6,3%), mentre territori più virtuosi in questo senso sono il Piemonte (3%), la Valle d'Aosta e la Liguria (3,2%).

La sintesi di questi sei indicatori restituisce nella lettura territoriale il Veneto come regione più virtuosa, seguito dal Trentino-Alto Adige, la Toscana e le Marche. Tra i territori più critici, invece, si osservano il Lazio, la Sicilia, la Calabria e la Puglia.

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



• SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 6, pag. 103)

Per rappresentare i servizi che curano e rinforzano la salute mentale, l'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia fa riferimento a sei indicatori relativi all'utenza di servizi per la cura di patologie psicologiche e mentali (disturbi affettivi o psichiatrici) e di stati di dipendenza relativamente al consumo di droghe e alcol erogate sia nell'ambito del sistema sanitario e ospedaliero³⁰ che in quello sociale e territoriale³¹.

Di questi, quattro indicatori sono aggiornati al 2023 e due al 2022.

Rispetto ai servizi dedicati alla cura della salute mentale nella fascia di età genitoriale tra i 25 e i 44 anni, maggiormente a rischio di maltrattamento all'infanzia, si osserva nel caso del *tasso di dimissioni per disturbi psichici da abuso di alcol* una lenta diminuzione nel quinquennio 2019-2023, da 2,0/10.000 abitanti a 1,84, anche se quest'ultimo dato del 2023 è un aumento rispetto all'1,68 del 2022. Nel 2023 la presenza di questo tipo di servizi è maggiormente presente nelle regioni del Nord (2,63/10.000 abitanti) rispetto a quelle del Centro Italia (1,88) e del Mezzogiorno (0,78/10.000), in risposta ai più elevati fattori di rischio rilevati in tali zone del Paese.

Il *tasso di dimissioni per disturbi psichici per abuso di droghe* per la fascia di età 25-44 anni è risalito al 2,4/10.000 abitanti nel 2022 e ancora a 2,92/10.000 abitanti nel 2023, dopo essere sceso fino al 2,27/10.000 abitanti nel 2021. Anche per il 2023 questo indicatore è maggiore nelle regioni dove più elevato è il fattore di rischio corrispondente: 3,76/10.000 abitanti nelle regioni del Nord, 2,97 in quelle del Centro e 1,73 in quelle del Mezzogiorno.

Il *tasso di dimissioni per disturbi psichici affettivi*, 8,5/10.000 abitanti nell'anno prima della pandemia (2019), è sceso fino a 8,03/10.000 nel 2021, per poi risalire a 8,29 nel 2023. In questo caso l'indicatore delle regioni del Nord nel 2023 (8,83/10.000 abitanti) è simile a quello registrato nelle regioni del Centro Italia (8,88), mentre quello delle regioni del Mezzogiorno è inferiore (7,2).

Gli *utenti dei SERD*, 132.195 nel 2023, tra nuovi acquisiti nell'anno e già in carico ai servizi, sono aumentati del 3,8% rispetto ai 127.365 utenti del 2022. L'indicatore di copertura nazionale ogni 10.000 abitanti è 22,41 nel 2023.

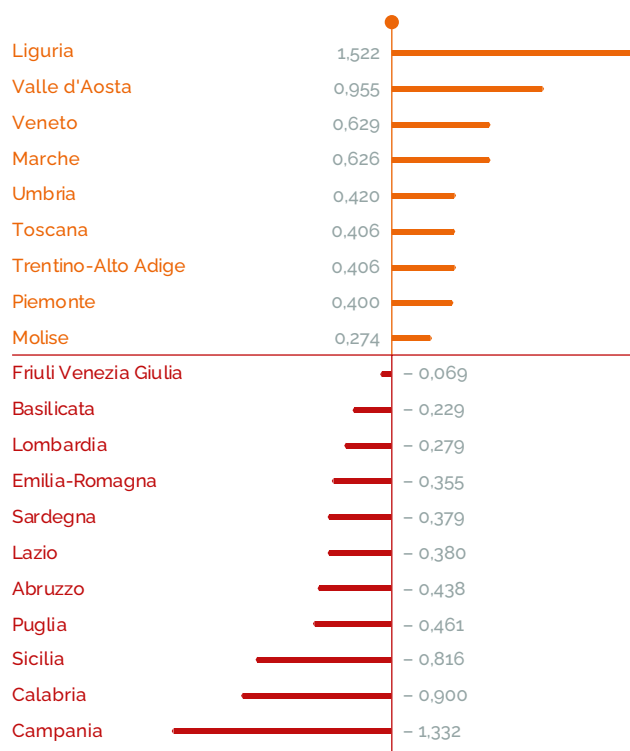
Il numero di *strutture di assistenza psichiatrica (residenziale e semiresidenziale) e di centri salute mentale* è diminuito in numero assoluto da 4.641 del 2021 a 4.134 nel 2023. L'indicatore di copertura relativo al numero di strutture per 100.000 abitanti è quindi sceso in questo periodo da 7,86 a 7,01.

L'indicatore relativo al *numero di utenti del servizio sociale professionale nell'area delle dipendenze ogni 100.000 abitanti* è invece salito da 36,14 del 2020 a 46,20 del 2022. In numeri assoluti gli utenti sono passati in questo periodo da 21.408 a 27.261.

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

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice, tra le regioni con maggiori variazioni si possono osservare il Friuli Venezia Giulia, che ha guadagnato sette posizioni a causa dell'aumento del numero di utenti del SERD e del tasso di dimissioni da disturbi psichici per abuso di droghe. Tra le regioni che hanno registrato un peggioramento l'Emilia-Romagna (-4 posizioni) e il Piemonte (-3).

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



• **SERVIZI PER BAMBINI E BAMBINE: I RISULTATI** (tab. 7, pag. 104)

La capacità di vivere una vita sana riferita ai servizi diretti ai bambini viene descritta attraverso tre indicatori: il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni (aggiornato al 2023), la presenza di pediatri di libera scelta nei territori ogni 10.000 bambini al di sotto dei 15 anni (aggiornato al 2022) e la presenza dei consultori familiari nei territori rispetto all'utenza di famiglie e minorenni (under 18 e adulti tra i 18 e i 64 anni non celibi e non nubile, dato aggiornato al 2023).

Il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni è in aumento tra il 2019 e il 2023 in tutto il Paese, essendo passato da 5,51/10.000 abitanti a 8,1, e nonostante il calo delle dimissioni legato all'impatto della pandemia nel 2020 (4,18). La differenza territoriale è rilevante ancora nel 2023, essendo questo indicatore più basso al Nord (3,17/10.000 ab.) e nel Mezzogiorno (8,29/10.000 ab.) rispetto al dato delle regioni del Centro (19,51/10.000 ab.).

La disponibilità di consultori familiari per 100.000 potenziali utenti è in lieve aumento tra il 2018 e il 2023 (da 7,29 a 7,44), ma tale dato è condizionato dalla riduzione della popolazione di riferimento, dal momento che il numero assoluto di consultori è ancora in progressiva diminuzione.

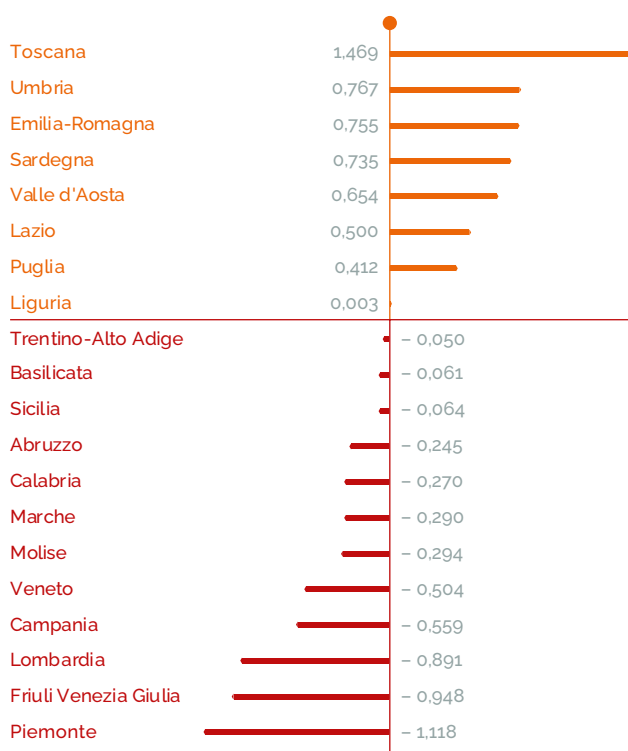
Stesso andamento si può riconoscere rispetto al numero dei *pediatri di libera scelta rispetto alla popolazione under 15*, indicatore lievemente aumentato tra il 2018 e il 2022 (da 9,35 a 9,48), ma solo a causa della diminuzione della popolazione under 15, dal momento che il numero assoluto dei pediatri è sceso nello stesso periodo da 7.499 a 6.962.

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

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

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice, la variazione più rilevante riguarda il Trentino-Alto Adige, migliorato di sei posizioni, e la Calabria e l'Umbria, progredite di quattro.

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



2.2.3 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA

La capacità di vivere una vita sicura è intrinseca al concetto di prevenzione del maltrattamento all'infanzia e rappresenta una dimensione centrale nelle strategie di tutela dei minorenni. La sicurezza deve essere garantita ai bambini sia nel contesto più vicino a loro – la famiglia e le relazioni significative – sia in quello più ampio, legato all'ambiente sociale e comunitario. La **violenza domestica sulle donne** rappresenta una grave compromissione della sicurezza familiare e un fattore di rischio fortemente associato al maltrattamento dei minorenni, con una stretta interconnessione tra violenza assistita e abuso diretto sui bambini. Tutti i tipi di maltrattamento infantile hanno in comune come fattore di rischio la violenza domestica³². In questo senso, relazioni familiari disfunzionali, conflittualità elevata e isolamento sociale, spesso aggravati da condizioni di **stress genitoriale**, contribuiscono a ridurre il senso di sicurezza dei minorenni e ad aumentare la probabilità di trascuratezza o abuso. La mancanza di **supporto sociale** rappresenta inoltre un predittore significativo del rischio di maltrattamento, anche nel caso dei padri, evidenziando il ruolo protettivo delle reti relazionali e comunitarie³³.

Accanto alla dimensione familiare, il contesto sociale e culturale gioca un ruolo determinante nel definire il livello di sicurezza dei bambini e delle bambine. Le evidenze più aggiornate mostrano come **norme sociali** tolleranti verso alcune forme di violenza, così come una scarsa presenza o applicazione di **strumenti legislativi di protezione dei minorenni**, possano contribuire a creare ambienti meno sicuri, nei quali la trascuratezza e l'abuso sessuale risultano più difficili da prevenire e contrastare³⁴. Nel complesso, la capacità di vivere una vita sicura si configura quindi come un indicatore multidimensionale che dipende non solo dalle condizioni familiari, ma anche dalla qualità delle reti sociali, dalle norme culturali e dall'efficacia dei sistemi di protezione dei minorenni.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 8, pag. 105)

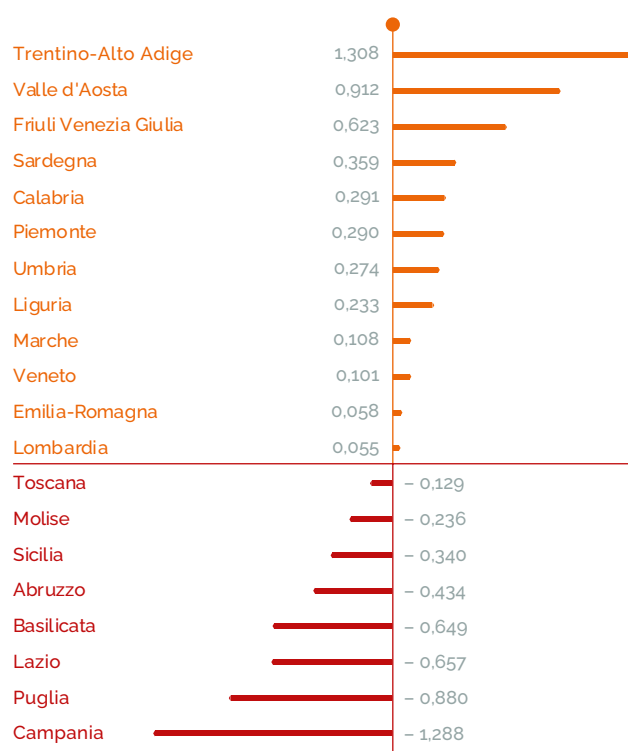
Rispetto ai fattori di rischio per la sicurezza identificati dalla letteratura internazionale, sono stati scelti sette indicatori dei quali quattro aggiornati al 2024 (la soddisfazione per le relazioni amicali, la fiducia interpersonale, la percezione del rischio di criminalità e la fiducia delle persone nelle forze dell'ordine), uno al 2023 (tasso di omicidi), e due rimasti aggiornati all'ultimo dato disponibile del 2014 (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 e percentuale di violenze denunciate dalle donne tra i 16 e i 70 anni).

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice continua il graduale recupero dell'indicatore sulla *soddisfazione delle relazioni amicali* rispetto al calo osservato durante i due anni di pandemia: nel 2024 arriva infatti al 22,5%, ma non arriva ancora al 23% registrato nel 2019. Nella lettura per macro-aree, anche nel 2024 la soddisfazione per le relazioni amicali è maggiore al Nord (24,5%) rispetto al Centro (22,4%) e al Mezzogiorno (19,7%).

L'indicatore sulla *fiducia interpersonale* è al 75,4% nel 2024, dato più alto dal 2020, ed è maggiore nel Mezzogiorno (78,2%) rispetto a quanto rilevato nel Nord (73,5%) e sostanzialmente allineato al dato del Centro Italia (75,2%).

Il *tasso di omicidi ogni 100.000 abitanti* è in progressivo miglioramento anche se ancora con dati discontinui a seconda degli anni, sia a livello generale che nelle tre macro-aree territoriali. Negli ultimi 10 anni rilevati, tra il 2014 e il 2023, è sceso a livello nazionale da 0,79/100.000

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



a 0,58/100.000. Quest'ultimo dato, più recente, è però superiore a quello di 0,53/100.000 nel 2019, anno precedente la pandemia.

Anche nel 2023 permangono le differenze tra Nord (0,50/100.000), Centro (0,60/100.000) e Mezzogiorno

(0,69/100.000), anche se si conferma il processo di convergenza tra i territori, dal momento che il Mezzogiorno ha visto la maggiore riduzione negli ultimi 10 anni (da 1,09/100.000 del 2014 a 0,69/100.000 del 2023).

L'indicatore sulla *percezione del rischio di criminalità* si riferisce alla percentuale di famiglie che avvertono molto o abbastanza disagio al rischio di criminalità nella zona in cui vivono rispetto al totale. Nel 2024 il 26,6% delle famiglie avvertiva questo disagio, un dato in netta discesa rispetto a 10 anni prima (41,1% nel 2015), ma che, dopo aver toccato il minimo nel 2021 (20,6%) ha però ripreso a salire negli ultimi 5 anni. Questo indicatore è particolarmente elevato nel Centro Italia (30,7%), mentre sia nel Nord che nel Mezzogiorno arriva al 25,5%, di poco inferiore alla media nazionale. Tra le regioni dove nel 2024 questo disagio è stato maggiore vi sono la Campania (39,6%), il Lazio (38,3%), la Lombardia (30,4%); è minore invece in regioni come la Valle d'Aosta (8,2%) e la Sardegna (9,5%).

• **SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 9, pag. 106)

La capacità di vivere una vita sicura viene rappresentata attraverso tre indicatori relativi ai servizi ogni 100.000 abitanti: gli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa (aggiornato al 2021), i servizi sociali di integrazione sociale (2022) e i centri antiviolenza e le case rifugio (2023).

L'indicatore sugli *adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa* è diminuito negli ultimi 5 anni da 3,4/100.000 abitanti nel 2017 a 2,8 nel 2021, con il dato più basso nel Nord-Est (1,3) e più elevato nelle Isole (5,3).

Il numero degli *utenti dei servizi sociali di integrazione sociale* è diminuito tra il 2018 e il 2022 del 15,7% in termini assoluti e del 7,3% rispetto alla popolazione di riferimento la quale, essendosi anch'essa ridotta, ha così contenuto l'impatto della riduzione complessiva delle prestazioni.

I centri antiviolenza e le case rifugio sono aumentati tra le rilevazioni Istat del 2020 e quella del 2023 dell'8,8% in termini assoluti (da 716 a 779), migliorando di conseguenza anche l'indice di copertura rispetto alla popolazione di riferimento (donne e minorenni).

La regione più virtuosa in questo ambito, come nella precedente edizione, rimane l'Umbria, seguita da Emilia-Romagna, Lombardia, Valle d'Aosta e Sardegna.

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

Nel merito delle variazioni rispetto alla precedente edizione, la variazione più considerevole si osserva rispetto alle

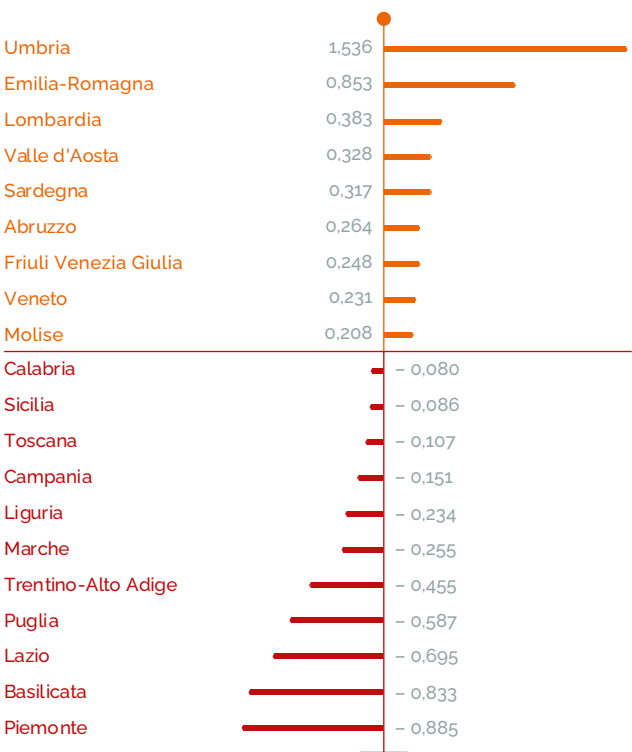
Nella rilevazione territoriale il Trentino-Alto Adige si conferma la regione con il più basso livello di fattori di rischio relativi alla sicurezza, seguito dalla Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna.

Le regioni dalla situazione più critica rispetto a questa capacità sono invece la Basilicata, il Lazio, la Puglia e la Campania.

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice il maggiore progresso si osserva per la Valle d'Aosta (+11 posizioni) grazie ad una riduzione del tasso di omicidi da 1,62/100.000 nel 2021 a 0/100.000 nel 2023.

Anche la Calabria ha registrato un progresso significativo di +7 posizioni grazie soprattutto ad una riduzione della percezione della criminalità, scesa dal 17,8% del 2020 al 10,1% del 2024.

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



Marche (scesa dalla 5ª alla 15ª posizione) a causa della significativa contrazione del numero di adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa passati da 6,3/100.000 abitanti nel 2020 a 0,9 nel 2022.

2.2.4 CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

Un basso livello di istruzione può determinare un elemento di difficoltà nel provvedere ai propri figli e nell'accedere alle risorse economiche necessarie per il benessere familiare. Al contrario, un più elevato livello di istruzione – in particolare delle madri – continua a essere indicato dalla letteratura come un importante fattore protettivo rispetto al rischio di maltrattamento minorile³⁵. Il livello di istruzione dei genitori è inoltre strettamente connesso non solo alle condizioni economiche, ma anche alle competenze genitoriali, alla capacità di accedere ai servizi e di utilizzare le risorse disponibili, influenzando così in modo significativo il benessere dei bambini e delle bambine³⁶.

Un basso livello di istruzione è frequentemente associato a un minore supporto sociale e a una maggiore probabilità di isolamento, fattori che possono ridurre la capacità di affrontare le difficoltà legate alla genitorialità e aumentare il rischio di comportamenti disfunzionali. Il legame tra istruzione, isolamento sociale e stress genitoriale rappresenta quindi un elemento chiave nei meccanismi che portano al maltrattamento, contribuendo a una maggiore esposizione dei minorenni a trascuratezza e forme di abuso³⁷. In questo senso, il basso livello di istruzione continua a essere incluso tra i principali fattori di rischio per l'abuso fisico, l'abuso emotivo e la trascuratezza, soprattutto quando si combina con altre condizioni di svantaggio socio-economico.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 10, pag. 107)

I fattori di rischio legati al basso livello di istruzione dei genitori e, in particolare delle madri, vengono rappresentati attraverso indicatori quali la percentuale di popolazione tra i 25 e i 64 anni con nessun titolo di studio o la licenza elementare (aggiornato al 2024) e il tasso di istruzione terziaria delle donne nella fascia di età tra i 30 e i 34 anni (aggiornato al 2023), preso a riferimento per il livello di istruzione delle madri o potenziali madri.

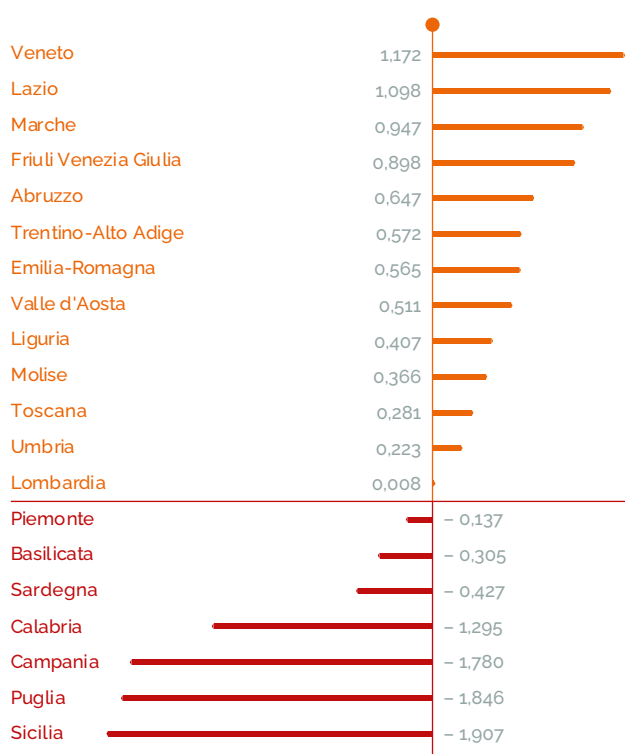
In una prospettiva di medio-lungo termine, entrambi gli indicatori sono in progressivo miglioramento, grazie al ricambio generazionale che vede un migliore livello di istruzione tra la popolazione più giovane (soprattutto donne) rispetto alla popolazione più anziana, mediamente meno istruita.

Si conferma quindi la riduzione della *percentuale di persone tra i 25 e i 64 anni che non hanno alcun titolo di studio o la licenza elementare*: questo indicatore, che era al 6,7% nel 2016, è sceso al 4,9% nel 2020 e ulteriormente al 4,6 del 2024.

Nel caso del *tasso di istruzione terziaria femminile nella fascia d'età 30-34 anni* si osserva invece l'incremento negli ultimi 10 anni (era del 27,3% nel 2013 ed è salito al 36,4% nel 2023 dopo una flessione nel 2021 e nel 2022). Il Centro Italia ha il dato più alto (42,9%), seguito dal Nord (39,5%) e dal Mezzogiorno (29,0%).

Il Veneto è la regione con la migliore protezione dai fattori di rischio legati all'istruzione, seguito dal Lazio, le Marche, il Friuli Venezia Giulia e l'Abruzzo. Il progresso del Veneto (+7 posizioni rispetto alla precedente edizione) è dovuto all'incremento del tasso di istruzione terziaria

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



femminile nella fascia d'età 30-34 anni, che è salito dal 35,1% del 2022 al 46,6% del 2023. La Lombardia è invece arretrata di sette posizioni (dalla 6^a alla 13^a) a causa dell'aumento della percentuale di persone tra i 25 e i 64 anni che non hanno alcun titolo di studio o la licenza elementare, passata dal 2,9% del 2020 al 3,9% del 2024.

• **SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 11, pag. 108)

I servizi territoriali a disposizione per potenziare la capacità di acquisire conoscenza e sapere sono rappresentati da un unico indicatore disponibile che riguarda la percentuale degli *adulti inoccupati nella classe d'età 25-64 anni che partecipano a attività formative e di istruzione* nelle regioni, aggiornato al 2024.

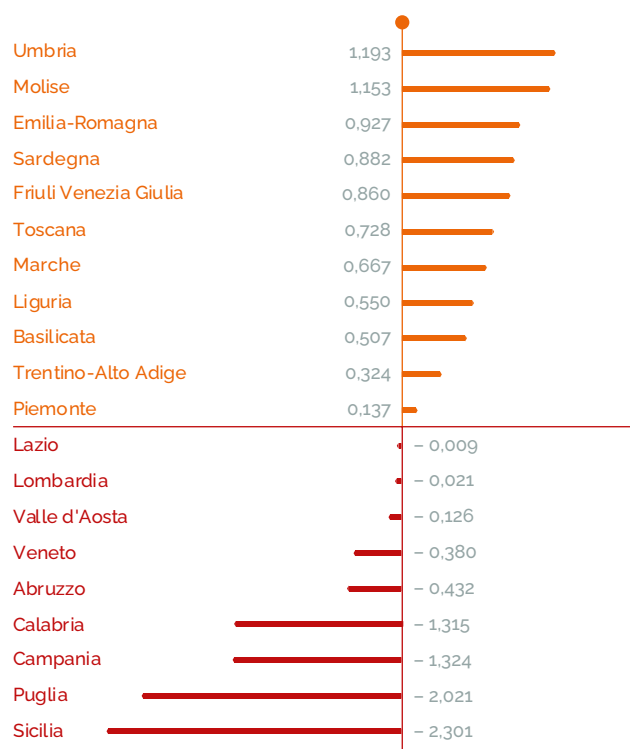
In generale questo indicatore è cresciuto ininterrottamente dal 2008, passando dal 5,9% al 9,1% del 2024, a parte la riduzione nell'anno della pandemia (6,2 nel 2020). Rispetto al 2019, anno precedente la pandemia, vi è stata nel 2024 una crescita di 2 punti percentuali a livello nazionale che ha portato le regioni del Nord al 10,3%, quelle del Centro al 10,6% e quelle del Mezzogiorno al 7,8%.

Nell'analisi territoriale le regioni con l'indicatore migliore sono l'Umbria, il Molise, l'Emilia-Romagna e la Sardegna, mentre le regioni con il dato più critico sono la Calabria, la Campania, la Puglia e la Sicilia.

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

Tra il 2022 e il 2024, comunque, 18 regioni hanno aumentato l'offerta di questo servizio, con diversa intensità, mentre solo due l'hanno ridotta. Quelle che hanno registrato un incremento di più di due punti percentuali sono state l'Emilia-Romagna, l'Umbria, la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, il Piemonte, il Veneto e il Molise.

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



2.2.5 CAPACITÀ DI LAVORARE

La capacità di lavorare riguarda la possibilità per le persone adulte di accedere a opportunità occupazionali stabili e dignitose e di disporre delle risorse economiche necessarie per sostenere il benessere delle proprie famiglie e uno standard adeguato della qualità della vita familiare. La letteratura più recente continua a evidenziare come condizioni di **disoccupazione, precarietà lavorativa o instabilità economica** rappresentino fattori di rischio per il maltrattamento dell'infanzia, in quanto contribuiscono ad aumentare lo stress familiare e a ridurre la capacità degli adulti di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei figli³⁸. In particolare, la disoccupazione è associata alla depressione o ad un peggioramento della salute mentale dei genitori, nonché a un aumento del consumo di alcol e sostanze, elementi che la letteratura riconosce come fattori di rischio rilevanti. Anche la disoccupazione paterna, nel quadro di ruoli di genere ancora diffusi, può incidere negativamente sugli equilibri familiari e aumentare il rischio di comportamenti disfunzionali.

Evidenze empiriche più recenti confermano inoltre una relazione tra fluttuazioni del mercato del lavoro e aumento delle segnalazioni di maltrattamento: studi longitudinali hanno mostrato che variazioni nei tassi di disoccupazione possono tradursi in incrementi significativi dei casi di trascuratezza, suggerendo un legame diretto tra condizioni economiche e benessere dei minorenni³⁹. La trascuratezza è inoltre spesso associata alla disoccupazione pur non dipendendo esclusivamente dalla riduzione delle risorse economiche disponibili. Essa risente anche da fattori indiretti, quali il deterioramento del benessere psicologico dei genitori, la riduzione della qualità del tempo trascorso con i figli e una minore capacità di organizzare e sostenere la vita quotidiana familiare⁴⁰.

Secondo alcuni studi, a un aumento di un punto percentuale nel tasso di disoccupazione corrisponderebbe un aumento del 20% nelle denunce per trascuratezza⁴¹.

Politiche di **sostegno all'inserimento lavorativo** possono quindi contribuire indirettamente alla prevenzione del maltrattamento all'infanzia, riducendo la pressione economica sui *caregiver* e rafforzando la stabilità delle famiglie⁴².

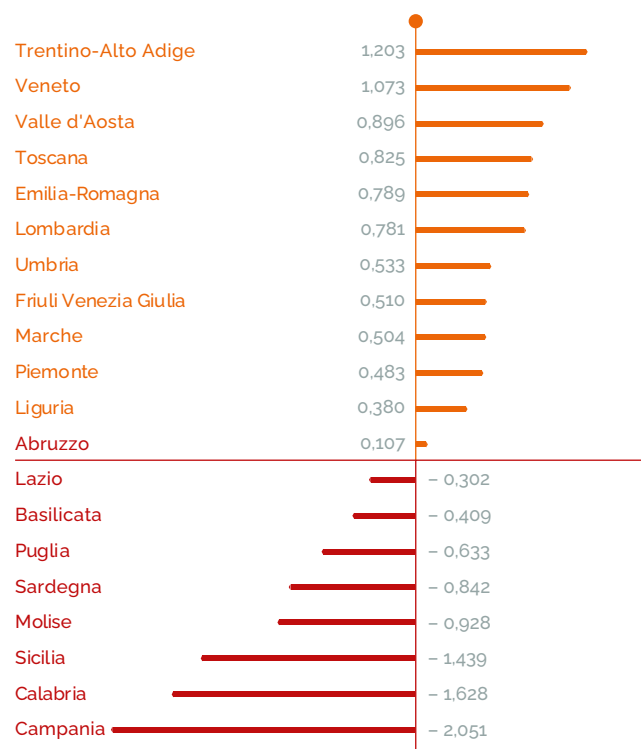
• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 12, pag. 109)

Gli indicatori relativi alla capacità di lavorare con riferimento ai fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia si concentrano soprattutto sulle criticità lavorative delle fasce di età legate alla dimensione parentale e familiare, nonché alle situazioni di difficoltà lavorativa prolungata: il tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni (aggiornato al 2024), l'incidenza della disoccupazione di lunga durata (2024)⁴³, la presenza degli occupati non regolari (2022)⁴⁴ e la presenza nelle famiglie di individui a bassa intensità lavorativa (2024)⁴⁵.

Il tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni mostra un miglioramento nazionale, essendo sceso dal 9% al 6,2% tra il 2019, anno precedente la pandemia, e il 2024. Rispetto a questo indicatore, anche nel 2024 permangono le differenze territoriali tra le aree del Nord (3,6%), del Centro (5,1%) e del Mezzogiorno (11,5%). Nel periodo esaminato si osserva un progresso in termini di convergenza tra i territori dal momento che il Mezzogiorno registra la maggiore riduzione del tasso di disoccupazione (-5 punti percentuali), seguito dal Centro (-3,1 punti percentuali) e dal Nord (-1,5 punti percentuali).

Anche l'incidenza di disoccupazione di lunga durata sul totale dei disoccupati si è ridotta nello stesso periodo dal 57,1% al 52,2%.

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



L'indicatore sulla *bassa intensità di lavoro nelle famiglie* mostra anch'esso dei progressi tra il 2021 e il 2024, confermando la progressiva convergenza tra aree del Paese.

Per quanto riguarda la *presenza nelle famiglie di individui a bassa intensità lavorativa*, si osserva anche in questo caso un progresso tra il 2021 e il 2024, coerentemente con il miglioramento del mercato del lavoro in generale registrato in questi ultimi anni, anche se diversi indicatori qualitativi come la precarietà contrattuale, le basse retribuzioni e il part-time involontario lasciano ipotizzare che il lavoro rimanga ancora una capacità critica, soprattutto se riferita alla popolazione in fascia di età genitoriale.

In ogni caso, la percentuale di individui che vive in famiglie a bassa intensità lavorativa è scesa dal 10,8% del 2021 al 9,2% del 2024 a livello nazionale, toccando il minimo nel Nord (3,9%), seguito dal 7,8% del Centro Italia e raggiungendo invece il livello più critico nel Mezzogiorno (16,9%). Occorre evidenziare come il Mezzogiorno abbia comunque registrato il maggior progresso rispetto

al 2021, essendo questo indicatore diminuito di 2,6 punti percentuali (contro la diminuzione di 1,3 punti percentuali al Nord e 0,6 nel Centro Italia).

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

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

Per queste tre regioni si tratta comunque di criticità strutturali che non mostrano ancora il progresso che invece si può osservare per alcuni indicatori specifici. Per tutte e tre le regioni, infatti, il tasso di disoccupazione 35-44 anni è diminuito in misura superiore alla media nazionale, così come in Sicilia sono diminuite in misura considerevole anche l'incidenza della disoccupazione di lunga durata e la percentuale di individui che vivono in famiglie a bassa intensità lavorativa.

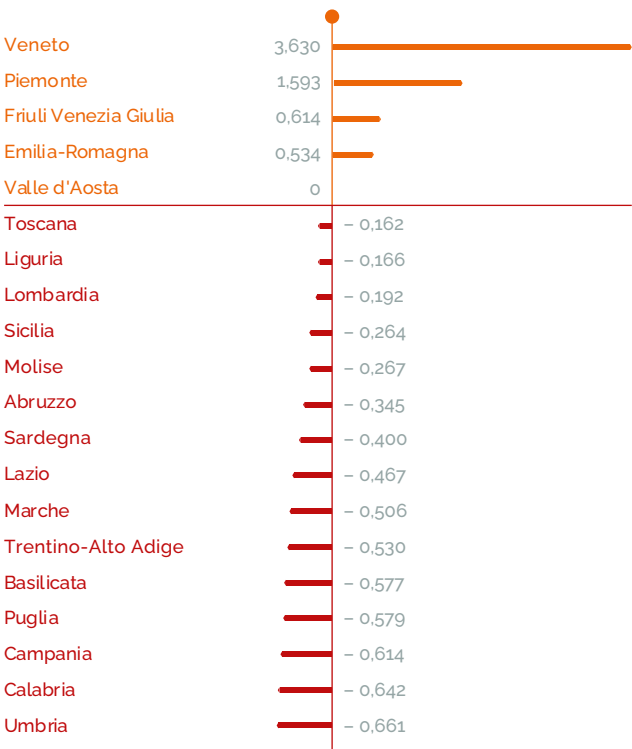
• **SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI** (tab. 13, pag. 110)

I servizi territoriali che possono mitigare i fattori di rischio di maltrattamento relativi alla capacità di lavorare riguardano i servizi sociali comunali per l'inserimento lavorativo, calcolati rispetto agli utenti di riferimento (ogni 100.000 disoccupati over 15) che hanno avuto accesso a servizi quali il sostegno all'inserimento lavorativo e ad altre attività socio-educative, oltre ai contributi per l'inserimento lavorativo, aggiornati al 2022.

Le regioni con una maggiore offerta di questo tipo di servizi sono il Veneto, seguito dal Piemonte, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna.

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

FIGURA 17. SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI. CAPACITÀ DI LAVORARE



2.2.6 CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

Il maltrattamento all'infanzia avviene in molte famiglie, indipendentemente dal loro status socio-economico, ma vi è una relazione solida tra povertà e maltrattamento, dovuta al fatto che la povertà rappresenta un rilevante fattore di stress genitoriale⁴⁶. Una ricerca del 2022⁴⁷ ha dimostrato che ci sono alcune forme di insicurezza economica come guadagni mancati e difficoltà abitative che costituiscono un fattore predittivo affidabile di maltrattamento sui bambini e le bambine.

Questa relazione implica che, per ridurre i tassi di maltrattamento all'infanzia, sia fondamentale sostenere il reddito delle famiglie attraverso politiche mirate e strumenti di protezione sociale. Al di là della condizione socio-economica delle famiglie, anche vivere in un quartiere povero può esporre a un maggiore rischio di maltrattamento: uno studio statunitense ha rilevato che una concentrazione di famiglie monoparentali, alloggi sfitti e alti tassi di disoccupazione in un quartiere erano associati in modo significativo (ma decrescente nel corso degli anni) ad alti tassi di maltrattamento all'infanzia⁴⁸. La letteratura scientifica non conferma una relazione diretta tra etnia e rischio di maltrattamento, anzi, a parità di condizioni economiche i tassi di maltrattamento risultano superiori tra la popolazione bianca. L'incidenza sulle minoranze è quindi legata ad una incidenza maggiore di uno status socio-economico svantaggiato⁴⁹. Inoltre, per gli immigrati recenti e i rifugiati incidono specifici fattori di stress che possono aumentare la vulnerabilità dei minorenni⁵⁰.

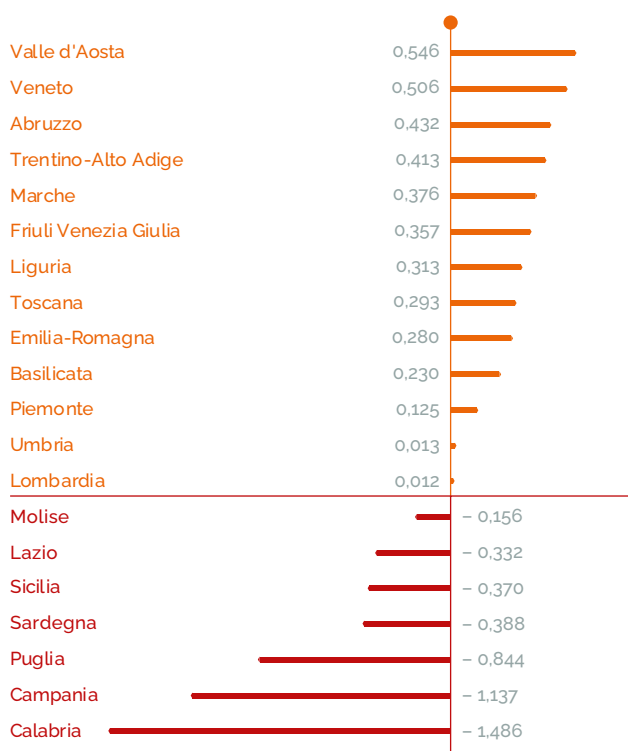
Nel complesso, i fattori di rischio per il maltrattamento all'infanzia sono fortemente radicati nelle condizioni di vulnerabilità economica e sociale. Per tale motivo, interventi di contrasto alla povertà, di sostegno alle famiglie e di rafforzamento dei contesti comunitari rappresentano leve fondamentali per la prevenzione.

• FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 14, pag. 111)

I fattori di rischio legati alla capacità di accedere alle risorse e ai servizi sono considerati nell'Indice attraverso sei indicatori: la grave deprivazione materiale (aggiornato al 2024), le persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali (grave deprivazione abitativa, 2024), la valutazione soggettiva della difficoltà economica (2024), la povertà relativa familiare (2024), la disuguaglianza nella distribuzione del reddito disponibile (2023) e la crescita annua del PIL pro capite (2023).

L'indicatore relativo alle *persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali* è a livello nazionale in via di miglioramento rispetto alla criticità registrata durante la pandemia, anche se il dato del 2024 (5,6% di individui che vivono in situazione di grave deprivazione abitativa) è ancora lievemente superiore a quello registrato nell'anno precedente la pandemia (5% nel 2019). Il Nord rimane sempre il territorio con il grado di sovraffollamento minore (4,9% nel 2024), anche se in aumento rispetto al 4,2% del 2019. Il Mezzogiorno ha praticamente recuperato il peggioramento di questo indicatore dovuto alla crisi pandemica (tra il 2019 e il 2020 era salito dal 6,0% al 7,5%), e nel 2024 si è attestato al 6,1%. Nel Centro Italia, per contro, non si è ancora recuperata la crisi del 2020: la grave deprivazione abitativa in questo territorio riguardava infatti il 5,1% degli individui nel 2019, era salita al 6,5% nel 2020 e a distanza di quattro anni è ancora attestata al 6,4% nel 2024, un dato superiore al 6,1% registrato nel Mezzogiorno.

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



La valutazione soggettiva della difficoltà economica ad arrivare a fine mese riguarda il 5,8% della popolazione nel 2024. Questo indicatore è in progressiva riduzione rispetto al 18,8% registrato nel 2013, e all'8,2% dell'anno pre-pandemico, arrivando quindi al 5,8% del 2024

(anche se in lieve peggioramento rispetto al 5,5% del 2023, l'anno precedente). Anche in questo caso si osservano importanti squilibri territoriali: nel 2024 questo indicatore è attestato al Nord al 3,6%, al Centro all'1,9% e nel Mezzogiorno all'11,3%. Se al Nord questo indicatore è sostanzialmente simile al 2020 (3,9%), nel Centro e nel Mezzogiorno si osserva una riduzione considerevole di 4 punti percentuali in entrambi i territori rispetto al 2020.

La povertà relativa familiare ha riguardato nel 2024 il 10,9% delle famiglie, con una riduzione molto lenta rispetto al 2019 (11,2%). Variando di poco a livello nazionale nei cinque anni analizzati, anche le differenze territoriali rimangono sostanzialmente inalterate: il Nord peggiora di 0,5 punti percentuali (la povertà relativa familiare aumenta dal 6,1% del 2019 al 6,6% del 2024), il Centro di 0,1 punti percentuali (dal 6,4% al 6,5%). Il Mezzogiorno, per contro, migliora, riducendo la povertà relativa familiare di 1,8 punti percentuali (da 21,8% del 2019 al 20% del

2024), anche se si attesta comunque ad un livello quasi doppio rispetto alla media nazionale.

La disuguaglianza nella distribuzione del reddito netto disponibile è lievemente migliorata tra il 2019 e il 2023. Il rapporto fra il reddito equivalente totale ricevuto dall'ultimo quinto e quello ricevuto dal primo quinto (rapporto s80/s20) è infatti sceso da 5,7 del 2019 a 5,5 del 2023. Se in questo periodo nelle regioni del Nord e in quelle del Centro non si osservano variazioni significative (+0,1 e -0,1), in quelle del Mezzogiorno questo indicatore è invece migliorato, essendo sceso da 6,7 a 6,1, anche se rimane sempre superiore al 4,5 registrato nel 2023 al Nord e al 5,3 del Centro.

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

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

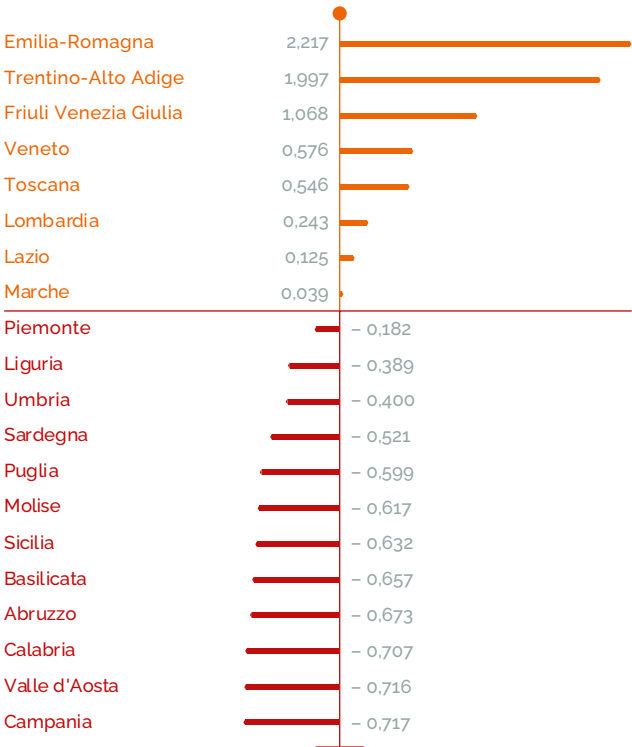
• SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI: I RISULTATI (tab. 15, pag. 112)

I servizi territoriali mirati a curare e prevenire il maltrattamento alle persone di minore età, intervenendo sulla capacità di accedere alle risorse e ai servizi, sono rappresentati da due indicatori relativi a: i servizi e i contributi dei Comuni per l'integrazione di reddito, e i contributi per la situazione abitativa, aggiornati al 2022, e rapportati alla popolazione che versa in stato di grave deprivazione materiale.

Dopo il picco di prestazioni raggiunto nel 2020, nel 2022 è cominciata una progressiva riduzione.

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

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



2.3

L'INDICE REGIONALE: FATTORI DI RISCHIO E SERVIZI

2.3.1 L'INDICE DEI FATTORI DI RISCHIO

Nella sintesi complessiva dei fattori di rischio al maltrattamento dell'infanzia, le regioni con una situazione di contesto più favorevole sono il Trentino-Alto Adige, il Veneto, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Liguria.

Le regioni con una criticità di contesto maggiore sono invece la Calabria, la Sicilia, la Puglia e la Campania. Nel confronto tra capacità:

Il Trentino-Alto Adige: 1^a regione in generale e per la capacità di cura, di vivere una vita sicura e di lavorare, ha un dato leggermente inferiore per la capacità di acquisire conoscenza e sapere (6^a regione).

Il Veneto: 2^a regione, è invece 1^a per i sintomi di vita sana dei bambini e per la capacità di acquisire conoscenza e sapere; si posiziona 2^a le altre capacità, ad eccezione dei fattori di rischio legati alla cura (4^a regione) alla salute degli adulti (16^a) e della sicurezza (10^a regione).

La Valle d'Aosta: 3^a regione, è 1^a per i fattori di rischio legati all'accesso alle risorse, ma ha delle lievi criticità nella capacità di vivere una vita sana sia per i sintomi dei bambini (9^a) che per gli adulti (8^a).

Il Friuli Venezia Giulia: 4^a regione, ha il migliore risultato per la capacità di vivere una vita sicura (3^a) e quella relativa alla conoscenza e sapere (4^a), ma nel lavoro (8^a) e nella vita sana, sia per bambini (8^a) che per gli adulti (9^a), registra maggiori difficoltà.

La Liguria: 5^a regione, registra il dato migliore nella capacità di cura (3^a) e quello peggiore nel lavoro (11^a).

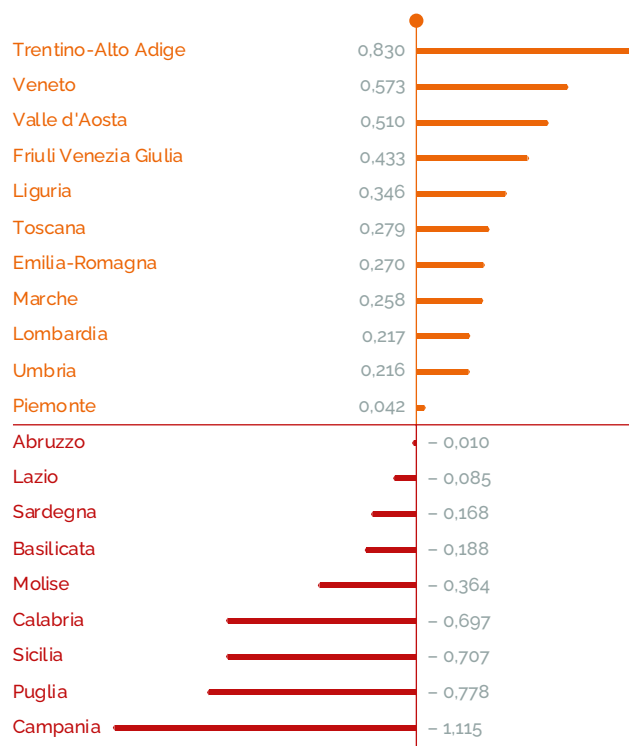
La Toscana raggiunge la 6^a posizione generale come risultato di una media tra la 3^a posizione per i sintomi di vita sana per i bambini, la 4^a per il lavoro e le altre capacità collocate tra l'8^a e la 13^a,

L'Emilia-Romagna: 7^a per fattori di rischio di maltrattamento più bassi, ha il risultato migliore nel lavoro (5^a), 7^a in altre due capacità (sintomi di vita sana per bambini e conoscenza e sapere) e poi tra la 9^a e la 17^a posizione nelle altre capacità.

Le Marche: 8^a regione, registrano il risultato migliore nella capacità di acquisire conoscenza e sapere (3^a posizione) e il peggiore (18^a) nella capacità di vivere una vita sana degli adulti.

La Lombardia: 9^a regione, è 2^a nei fattori di rischio legati alla capacità di cura, 5^a nella capacità di vivere una vita sana dei bambini e 6^a in quella del lavoro, mentre per le altre capacità oscilla tra la 12^a e la 15^a posizione.

FIGURA 20. INDICE REGIONALE SUI FATTORI DI RISCHIO



L'Umbria: 10^a regione, è 6^a per la capacità di vivere una vita sana per gli adulti e 7^a per la capacità di vivere una vita sicura e di lavorare, mentre oscilla tra la 10^a e la 12^a posizione per le altre capacità.

Il Piemonte: 11^a regione, ha il migliore risultato (6^a posizione) nella capacità di cura e in quella di vivere una vita sicura, le altre capacità sono invece comprese tra la 10^a e la 19^a posizione.

L'Abruzzo: 12^a regione, è 3^a per i fattori di rischio collegati con l'accesso alle risorse e 5^a per la capacità di accedere alla conoscenza e al sapere, ma rimane tra la 12^a e la 16^a posizione per le altre capacità.

Il Lazio: 13^a regione, è 2^a per la capacità di acquisire conoscenza e sapere e 5^a per la capacità di vivere una vita sana per gli adulti, mentre rimane tra la 13^a e la 18^a posizione nelle altre capacità.

La Sardegna: 14^a regione, ha il risultato migliore nella capacità di vivere una vita sicura (4^a regione), ed è 8^a per la capacità di cura, mentre per le altre capacità rimane tra la 12^a e la 17^a posizione.

La Basilicata: 15ª regione, ha il risultato migliore nelle capacità di vivere una vita sana degli adulti e di accedere alle risorse, 10ª posizione in entrambi i casi, mentre si posiziona tra l'11ª e la 17ª posizione nelle altre capacità.

Il Molise: 16ª regione, ha il suo punto di forza nella capacità di acquisire conoscenza e sapere (10ª posizione) e la maggiore debolezza nella capacità degli adulti di vivere una vita sana (20ª posizione).

La Calabria: 17ª regione, è però 2ª nei comportamenti più virtuosi rispetto alla vita sana degli adulti, ma è 20ª nella capacità di accedere alle risorse.

La Sicilia: 18ª regione, è 1ª nella capacità degli adulti di vivere una vita sana, mentre per le altre capacità si colloca tra la 15ª e la 20ª posizione.

La Puglia: 19ª regione, ha il dato migliore nella capacità degli adulti di vivere una vita sana (11ª posizione), mentre per le altre capacità si colloca tra la 15ª e la 20ª posizione.

La Campania: 20ª regione, ha il suo punto di forza nella capacità di vivere una vita sana degli adulti (4ª posizione) e dei bambini (16ª) ma è tra la 18ª e 20ª posizione nelle altre capacità.

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

REGIONI	CURA	VITA SANA		VITA SICURA	CONOSCENZA E SAPERE	LAVORARE	ACCEDERE A RISORSE E SERVIZI	TOTALE FATTORI DI RISCHIO
		ADULTI	BAMBINI					
Trentino-Alto Adige	1	3	2	1	6	1	4	0,830
Veneto	4	16	1	10	1	2	2	0,573
Valle d'Aosta	7	8	9	2	8	3	1	0,510
Friuli Venezia Giulia	5	9	8	3	4	8	6	0,433
Liguria	3	7	6	8	9	11	7	0,346
Toscana	10	12	3	13	11	4	8	0,279
Emilia-Romagna	9	17	7	11	7	5	9	0,270
Marche	12	18	4	9	3	9	5	0,258
Lombardia	2	15	5	12	13	6	13	0,217
Umbria	11	6	10	7	12	7	12	0,216
Piemonte	6	19	13	6	14	10	11	0,042
Abruzzo	15	14	15	16	5	12	3	-0,010
Lazio	16	5	17	18	2	13	15	-0,085
Sardegna	8	13	12	4	16	16	17	-0,168
Basilicata	14	10	11	17	15	14	10	-0,188
Molise	13	20	14	14	10	17	14	-0,364
Calabria	18	2	19	5	17	19	20	-0,697
Sicilia	19	1	18	15	20	18	16	-0,707
Puglia	17	11	20	19	19	15	18	-0,778
Campania	20	4	16	20	18	20	19	-1,115

2.3.2 L'INDICE DEI SERVIZI

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

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

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

Inoltre, la difficoltà di far emergere un problema sommerso, come descritto nel paragrafo 1.2, incide su due fronti: da un lato, sulla definizione del profilo di vittime e fattori protettivi, dall'altro, sulla capacità di mappare i servizi di cura e prevenzione. Tali servizi risentono, a loro volta, di difficoltà nella quantificazione, descrizione e tempestività dell'aggiornamento dei dati.

Entrando nel merito delle singole capacità è possibile individuare i diversi punti di forza e di debolezza delle varie regioni attraverso un confronto diretto con la media nazionale. Tali risultati possono risentire dei limiti di rilevazione dei dati che sono già stati evidenziati e che rappresentano un punto di debolezza sul quale occorre intervenire.

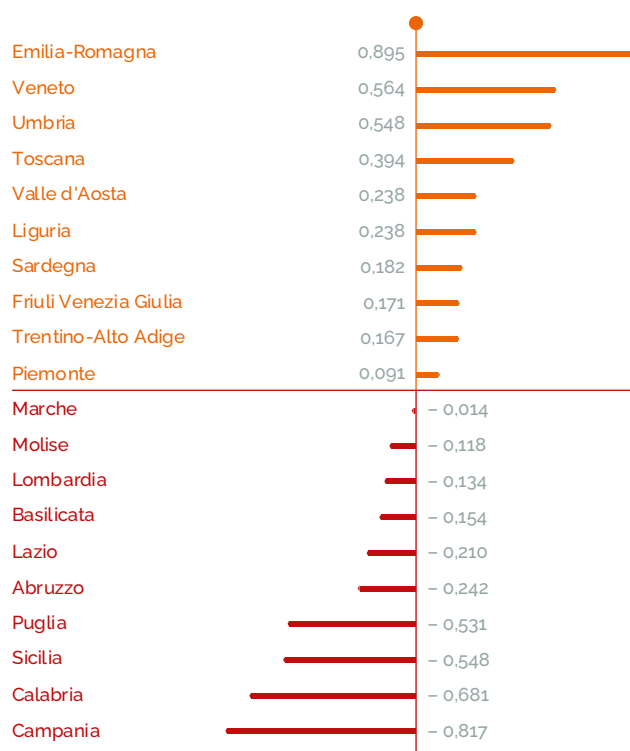
Rispetto ai dati ad oggi disponibili si possono comunque trarre alcune indicazioni interessanti sul sistema dei servizi a livello regionale:

L'Emilia-Romagna: 1ª regione, ha i propri punti di forza nei servizi relativi alla capacità di cura degli adulti e in quella di accesso alle risorse e ai servizi, per le quali primeggia, mentre è 2ª nella capacità di cura dei minorenni e in quella di vivere una vita sicura. Servizi per i quali si colloca al di sotto della media nazionale sono quelli relativi alla capacità di vivere una vita sana per gli adulti (13ª).

Il Veneto: 2ª regione, prevalgono i servizi relativi alla capacità di lavorare (1ª posizione), seguiti da quelli relativi alla capacità di vivere una vita sana per gli adulti (3ª regione). Elementi di criticità riguardano invece i servizi dedicati alla capacità di vivere una vita sana per i minorenni (16ª posizione).

L'Umbria: 3ª regione, è particolarmente virtuosa nei servizi relativi alla cura delle persone di minore età, alla vita

FIGURA 21. INDICE REGIONALE SUI SERVIZI



sicura e alla conoscenza e sapere, per i quali si colloca alla 1ª posizione. Servizi più critici sono invece quelli relativi alla capacità di lavorare, per i quali è 20ª.

La Toscana: 4ª regione, si distingue per l'elevato livello dei servizi relativi alla capacità di vita sana per i minorenni, per i quali è 1ª in Italia, e per l'accesso alle risorse e ai servizi, per i quali è 5ª. Un punto di fragilità riguarda invece i servizi relativi alla capacità di cura degli adulti, per i quali è 14ª.

La Valle d'Aosta: 5ª regione, è 2ª per i servizi dedicati a rafforzare la capacità degli adulti di vivere una vita sana, mentre è 19ª per i servizi socio-assistenziali dedicati all'accesso ai servizi.

In Liguria: 6ª regione, sono particolarmente presenti i servizi relativi alla capacità di vivere una vita sana dei minorenni (1ª regione in Italia) per contro ha le maggiori difficoltà nel caso dei servizi relativi alla capacità di vivere una vita sicura (14ª regione).

La Sardegna: 7ª regione, ha il proprio punto di forza nei servizi per la cura degli adulti (2ª regione), ma è 14ª in quelli che vogliono rafforzare la loro vita sana.

Il Friuli Venezia Giulia: 8ª regione, i servizi maggiormente presenti sono quelli relativi alla capacità di lavorare e di accedere alle risorse e ai servizi (3ª regione in entrambi

i casi), mentre mostrano maggiori criticità i servizi per i minorenni dedicati alla loro capacità di vivere una vita sana (19^a regione).

Il Trentino-Alto Adige: 9^a regione, ha il proprio punto di forza nei servizi che supportano l'accesso alle risorse e ai servizi (2^a regione), ma è 16^a per quanto riguarda i servizi per la capacità di vivere una vita sicura.

Il Piemonte: 10^a regione, il risultato migliore è quello del sistema dei servizi per il lavoro (2^a regione), mentre si riscontra il maggiore grado di difficoltà nei servizi per la capacità di vivere una vita sana nei minorenni e una vita sicura (20^a regione in entrambi i casi).

Le Marche: 11^a regione, il dato migliore è quello che riguarda i servizi dediti alla capacità degli adulti di vivere una vita sana (4^a regione), quello più critico emerge invece per i servizi relativi alla capacità di cura degli adulti (17^a regione).

Il Molise: 12^a regione, il sistema dei servizi dediti alla capacità di acquisire conoscenza e sapere è particolarmente sviluppato (2^a regione), mentre le maggiori criticità emergono nella capacità di cura degli adulti (19^a regione).

La Lombardia: 13^a regione, il dato migliore riguarda i servizi destinati alla capacità di vivere una vita sicura (3^a regione), mentre quello più critico riguarda i servizi per la capacità di vivere una vita sana dei minorenni (18^a posizione).

La Basilicata: 14^a regione, ha un punto di forza nel sistema dei servizi per la capacità di cura degli adulti (5^a po-

sizione), mentre i servizi centrati sulla capacità di vivere una vita sicura rappresentano un punto di debolezza (19^a regione).

Il Lazio: 15^a regione, è 6[°] per i servizi per la capacità dei minorenni di vivere una vita sana ma, per contro, è 18[°] per i servizi per la capacità di cura delle persone di minore età e per la capacità di vivere una vita sicura.

L'Abruzzo: 16^a regione, a fronte del buon riscontro per i servizi per la capacità di vivere una vita sicura (6^a posizione), quelli per la capacità di accedere alle risorse e ai servizi mostrano la debolezza maggiore (17^a posizione).

La Puglia: 17^a regione, emerge con un buon posizionamento dei servizi per la capacità di vivere una vita sana dei minorenni (7^a posizione), ma è per contro 19^a per quelli relativi alla capacità di acquisire conoscenza e sapere.

La Sicilia: 18^a regione, mostra il dato migliore nei servizi per il lavoro (9^a posizione), mentre ha maggiori difficoltà nei servizi per la capacità di acquisire conoscenza e sapere (20^a regione), seguita da quelli per la capacità di vivere una vita sana negli adulti (18^a posizione).

La Calabria: 19^a regione, è 10^a per i servizi relativi alla capacità di vivere una vita sicura, ma 20^a per la capacità di cura dei minorenni.

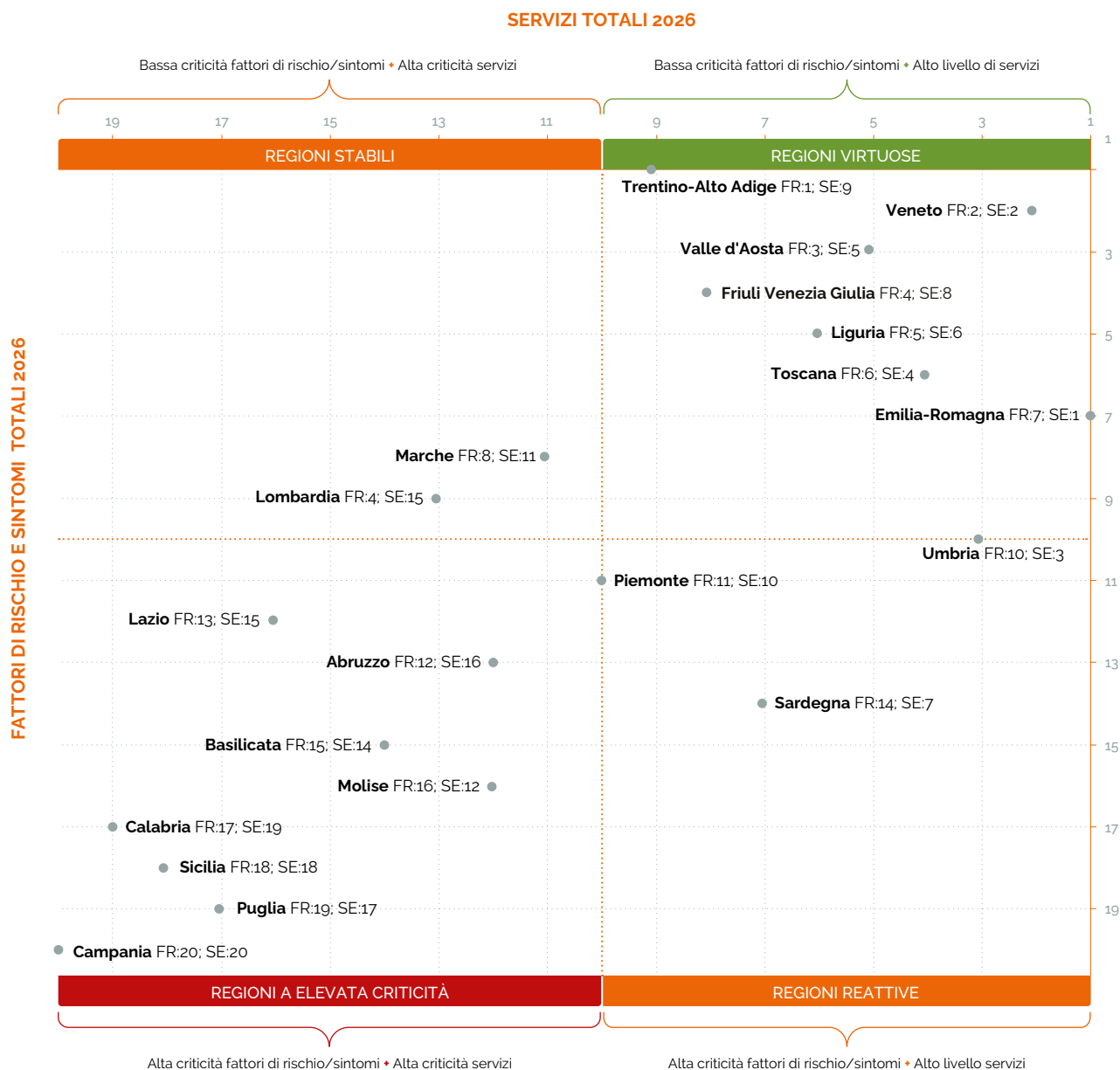
La Campania: 20^a regione, è 13^a per i servizi dedicati alla capacità di vivere una vita sicura e 17^a per la capacità dei minorenni di vivere una vita sana. Le altre capacità la vedono posizionata tra la 18^a e la 20^a posizione.

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

REGIONI	CURA		VITA SANA		VITA SICURA	CONOSCENZA E SAPERE	LAVORARE	ACCEDERE A RISORSE E SERVIZI	TOTALE CAPACITÀ
	ADULTI	BAMBINI	ADULTI	BAMBINI					
Emilia-Romagna	1	2	13	3	2	3	4	1	0.895
Veneto	6	9	3	16	8	15	1	4	0.564
Umbria	3	1	5	2	1	1	20	11	0.548
Toscana	14	6	6	1	12	6	6	5	0.394
Valle d'Aosta	4	5	2	5	4	14	5	19	0.238
Liguria	12	4	1	8	14	8	7	10	0.238
Sardegna	2	7	14	4	5	4	12	12	0.182
Friuli Venezia Giulia	16	11	10	19	7	5	3	3	0.171
Trentino-Alto Adige	8	15	7	9	16	10	15	2	0.167
Piemonte	9	3	8	20	20	11	2	9	0.091
Marche	17	10	4	14	15	7	14	8	-0.014
Molise	19	17	9	15	9	2	10	14	-0.118
Lombardia	13	13	12	18	3	13	8	6	-0.134
Basilicata	5	8	11	10	19	9	16	16	-0.154
Lazio	15	18	15	6	18	12	13	7	-0.210
Abruzzo	7	14	16	12	6	16	11	17	-0.242
Puglia	10	16	17	7	17	19	17	13	-0.531
Sicilia	11	12	18	11	11	20	9	15	-0.548
Calabria	18	20	19	13	10	17	19	18	-0.681
Campania	20	19	20	17	13	18	18	20	-0.817

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

FIGURA 22. MATRICE FATTORI DI RISCHIO DEGLI ADULTI POTENZIALMENTE MALTRATTANTI E SERVIZI TERRITORIALI



Il confronto territoriale tra i fattori di rischio e i servizi nelle varie regioni fornisce elementi di riflessione e analisi dei punti di forza e di debolezza attraverso l'aggregazione delle regioni in quattro gruppi (cluster) definiti in base allo scostamento dalla media nazionale, e associati a differenti livelli di criticità (alta o bassa).

Si definiscono **regioni "a elevata criticità"** quei territori nei quali, a fronte di elevate problematiche ambientali, rappresentate da fattori di rischio elevati, non corrispon-

de una reazione del sistema dei servizi, rimasti invece al di sotto della media nazionale. In questo raggruppamento si trovano otto regioni quali la Campania, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, il Molise, la Basilicata, l'Abruzzo e il Lazio. La diversa combinazione tra fattori di rischio e servizi mostra diversi livelli di complessità all'interno dello stesso cluster: la Campania rimane al 20° posto, sia rispetto ai fattori di rischio che ai servizi; la Calabria, la Sicilia e la Puglia hanno una situazione piuttosto simile, collocandosi sempre tra la 17ª e la 19ª posizione sia per i

fattori di rischio che per i servizi, mentre il Lazio, l'Abruzzo, la Basilicata e il Molise si avvicinano di più alla media nazionale sia per i fattori di rischio che per i servizi (tutti tra la 12^a e la 16^a posizione).

Nel quadrante delle **regioni "reattive"**, che rispondono alle elevate criticità nei fattori di rischio con servizi al di sopra della media nazionale, si trova la Sardegna (14^a quanto a fattori di rischio) che fronteggia la situazione con servizi posizionati meglio, collocandosi al 7^o posto. L'Umbria si colloca sulla media nazionale per i fattori di rischio (10^a posizione) e alla 3^a posizione per i servizi, il Piemonte è invece sulla media nazionale per i servizi (10^a posizione) e 11^o per i fattori di rischio.

Il quadrante delle **regioni "virtuose"** include territori che, a fronte di un contesto dei fattori di rischio più favorevole rispetto alla media nazionale, mantengono livelli di investimento nei servizi superiori al dato medio complessivo.

In questo gruppo si concentra un gruppo di sette regioni (Trentino-Alto Adige, Veneto, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana ed Emilia-Romagna).

Anche in questo caso sono compresi territori che hanno un contesto ambientale migliore rispetto al livello dei servizi offerti (il Trentino-Alto Adige è 1^o per fattori di rischio e 9^o per servizi) con altri che, viceversa, rispondono alle criticità ambientali con servizi molto superiori alla media (l'Emilia-Romagna è 7^a per fattori di rischio e 1^a per servizi).

Tra le **regioni "stabili"**, ovvero quelle che combinano situazioni ambientali favorevoli con sistemi di servizi inferiori alla media nazionale, la Lombardia si posiziona alla 9^a posizione tra i fattori di rischio e alla 13^a tra i servizi, mentre le Marche hanno una posizione nei fattori di rischio (8^a posizione) migliore rispetto a quella dei servizi (11^a posizione).

2.4 L'INDICE REGIONALE: TOTALE PER CAPACITÀ

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

In questa settima edizione l'Emilia-Romagna si conferma come la regione con la migliore capacità di fronteggiare il tema del maltrattamento alle persone di minore età, nella sintesi tra fattori di rischio e servizi. Ad essa seguono il Veneto, il Trentino-Alto Adige e il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, la Valle d'Aosta e la Toscana.

Tra le regioni più critiche e con la maggiore distanza dalla media nazionale si riconoscono la Sicilia, la Calabria, la Puglia e la Campania.

Nove regioni possono essere invece considerate "centrali" in quanto vicine alla media nazionale (Liguria, Marche, Piemonte, Lombardia, Sardegna, Abruzzo, Lazio, Molise e Basilicata).

Il confronto dell'indice numerico tra fattori di rischio e quello dei servizi permette di valutare quanto il sistema dei servizi sia in grado di mitigare le criticità ambientali e di ridurre l'impatto dei fattori di rischio.

Ciò consente di valutare, nei diversi contesti regionali, l'adeguatezza dei servizi in relazione al profilo dei fattori di rischio, nonché di individuare le regioni caratterizzate da elevata criticità dei fattori di rischio a cui corrisponde una risposta dei servizi pubblici inadeguata.

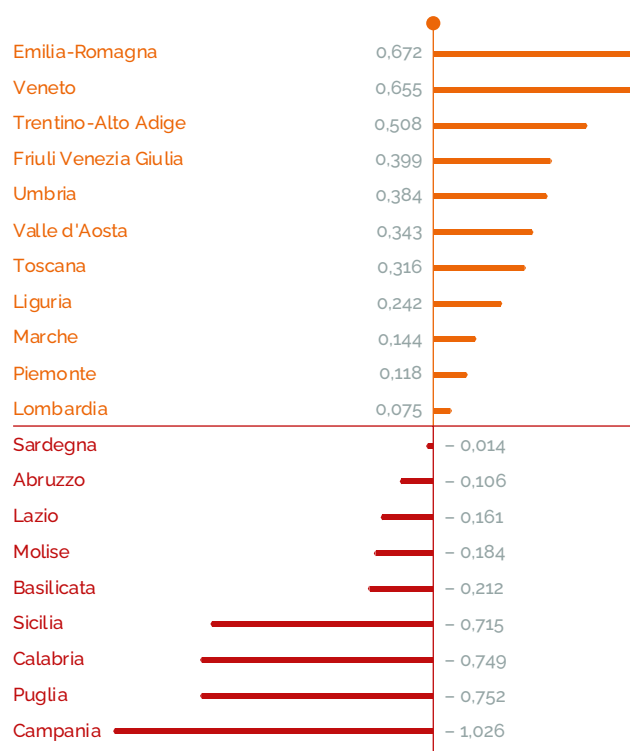
Il confronto tra le sei capacità che compongono l'Indice, per ciascuna della quale è stata fatta una sintesi dei rispettivi fattori di rischio e servizi, mostra gli specifici punti di forza e di debolezza per ogni territorio.

L'Emilia-Romagna: 1ª regione, ha i suoi punti di forza nella capacità di cura e in quella di accesso alle risorse, nelle quali è 1ª, registra ottime posizioni anche per la capacità di vivere una vita sicura, in quella della conoscenza e sapere e in quella di lavorare, mentre ha il maggiore punto di debolezza nella capacità di vivere una vita sana (7ª).

Il Veneto: 2ª regione in generale, è 1ª per la capacità di lavorare e 4ª per l'accesso alle risorse, mentre manifesta criticità nella capacità di acquisire conoscenza e sapere (10ª posizione).

Il Trentino-Alto Adige: 3ª regione, è 2ª per la capacità di accedere alle risorse, manifesta un punto di debolezza nella capacità di acquisire conoscenza e sapere (9ª posizione) e in quella della cura (8ª posizione).

FIGURA 23. INDICE REGIONALE TOTALE PER CAPACITÀ



Il Friuli Venezia Giulia: 4ª regione, ha il principale punto di forza nella capacità di accedere alla conoscenza e al sapere, per la quale è alla 1ª posizione, e in quella dell'accesso alle risorse (3ª), ma ha una posizione maggiormente critica, invece, per quanto riguarda la capacità di vivere una vita sana (14ª) e quella della cura (12ª).

L'Umbria: 5ª regione, è particolarmente virtuosa per la capacità di vivere una vita sicura, per la quale è posizionata alla 1ª posizione, e per quella relativa alla cura (2ª posizione); per contro, manifesta una maggiore criticità per la capacità di accedere alle risorse (13ª posizione).

La Valle d'Aosta: 6ª regione, ha il proprio punto di forza nella capacità di vivere una vita sicura (2ª posizione) e in quella della cura e di vivere una vita sana (3ª posizione per entrambe), mentre registra il dato peggiore per la capacità di accedere alla conoscenza e al sapere (12ª).

La Toscana: 7ª regione, è 1ª per la capacità di vivere una vita sana, ma ha la maggiore criticità (14ª) nella capacità di vivere una vita sicura.

La Liguria: 8ª regione, ha un proprio punto di forza nella capacità di vivere una vita sana (2ª posizione), ed è 6ª per la capacità di cura, ma è invece tra l'8ª e la 10ª posizione per le altre capacità.

Le Marche: 9ª posizione, ha il proprio punto di forza nella capacità di acquisire conoscenza e sapere (2ª posizione) e un buon riscontro sulla capacità di accedere alle risorse (6ª posizione), ma la capacità di cura è un punto critico (14ª posizione).

Il Piemonte: 10ª posizione, è particolarmente virtuoso per la capacità di lavorare (2ª posizione), ma registra dei punti di debolezza nella capacità di vivere una vita sana (18ª posizione) e una vita sicura (16ª posizione).

La Lombardia: 11ª regione, ha il dato migliore per le capacità di accedere alle risorse e di vivere una vita sicura, essendo 7ª per entrambe, ma ha il maggiore punto di debolezza nella capacità di vivere una vita sana (15ª posizione) e di acquisire conoscenza e sapere (16ª posizione).

La Sardegna: 12ª regione, ha un buon punto di forza nella capacità di cura (4ª posizione) e in quella di vivere una vita sicura (6ª posizione) ma registra le maggior criticità nelle capacità di lavorare (17ª) e di accedere alle risorse (16ª).

L'Abruzzo: 13ª regione, è molto equilibrato su tutte le capacità, per cui si posiziona tra la 13ª e la 12ª posizione, ad eccezione della capacità di vivere una vita sana nella quale si posiziona alla 17ª posizione.

Il Lazio: 14ª regione, ha il proprio punto di forza nella capacità di acquisire conoscenza e sapere (6ª posizione), un punto di debolezza nella capacità di vivere una vita sicura (17ª) e in quella della cura (15ª).

Il Molise: 15ª regione, ha il proprio migliore risultato nella capacità di acquisire conoscenza e sapere (3ª posizione) e quello maggiormente critico nella capacità di cura (17ª).

La Basilicata: 16ª regione, ha il proprio migliore risultato nella capacità di cura (10ª posizione) e di vivere una vita sana (11ª posizione), mentre ha il punto di maggiore debolezza nella capacità di vivere una vita sicura (20ª posizione).

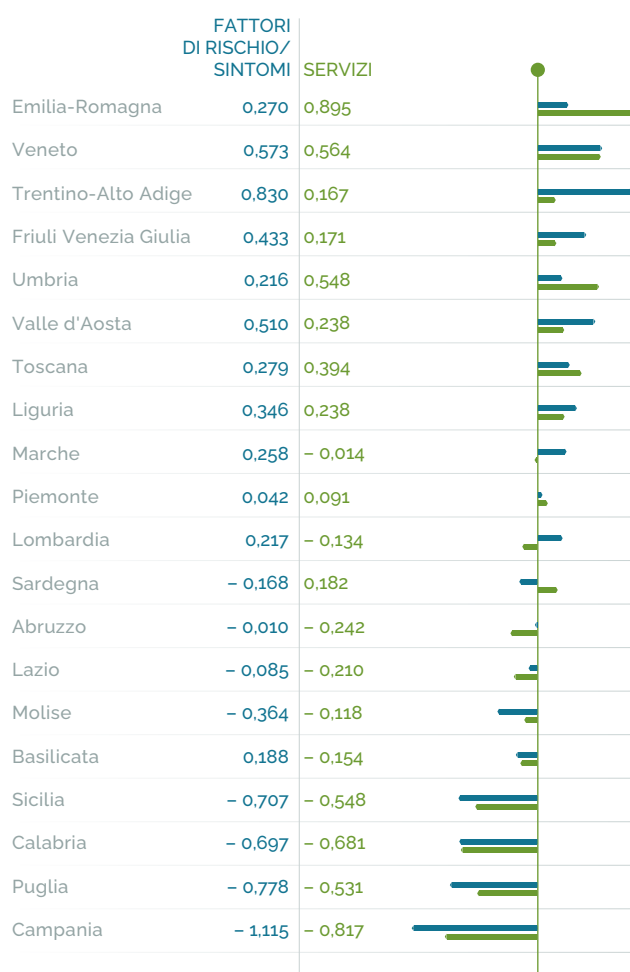
La Sicilia: 17ª regione, ha il migliore risultato nella capacità di vivere una vita sana (12ª posizione) e sicura (15ª posizione), mentre si colloca tra la 17ª e la 20ª posizione per le altre capacità.

La Calabria: 18ª regione, è 9ª nella capacità di vivere una vita sicura, mentre è 19ª per la capacità di cura e di lavoro, oltre che 20ª per quella relativa all'accesso alle risorse.

La Puglia: 19ª regione, è 13ª per la capacità di vivere una vita sana, ma 19ª per la capacità di vivere una vita sicura e in quella di acquisire conoscenza e sapere.

La Campania: 20ª regione, restituisce una criticità multidimensionale dal momento che è posizionata tra la 18ª e la 20ª posizione in tutte le capacità analizzate.

FIGURA 24. CONFRONTO FATTORI DI RISCHIO/SINTOMI E SERVIZI



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

REGIONI	CURA	VITA SANA	VITA SICURA	CONOSCENZA E SAPERE	LAVORARE	ACCEDERE RISORSE	TOTALE CAPACITÀ
Emilia-Romagna	1	7	3	4	3	1	0,672
Veneto	7	6	8	10	1	4	0,655
Trentino-Alto Adige	8	4	5	9	6	2	0,508
Friuli Venezia Giulia	12	14	4	1	4	3	0,399
Umbria	2	5	1	5	11	13	0,384
Valle d'Aosta	3	3	2	12	5	10	0,343
Toscana	9	1	14	7	7	5	0,316
Liguria	6	2	10	8	9	9	0,242
Marche	14	8	12	2	10	6	0,144
Piemonte	5	18	16	15	2	8	0,118
Lombardia	11	15	7	16	8	7	0,075
Sardegna	4	9	6	11	17	16	-0,014
Abruzzo	13	17	13	13	12	12	-0,106
Lazio	15	10	17	6	13	11	-0,161
Molise	17	20	11	3	15	15	-0,184
Basilicata	10	11	20	14	14	14	-0,212
Sicilia	18	12	15	20	18	17	-0,715
Calabria	19	16	9	17	19	20	-0,749
Puglia	16	13	19	19	16	18	-0,752
Campania	20	19	18	18	20	19	-1,026

Note di capitolo

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

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

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

⁴ World Health Organization (WHO), (2013).

⁵ Banca dati Istat: <http://dati.istat.it/> gli indicatori relativi ai servizi sociali dei Comuni provengono dall'indagine Istat sugli *Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*

⁶ World Health Organization (WHO), (2013).

⁷ Hien, D., Cohen, L., Caldeira, N., Flom, P., Wasserman, G. (2010).

⁸ Schneider, M. (2017).

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

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

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

¹² World Health Organization (WHO) et al. (2025).

¹³ Klein, S. (2011).

¹⁴ Klika, J. B., Maguire-Jack, K., Feely, M., Schneider, W., Pace, G. T., Rostad, W., Murphy, C. A., & Merrick, M. T. (2022).

¹⁵ Wolf, J.P., Freisthler, B., & McCarthy, K.S. (2021).

¹⁶ Grant, C., Radley, J., Philip, G., et al. (2023).

¹⁷ Walsh, C. MacMillan, H.L., & Jamieson, E. (2003).

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

¹⁹ World Health Organization (WHO), (2010).

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

²¹ NICHD Early Child Care Research Network (1999).

²² Laulik, S., Allam, J., & Browne K. (2014).

²³ World Health Organization (WHO), (2013).

²⁴ Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., et al. (2021).

²⁵ Moog, N. K., Cummings, P. D., Jackson, K. L., et al. (2023).

²⁶ World Health Organization (WHO), (2013).

²⁷ Child Welfare Information Gateway, What Is Child Abuse and Neglect? Recognizing the Signs and Symptoms <https://www.childwelfare.gov/resources/what-child-abuse-and-neglect-recognizing-signs-and-symptoms/>

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

²⁹ Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (2025).

³⁰ Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol/10.000 abitanti, tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe/10.000 abitanti, tasso dimissioni disturbi psichici affettivi/10.000 abitanti, numero strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale per 100.000 abitanti.

³¹ N° utenti SERD/100.000 abitanti per regione, e Area dipendenza - n° utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti,

³² Younas, F., & Gutman, L. M. (2022).

³³ Vasquez Guerrero, D. A. (2009).

³⁴ Wadji, D. L., Oe, M., Cheng, P., et al. (2023).

³⁵ UNICEF (2010).

³⁶ Younas, F., & Gutman, L. M. (2022).

³⁷ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Risk and Protective Factors for Child Abuse and Neglect*. Disponibile al link: https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/risk-factors/?CDC_AAref_Val

³⁸ World Health Organization (WHO), (2013).

³⁹ Lindo, J. M., Schaller, J., & Hansen, B. (2018).

⁴⁰ Brown, D., & De Cao, E. (2024).

⁴¹ Brown, D., & De Cao, E. (2018).

⁴² OECD (2023). Child well-being and labour market outcomes <https://www.oecd.org/els/family/child-well-being.htm>

⁴³ 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.

⁴⁴ Questo indicatore è stato aggiornato al 2022 rispetto al 2020 della precedente edizione. Le stime aggiornate con l'edizione di gennaio 2025 dei Conti economici territoriali riportano solo il 2021 e il 2022 alla data di estrazione (dicembre 2025), poiché la serie storica è in corso di revisione da parte dell'Istat. Per tale motivo l'indicatore non è confrontabile con il dato corrispondente della precedente edizione dell'Indice.

⁴⁵ L'indicatore tratto dall'Indagine Istat sul BES – Benessere equo e sostenibile misura la percentuale di persone di età compresa tra 0 e 64 anni che vivono in famiglie in cui gli adulti (18-64 anni) hanno lavorato meno del 20% del loro potenziale lavorativo totale durante l'anno precedente all'indagine. Per rispondere alle nuove esigenze della Strategia Europa 2030, a partire dall'indagine 2022 è stato diffuso il nuovo indicatore Bassa intensità di lavoro – Europa 2030 in sostituzione del vecchio indicatore. I due indicatori non sono tra loro confrontabili, impedendo quindi la comparabilità con l'Indice CESVI delle precedenti edizioni.

⁴⁶ Drake, B., Jonson-Reid, M., Dvalishvili, D. (2022).

⁴⁷ Skinner, G. C. M., Bywaters, P. W. B., & Kennedy, E. (2022).

⁴⁸ Coulton, C. J., Richter, F. G.-C., Korbin, J., Crampton, D., & Spilsbury, J. C. (2018).

⁴⁹ Kim, H., & Drake, B. (2018).

⁵⁰ LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., et al. (2015).





**GENERAZIONE
SOLA**

03

Il focus dell'Indice di quest'anno è dedicato a una riflessione sulla povertà relazionale e sul suo legame con il maltrattamento infantile, assumendo come prospettiva centrale quella delle bambine e dei bambini. Per la prima volta, l'analisi qualitativa si costruisce a partire dalle loro esperienze e opinioni, con l'obiettivo di amplificarne le voci e riconoscerne il ruolo nel comprendere fenomeni complessi che li riguardano direttamente.

Questo approfondimento si propone quindi di indagare in che modo la povertà relazionale si configuri nell'esperienza vissuta dei bambini e delle bambine che crescono in contesti socio-economicamente svantaggiati, quali significati le attribuiscano e come essa si intrecci con altre dimensioni della loro vita, incluse le condizioni materiali e le opportunità offerte dai contesti educativi e territoria-

li. Particolare attenzione è stata dedicata alla qualità delle relazioni che bambini e bambine hanno con le figure adulte di riferimento e alla loro percezione dei servizi e degli spazi che frequentano e che li circondano.

Attraverso questa prospettiva, l'Indice intende contribuire a una comprensione più articolata del rapporto tra povertà relazionale e maltrattamento infantile, valorizzando il punto di vista dei bambini e delle bambine non solo come fonte di conoscenza, ma come risorsa per elaborare proposte politiche e modelli di intervento capaci di garantire protezione e partecipazione effettiva. In tal senso, l'ascolto delle voci dei partecipanti alla ricerca rappresenta uno strumento fondamentale per individuare bisogni e criticità, e per promuovere contesti relazionali più equi e inclusivi.

3.1 POVERTÀ RELAZIONALE INFANTILE: APPROCCI TEORICI

La povertà relazionale riguarda l'assenza o il deterioramento dei rapporti interpersonali - familiari, amicali, comunitari o lavorativi - che risultano essenziali per il benessere psicologico e sociale sia dell'individuo sia della famiglia, in qualunque forma essa sia strutturata. Può riferirsi a differenti tipologie di relazioni che Granovetter definisce come legami forti e legami deboli¹, le quali, insieme, costituiscono una parte rilevante di quello che viene definito "*capitale sociale*"².

Il ruolo della povertà relazionale ha assunto grande importanza nel panorama degli studi sulla povertà. La povertà è infatti concepita da numerosi ricercatori come un fenomeno multidimensionale, e non meramente economico o materiale. Gli approcci *relazionali* allo studio della povertà ridefiniscono il concetto stesso di povertà, non più intesa soltanto come carenza di reddito e risorse materiali, ma anche come compromissione dei legami o modelli dannosi nelle relazioni sociali e nei processi di inclusione sociale, ovvero nei modi in cui le persone sono incluse o escluse da reti, istituzioni e pratiche che sostengono il benessere. In questa prospettiva, la povertà viene ricondotta alle dinamiche relazionali, ai rapporti di potere, ai processi di stigmatizzazione e alle pratiche istituzionali, superando una lettura centrata sui soli deficit individuali o familiari³.

La povertà relazionale, proprio come quella economica, è un fenomeno complesso con conseguenze differenti, anche all'interno dello stesso nucleo familiare. Le relazioni, infatti, possono variare per qualità e quantità tra i membri della famiglia, rendendo ciascun individuo più o meno ricco dal punto di vista relazionale. Recenti studi criticano il consolidato utilizzo di indicatori di povertà basati sul nucleo familiare, mettendo in evidenza la loro scarsa capacità di cogliere le condizioni di vita dei singoli membri della famiglia⁴. Tali indicatori tendono a oscurare le differenze interne alla famiglia e non restituiscono un quadro accurato degli standard di vita di bambini e bambine. Per questo motivo, la povertà relazionale infantile deve essere analizzata anche dal punto di vista dei bambini e degli adolescenti, poiché i loro bisogni ed esperienze non coincidono con quelli degli adulti.

Inoltre, considerando una prospettiva relazionale, la povertà è sia il prodotto di relazioni sociali, economiche, storiche e politiche, sia di dinamiche di potere che plasmano i discorsi sulla povertà stessa⁵. Nel caso specifico della povertà infantile, essa assume una dimensione innanzitutto "*generazionale*"⁶ perché non solo incide in modo significativo, nel presente e nel lungo periodo, sulla vita e sullo sviluppo di bambini e adolescenti - che risultano colpiti in modo sproporzionato dalla povertà⁷ - ma viene anche vissuta e interpretata in relazione alla loro posizione nelle gerarchie sociali. Raramente bambini e adolescenti hanno il potere di influenzare i discorsi sulla povertà che plasmano le politiche di cui essi dovrebbero essere tra i principali beneficiari. Coloro che sono *poveri e bambini* sono dunque doppiamente esclusi.

Di conseguenza, la ricerca che coinvolge bambini, bambine e adolescenti rappresenta uno strumento chiave

per promuovere un approccio più inclusivo alla concettualizzazione e alla definizione di povertà⁸. Al tempo stesso, contribuisce a garantire il diritto alla partecipazione dei bambini alla definizione di questioni che li riguardano direttamente, in linea con quanto sancito dall'articolo 12 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia. Includere bambini, bambine e adolescenti nei processi di ricerca è importante al fine di colmare una sostanziale disuguaglianza epistemica⁹ per la quale il concetto stesso di "*povertà infantile*" risulta prevalentemente elaborato e costruito da adulti.

Nel suo studio sulla povertà infantile, attraverso le parole e le testimonianze di persone al di sotto dei diciotto anni, Bessell ha identificato tre dimensioni interagenti: la povertà materiale, quella legata alle opportunità e quella relazionale¹⁰. Bessell sostiene che non è possibile comprendere né affrontare efficacemente la povertà infantile senza considerare anche le sue componenti non materiali, che risultano in gran parte assenti negli attuali strumenti di misurazione della povertà delle persone al di sotto dei diciotto anni¹¹.

Le testimonianze dei bambini e delle bambine che hanno partecipato alla ricerca di Bessell mettono in luce come la prospettiva relazionale sia fondamentale nelle loro narrazioni, proprio perché relazioni sociali solide, sia con i coetanei sia con adulti della comunità non appartenenti alla famiglia, oltre che con i familiari, contribuiscono a rafforzare il loro senso di sicurezza e di sostegno.

L'esperienza diretta dei bambini e la loro partecipazione attiva sono state messe al centro anche di uno studio effettuato da Eurochild¹². Il rapporto sottolinea come, per

alcuni bambini, il termine *“povertà”* suscita significati profondi e sfaccettati. Per alcuni degli intervistati la povertà non riguarda esclusivamente la mancanza di denaro, ma può significare non avere amici o essere privi di conoscenze. Altri hanno definito la povertà come l'assenza di felicità nella vita di una persona, o l'hanno associata alla mancanza di una famiglia o di qualcuno su cui poter contare nei momenti di difficoltà. Queste riflessioni mettono in evidenza come carenze di tipo relazionale e sociale siano significative per la comprensione del concetto stesso di povertà da parte dei bambini e delle bambine e come la qualità delle relazioni sia una questione di fondamentale importanza per il loro benessere.

Partendo da questi presupposti teorici, che interpretano la povertà relazionale infantile come parte integrante della più complessa comprensione del fenomeno della povertà, e riconoscendo la necessità di definirla a partire dalle esperienze vissute di bambini e ragazzi, intesi come attori sociali capaci di interpretare e agire nel mondo che li circonda, questo approfondimento si propone di indagare cosa significhi *“povertà relazionale”* per bambini e bambine che vivono in quartieri periferici e socio-economicamente svantaggiati del Sud Italia. Si propone inoltre di riflettere sul ruolo che la maggiore o minore disponibilità del capitale sociale può avere nella comprensione del fenomeno del maltrattamento infantile.



3.2 METODOLOGIA

Questo approfondimento è basato su una strategia integrata che ha combinato analisi di dati primari qualitativi e revisione della letteratura. Da un lato, è stato realizzato un progetto pilota di ricerca qualitativa volto a raccogliere il punto di vista diretto di bambini e bambine tra i 9 e i 12 anni che vivono in contesti socio-economicamente svantaggiati; dall'altro, è stata condotta un'analisi della letteratura, con particolare attenzione agli studi nell'ambito della sociologia delle infanzie.

Per comprendere la qualità della relazione tra povertà relazionale e maltrattamento, l'indagine è stata guidata da una serie di domande di ricerca. In primo luogo, si è cercato di comprendere cosa si intenda per povertà relazionale dal punto di vista di bambini e bambine che vivono in contesti svantaggiati, quali conseguenze essa abbia sulla loro vita quotidiana e come si connetta alla povertà economica. In secondo luogo, l'attenzione si è concentrata sulla natura delle relazioni significative per bambini e bambine, indagando quali siano le figure adulte di riferimento, come vengano vissute le relazioni con genitori e *caregiver* e in che modo queste potrebbero essere migliorate. Infine, è stata esplorata la percezione che bambini e bambine hanno della qualità della vita nei contesti in cui vivono.

La ricerca qualitativa ha coinvolto 32 bambini e bambine tra i 9 e i 12 anni, equamente distribuiti per genere, in quattro focus group realizzati tra gennaio e febbraio 2026. La raccolta dati si è svolta all'interno delle Case del Sorriso di CESVI, situate in quartieri periferici di Napoli e Bari caratterizzati da condizioni socio-economiche svantaggiate. Il programma Case del Sorriso in Italia si rivolge a minorenni e adulti che provengono da contesti caratterizzati da varie forme di vulnerabilità e offre loro spazi con accesso diurno e attività progettate per favorire protezione, empowerment, l'agency e la promozione dei diritti fondamentali. Le Case del Sorriso di Napoli e di Bari sono gestite rispettivamente in stretta collaborazione con la Cooperativa Sociale Il Grillo Parlante e la Fondazione Giovanni Paolo II.

La ricerca è stata condotta adottando un approccio metodologico flessibile, aperto e orientato ai bambini e alle bambine. I focus group sono stati condotti mediante linee guida semi-strutturate e tecniche proiettive, affiancate da attività interattive e creative pensate per facilitare la libera espressione e la partecipazione attiva. Tali attività hanno permesso di far emergere tematiche collettive, evidenziando sia elementi condivisi sia differenze nelle percezioni ed esperienze. Ai partecipanti è stato chiesto di costruire e raccontare la storia di un personaggio immaginario con esperienze simili alle pro-

prie. L'utilizzo di questa tecnica proiettiva ha permesso di esplorare pensieri, vissuti e difficoltà in modo indiretto, evitando di richiedere la condivisione diretta di esperienze personali in un contesto di gruppo e garantendo dunque una maggiore tutela dal punto di vista etico. Nella sezione dei risultati si fa frequentemente riferimento a questi personaggi, ai quali i partecipanti hanno attribuito nomi di fantasia, utilizzati per restituire in modo efficace le prospettive emerse.

Particolare attenzione è stata dedicata agli aspetti etici della ricerca. La partecipazione è avvenuta su base volontaria, previa presentazione del progetto in un primo incontro in presenza con bambini, bambine e genitori, e consegna di una nota informativa dettagliata. Solo i bambini e le bambine interessati hanno successivamente preso parte ai focus group, presentando il consenso informato firmato sia da loro stessi sia dai genitori o *caregiver*. Durante lo svolgimento delle attività, le ricercatrici hanno nuovamente spiegato obiettivi e modalità della ricerca, per assicurarsi che tutti i partecipanti fossero pienamente consapevoli e partecipassero in modo volontario. È stato adottato un approccio etico di tipo relazionale, e non esclusivamente procedurale, volto a garantire una continua rinegoziazione del consenso e a consentire a bambini e bambine di interrompere la partecipazione in qualsiasi momento, qualora si sentissero stanchi o a disagio.

Inoltre, prima dell'avvio della raccolta dati, il team di ricerca ha sviluppato un protocollo di *referral* da attivare nel caso in cui uno o più partecipanti avessero segnalato situazioni di pericolo o manifestato uno stato di disagio psicologico significativo. Nel corso della ricerca, non si è reso necessario attivare tale protocollo.

Dal punto di vista analitico, tutte le conversazioni dei focus group sono state registrate, trascritte integralmente e successivamente anonimizzate. Le ricercatrici hanno inoltre prodotto note di campo, includendo osservazioni dirette e riflessioni derivanti da interazioni con educatori ed educatrici delle Case del Sorriso. Sono stati inoltre raccolti e analizzati i disegni creati da bambini e bambine durante le attività.



L'analisi dei dati è stata condotta attraverso un approccio di analisi tematica riflessiva¹³ basata sul modello di Braun e Clarke¹⁴. L'intero corpus di dati è stato codificato in modo sistematico, frase per frase, al fine di identificare categorie di riferimento e costruire i temi che hanno informato il presente approfondimento. Il *coding* dei dati è stato supportato dal software MAXQDA, seguendo un processo sia deduttivo che induttivo: le categorie analitiche iniziali sono state definite in modo deduttivo a partire dalla letteratura, ma sono state progressivamente integrate e rielaborate sulla base dei contenuti emersi diret-

tamente dalle parole di bambini e bambine, seguendo un approccio induttivo.

È opportuno evidenziare che, trattandosi di uno studio qualitativo pilota, i risultati non possono essere considerati rappresentativi dell'intera popolazione sul territorio italiano o regionale. Inoltre il campione è composto esclusivamente da bambini e bambine che frequentano le Case del Sorriso di CESVI, i quali possono beneficiare di specifici fattori protettivi che contribuiscono a ridurre il rischio di povertà relazionale.

Dall'analisi dei focus group si evince un quadro relazionale complesso, dove i rapporti con la famiglia, i pari, la comunità di cura e gli spazi del quartiere si intersecano a geometrie variabili. I genitori e la famiglia, intesa come famiglia allargata, hanno un ruolo fondamentale dal punto di vista della protezione e del supporto emozionale e materiale. La figura materna è spesso associata alla cura quotidiana, mentre i nonni contribuiscono con stabilità e sostegno pratico ed emotivo. Tuttavia, non mancano criticità. In molti casi, difficoltà nel rapporto con i padri e conflitti tra genitori generano stress e influiscono negativamente sul benessere dei partecipanti. All'interno delle famiglie le condizioni materiali incidono sulla qualità delle relazioni: difficoltà economiche e lavoro intenso dei genitori possono ridurre la loro presenza, generando tristezza e tensioni percepite dai bambini e dalle bambine.

Le relazioni tra pari emergono come di primaria importanza nei discorsi dei partecipanti ai focus group, soprattutto quelle con gli altri bambini che frequentano le Case del Sorriso. Tuttavia, fenomeni come il bullismo a scuola — con alla base *body-shaming*, razzismo e omofobia — sono preponderanti con conseguenze anche gravi, come ansia, isolamento e bassa autostima. Il supporto familiare può attenuare questi effetti, mentre lo stress familiare li amplifica.

Le questioni di genere giocano un ruolo nel quadro relazionale analizzato. Nelle narrazioni dei bambini e delle bambine persistono modelli familiari stereotipati e dinamiche patriarcali, anche nelle relazioni romantiche, talvolta segnate da gelosia o violenza. Tuttavia, i partecipanti mostrano anche capacità di mettere in discussione questi stereotipi, negoziando nuovi significati e ruoli di genere.

La rete sociale allargata emerge come una risorsa relazionale significativa. Educatori ed educatrici, così come psicologi e psicologhe, sono figure molto apprezzate, in quanto offrono opportunità di ascolto e sfogo. Gli insegnanti, invece, risultano meno centrali nelle narrazioni dei partecipanti.

Parlando dei loro quartieri, i partecipanti ai focus group raccontano di contesti segnati da violenza e senso di insicurezza che espongono adolescenti poco più grandi di loro a comportamenti a rischio e modelli negativi. Criticità strutturali, come scuole inadeguate e scarsa cura degli spazi pubblici, rafforzano il senso di abbandono che i bambini e le bambine sottolineano. Tuttavia, ci sono spazi e interventi mirati che valorizzano il quartiere come risorsa educativa e sociale e che i partecipanti apprezzano.

3.3.1 IL RUOLO DI GENITORI E FAMIGLIA ALLARGATA

Dall'analisi dei focus group si evince con chiarezza il ruolo centrale che i genitori e la famiglia allargata rivestono nella vita quotidiana dei bambini e delle bambine coinvolti. La famiglia rappresenta, innanzitutto, uno spazio di protezione, cura e sostegno, sia sul piano emotivo sia su quello materiale. I partecipanti descrivono un contesto in cui ci si sente *"protetti"* e, in alcuni casi, anche *"viziati"*, a indicare una percezione diffusa di attenzione e vicinanza da parte delle figure adulte di riferimento.

Questa dimensione è vivida anche nelle narrazioni costruite durante i focus group, in cui la famiglia viene rappresentata come una risorsa fondamentale per affrontare le difficoltà. Come afferma un partecipante: *"A far capire a Luis [nome del personaggio fittizio] il significato... diciamo... che anche se sei nell'oscurità ti puoi rialzare e continuare a vivere con il sorriso"*. La famiglia, dunque, non solo sostiene, ma trasmette anche valori e strumenti per interpretare e affrontare le esperienze negative.

In questo quadro, la presenza della famiglia appare così essenziale da rendere difficilmente immaginabile un'alternativa per qualcuno: *"Le case famiglia non sono buone perché non hai famiglia vicino"*. Le relazioni familiari costituiscono il nucleo degli affetti più importanti. *"Le relazioni importanti sono la sua famiglia"* affermano tutti i partecipanti elencando in primo luogo madre, padre e fratelli, ma includendo anche nonni, zii e cugini. I legami con questi ultimi sono descritti come occasioni di gioco e condivisione quotidiana — *"si mette a giocare a acciapparella nel giardino"* — ma anche come fonti di supporto concreto e morale, ad esempio quando un cugino *"aiuta a trovare un lavoro"* o li sostiene nei momenti di difficoltà.

Questi dati si inseriscono in un quadro coerente con la letteratura, che evidenzia come anche i bambini che vivono in condizioni socio-economicamente svantaggiate possano riportare livelli di soddisfazione nelle relazioni familiari comparabili a quelli dei coetanei⁴⁵. Ciò suggerisce

risce che la qualità delle relazioni affettive può rappresentare un importante fattore di protezione, indipendentemente dalle condizioni materiali.

All'interno del nucleo familiare, la figura materna emerge con particolare forza come figura di riferimento privilegiato. La madre è associata alla cura quotidiana, all'ascolto e alla comprensione emotiva. Le parole dei partecipanti restituiscono un'immagine molto chiara: *"Io dico tutto a mia mamma"*, oppure *"mia mamma mi capisce appena mi guarda"*. Questa capacità di lettura immediata degli stati d'animo viene descritta anche in modo più dettagliato: *"Se succede che magari ho qualcosa, già lo capisce dal tono di voce... come rientro da scuola... già lo riesce a capire"*, fino a essere sintetizzata efficacemente nell'espressione condivisa *"lo capisce nello sguardo!"*.

Nelle elaborazioni dei bambini e delle bambine intervistati il rapporto con la madre è spesso caratterizzato da apertura e comunicazione: *"Sì, io dico tutto"*, afferma un partecipante, mentre un'altra sottolinea semplicemente *"mi piace parlare con mia madre"*. Questo tipo di narrazione non trova un equivalente altrettanto esplicito per la figura paterna, suggerendo una differenza significativa nei ruoli percepiti all'interno della famiglia.

Accanto ai genitori, i nonni occupano un posto di grande rilievo. Essi rappresentano una presenza costante e rassicurante, contribuendo sia alla cura quotidiana sia al benessere emotivo:

Ricercatrice: E invece nella sua [del personaggio fittizio] famiglia, nella sua casa, quali sono i momenti belli, di gioia?

Partecipante: Che vengono i nonni... Perché il nonno è riuscito, tipo, a superare una malattia.

In molti casi, i nonni sono figure centrali nella routine settimanale: i bambini trascorrono con loro molto tempo, condividono attività e momenti di svago — *"esce a mangiare un gelato"*, *"fa vedere ai nonni le cose che ha imparato a danza"* — e partecipano a rituali familiari, come i pranzi domenicali organizzati alternativamente con i nonni materni e paterni.

In alcune situazioni, i nonni assumono un ruolo ancora più incisivo, diventando veri e propri sostituti delle figure genitoriali nella cura quotidiana. Possono occuparsi della scuola, della gestione della giornata e persino fungere da interlocutori privilegiati nei momenti di difficoltà, soprattutto quando *"con i genitori non si può parlare"*. Inoltre, svolgono una funzione di mediazione nei conflitti

familiari, raccontano i partecipanti, evidenziando il loro ruolo di pacificatori e garanti dell'equilibrio familiare:

Problemi in famiglia abbiamo... che i nonni... se i genitori litigano, Luis [personaggio fittizio] e Sara, che sarebbe la sorella, prendono il cellulare dei genitori, non lo so quello di mamma o del papà, chiamano i nonni. I nonni vengono e sistemano tutto.

I partecipanti descrivono reti familiari estese, spesso concentrate nello stesso quartiere, in cui la quotidianità è scandita da momenti condivisi: *"Andare in giro tutti insieme, mangiare tutti insieme, vedere un film"*. La famiglia allargata costituisce quindi un elemento identitario forte e rappresenta, per molti, *"la cosa più bella"*.

I partecipanti ai focus group parlano molto del rapporto con i loro nipoti, o con i nipoti del personaggio fittizio, figli e figlie dei loro fratelli e sorelle: *"Io scelgo questa limmaginel, perché mi sembra che questa sia la cognata e questo qui suo nipote, e lui va ad aiutare la cognata con suo nipote. Perché lui lo vuole tanto bene a suo nipote"*. Un ruolo non secondario è svolto proprio da figure affini, come cognati e partner dei fratelli o delle sorelle. Queste relazioni ampliano ulteriormente la rete di riferimento e offrono nuove occasioni di condivisione e supporto. I partecipanti descrivono momenti di quotidianità condivisa con queste figure — *"si balla, si gioca insieme, si divertono insieme"* — e sottolineano l'importanza della disponibilità all'ascolto: *"Se c'è da dire qualcosa... smettono subito quello che stanno a fare e dicono 'dimmi subito, parla'"*.

Questa struttura familiare ampia offre numerose opportunità di supporto, aumentando la disponibilità di risorse relazionali¹⁶. Tuttavia, può anche generare dinamiche complesse e conflitti, come nel caso di rapporti interrotti tra alcuni membri: *"I fratelli della madre si sono litigati e non si vedono mai"*. In questo senso, la famiglia allargata si configura come uno spazio ambivalente, in cui fattori di protezione e di rischio coesistono e si intrecciano.

Le narrazioni raccolte mettono in luce anche diverse criticità interne all'ambito familiare. In particolare, il rapporto con i padri appare in alcuni casi problematico, caratterizzato da assenza, difficoltà comunicative o comportamenti inadeguati. I padri di alcuni dei partecipanti sono assenti perché in carcere, altri più semplicemente sono spesso fuori di casa. La figura del papà, come supporto emozionale, è quasi completamente assente in tutti i focus group, nonostante i bambini e le bambine la cerchino. Vorrebbero passare più tempo con i loro padri e averli più



vicino. Dalle elaborazioni dei bambini e delle bambine si evince una gran voglia di figure paterne più presenti non solo fisicamente ma anche dal punto di vista emotivo.

Vengono evidenziate, inoltre, da parte delle figure paterne, pratiche educative percepite come errate: *"Mio padre... invece di educarlo, di giocare con lui [la partecipante si riferisce a suo fratello], gli dà il telefono"*, oppure episodi più gravi: *"Certe volte mio fratello piange e mio padre o lo picchia o gli dà il telefono"*. A queste esperienze si accompagna una riflessione critica molto esplicita da parte di alcuni partecipanti, che rifiutano modelli educativi basati sulla violenza: *"Non si deve educare così un bambino... va educato all'amore, alla gentilezza e alla pazienza"*.

In alcuni casi, si evince anche la presenza di violenza domestica e di tensioni profonde all'interno della coppia genitoriale. I conflitti tra i genitori sono descritti come eventi frequenti e fonte di forte disagio emotivo: *"Momenti difficili... è quando tipo la madre e il padre [del personaggio fittizio] bisticciano un po'. È triste, e non li vuole vedere litigare"*.

Le testimonianze riportano situazioni complesse, in cui si intrecciano conflitti, separazioni e nuove relazioni, talvolta accompagnate da comportamenti aggressivi, con violenza di genere. Sia dall'osservazione diretta delle ricercatrici, sia dai dialoghi con gli operatori delle Case del Sorriso, oltre che dalle testimonianze dei bambini e delle bambine, sono evidenti casi di papà che trattano male le mamme – e quindi di violenza assistita. Alcune situazioni

familiari dei partecipanti alla ricerca sono molto gravi e non sono nient'altro che violenza domestica: *"Sono arrabbiato... perché papà massacra mamma"*. Un'altra partecipante racconta, criticando suo padre:

Che mio padre è pure nervoso per la moglie che [...] È nervoso, quindi dico: non devi sfogarla con me. Sgridandomi, urlandomi o trattandomi male. [Non dovrebbe sfogarsi] su sua moglie, su di me oppure su mio fratello [...] Ci sono delle cose che non vanno bene, ne parliamo e così si trovano [sic] d'accordo e non litigano perché non serve litigare. Per qualcosa che non va, si deve sempre parlare. Perché poi una persona si fa la domanda: ma perché mi ha messo le mani addosso? Per dire: era sempre mio padre che metteva le mani addosso a mia madre. Mo [ora] ovviamente mia mamma ci sta ancora un poco male, però ci sono io che la supporto e quindi lei non è più triste com'era prima.

La testimonianza evidenzia come alcune famiglie presentano una complessa fragilità interna nonostante, esternamente, appaiano come reti ampie e radicate nel territorio.

L'equilibrio familiare è quindi, sia nei casi più critici che in quelli più sereni, il risultato di una continua negoziazione tra bisogni, relazioni e ruoli, in cui la qualità delle interazioni gioca un ruolo decisivo nel determinare il benessere dei bambini e delle bambine.

3.3.2 LE RELAZIONI CON GLI AMICI, I COMPAGNI, I PARI

Nonostante le linee guida dei focus group abbiano puntato a investigare le relazioni tra bambini, bambine e adulti di riferimento, i rapporti tra pari sono stati argomento di discussione centrale tra i partecipanti, indicazione del ruolo importante che hanno nel loro sviluppo personale e sociale. Amici, soprattutto quelli conosciuti nei centri educativi, compagni di squadra, per chi pratica uno sport, e anche partner romantici, secondo le storie elaborate dai partecipanti alla ricerca e le loro testimonianze dirette, contribuiscono alla costruzione del loro network relazionale di prossimità, offrono sostegno emotivo e favoriscono l'apprendimento di competenze relazionali come empatia, cooperazione e gestione dei conflitti.

Nelle narrazioni costruite dai partecipanti, la presenza di amici e amiche è spesso associata a felicità e benessere: il personaggio è felice *“perché ha tanti amici”*, gioca insieme agli altri, condivide momenti quotidiani, ad esempio *“gioca alla Play, a FIFA, con gli amici”*. Al contrario, la mancanza di relazioni significative coincide con periodi difficili: avere pochi amici equivale a vivere *“periodi bui”*. Il desiderio di appartenenza è forte e diffuso: *“Il personaggio vorrebbe avere tanti bravi amici”*.

Tuttavia, accanto a questa dimensione positiva, emerge con altrettanta forza il lato critico delle relazioni tra pari, in particolare **il fenomeno del bullismo**, soprattutto in ambiente scolastico. Le testimonianze raccolte mostrano come il bullismo assuma forme diverse, dalla violenza fisica a quella verbale e digitale²⁷, e come sia profondamente radicato nelle esperienze quotidiane dei partecipanti.

Partecipante X: [Devi imparare a] difenderti pure, anche se le mani non si alzano. Però quando ti offendono ti alzano le mani, cioè ti devi difendere [...] Per esempio anche boxe è comunque uno sport che nel futuro può essere utile.

Ricercatrice: Perché?

Partecipante Y: Per esempio come ha detto [Partecipante X], se qualcuno alza le mani, [per] una difesa, oppure per difendere un tuo amico.

Ricercatrice: difendere da cosa?

Partecipante X: Dal bullismo.

La necessità di difendersi, anche fisicamente, viene percepita come reale e concreta. Il bullismo è descritto come un'esperienza diffusa e spesso violenta: *“Lo picchiano a*



scuola... i nemici"; *"Ho avuto mazzate da una mia amica"*. Alla violenza fisica si aggiunge quella digitale: *"È brutto anche essere presi in giro soprattutto poi se ti fanno i video è ancora più brutto perché poi li pubblicano"*.

I personaggi immaginati dai bambini e dalle bambine risultano quasi sempre vittime di bullismo, segno di quanto questo fenomeno sia interiorizzato e riconosciuto come parte della realtà. Le cause degli episodi raccontati rimandano frequentemente a forme di discriminazione, spesso legate al corpo e all'aspetto fisico. Il *body-shaming* è una delle motivazioni più ricorrenti: *"A un compagno di scuola gli dicono ciccione"; "Lo bullizzano perché ha il naso a patata"; "I bambini vengono bullizzati se hanno qualche difetto in faccia..."; "E sono bassi, hanno paura che li prendono in giro, perché sono bassi"*. Le esperienze personali rafforzano le elaborazioni sul *body-shaming* nei focus group: *"Sai, i ragazzi di oggi... Le ragazze, anche i ragazzi, che prendono in giro le persone. Come hanno fatto a me. Per il mio fisico"*.

Accanto al *body-shaming* emergono anche forme discriminatorie di matrice razzista o xenofoba. L'appartenenza etnica o il colore della pelle diventano motivo di esclusione e scherno: *"[Partecipante X] mi dice sempre che sono nero, mi prende in giro"*. In un dialogo collettivo, questa dinamica viene esplicitata con grande chiarezza: *"No, secondo me lo [personaggio fittizio] dovevamo fare [disegnare] marrone, che veniva preso in giro perché era... di colore, perché era di colore"*. Alla domanda su chi eserciterebbe questa forma di discriminazione, la risposta è immediata: *"[Verrebbe preso in giro] dai bianchi!"*.

Anche l'orientamento sessuale, o la percezione di esso, diventa bersaglio di bullismo. Le parole utilizzate dai partecipanti mostrano come l'omofobia sia presente nel linguaggio e nelle dinamiche tra pari: *"Potremmo mettere che lui [personaggio inventato] si voleva mettere in mezzo a dire tutto quello che è successo [...] che lo bullizzavano, che a scuola in giro dicevano che lui era ricchione"*. Allo stesso modo, viene riconosciuto come il bullismo non colpisca solo i più piccoli o fragili - *"Di solito le persone più piccole vengono bullizzate, perché sono quelle più fragili, più deboli"* - ma subito emerge una correzione significativa: *"No anche quelli grandi tipo se sono omosessuali"*.

Le motivazioni alla base del bullismo appaiono quindi ampie e spesso arbitrarie: non solo caratteristiche evidenti come il corpo o l'origine, ma anche elementi minori o simbolici possono diventare pretesto di esclusione, come piccoli tratti distintivi - *"Perché ha l'orecchino"; "per come si veste"* - o interessi personali - *"Perché va in biblioteca"; "perché lui è molto studioso"* - o condizioni familiari - *"Magari [...]*

se i genitori [...] stavano litigando può darsi che loro lo prendevano ancora più in giro". Qualsiasi differenza può essere trasformata in pretesto per perpetrare microaggressioni e bullismo.

Le conseguenze psicologiche di queste esperienze sono profonde e ricorrenti. I partecipanti descrivono vissuti di isolamento, insicurezza, tristezza e rabbia, insieme a un progressivo indebolimento dell'autostima. In alcuni casi si evince un desiderio di inclusione, anche a costo di avvicinarsi a chi agisce violenza: *"[Il personaggio fittizio] vorrebbe essere amico dei bulli"*. Altri racconti restituiscono immagini di chiusura e sofferenza: *"Si tiene tutto dentro"; "Si sente male perché è indifeso"; "Alessandro [personaggio fittizio] si sente male, si sente preso in giro"*.

Le emozioni provate sono esplicitate con chiarezza:

Ricercatrice: Ti posso chiedere tu cosa hai provato, cosa provavi, in quel momento?

Partecipante: Delusione, tristezza e rabbia.

A queste emozioni si accompagna spesso una forte percezione di solitudine e abbandono, legata alla mancanza di relazioni autentiche e di supporto tra pari: *"Allora secondo me magari lui [personaggio fittizio] non viene aiutato da nessuno, visto che magari ci sono pochi amici che lo apprezzano. Alcuni sono falsi e magari nessuno vuole..."*.

Anche nella letteratura disponibile il bullismo è frequentemente associato a segnali esteriori di svantaggio economico e a dinamiche di esclusione sociale¹⁸. I partecipanti a questi progetti di ricerca richiamano la pressione a conformarsi agli standard del gruppo, ad esempio nell'abbigliamento, per evitare prese in giro. In linea con questi studi, Eurochild evidenzia come bullismo ed esclusione rappresentino tra gli effetti più diffusi della povertà infantile, con conseguenze rilevanti sul benessere psicologico, tra cui tristezza, solitudine e preoccupazione¹⁹.

Un elemento particolarmente critico riguarda infine il ruolo degli adulti, soprattutto degli insegnanti, visto che la maggioranza degli episodi di bullismo descritti dai partecipanti alla ricerca avviene tra le mura scolastiche. Quando gli insegnanti non intervengono o minimizzano gli episodi, i bambini sperimentano un forte senso di ingiustizia e frustrazione: *"La nostra scuola è molto particolare [...] lui [partecipante parla di un suo compagno di classe] prende in giro, alza le mani in classe, e alla prof sinceramente non è che gliene frega più di tanto [...] ma se lui alza le mani, io come devo comprenderlo? Le devo alzare pure io, le mani?"*.



In questo quadro, il bullismo emerge non solo come un problema tra pari, ma come un fenomeno complesso, che coinvolge anche le risposte — o le mancate risposte — del mondo adulto. Un ruolo centrale è attribuito alla famiglia, percepita come principale fonte di protezione e supporto emotivo. I partecipanti sottolineano l'importanza di poterle parlare: *“Io ne ho parlato con la professoressa e con mamma e papà e abbiamo preso provvedimenti”*, oppure *“se parla con la mamma, la mamma lo consola. E passa pure più tempo con la mamma”*. La comunicazione appare fondamentale: *“No però, lui non è un bambino che non dice niente, ma lo dice subito alla mamma e ai professori”*. Anche altri legami familiari o affettivi possono rappresentare risorse: *“Con i nonni che l'aiutano, e anche la ragazza, però oltre a questi nessuno più perché non ha comunque molti amici”*.

Tuttavia, quando la famiglia non costituisce uno spazio sicuro, con comunicazione semplice e trasparente tra figli e genitori, il disagio si intensifica: *“Visto che Alessandro [personaggio fittizio]... i bulli a scuola lo prendono in giro [...] il padre si arrabbia. E così... e non crede ad Alessandro”*. In questi

casi, i bambini preferiscono scegliere il silenzio: *“Allora secondo me non ne parla con nessuno, se lo tiene in sé stesso”*, anche per non aggravare situazioni familiari già difficili.

Accanto alla famiglia, anche le relazioni tra pari possono svolgere una funzione protettiva, sebbene in modo meno sistematico. Alcuni racconti evidenziano forme di solidarietà:

Ricercatrice: E chi è che vi aiuta?

Partecipante: Noi, noi alunni in classe... Ogni tanto, sì.

Per me [...] non tiene amici che la bullizzano perché le amiche la difendono.

In alcuni casi, l'intervento di un pari è decisivo: *“La mia amica l'ha fermata a questa che stava per farmi il video, ed è stato molto brutto”*. In effetti, le ricerche di Attree²⁰ e Ridge²¹ sottolineano il ruolo protettivo delle amicizie per contrastare fenomeni legati al bullismo e alle discriminazioni.

Infine, dall'analisi dei focus group si evince un'importante considerazione. I partecipanti hanno elaborato molto su cosa vuole dire essere vittime di bullismo, anche attraverso esperienze personali. Non hanno invece mai condiviso di essersi comportati essi stessi, a volte, da *bulli*. Questo è prevedibile, prima di tutto perché, in una qualsiasi ricerca con soggetti umani, il cosiddetto *bias di desiderabilità* potrebbe portare i partecipanti a condividere esperienze che, secondo loro, sono preferibili e più socialmente accettate. Tuttavia, l'osservazione delle modalità di interazione dei bambini e delle bambine tra di loro e di alcuni comportamenti volti ad attirare attenzione, a sfogare frustrazioni o a cercare forme di affetto, fa riflettere su come, probabilmente, alcuni partecipanti alla ricerca possano

avere, a scuola o in generale nei contesti tra pari, comportamenti da *bulli*. Come d'altronde osservato da un partecipante alla ricerca: *"Magari i bulli si fanno amici [...] perché magari anche loro hanno dei genitori separati [...] vogliono esprimere la loro rabbia"*.

Comprendere questa complessità è essenziale per promuovere interventi efficaci e costruire contesti relazionali più inclusivi, in cui le modalità di interazione tra pari siano più sane e concetti discriminatori vengano scardinati. Vista l'importanza degli amici e dei compagni sottolineata da bambini e bambine, questo ambito della loro vita deve essere considerato un tassello fondamentale per supportare il loro benessere relazionale.

3.3.3 QUESTIONI DI GENERE ALL'INTERNO DELLE RELAZIONI

Le questioni di genere emergono in modo articolato nelle narrazioni dei bambini e delle bambine intervistate, restituendo un quadro complesso in cui stereotipi e tentativi di rielaborazione critica convivono e si intrecciano.

Quando, durante i focus group, viene chiesto ai partecipanti di immaginare che il personaggio fittizio che hanno costruito sia dell'altro sesso, essi tendono a non evidenziare differenze rilevanti. Per quasi tutti loro, di primo acchito, non cambierebbe nulla *"se il personaggio maschio fosse in realtà una femmina"*, o viceversa. Tuttavia, nel corso delle discussioni e in seguito all'analisi delle loro parole, emergono rappresentazioni di genere più strutturate e stereotipate, soprattutto in relazione agli ambiti dello sport e dei comportamenti sociali. Ad esempio, si rileva una distinzione tra attività considerate *"da maschi"* come il calcio e la boxe, e *"da femmine"*, come la danza e la pallavolo:

Ricercatrice: Che cosa cambierebbe nella sua vita quotidiana se Gino fosse Gina?

Partecipante X: Che non va a calcio.

Partecipante Y: Farebbe danza!

Queste distinzioni non sono però sempre rigide e vengono in alcuni casi esplicitamente messe in discussione: *"Secondo me se è femmina e ha questa passione [per il calcio] sarebbe andata a una squadra di calcio femminile"*.

Le rappresentazioni di genere diventano più marcate quando si parla di famiglia. I partecipanti alla ricerca riflettono collettivamente sulle dinamiche di genere nei rapporti tra genitori e figli, interiorizzando una distribuzione affettiva e relazionale differenziata per genere, che organizza le aspettative sui legami familiari. Alcuni partecipanti spiegano che le figlie femmine sono più coccolate dai

papà, in quanto uomini, mentre i figli maschi dovrebbero esserlo più dalle mamme, in quanto donne - *"la figlia femmina è per il papà e il figlio maschio per la mamma"* - mentre altri sottolineano che le figlie femmine passano più tempo con le madri, proprio per affinità legata al tipo di attività che persone di genere femminile fanno assieme: *"Se fosse femmina passerebbe più tempo con la madre"*.

In questo contesto emergono anche modelli fortemente stereotipati nella distribuzione dei ruoli genitoriali: la madre è generalmente associata alla cura, al controllo e alla responsabilità educativa, mentre il padre appare più distante dalle dinamiche quotidiane e più legato a una funzione materiale o permissiva. Questo si evince da alcune delle conversazioni nei focus group:

Partecipante: Visto che tiene dieci anni e può scendere solo. Lui, se la mamma lo fa arrabbiare, lui si arrabbia tanto, scende e se ne va dal papà.

Ricercatrice: E perché la mamma lo fa arrabbiare?

Partecipante: Perché deve fare i compiti, e lui non li vuole fare.

In questo scambio, la madre è rappresentata come figura normativa, mentre il padre diventa uno spazio di fuga e di minore regolazione. Allo stesso tempo, la sua assenza quotidiana è spesso normalizzata:

Ricercatrice: Quindi com'è il rapporto di Gino [personaggio fittizio] col papà?

Partecipante: Il papà va quasi sempre a lavorare.

Anche altre elaborazioni dei bambini e delle bambine intervistate mettono in luce modelli genitoriali caratterizzati da disimpegno o assenza, in particolare per quanto

riguarda la figura paterna, che viene percepita come distante, ma anche talvolta svalutante o delegittimante.

Infine, le dinamiche di genere emergono nelle relazioni affettive e romantiche - sia quelle del personaggio fittizio, sia quelle dei partecipanti stessi, o quelle che osservano attorno a loro (tramite amici, fratelli e sorelle, o altre figure di riferimento relativamente giovani come cugini). Queste relazioni vengono spesso descritte attraverso modelli patriarcali e possessivi. I partecipanti mostrano una forte capacità di riconoscere e nominare queste dinamiche:

Che tipo quando [...] la fidanzata esce con un ragazzo, il fidanzato dice "tu non puoi uscire con quel ragazzo perché io sono il tuo fidanzato e sono geloso".

Cioè, tipo da come si veste, il fidanzato le dice tipo di non mettersi quelle robe... mettersi più coperta.

In questo senso, i bambini e le bambine non solo descrivono, ma interpretano queste relazioni, arrivando a definirle esplicitamente come problematiche - *"Lei prova maltrattamento perché comunque, lei vuole uscire con i suoi amici; quindi, se il fidanzato non vuole un po' è maltrattamento"* - e come relazioni tossiche:

Partecipante X: Ma [il personaggio fittizio femminile] non si vuole far comandare però lo fa, cioè fare [fa delle] cose che le dice il fidanzato perché lo ama, non lo vuole lasciare, però poi se ne pente.

Partecipante Y: Diventa una relazione tossica.

Partecipante X: Appunto.

Si evince una forte capacità di presa di posizione critica, soprattutto da parte di alcune ragazze, che rivendicano autonomia e libertà: *"Non significa che se lui è il suo fidanzato lei non può andare tipo con i suoi amici maschi e fare delle feste, oppure non mettersi la gonna solo per lui. Ma può fare tutto"*; oppure *"Noi ci possiamo vestire come vo-*

gliamo! Non è che i maschi... vengono i perversi e ci dobbiamo vestire coperte".

Questa capacità di rielaborazione è attuata anche dai partecipanti maschi che riconoscono la tossicità della gelosia e suggeriscono soluzioni emancipatorie ad esempio *"dirgli che non deve essere geloso"*, *"di non intromettersi nei fatti suoi"* oppure *"che lo deve lasciare e deve andare avanti, e si deve trovare uno migliore di lui che non la comanda"*.

Nel complesso, le questioni di genere emergono come un campo di tensione tra norme sociali interiorizzate, e visibili nella quotidianità delle esperienze attorno a loro, e rielaborazione attiva. In questo processo, le Case del Sorriso sembrano svolgere un ruolo significativo, offrendo spazi di confronto e modelli alternativi che favoriscono lo sviluppo di uno sguardo più critico e consapevole sulle relazioni. Non a caso, molti partecipanti sottolineano come, proprio grazie alla presenza e all'interazione con educatori ed educatrici, abbiano la possibilità di affrontare questi temi e riflettere insieme:

Di solito parliamo di queste cose con l'educatrice [...] Parliamo [...] anche sulla violenza sulle donne, anche delle prostitute capito?

Infine, anche dall'osservazione delle interazioni nei focus group, si colgono alcune differenze nei modi in cui bambini e bambine esprimono e rielaborano le emozioni: le bambine appaiono più frequentemente orientate alla verbalizzazione e alla condivisione emotiva, mentre tra i bambini la rabbia tende talvolta a emergere in forme meno mediate. Queste differenze, che sembrano intrecciarsi con aspettative di genere apprese, possono in alcuni casi tradursi in comportamenti più fisici o meno elaborati verbalmente, anche come modalità per attirare attenzione o esprimere un disagio, configurandosi così come un possibile elemento di vulnerabilità. Per questo è importante sostenere, soprattutto per i maschi, lo sviluppo di strumenti di espressione e rielaborazione emotiva.

3.3.4 CONDIZIONI ECONOMICHE E QUALITÀ DELLE RELAZIONI

I bambini e le bambine coinvolti nei focus group vivono in contesti socio-economicamente svantaggiati e la dimensione materiale emerge proprio nel modo in cui interpretano la cura e la qualità delle relazioni familiari - rinforzando il nesso tra povertà economica e povertà relazionale.

Dalle loro parole si evidenzia una chiara consapevolezza della materialità della cura, che non viene data per scontata. Voler bene a bambini e bambine come loro significa,

tra le altre cose, provvedere concretamente ai loro bisogni, comprare ciò che serve o fare regali: *"Luis [personaggio fittizio] va a scuola. Già, lo zaino, i libri, quaderni, tutto l'occorrente scolastico l'hanno comprato loro [i genitori]; il motorino, l'hanno comprato il padre e la mamma, oppure solo il padre, però quindi già l'hanno reso felice... però lo possono ancora rendere di più [felice] dandogli le cose perché quando verrà il nuovo anno che lui dovrà fare ancora nuovi amici e tutto. Ci sarà sempre la mamma alla spalla*

destra però lui, vedendo questi oggetti che ha dato il padre, potrà avere anche una spalla sinistra".

Dall'estratto si evince che la mamma è vicina da un punto di vista affettivo e di intimità della relazione, mentre il papà è vicino perché si "materializza" negli oggetti comprati al figlio Luis. In questo senso, la dimensione economica si intreccia con quella relazionale, senza sostituirla.

Inoltre, la relazione tra condizioni materiali e assenza genitoriale emerge come un nodo centrale nella qualità delle relazioni. Il lavoro dei genitori viene spesso interpretato come forma di cura, ma al tempo stesso limita la loro disponibilità quotidiana: *"La mamma lavora fino alla sera e l'unica persona che gli dà attenzioni è la cognata"; "Il papà, che è sempre al lavoro per i suoi figli, la domenica, visto che è a casa, la sera ordina la pizza"*. Nell'estratto è chiaro che il padre va al lavoro *"per i suoi figli"*. I partecipanti alla ricerca sono quindi consapevoli che gli sforzi dei genitori sono finalizzati al loro benessere; si evince però un profondo desiderio di poter passare più tempo con loro.

I partecipanti alla ricerca mostrano anche una certa consapevolezza delle condizioni materiali delle proprie famiglie. Una partecipante racconta: *"Mia madre mi dice: tu vai a scuola, ti diverti, studi, io all'età tua stavo a lavorare, non stavo a studiare a scuola"*. Analogamente, in un altro

gruppo, il benessere materiale viene associato all'occupazione del padre: *"La sua famiglia è ricca! [...] perché fa un sacco di soldi perché suo padre lavora in banca"*. Un lavoro piuttosto comune in altri contesti, e non necessariamente tra quelli che godono di retribuzione più alta, quello dell'impiegato bancario, viene associato dai partecipanti al focus group a una condizione di ricchezza. Probabilmente perché, nel contesto in cui essi vivono, le occupazioni da *colletti bianchi*, con contratti stabili e a tempo indeterminato e orari lavorativi canonici, sono rare tra gli adulti di riferimento.

Inoltre, è interessante sottolineare che, nel continuare la creazione di questa storia, i partecipanti al focus group si immaginano genitori che lavorano molto e non riescono a occuparsi del personaggio immaginario che, per forza di cose, è costretto a rimanere solo. Tuttavia, nonostante la "ricchezza" disponibile, i bambini e le bambine non concepiscono la possibilità che una baby-sitter o una tata, o servizi di cura a pagamento di qualsiasi tipo, si occupino del bambino quando i genitori non ci sono. Questo immaginario è indicativo di chi, probabilmente, non ha accesso o non vede attorno a sé esempi di questo tipo. Questo delinea un'assoluta distanza dall'esperienza della ricchezza, ma ribadisce relazioni solide attorno, in cui la famiglia allargata è il principale attore di supporto che compensa eventuali assenze dei genitori.



La famiglia allargata d'altronde è così presente da rappresentare in alcuni casi anche la ragione del disagio economico in famiglia: *"Va bene, perché non ce la fanno a campare? Perché sono troppi! Allora perché sono troppi figli... Perché comunque sono in tanti, più il nipotino e devono campare tutta la famiglia. Pure i nonni, perché loro non possono andare a fare la spesa da soli"*. Anche qui la cura dei membri della famiglia allargata passa attraverso gli aspetti materiali, non senza gravare sulla famiglia nucleare.

Un altro aspetto importante è quello delle difficoltà economiche come fonte di tensione familiare. In vari focus group i partecipanti alla ricerca menzionano tristezza e litigi dovuti a questioni materiali: *"Il personaggio si sente anche un po' triste perché lui avrebbe preferito... che la famiglia tipo non litiga"*; *"E per quale motivo litiga con il fratello? Per i soldi!"*; *"Che non ce la fanno a pagare le bollette e lui lì, che è triste. Perché si vedono le bollette, lei che triste, la madre e il padre disperati... per i soldi"*. Ridge sottolinea che i bambini provenienti da famiglie a basso reddito si trovano a dover gestire contesti familiari difficili, in cui la capacità dei genitori di organizzare e sostenere la vita quotidiana con risorse economiche

insufficienti rappresenta una fonte costante di stress e di ansia²². In effetti, in alcune narrazioni dei partecipanti alla ricerca, il denaro viene esplicitamente rappresentato come possibile soluzione ai problemi familiari. Un partecipante si chiede *"come si fa ad avere più soldi, come? [...] avere più soldi, risolverebbe il tutto"*. Allo stesso modo, emerge l'idea che il lavoro possa essere uno strumento per migliorare le condizioni familiari, mantenendo una prospettiva materialista intersecata ai problemi relazionali e familiari:

Ricercatrice: E quindi come si potrebbe aiutare la famiglia?

Partecipante: Il padre invece di fare il bidello, non lo so, dovrebbe fare un lavoro meno umile.

Ricercatrice: E perché il padre non lo fa?

Partecipante: Perché non è... non ha le capacità, non è laureato, forse non è andato a scuola.

In uno dei focus group, il personaggio immaginario addirittura decide di lavorare per sostenere economicamente la sua famiglia: *"Non ce la fanno a campare tutti quanti, e lui deve andare al supermercato con il cugino a lavorare per avere i soldi"*. Il gruppo arriva a concludere



che *"essere ricco e non lavorare sarebbe stato meglio"*, mostrando una volta ancora come in alcuni casi una buona disponibilità economica potrebbe rimediare ad alcune criticità.

Nello stesso focus group, i partecipanti alla ricerca riflettono sul fatto che il bambino protagonista della storia creata collettivamente *"prende lo stipendio e se lo vuole spendere nelle cose che vuole lui, giochi della Play... però poi si sente triste che lo deve dare tutti alla casa e a lui non rimane niente"*. Questo estratto mette in luce un conflitto tra i bisogni della famiglia e quelli individuali dei bambini. Come sottolinea Ridge, in contesti di scarsità economica i bambini possono trovarsi a limitare le proprie richieste per non gravare sulla famiglia²³.

I dati suggeriscono che la povertà economica non agisce in modo isolato, ma si intreccia con la qualità delle relazioni. Il benessere in effetti non può essere compreso esclusivamente in termini di risorse materiali, ma va letto alla luce delle dinamiche sociali e relazionali²⁴. In questa prospettiva, la scarsità economica può tradursi in minori opportunità di partecipazione sociale e in relazioni più fragili. In linea con ciò, Gibbs mostra come la povertà familiare può anche essere associata a isolamento, conflitti tra pari, comportamenti aggressivi e maggiore esposizione alla vittimizzazione, elementi che trovano

riscontro nei dati raccolti in questo studio²⁵. Come evidenziato da Ridge, costi legati ad attività, trasporti o altri bisogni materiali possono in effetti limitare l'accesso a spazi di socialità, contribuendo a forme di esclusione²⁶.

Dall'analisi dei focus group emergono fattori in grado di mitigare gli effetti di rischio della povertà economica sulla povertà relazionale. In particolare, l'accesso gratuito ai centri diurni educativi rappresenta un elemento rilevante, in quanto consente ai bambini e alle bambine di partecipare ad attività e costruire relazioni che altrimenti potrebbero essere limitate proprio dall'impossibilità di sostenerne i costi, come sintetizzato da un partecipante alla ricerca: *"Mi piace venire qui perché si fanno tante attività, stanno gli amici"*.

Come sottolineano Andresen e Mailand, le dimensioni materiali e relazionali sono strettamente interconnesse: se le limitazioni economiche riducono le opportunità di relazione, la presenza di contesti inclusivi e accessibili può contribuire a contrastare tali effetti, sostenendo la partecipazione e il benessere dei bambini e delle bambine²⁷. Viceversa, interventi mirati, ad esempio, a supportare economicamente le famiglie possono avere un effetto protettivo sulla qualità delle relazioni di bambini e bambine che crescono in contesti socio-economicamente svantaggiati.

3.3.5 LA COMUNITÀ DI CURA: LA RETE SOCIALE ALLARGATA

Dai dati si evince con chiarezza il ruolo della rete sociale allargata come elemento centrale nella costruzione del benessere relazionale dei bambini e delle bambine. Accanto alla famiglia, infatti, si configura una vera e propria *comunità di cura*, composta da educatori ed educatrici, psicologi e psicologhe, vicini di casa e altri adulti significativi, che contribuiscono in modo rilevante a sostenere i percorsi di crescita e a mitigare eventuali situazioni di difficoltà.

I focus group sono stati realizzati all'interno delle Case del Sorriso di CESVI, che rappresentano presidi fondamentali nei quartieri periferici in cui si è svolta la ricerca, caratterizzati da una forte concentrazione di famiglie a basso reddito e da una limitata disponibilità di servizi. In questo contesto, gli spazi di aggregazione extrascolastica assumono un ruolo particolarmente rilevante e vengono descritti dai partecipanti come luoghi di appartenenza, socialità e crescita personale: *"Una cosa che mi piace molto è il centro diurno"*; *"Dovrebbero esistere altri posti come questo. Perché non sono solo basati sullo studio come il doposcuola, ma educano anche alle attività, per farci rilassare, farci divertire"*.

Questi spazi svolgono una funzione relazionale cruciale: ampliano il bacino delle amicizie, favoriscono interazioni positive e offrono un ambiente percepito come più protetto rispetto alla scuola, anche grazie a un rapporto numerico più contenuto tra educatori e bambini. In questo senso, i centri educativi diurni si configurano come uno spazio *para-familiare*, come si evince dalle parole di una partecipante: *"So che nessuno mi potrebbe far del male, perché per me l'educativa è una seconda famiglia"*.

All'interno di questi contesti, i bambini e le bambine sperimentano forme di riconoscimento e appartenenza che contribuiscono a rafforzare l'autostima: *"È un posto speciale e io appena sono entrata ero emozionata e ho subito fatto amicizia con tutti e quindi sono felice che mi hanno apprezzato come persona"*. Allo stesso tempo, dai focus group si capisce che l'accesso a tali spazi non è garantito a tutti. La mancata partecipazione può essere utilizzata come forma di punizione, come racconta una partecipante: *"Ci sono certe volte che mia mamma non mi vuole far andare [...] perché mi sono comportata male"*. Inoltre,

secondo gli intervistati, alcuni bambini non frequentano l'educativa perché non supportati dalle famiglie.

In questo quadro, la figura degli educatori e delle educatrici emerge in modo trasversale come estremamente significativa. Essi sono descritti come adulti di riferimento affidabili, capaci di offrire non solo supporto nei compiti, ma anche ascolto, accompagnamento emotivo e sostegno nelle difficoltà quotidiane: *"Le educatrici mi aiutano a fare i compiti. Se sto in difficoltà mi aiutano"*; *"Gli educatori aiutano ad affrontare una difficoltà [...] non soltanto i compiti [...] ti danno un supporto"*.

Le relazioni costruite con queste figure sono caratterizzate da fiducia, continuità e attenzione ai bisogni individuali, e incidono in modo significativo anche sullo sviluppo dell'autostima, come racconta una partecipante: *"È stato come se l'educatrice avesse piantato un seme all'interno di me [...] ed è ritornata la fiducia"*. Gli educatori sono inoltre riconosciuti per la loro capacità di intercettare il disagio in modo rispettoso e non invasivo: *"Quando non vogliamo parlare lo riconoscono subito [...] se non lo vogliamo dire non lo diciamo, non è che ci obbligano"*. In questo senso, i rapporti con educatori ed educatrici si configurano come uno spazio relazionale sicuro, in cui i bambini e le bambine si sentono riconosciuti e sostenuti anche al di fuori della famiglia.

Accanto agli educatori, la presenza di altre figure professionali come psicologi e psicologhe assume un ruolo rilevante, soprattutto in relazione alla possibilità di "sfogarsi", dare voce ai propri vissuti, e condividere *"notizie belle che ci sono accadute"* – tutti elementi riconosciuti all'unanimità come cruciali in un rapporto funzionale e positivo: *"Questa qua è una stanza in cui, cioè, qua noi parliamo con una psicologa [...] se qualcosa ci turba, vogliamo parlare con lei, andiamo da lei"*. La possibilità di parlare ed essere ascoltati viene percepita come fondamentale per il benessere emotivo: *"Il personaggio immaginario si inizia a sentire meglio dopo che parla con la psicologa perché si sfoga"*. Il bisogno di condividere esperienze anche al di fuori della famiglia emerge chiaramente – *"perché tipo tu, una cosa, oltre che dirla a tua madre la vuoi dire pure a qualcun altro"* – e viene associato a un senso di alleggerimento: *"Ci fa liberare [...] da un peso"*.

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda il ruolo trasformativo delle Case del Sorriso nel promuovere riflessioni critiche e modelli alternativi rispetto a quelli appresi nei contesti familiari e sociali. Gli educatori e le educatrici stimolano discussioni su temi complessi – come la violenza di genere o le disuguaglianze – fa-

vorendo lo sviluppo di capacità critiche: *"Facciamo una domanda e si apre un discorso che dura almeno un'ora [...] parliamo anche della violenza sulle donne"*; *"La maggior parte della giornata siamo con loro [...] e mi fa piacere perché stiamo facendo tante cose nuove e ci sono delle attività che fanno riflettere molto"*. Questi spazi di confronto contribuiscono a costruire competenze relazionali avanzate: i bambini mostrano una notevole capacità di analizzare conflitti e dinamiche sociali, probabilmente proprio grazie all'esposizione a contesti in cui è possibile parlare, riflettere ed essere ascoltati. Non a caso, alcuni partecipanti attribuiscono esplicitamente ai centri educativi un ruolo trasformativo: *"L'educativa mi ha salvato"*.

Al contrario, la scuola appare più marginale nelle narrazioni e spesso caratterizzata da relazioni più deboli o ambivalenti. Se da un lato emergono esperienze positive – *"la maestra [...] mi capisce subito"* – dall'altro si rilevano criticità nella gestione dei conflitti e del bullismo:

Partecipante X: e poi le prof, che comunque loro vedono, lì [i bulli] dovrebbero sospendere.

Ricercatrice: e lo fanno o non lo fanno?

Partecipante Y: Alcune no [non lo fanno, lo fanno] solo quando poi vanno le mamme a lamentarsi.

Questo suggerisce la necessità di indagare meglio il ruolo della scuola come contesto relazionale, oltre che educativo, al fine di rafforzarne le potenzialità e limitarne le criticità.

Emergono anche altre relazioni significative, come, ad esempio, quelle con vicini di casa e catechisti, che possono offrire supporto in situazioni di difficoltà: *"Se abbiamo i rapporti uniti è normale che vado a bussare al vicino per chiedere aiuto"*; *"Secondo me Alessandro [personaggio immaginario] quando si litigavano i genitori, apre la porta e va a bussare alla signora a fianco"*; *"I catechisti sono sempre bravi, sì, riescono a capire"*. Queste relazioni contribuiscono a costruire reti di fiducia e supporto informale nel territorio.

Nel complesso, i dati suggeriscono che la presenza di relazioni positive con adulti al di fuori della famiglia può rappresentare un fattore protettivo fondamentale, capace di rafforzare le competenze emotive e relazionali dei bambini e delle bambine e di offrire modelli di riferimento alternativi. In questo senso, la comunità di cura emerge come un elemento chiave nel contrasto alla povertà relazionale, contribuendo a ridurre i rischi di isolamento, vulnerabilità e maltrattamento.

3.3.6 GLI SPAZI DEL QUARTIERE

Durante i focus group è stato esplorato il rapporto dei partecipanti con i quartieri in cui vivono, contesti fondamentali per la crescita di bambini e adolescenti, in quanto incidono sul senso di sicurezza, appartenenza e sulle opportunità di sviluppo. Dalle narrazioni emerge tuttavia un quadro complesso: l'esperienza quotidiana del *"vivere il quartiere"* è spesso segnata da episodi di violenza, percezioni di degrado e un diffuso senso di insicurezza, che trasformano lo spazio circostante in una fonte di stress e preoccupazione.

Molti bambini e bambine raccontano di convivere con situazioni percepite come pericolose nella quotidianità: *"Anche vicino a casa mia, ci sta un vicino che vende la droga. Io ogni volta che esco di casa sto con l'ansia... Però ho sempre l'ansia di qualcosa per questo signore che potrebbe fare qualcosa... A me non mi piace la violenza"*. In altri casi, le reazioni emotive sono ancora più intense e restituiscono una visione del mondo profondamente segnata dalla violenza: *"A chi uccide agli altri, gli voglio uccidere a loro perché gli voglio far vedere il dolore che prova la mamma"*.

Il quartiere viene talvolta descritto come un ambiente dominato da modelli culturali negativi: *"Il problema in questo quartiere sono le persone, come mentalità [...] Si sentono tutti malavita, malavitosi"*. In questo senso, non è solo la presenza di episodi criminali a generare insicurezza, ma anche il clima sociale percepito.

I racconti includono anche episodi di microcriminalità o vandalismo, come intrusioni nelle scuole: *"Un giorno, una notte in quella scuola, fuori entravano dei ladri e spaccarono le finestre... il giorno che successe non ci fecero andare a scuola"*. Anche eventi apparentemente minori contribuiscono a costruire un'immagine del quartiere come spazio poco protetto.

Un elemento particolarmente rilevante riguarda l'esposizione a comportamenti a rischio tra adolescenti poco più grandi dei partecipanti alla ricerca. I bambini e le bambine intervistati riportano la presenza di coetanei o ragazzi più grandi coinvolti in attività illegali o pericolose: *"Ci sono troppi spacciatori. E ci sono ragazzini coinvolti... coltellini e le pistole"*. Oppure: *"Ci sono pure alcuni che girano con la pistola qua... si fanno proprio il video dove sparano"*. Questi contenuti vengono spesso visualizzati sui social media: *"Si fa proprio il video dove sparano... su Instagram"*.

Il possesso di armi bianche viene talvolta giustificato come forma di autodifesa: *"Ogni giorno si porta il coltello, per difesa però"*. Allo stesso tempo, emerge una forte preoccupazione per la normalizzazione di tali pratiche e per il coinvolgimento precoce in attività illegali: *"Bambini di dodici undici anni si prendono la droga... e chi le vende non si assicura che è maggiorenne"*.



I partecipanti individuano responsabilità sia negli adulti sia nelle istituzioni. Da un lato, criticano chi vende sostanze o oggetti pericolosi ai minorenni: *"Dovrebbero essere arrestati coloro che vendono"*. Dall'altro, sottolineano il ruolo dei genitori: *"La responsabilità è dei genitori perché gli danno i soldi e non chiedono dove vai, cosa fai"*.

Queste percezioni trovano riscontro nella letteratura. Il rapporto OECD evidenzia come la percezione di sicurezza nel quartiere sia una dimensione centrale della povertà relazionale infantile²⁸. Ambienti caratterizzati da criminalità e violenza minano il senso di prevedibilità e fiducia, aumentando il rischio di comportamenti problematici²⁹. Al contrario, contesti percepiti come sicuri favoriscono la socializzazione e lo sviluppo di relazioni significative.

Analogamente, lo studio di Ridge, basato su un approccio relazionale alla povertà, mostra come i bambini provenienti da contesti svantaggiati percepiscano spesso gli spazi pubblici come degradati e ostili, caratterizzati da sporcizia, pericoli fisici e comportamenti aggressivi³⁰. Queste condizioni generano ansia e limitano la libertà di movimento. Ridge evidenzia inoltre come tali percezioni siano influenzate da fattori intersezionali quali età, genere ed etnia, e siano più diffuse in aree segnate da esclusione sociale, precarietà lavorativa e carenza di servizi.

Lo studio di Street, condotto con madri in condizioni di svantaggio, introduce il concetto di *"mentalità del quartiere"*: un insieme di norme, aspettative e opportunità limitate che possono influenzare negativamente il benessere dei bambini³¹. La scarsità di risorse e servizi contribuisce infatti a rafforzare la percezione del quartiere come luogo pericoloso e privo di opportunità, anche tra i partecipanti a questo studio. Infatti, accanto ai temi della sicurezza, i bambini e le bambine evidenziano criticità legate alla qualità degli spazi e delle infrastrutture. Le scuole, pur essendo riconosciute come luoghi importanti – *"la scuola è bella perché si imparano cose nuove"* – vengono spesso descritte come degradate: *"Le scuole... alcune sono rotte, le stanze sono tutte sporche... scritte tutte le parolacce vicino ai muri"*. Anche la qualità della mensa è oggetto di critiche da parte di alcuni: *"Il cibo servito a scuola è pieno di sporcizia"*.

Il degrado urbano è un tema ricorrente. I partecipanti, nella loro quasi totalità, descrivono un ambiente caratterizzato da rifiuti, vandalismo e incuria: *"C'è l'immondizia, se vai sotto i portici sta un casino... scrivono sopra i muri, vandalizzano"*. La mancanza di responsabilità collettiva viene percepita come un problema centrale: *"Molti di*

loro [gli abitanti del quartiere] non amano la raccolta differenziata... buttano tutti i mobili così".

Anche le condizioni delle strade e dei trasporti contribuiscono al senso di insicurezza. Vengono segnalate buche, scarsa manutenzione e comportamenti pericolosi degli automobilisti: *"Le buche nelle strade sono un pericolo e portano a incidenti"*; *"I semafori funzionano ma le persone non li rispettano"*. Il trasporto pubblico è percepito come inaffidabile, rendendo necessaria la dipendenza dall'auto familiare, laddove disponibile.

Nonostante questo quadro critico, il quartiere non è privo di risorse. I partecipanti esprimono apprezzamento per alcuni spazi e servizi, in particolare parchi, campetti sportivi e biblioteche. *"Mi piacciono i campetti da calcio"*; *"La biblioteca è un bel posto perché è tranquillo"*. Tuttavia, anche questi luoghi risultano spesso trascurati o danneggiati: *"Le reti dei campi sono tutte rotte"*; *"La giostrina nuova... l'hanno già rotta"*. In alcuni casi, l'accesso agli spazi è limitato: *"Se sta aperto entri... poi quando se ne vanno ti avvisano... vuoi uscire o sai scavalcare?"*.

I bambini e le bambine sottolineano inoltre la necessità di ampliare l'offerta di servizi: vorrebbero più negozi, spazi ricreativi, attività sportive e culturali. Anche i servizi sanitari vengono percepiti come problematici, con racconti di disorganizzazione e *"mala sanità"* che generano sfiducia e paura.

Quando riflettono sulle responsabilità per le condizioni dei loro quartieri, i bambini e le bambine si riferiscono sia alle istituzioni sia agli adulti in generale, gli abitanti del quartiere stesso. Il *"Comune"* (nei focus group a Bari), o *"lo Stato"*, nei focus group a Napoli, sono visti come enti responsabili della costruzione e manutenzione degli spazi: *"Il Comune che ha costruito... quel campetto è stato costruito per il pubblico"*. Allo stesso tempo, viene sottolineato il ruolo dei comportamenti individuali: chi sporca, vandalizza o coinvolge gli adolescenti in attività illegali contribuisce al degrado del quartiere. Anche i genitori vengono chiamati in causa per la scarsa supervisione di alcuni adolescenti: *"I genitori non educano"*.

In conclusione, i quartieri descritti dai partecipanti appaiono come spazi ambivalenti: luoghi di crescita e socializzazione, ma anche contesti segnati da insicurezza, degrado e carenza di opportunità. Interventi mirati – volti a migliorare la qualità degli spazi pubblici, rafforzare i servizi e promuovere la partecipazione – possono trasformare questi contesti in ambienti più favorevoli allo sviluppo e al benessere dei bambini e delle bambine.

3.4 DIMINUIRE I FATTORI DI RISCHIO E POTENZIARE I FATTORI PROTETTIVI PER COMBATTERE LA POVERTÀ RELAZIONALE

3.4.1 IL BENESSERE RELAZIONALE COME FENOMENO DINAMICO E MULTIDIMENSIONALE

Questo approfondimento si è concentrato sulla qualità delle relazioni degli intervistati, con l'obiettivo di comprendere – dal punto di vista dei bambini e delle bambine – lo spettro entro cui si definiscono relazioni più o meno ricche. Questo passaggio è stato fondamentale per elaborare una definizione di povertà relazionale radicata nelle loro esperienze, capace di restituire il significato concreto che essa assume nella vita quotidiana delle persone al di sotto dei diciotto anni. Dall'analisi delle parole raccolte si evince con chiarezza come le relazioni significative dei partecipanti si articolino su più livelli: all'interno della famiglia, nei rapporti tra pari e nel contesto più ampio del quartiere. In questo senso, i dati risultano coerenti con la letteratura che interpreta la povertà relazionale come un fenomeno multidimensionale, distribuito tra diverse sfere della vita sociale³².

Questa evidenza trova un solido fondamento interpretativo nel modello ecologico dello sviluppo umano di Bronfenbrenner, il quale concepisce il benessere come il risultato dell'interazione dinamica tra diversi livelli interconnessi – dall'esperienza individuale alle relazioni prossimali, fino ai contesti sociali e istituzionali più ampi³³. In questa prospettiva, le relazioni non costituiscono semplicemente uno sfondo dell'esperienza dei bambini, ma rappresentano l'ambiente stesso attraverso cui lo sviluppo prende forma. I dati qualitativi raccolti confermano questa impostazione, mostrando come i bambini e le bambine interpretino la qualità delle proprie relazioni proprio attraverso l'intreccio tra dimensione familiare, relazioni tra pari e contesto territoriale inserite all'interno di un più ampio sistema socio-economico con determinate caratteristiche.



In questa prospettiva, il benessere relazionale si configura come un fenomeno dinamico, influenzato da una serie di variabili che i bambini e le bambine subiscono e con le quali interagiscono, e collocato lungo un continuum di qualità relazionale, i cui estremi sono rappresentati da condizioni di forte ricchezza relazionale o, al contrario, da

situazioni di povertà relazionale. Il posizionamento lungo questo spettro dipende dalla presenza e dall'interazione di fattori di rischio e fattori protettivi, confermando che la qualità delle relazioni non è mai statica ma può evolvere nel tempo e con il cambiare di determinate (micro e macro) circostanze.

3.4.2 IL MALTRATTAMENTO INFANTILE COME FENOMENO RELAZIONALE

Le evidenze raccolte per questo approfondimento mostrano inoltre come la povertà relazionale e il maltrattamento non possano essere compresi come fenomeni separati, ma vadano letti come fenomeni profondamente interconnessi. Le esperienze di violenza e vulnerabilità, che questo approfondimento ha trattato, abbracciano infatti più contesti relazionali - famiglia, scuola, quartiere, società (basti pensare ai casi di violenza di genere a cui alcuni bambini assistono o alle discriminazioni su base razzista o omofoba alla base degli episodi di bullismo narrati). In questo senso, il rischio di maltrattamento infantile all'interno delle famiglie si configura come un fenomeno non solo multidimensionale, che comprende varie forme di maltrattamento, ma relazionale esso stesso, poiché si intreccia con forme più ampie di violenza e si sviluppa all'interno di relazioni di potere che attraversano i diversi contesti di vita dei bambini e delle bambine.

Come già precedentemente affermato da CESVI con l'edizione 2024 dell'Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia in Italia, i fattori che incidono sul rischio di maltrattamento infantile operano su più livelli. A livello sociale, riguardano la qualità delle relazioni familiari, tra pari e con adulti di riferimento; a livello comunitario, includono le condizioni dei contesti di vita e le opportunità di socialità e partecipazione. I dati primari raccolti per questo approfondimento confermano questa impostazione, mostrando come specifici fattori di rischio - tra cui conflitti familiari, assenza o disimpegno genitoriale, esposizione a violenza assistita, bullismo e contesti territoriali violenti - aumentino la vulnerabilità dei bambini e delle bambine. Al tempo stesso, emergono con forza alcuni fattori protettivi, che contribuiscono a ridurre il rischio di povertà relazionale e di maltrattamento. Tra questi, assumono particolare rilevanza la possibilità di "sfogarsi", la presenza di adulti di riferimento significativi, la qualità delle relazioni tra pari e l'accesso a spazi educativi sicuri.

In questo quadro, i centri educativi e gli spazi di aggregazione presenti sul territorio, tra cui le Case del Sorriso, rappresentano dispositivi fondamentali, in quanto offro-

no opportunità concrete di costruire relazioni, esprimersi e sentirsi riconosciuti. Allo stesso modo, la letteratura sottolinea il ruolo cruciale dei servizi di supporto alle famiglie - tra cui i consultori familiari - nel rafforzare le competenze genitoriali, sostenere la salute mentale e promuovere relazioni più stabili e positive all'interno del nucleo familiare. In particolare, gli interventi precoci di supporto alla genitorialità contribuiscono a consolidare i legami affettivi e a prevenire situazioni di vulnerabilità³⁴.

Un ruolo altrettanto centrale è svolto dalla scuola, che rappresenta un contesto ambivalente: può essere spazio di rischio, quando si manifestano dinamiche di esclusione e bullismo, ma anche potente fattore protettivo quando viene valorizzata nella sua dimensione relazionale. In questo senso, gli insegnanti possono contribuire in modo significativo a promuovere relazioni positive tra pari, a prevenire e gestire i conflitti, a contrastare lo stigma e a costruire un clima di classe inclusivo. La scuola può quindi configurarsi come uno spazio privilegiato di riconoscimento, appartenenza e costruzione di relazioni significative.

Anche la dimensione territoriale risulta determinante. La qualità dei quartieri incide direttamente sulle opportunità di socialità e sviluppo socio-emotivo: contesti ricchi di spazi di incontro e attività favoriscono la costruzione di relazioni, mentre ambienti caratterizzati da isolamento o insicurezza possono amplificare le fragilità³⁵. In questo senso, non è rilevante soltanto la disponibilità di spazi, ma anche la loro qualità e "bellezza", intesa come cura degli ambienti, accessibilità e possibilità di essere vissuti come luoghi significativi. Il rapporto tra bambini e luoghi è infatti profondamente relazionale: gli spazi contribuiscono a costruire senso di appartenenza, identità e possibilità di incontro, diventando parte integrante delle reti relazionali. La povertà relazionale si manifesta quindi anche attraverso una deprivazione spaziale, ovvero nella mancanza di luoghi accoglienti e accessibili in cui poter costruire e mantenere relazioni.

Un ulteriore elemento riguarda il ruolo attivo dei bambini e delle bambine. Come evidenziato dalla letteratura, essi

non sono soggetti passivi, ma sviluppano strategie per affrontare le difficoltà, negoziando bisogni e relazioni³⁶. Allo stesso tempo, le evidenze europee mostrano come le bambine e i bambini stessi siano in grado di individuare

priorità chiare per contrastare la povertà, tra cui il ruolo della scuola nel prevenire il bullismo, il valore del supporto tra pari e la necessità di contesti più inclusivi, elementi evidenziati anche dai partecipanti a questa ricerca³⁷.

3.4.3 RIFLESSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Alla luce di questi risultati, appare evidente che il contrasto alla povertà relazionale e al maltrattamento richiede un approccio integrato e multidimensionale. Non è sufficiente intervenire sulle singole situazioni di disagio: è necessario agire sui contesti relazionali e istituzionali nel loro complesso, rafforzando i fattori protettivi e riducendo le condizioni di vulnerabilità. In questa prospettiva, è fondamentale promuovere una visione sistemica del benessere, riconoscendo bambini e bambine come soggetti interdipendenti, il cui benessere è strettamente legato alla qualità delle relazioni che li circondano, non solo con gli adulti e i pari attorno a loro, ma all'interno di una comunità di cura e di una rete sociale allargata.

Dal punto di vista delle politiche, emergono alcune priorità: rafforzare i contesti educativi e gli spazi di aggregazione garantendo un accesso equo; promuovere interventi *child-centred* capaci di intercettare bisogni relazionali differenziati; investire nel supporto alle famiglie

e nel ruolo dei consultori familiari; valorizzare la scuola e potenziare la formazione del personale scolastico affinché gli insegnanti possano agire come attori chiave nella costruzione di relazioni positive; sviluppare reti territoriali integrate tra servizi, Terzo Settore e comunità locali.

Inoltre, si prospetta necessario continuare ad ampliare il bacino dei dati sulla povertà relazionale in Italia, soprattutto basandosi sulle esperienze e opinioni di bambini e bambine. Ad esempio, sarebbe importante allargare le maglie di questa ricerca includendo anche minorenni che non frequentano servizi educativi, spesso più esposti a vulnerabilità, oltre che bambini e bambine con background migratorio e provenienze socio-economiche diverse, per cogliere al meglio la pluralità delle esperienze relazionali. Dal punto di vista metodologico, si suggerisce inoltre l'uso di focus group differenziati per genere, al fine di approfondire vissuti specifici e dinamiche legate alle differenze di genere.



Note di capitolo

- ¹ Granovetter, Mark S. (1973). The Strength of Weak Ties. *The American Journal of Sociology*, Vol. 78, No. 6, pp. 1360-1380.
- ² Bourdieu P. (1980) Le capital social - Notes provisoire, in «Actes de la recherche en sciences sociales», n. 31.
- ³ Mosse, D. (2010). A relational approach to durable poverty, inequality and power. *Journal of Development Studies*, 46(7), 1156-1178. <https://doi.org/10.1080/00220388.2010.487095>
- ⁴ Main, Gill (2019). Child poverty and subjective well-being: The impact of children's perceptions of fairness and involvement in intra-household sharing. In: *Children and Youth Services Review*, 97 (2019), 49-58.
- ⁵ Aufseeser, D. (2020). Towards a relational understanding of child poverty: Care and adverse inclusion among street-affiliated children in Peru. *Geoforum* 114, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2020.05.016>
- ⁶ Bessell, S., Siagian, C., and Bexley, A. (2020). Towards child-inclusive concepts of childhood poverty: The contribution and potential of research with children. *Children and Youth Services Review* 116, 105118. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105118>
- ⁷ UNICEF Istituto degli Innocenti – Global Office of Research and Foresight, Innocenti Report Card 18: Child poverty in the midst of wealth, UNICEF Innocenti, Florence, December 2023.
- ⁸ Bessell, S., Siagian, C., and Bexley, A. (2020). Towards child-inclusive concepts of childhood poverty: The contribution and potential of research with children. *Children and Youth Services Review* 116, 105118. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105118>
- ⁹ Tuana, N. (2017). Feminist epistemology: The subject of knowledge. In I. J. Kidd, J. Medina & G. Pohlhaus Jr. (Eds.), *The Routledge handbook of epistemic injustice* (pp. 125-138). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212043-12>
- ¹⁰ Bessell, S. (2021). Rethinking child poverty: material, opportunity and relational dimensions. *Journal of Human Development and Capabilities*, 22(3), 455-472.
- ¹¹ Ibidem.
- ¹² Eurochild. (2022). Poverty takes away the right to childhood, Brussels. <https://eurochild.org/uploads/2023/10/Poverty-takes-away-the-right-to-childhood.pdf>
- ¹³ Reflexive Thematic Analysis.
- ¹⁴ Braun, V., Clarke, V.: Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual. Res. Sport Exerc. Health* 11(4), 589-597 (2019). <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- ¹⁵ Gibb, J. (2016). Poverty and children's personal and social relationships. London: National Children's Bureau.
- ¹⁶ È opportuno sottolineare che, tra i partecipanti ai focus group, c'è una bambina con background migratorio. La sua voce, per quanto riguarda i ruoli dei membri della famiglia allargata, non è preponderante all'interno delle narrazioni. Si rileva quindi la necessità, proprio per quei bambini e ragazzi che in Italia non hanno una rete familiare solida e ampia, di comprendere quali fattori di protezione siano a loro disposizione per limitare il rischio di povertà relazionale e come potenziarli.
- ¹⁷ Nei focus group, alcuni partecipanti fanno riferimento al cyberbullismo, riconoscendone le stesse radici del bullismo in presenza, e non necessariamente differenziando tra i due fenomeni. Questo suggerisce come le esperienze dei bambini e delle bambine si sviluppino lungo un continuum tra dimensione online e offline, piuttosto che in ambiti separati.
- ¹⁸ Attree, P. (2014). Growing up in disadvantage: The emotional costs of poverty. Bristol: Policy Press. Gibb, J. (2016). Poverty and children's personal and social relationships. London: National Children's Bureau.

- ¹⁹ Eurochild, (2022). Poverty takes away the right to childhood, Brussels. <https://eurochild.org/uploads/2023/10/Poverty-takes-away-the-right-to-childhood.pdf>
- ²⁰ Attree, P. (2014). Growing up in disadvantage: The emotional costs of poverty. Bristol: Policy Press.
- ²¹ Ridge, T. (2011). The Everyday Costs of Poverty in Childhood: A Review of Qualitative Research Exploring the Lives and Experiences of Low-Income Children in the UK. *Children & Society*, 25: 73-84.
- ²² Ibidem.
- ²³ Ibidem.
- ²⁴ Street, M. (2021). Society's readiness: How relational approaches to well-being could support young children's educational achievement in high-poverty contexts. *Children & Society*, 35:736-751.
- ²⁵ Gibb, J. (2016). Poverty and children's personal and social relationships. London: National Children's Bureau.
- ²⁶ Ridge, T. (2011). The Everyday Costs of Poverty in Childhood: A Review of Qualitative Research Exploring the Lives and Experiences of Low-Income Children in the UK. *Children & Society*, 25: 73-84.
- ²⁷ Andresen S. and Meiland S. (2019). Being poor from children's point of view. The potential of childhood theory and qualitative methods for child poverty research: Findings from two qualitative studies of poverty in Germany. *Children and Youth Services Review*, Volume 97, 94-99.
- ²⁸ OECD. (2021). Measuring what matters for child well-being and policies. Paris: OECD Publishing.
- ²⁹ Eurochild, (2022). Poverty takes away the right to childhood, Brussels. <https://eurochild.org/uploads/2023/10/Poverty-takes-away-the-right-to-childhood.pdf>
- ³⁰ Ridge, T. (2011). The Everyday Costs of Poverty in Childhood: A Review of Qualitative Research Exploring the Lives and Experiences of Low-Income Children in the UK. *Children & Society*, 25: 73-84.
- ³¹ Street, M. (2021). Society's readiness: How relational approaches to well-being could support young children's educational achievement in high-poverty contexts. *Children & Society*, 35:736-751.
- ³² Andresen S. and Meiland S. (2019). Being poor from children's point of view. The potential of childhood theory and qualitative methods for child poverty research: Findings from two qualitative studies of poverty in Germany. *Children and Youth Services Review*, Volume 97, 94-99.
- ³³ Ridge, T. (2011). The Everyday Costs of Poverty in Childhood: A Review of Qualitative Research Exploring the Lives and Experiences of Low-Income Children in the UK. *Children & Society*, 25: 73-84.
- ³⁴ Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ³⁵ Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., Vol. 1, pp. 793-828). New York: Wiley.
- ³⁶ OECD. (2021). Measuring what matters for child well-being and policies. Paris: OECD Publishing.
- ³⁷ Ibidem. Attree, P. (2014). Growing up in disadvantage: The emotional costs of poverty. Bristol: Policy Press.
- ³⁸ Aufseeser, D. (2020). Towards a relational understanding of child poverty: Care and adverse inclusion among street-affiliated children in Peru. *Geoforum* 114, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2020.05.016>.
- ³⁹ Ridge, T. (2011). The Everyday Costs of Poverty in Childhood: A Review of Qualitative Research Exploring the Lives and Experiences of Low-Income Children in the UK. *Children & Society*, 25: 73-84.
- ⁴⁰ Eurochild, (2022). Poverty takes away the right to childhood, Brussels. <https://eurochild.org/uploads/2023/10/Poverty-takes-away-the-right-to-childhood.pdf>





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

04

I risultati di questa settima edizione dell'Indice consolidano l'evidenza statistica che il maltrattamento non può essere interpretato come un fatto circoscritto alla sfera privata del singolo o della famiglia, ma richiede un approccio multidimensionale e un impegno collettivo. Sebbene le storie personali e i vissuti complessi restino all'origine di ogni abuso, la letteratura e i dati confermano che il contesto pubblico — attraverso i suoi fattori di rischio e protettivi — gioca un ruolo decisivo nel mitigare, curare o, al contrario, esacerbare la violenza all'infanzia.

L'aumento dei casi monitorato dalla III indagine dell'Autorità Garante dell'infanzia e dell'adolescenza¹ (Indagine AGIA) rappresenta solo la punta di un iceberg. Al di sotto emerge una fragilità familiare diffusa, alimentata da condizioni di vita sempre più precarie che pesano sulla salute mentale collettiva e, di riflesso, sulla sicurezza delle persone di minore età. Tale scenario impone un'azione convinta, multilivello e integrata tra istituzioni, Terzo Settore e privato sociale, affinché ogni attore attivi le proprie competenze di prevenzione e cura.

Questa prospettiva è pienamente condivisa a livello internazionale: tanto l'OMS quanto l'UNICEF, nel quadro di INSPIRE², segnalano un incremento dei rischi negli ultimi anni e promuovono strategie di intervento coordinate.

Negli anni, CESVI ha consolidato un approccio al maltrattamento all'infanzia che unisce conoscenza, azione e

cambiamento sistemico. In questa strategia, l'Indice regionale non è uno strumento isolato, ma il perno di una visione integrata basata sull'analisi di dati, sul **capacity building degli operatori, sulla costruzione di reti e sul dialogo costante con i decisori politici per fornire elementi di indirizzo basati sulle evidenze**. Solo un intervento **multidimensionale** può generare trasformazioni durature.

L'Indice permette a CESVI di rendere visibili le disuguaglianze e valorizzare le buone pratiche, stimolando una maggiore responsabilità da parte di istituzioni e attori sociali. L'obiettivo non è la misurazione del problema, ma fornire elementi utili per interventi strutturali che possano rafforzare la capacità del sistema di proteggere i minorenni, garantendo i loro diritti nei contesti di vita quotidiana.

CESVI propone di seguito alcune indicazioni di indirizzo, elaborate a partire dalle evidenze dell'Indice in coerenza con i principi della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia — ratificata dall'Italia con la Legge n. 176/1991³ — oltre che alle strategie operative indicate dal Gruppo di lavoro CRC⁴ e alle raccomandazioni dell'Indagine AGIA. La gravità delle criticità sistemiche ha infatti consolidato, tra i principali portatori di interesse, una consapevolezza comune che oggi converge verso strumenti e modalità d'azione condivisi.

I SERVIZI: IL LORO RUOLO STRATEGICO E LA NECESSITÀ DI RAFFORZAMENTO

I servizi territoriali si confermano come leva indispensabile e strategica per prevenire e curare il problema del maltrattamento rispetto alle molteplici dimensioni (capacità) interessate in un quadro integrato di fattori di rischio e di prevenzione. La centralità dei servizi territoriali è richiamata e ribadita non solo dalle strategie di intervento condivise a livello internazionale, ma anche dall'evidenza empirica che emerge dall'analisi dei dati, come è l'esperienza dell'Indice CESVI.

Per affrontare il maltrattamento all'infanzia c'è bisogno di poter contare su più servizi e di migliore qualità nei territori, siano essi servizi dedicati alla cura e alla salute o alla sicurezza, alla formazione, al lavoro e all'accesso alle risorse.

L'approccio integrato al maltrattamento impone che venga rafforzato non solo il sistema dei servizi direttamente coinvolti nella cura, ma anche di quelli indirettamente responsabili della prevenzione: **investire per rafforzare il ruolo di "antenna" sociale, ad esempio, della scuola e dei pediatri di famiglia** è sempre più indispensabile, stanti le accresciute criticità emerse in questi ultimi anni.

In quest'ottica, un passaggio cruciale sarebbe **l'assegnazione automatica del pediatra di libera scelta** già in sede ospedaliera, contestualmente alla generazione del codice fiscale. Tale procedura garantirebbe un monitoraggio immediato, specialmente per i nuclei familiari più fragili, agendo come una rete di protezione primaria fin dai primi giorni di vita. Il pediatra, infatti, rappresenta la prima "antenna" strategica nel sistema di prevenzione e segnalazione, occupando una posizione privilegiata per intercettare precocemente segnali di disagio o potenziali fenomeni di maltrattamento.

Tutti i sistemi di servizi territoriali che possono intercettare a vario titolo le famiglie con figli minorenni sono quindi importanti ai fini della prevenzione e cura del maltrattamento, ma affinché possano espletare appieno le proprie potenzialità di intervento occorre che siano accessibili, continuativi, integrati e capaci di lavorare sempre di più sulle relazioni, e non solo sui comportamenti.

L'IMPATTO: LA VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL SISTEMA DI SERVIZI (PUBBLICO E PRIVATO)

Una delle sfide più complesse emerse dalla nostra ricerca riguarda **l'impossibilità di mappare e monitorare in modo sistematico l'ampio ventaglio di servizi offerti dal Terzo Settore e dal privato sociale**. Questo limite crea un paradosso: da un lato assistiamo a un'innovazione

In tal senso, solo la creazione di una rete sinergica tra settore pubblico e privato sociale può offrire un sostegno strutturale alle famiglie, potenziando la capacità dei servizi di intercettazione precoce. Un elemento chiave di questa collaborazione risiede nella **condivisione dei dati del Pronto Soccorso pediatrici**: l'integrazione di tali informazioni nel sistema di monitoraggio territoriale permetterebbe di individuare tempestivamente indicatori di rischio e segnali di abuso che, altrimenti, rischierebbero di rimanere isolati e invisibili.

Rafforzare i servizi non significa soltanto aumentarne le risorse in modo consistente, ma richiede un'autentica **modernizzazione delle strategie di intervento**. È necessario adottare modelli capaci di rispondere alle nuove forme di maltrattamento e alle dinamiche relazionali emergenti, nate dalla convergenza tra crisi socio-economiche e impatto delle tecnologie digitali.

Questa innovazione strutturale può realizzarsi solo se tutti i portatori di interesse partecipano attivamente a un percorso comune. L'obiettivo è superare la frammentazione, costruendo **reti di servizi integrati e multidisciplinari** tra pubblico, privato e Terzo Settore che siano solide, capillari e capaci di operare con la stessa efficacia in ogni territorio. Come evidenziato anche dalla Conferenza sull'Infanzia di novembre 2025, è fondamentale promuovere un lavoro condiviso per creare una vera **"comunità di cura"** attorno alle famiglie. In questa visione, i Centri per le Famiglie si pongono come hub territoriali strategici in cui pubblico e privato fanno rete per sostenere la genitorialità e la prevenzione. Accanto a questi, realtà come le Case del Sorriso rappresentano spazi fondamentali per agire direttamente sul campo, offrendo un supporto concreto ai bambini e alle bambine proprio all'interno del loro contesto di vita in sinergia con gli stakeholder istituzionali come la scuola ed i servizi.

La creazione di **modelli di "comunità di cura" territoriali**, capaci di tradurre la teoria in protezione agita, significa offrire al sistema modelli replicabili e analisi sempre più aderenti alle complessità contemporanee, mettendo al centro il benessere profondo delle bambine e dei bambini.

ne sociale estremamente dinamica e vitale, capace di rispondere con rapidità ai bisogni emergenti; dall'altro, questa spinta non riesce a integrarsi pienamente nel sistema pubblico, proprio perché manca una visione d'insieme dei risultati raggiunti.

Poiché l'Indice CESVI attinge alle basi dati del settore pubblico, si genera un vuoto informativo che può essere colmato solo adottando parametri di valutazione omogenei. La frammentazione e l'autonomia dei soggetti territoriali si traducono in una criticità strutturale: la mancanza di banche dati uniformi e coerenti.

Senza strumenti condivisi per misurare l'impatto degli interventi su scala nazionale, diventa impossibile comprendere quanto **l'azione complessiva di pubblico e privato stia realmente incidendo sul cambiamento sociale**. Il rischio concreto è quello di operare senza una bussola aggiornata: senza dati integrati e tempestivi,

l'efficacia delle politiche resta verificabile solo a distanza di anni o attraverso studi isolati. In questo modo, le evidenze necessarie per guidare le decisioni istituzionali arrivano troppo tardi, impedendo di trasformare le buone pratiche in interventi strutturali e permanenti.

Sebbene in Italia esistano già esperienze virtuose di valutazione dei risultati (come il programma P.I.P.I.⁵), è urgente mettere a disposizione di tutti i portatori di interesse strumenti tecnici uniformi e accessibili. Solo una visione d'insieme basata su esiti concreti può offrire ai *decision makers* elementi tempestivi per valutare l'efficacia delle politiche e calibrare gli interventi necessari.

LA FORMAZIONE: MIGLIORARE E ACCRESCERE LA PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI

Le sfide poste dalle nuove forme di maltrattamento e dall'acuirsi della povertà relazionale rendono improponibile un investimento massiccio nella formazione e sulla supervisione di tutti i professionisti che, a vario titolo, entrano in contatto con i bambini e le loro famiglie. Il sistema attuale sconta da anni un'inadeguatezza strutturale, evidente nella carenza di assistenti sociali, pediatri di libera scelta e neuropsichiatri infantili rispetto alla popolazione residente.

Tuttavia, aumentare il numero di professionisti non è sufficiente se non si sostiene questo sforzo quantitativo con un salto di qualità del servizio erogato. È indispensabile che **ogni categoria di operatore** — dai servizi sociali

a quelli sanitari — sia dotata dei più moderni ed efficaci strumenti di diagnosi e intervento per affrontare dinamiche familiari sempre più complesse.

In questo quadro, **la formazione deve estendersi oltre i servizi specialistici per coinvolgere le "antenne"** fondamentali del territorio: la **scuola**, luogo privilegiato di osservazione e prevenzione quotidiana, e i **pediatri**, che dovrebbero essere messi in condizione di agire come vere e proprie sentinelle capaci di intercettare precocemente i segnali di disagio. Solo una preparazione trasversale e condivisa permetterebbe a questi attori di operare come una rete vigile e coordinata, trasformando ogni contatto con il minore in un'opportunità di protezione e ascolto.

LA RELAZIONE: LA POVERTÀ RELAZIONALE COME FATTORE EMERGENTE

L'approfondimento di questa edizione dell'Indice (Cap. 3), arricchito dalla partecipazione diretta dei bambini e delle bambine, conferma quanto emerso dall'analisi dei dati: la **povertà relazionale** agisce come un fattore di rischio crescente, rendendo specularmente l'investimento nelle capacità affettive una chiave essenziale di benessere e protezione.

Le trasformazioni sociali recenti hanno prodotto un evidente indebolimento delle reti di supporto, riducendo drasticamente le occasioni di incontro "in presenza". Questo isolamento, che colpisce trasversalmente adulti e minorenni, sta minando le relazioni familiari in un paradosso di incomunicabilità tipico della nostra era, caratterizzata da un eccesso di comunicazione virtuale, ma da una carenza di legami profondi.

La povertà relazionale non è dunque un limite puramente individuale o familiare, ma una sfida collettiva con forti connotati sociali e comunitari. Tale dimensione influisce sia sull'aggravamento dei rischi sia sul rafforzamento dei fattori protettivi. Diventa quindi prioritario intervenire con politiche e servizi mirati a ricostruire i legami sociali, potenziando i contesti educativi e promuovendo la creazione di vere e proprie comunità di supporto.

In questa prospettiva, poter attingere a **nuove ricerche focalizzate su emergenze cruciali come la povertà relazionale** conferma quanto queste siano uno strumento indispensabile per affinare l'analisi e per costruire azioni forti di prevenzione sulla base oggettiva dei dati.

LE POLITICHE: VERSO UN CAMBIO DI PARADIGMA NELLE POLITICHE PER L'INFANZIA

A livello nazionale, l'adozione del VI Piano nazionale di azione per l'infanzia (2025–2027)⁷ e del **Piano contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori**⁶ segna un importante progresso nella programmazione, ponendo l'accento su prevenzione e sistemi informativi. Tuttavia, tali strumenti faticano ancora a tradursi in dispositivi strutturali e operativi capaci di garantire omogeneità e continuità su tutto il territorio.

Per superare queste criticità, è necessario un **cambio di paradigma**: occorre passare da un approccio puramente reattivo, focalizzato sull'emergenza, a strategie preventive integrate che agiscano sui fattori di rischio prima che il danno si manifesti. Come già evidenziato, ciò

richiede una *governance* più coordinata tra le politiche sociali, sanitarie ed educative, un investimento strutturale nel sostegno alle famiglie e la capacità di misurare non solo il numero di interventi, ma il reale impatto sulla vita dei beneficiari.

In questa prospettiva, emerge l'urgenza di collocare la prevenzione del maltrattamento in modo stabile all'interno delle politiche pubbliche. Un passaggio fondamentale sarebbe il suo inserimento nei principali strumenti di programmazione, come il **Piano Nazionale di Prevenzione Sanitaria**, sancendo definitivamente il contrasto alla violenza sulle persone di minore età come una priorità assoluta di salute pubblica.

Note di capitolo

¹ Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia, VI Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025–2027, adottato con Decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 2025 <https://famiglia.governo.it/media/2iyajw21/6-piano-nazionale-infanzia-ed-adolescenza.pdf>

² Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia / Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile, Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minorenni 2025–2027, approvato il 16 settembre 2025 https://famiglia.governo.it/media/llgb2rej/piano_contrasto_pedofilia_06_web.pdf

³ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, <https://www.garanteinfanzia.org/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza/>

⁴ *"Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC) è un network attualmente composto da più di 100 soggetti del Terzo Settore che da almeno tre anni si occupano attivamente della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ed è coordinato da Save the Children Italia. Il Gruppo CRC si è costituito nel dicembre 2000 con l'obiettivo prioritario di preparare il Rapporto sull'attuazione della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Convention on the Rights of the Child – CRC) in Italia, supplementare a quello presentato dal Governo italiano, da sottoporre al Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso l'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite. Da allora il network redige regolarmente "Rapporti di aggiornamento annuali e periodici"* Fonte: <https://gruppocrc.net/chi-siamo/>

⁵ Programma P.I.P.P.I. (*Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione*) è una strategia nazionale promossa dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali che mira a sostenere le famiglie in situazione di vulnerabilità per favorire il benessere dei minori ed evitare che vengano allontanati dal proprio nucleo familiare.

⁶ Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia, VI Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025–2027, adottato con Decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 2025 <https://famiglia.governo.it/media/2iyajw21/6-piano-nazionale-infanzia-ed-adolescenza.pdf>

⁷ Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia / Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile, Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minorenni 2025–2027, approvato il 16 settembre 2025 https://famiglia.governo.it/media/llgb2rej/piano_contrasto_pedofilia_06_web.pdf

BIBLIOGRAFIA

- Andresen S. and Meiland S. (2019). Being poor from children's point of view. The potential of childhood theory and qualitative methods for child poverty research: Findings from two qualitative studies of poverty in Germany. *Children and Youth Services Review*, Volume 97, 94-99.
- Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., Preen, D. B., Brown, D. S., Nguyen, H., & Segal, L. (2021). Intergenerational transmission of child maltreatment in South Australia, 1986–2017: A retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00024-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00024-4)
- Attree, P. (2014). *Growing up in disadvantage: The emotional costs of poverty*. Bristol: Policy Press.
- Aufseeser, D. (2020). Towards a relational understanding of child poverty: Care and adverse inclusion among street-affiliated children in Peru. *Geoforum* 114, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2020.05.016>
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Fondazione Terre des Hommes Italia (2021). Seconda Indagine nazionale sul maltrattamento di bambini e degli adolescenti in Italia, <https://cismai.it/documento/seconda-indagine-nazionale-sul-maltrattamento-di-bambini-e-adolescenti-in-italia-dati-2018/>
- Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza; CISMAI; Fondazione Terre des Hommes Italia (2025) III Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, dati al 31 dicembre 2023, <https://cismai.it/documento/iii-indagine-nazionale-sul-maltrattamento-dei-bambini-e-degli-adolescenti-in-italia-documento/>
- Baldwin, J. R., Wang, B., Karwowska, L., Schoeler, T., Tsaligopoulou, A., Munafò, M. R., & Pingault, J.-B. (2023). Childhood Maltreatment and Mental Health Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quasi-Experimental Studies. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 117–126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36628513/>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Bessell, S. (2021). Rethinking child poverty: material, opportunity and relational dimensions. *Journal of Human Development and Capabilities*, 22(3), 455–472.
- Bessell, S., Siagian, C., and Bexley, A. (2020). Towards child-inclusive concepts of childhood poverty: The contribution and potential of research with children. *Children and Youth Services Review* 116, 105118. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105118>
- Bourdieu P. (1980) Le capital social – Notes provisoire, in «Actes de la recherche en sciences sociales», n. 31.
- Braun, V., Clarke, V.: Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual. Res. Sport Exerc. Health* 11(4), 589–597 (2019). doi.org/ 10.1080/ 21596 76X. 2019. 16288 06
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., Vol. 1, pp. 793–828). New York: Wiley.
- Brown, D., & De Cao, E. (2018). The Impact of Unemployment on Child Maltreatment in the United States, ISER Working Paper Series, n. 4, University of Essex. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/200368/1/1015796494.pdf>
- Brown, D., & De Cao, E. (2024). Unveiling Shadows: The Impact of Unemployment on Child Maltreatment, <https://www.iza.org/publications/dp/16799/unveiling-shadows-the-impact-of-unemployment-on-child-maltreatment>
- Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S. E., & Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the COVID-19 pandemic: Associations with

- perceived stress, social isolation, and child maltreatment risk. *Child Abuse & Neglect*, 110. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
- ESVI (2020). Restituire il futuro. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia. ISBN 978- 88-943474-3-2 <https://www.cesvi.org/approfondimenti/indice-regionale-sul-maltrattamento-allinfanzia-italia/>
- ESVI Fondazione (2024). Le parole sono importanti Indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia. ISBN 978-88-943474-6-3 <https://www.cesvi.org/approfondimenti/indice-regionale-sul-maltrattamento-allinfanzia-italia/>
- CISMAI (1999). Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. https://cismai.it/assets/uploads/2015/02/Requisiti_Interventi_Violenza_Assistita_Madri1999.pdf
- CISMAI, Università L. Bocconi & Terre des Hommes (2013). Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?, https://cismai.it/assets/uploads/2015/02/6261_Tagliare_sui_bambini_studioTDH_Bocconi_Cismai.pdf
- Coohey, C. (1996). Child maltreatment: Testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 241–254. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(95\)00143-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(95)00143-3)
- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J., & Korbin, J. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*, 31(11–12), 1117– 1142. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.023>
- Coulton, C. J., Richter, F. G.-C., Korbin, J., Crampton, D., & Spilsbury, J. C. (2018). Understanding trends in neighborhood child maltreatment rates: A three-wave panel study 1990–2010. *Child Abuse & Neglect*, 84, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.025>
- Drake, B., Jonson-Reid, M., & Darejan Dvalishvili. (2022). Poverty and Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, 239–257. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2_11
- Dunn, E. C., Nishimi, K., Gomez, S. H., Powers, A., & Bradley, B. (2018). Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful? *Journal of Affective Disorders*, 227, 869–877. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.045>
- Eurochild. (2022). Poverty takes away the right to childhood. Brussels. <https://eurochild.org/uploads/2023/10/Poverty-takes-away-the-right-to-childhood.pdf>
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA); European Institute for Gender Equality (EIGE); Eurostat. (2024). EU gender-based violence survey – Key results. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/eu-gender-violence-survey-key-results>
- Geprägs, A., Bürgin, D., Fegert, J. M., Brähler, E., & Clemens, V. (2023). Parental stress and physical violence against children during the second year of the COVID-19 pandemic: results of a population-based survey in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00571-5>
- Gibb, J. (2016). Poverty and children's personal and social relationships. London: National Children's Bureau.
- Gilbert R., Widom C.S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 2009, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Granovetter. Mark S. (1973). The Strength of Weak Ties. *The American Journal of Sociology*, Vol. 78, No. 6, pp. 1360–1380.
- Grant, C., Radley, J., Philip, G., Lacey, R., Blackburn, R., Powell, C., & Woodman, J. (2023). Parental health in the context of public family care proceedings: A scoping review of evidence and interventions. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106160. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106160>
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, 80(1), 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A., & Vederhus, J. K. (2021). Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: A cross-sectional study of 28047 adults from the general population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00384-9>
- Herbert, K., Xi, Q., Feder, G., Gilbert, R., Powell, C., Howarth, E., Morris S. (2023). Child maltreatment and parental domestic violence and abuse, co-occurrence and the effect on lifetime outcomes in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *SSM Popul Health*. 2023 Nov 19;24:101555. doi: 10.1016/j.ssmph.2023.101555. PMID: 38073858; PMCID: PMC10709161. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827323002203?utm>
- Herrero-Roldán, S., Moreno-Manso, J. M., González, A., & García-Baamonde, M. E. (2025). Neglect and Neurodevelopment: A Narrative Review Understanding the Link Between Child Neglect and Executive Function Deficits. *Biomedicine*, 13(7), 1565. <https://www.mdpi.com/2227-9059/13/7/1565>
- Hien, D., Cohen, L. R., Caldeira, N. A., Flom, P., & Wasserman, G. (2010). Depression and anger as risk factors underlying the

- relationship between maternal substance involvement and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.006>
- Howell, K. H., Barnes, S. E., Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2016). Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *J Inj Violence Res*. 2016 Jan;8(1):43–57. . <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4729333/>
- Ireton, R., Hughes, A., & Klabunde, M. (2024). An FMRI Meta-Analysis of Childhood Trauma. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2024.01.009>
- Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (2025) ESPAD® Italia 2024. Rapporto di ricerca sulla diffusione dei comportamenti a rischio fra gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, a cura di S. Biagioni, C. Fizzarotti, S. Molinaro, Pisa, 2024. https://www.epid.ifc.cnr.it/espas/2024/ESPAD_2024_Final.pdf
- Kim, H., & Drake, B. (2018). Child maltreatment risk as a function of poverty and race/ethnicity in the USA. *International Journal of Epidemiology*, 47(3), 780–787. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx280>
- Klein, S. (2011). The availability of neighborhood early care and education resources and the maltreatment of young children. *Child Maltreatment*, 16(4), 300–311. <https://doi.org/10.1177/1077559511428801>
- Klika, J. B., Maguire-Jack, K., Feely, M., Schneider, W., Pace, G. T., Rostad, W., Murphy, C. A., & Merrick, M. T. (2022). Childcare Subsidy Enrollment Income Generosity and Child Maltreatment. *Children*, 10(1), 64. <https://doi.org/10.3390/children10010064>
- Laulik, S., Allam, J., & Browne, K. (2014). Maternal borderline personality disorder and risk of child maltreatment. *Child Abuse Review*, 25(4), 300–313. <https://doi.org/10.1002/car.2360>
- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S., & Laverne, C. (2015). Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Canadian Journal of Public Health*, 106(S7), eS45–eS56. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4838>
- Lindo, J. M., Schaller, J., & Hansen, B. (2018). Caution! Men not at work: Gender-specific labor market conditions and child maltreatment. *Journal of Public Economics*, 163, 77–98. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.04.007>
- Liu, A. Y., Gubbels, J., & Orobio de Castro, B. (2024). The effectiveness of trauma-informed parenting programs for traumatized parents and their components: A meta-analytic study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(4), 1113–1143. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00503-5>
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250–266. DOI/link verificato: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61708-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61708-)
- Madigan, S., Turgeon, J., Racine, N., Zhu, J., Alink, L. R. A., Ereyi-Osas, W., Jang, G., & Fearon, R. M. P. (2025). Patterns of continuity and discontinuity of childhood maltreatment across generations: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579425000239>
- Main, Gill (2019). Child poverty and subjective well-being: The impact of children's perceptions of fairness and involvement in intra-household sharing. In: *Children and Youth Services Review*, 97 (2019), 49–58.
- Masten, A. S., Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
- McCloud, B., Abdullah, A. (2025). Theoretical Analysis of the Cycle of Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 26(5), 1064–1081 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248380241301781>
- Moog, N. K., Cummings, P. D., Jackson, K. L., Aschner, J. L., Barrett, E. S., Bastain, T. M., Blackwell, C. K., Enlow, M. B., Breton, C. V., Bush, N. R., Deoni, S. C. L., Duarte, C. S., Ferrara, A., Grant, T. L., Hipwell, A. E., Jones, K., Leve, L. D., Lovinsky-Desir, S., Miller, R. K., & Monk, C. (2023). Intergenerational transmission of the effects of maternal exposure to childhood maltreatment in the USA: a retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(3), e226–e237. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00025-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00025-7)
- Mosse, D. (2010). A relational approach to durable poverty, inequality and power. *Journal of Development Studies*, 46(7), 1156–1178. <https://doi.org/10.1080/00220388.2010.487095>
- Nevriana, A., Kyriaki Kosidou, Hope, H., Wicks, S., Dalman, C., Pierce, M., & Abel, K. M. (2024). Parental Mental Illness and the Likelihood of Child Out-of-home Care: A Cohort Study. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061531>
- Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13(975936). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.975936>
- NICHD Early Child Care Research Network (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months, *Developmental Psychology*, 35(5), 1297–1310. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1297>

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- OECD. (2021). Measuring what matters for child well-being and policies. Paris: OECD Publishing.
- Osborne, KL, Munasinghe, S. & Page, A. (2025). The Intergenerational Transmission of Emotional Intimate Partner Violence: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Fam Viol*. <https://doi.org/10.1007/s10896-025-00871-8>
- Pezzoli, P., Pingault, JB., Eley, T.C. et al. (2025). Causal and common risk pathways linking childhood maltreatment to later intimate partner violence victimization. *Mol Psychiatry* 30, 2027–2037 <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02813-0>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142–1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Racine, N., Zhu, J., Hartwick, C., & Madigan, S. (2022). Differences in Demographic, Risk, and Protective Factors in a Clinical Sample of Children who Experienced Sexual Abuse Only vs. Poly-victimization, *Frontiers in Psychiatry*, 12, 789329. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.789329>
- Ray, J. A., Choi, J.-K., & Jackson, A. P. (2021). Adverse childhood experiences and behavior problems among poor Black children: Nonresident father involvement and single mothers' parenting stress. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105264. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105264>
- Ridge, T. (2011). The Everyday Costs of Poverty in Childhood: A Review of Qualitative Research Exploring the Lives and Experiences of Low-Income Children in the UK. *Children & Society*, 25: 73–84.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918–924. <https://doi.org/10.1126/science.277.5328.918>
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual Review of Sociology*, 28, 443–478. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.28.110601.141114>
- Sardinha L, Yüksel-Kaptanoğlu I, Maheu-Giroux M, Garcia-Moreno C. (2024). Intimate partner violence against adolescent girls: regional and national prevalence estimates and associated country-level factors. *Lancet Child Adolesc Health*. 2024 Sep;8(9):636–646. doi: 10.1016/S2352-4642(24)00145-7 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11319864/>
- Sattler, K. M. P. (2022). Can Early Childhood Education Be Compensatory? Examining the Benefits of Child Care Among Children Who Experience Neglect. *Early Education and Development*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10409289.2022.2139547>
- Schneider, W. (2017). Single mothers, the role of fathers, and the risk for child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 81, 81–93. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.07.025>
- Seagull, E. A. W. (1987). Social support and child maltreatment: A review of the evidence. *Child Abuse & Neglect*, 11(1), 41–52. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90032-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90032-9)
- Skinner, G. C. M., Bywaters, P. W. B., & Kennedy, E. (2022). A review of the relationship between poverty and child abuse and neglect: Insights from scoping reviews, systematic reviews and meta-analyses. *Child Abuse Review*, 32(2). <https://doi.org/10.1002/car.2795>
- Sousa, C. A., Siddiqi, M., & Bogue, B. (2022). What Do We Know After Decades of Research About Parenting and IPV? A Systematic Scoping Review Integrating Findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1629–1642. <https://doi.org/10.1177/15248380211016019>
- Street, M. (2021). Society's readiness: How relational approaches to well-being could support young children's educational achievement in high-poverty contexts. *Children & Society*, 35:736–751
- Stoltenborgh, Marije & bakermans-kranenburg, Marian & Alink, Lenneke & van IJzendoorn, Marinus. (2014). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*. 24. 10.1002/car.2353. https://www.researchgate.net/publication/267103498_The_Prevalence_of_Child_Maltreatment_across_the_Globe_Review_of_a_Series_of_Meta-Analyses
- Stracke, M., Gilbert, K., Kieslich, K., Poustka, L., & Reis, O. (2023). Mental Health Is a Family Affair—Systematic Review and Meta-Analysis on the Associations between Mental Health Problems in Parents and Children during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3225. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10001622/>
- Temple JR, Baumler E, Wood L. (2024) Intimate Partner Violence and Parenting. *JAMA Pediatr*. 2024;178(10):1074–1076. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.2705
- Terre des Hommes (2025). Dossier Indifesa 2025 – La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo, dati del Servizio Analisi Criminale della Direzione Centrale della Polizia Criminale. <https://terredeshommes.it/indifesa/>

- Trainor, G. (2021). The Impact of Childhood Neglect on Cognition in School-Aged Children. *Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research*, 34(5).
<https://doi.org/10.26717/bjstr.2021.34.005629>
- UNICEF (2010). Child disciplinary practices at home: evidence from a range of low- and middle-income countries. <https://data.unicef.org/resources/child-disciplinary-practices-at-home-evidence-from-a-range-of-low-and-middle-income-countries>
- UNICEF (2017). A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents. United Nations Children's Fund
<https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>
- UNICEF (2020). Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents. <https://www.unicef.org/media/93986/file/Child-Protection-Gender-Dimensions-of-VACAG-2021.pdf>
- Van, Ee. E., Meuleman, E.M. (2024). Mothers with a history of trauma and their children: a systematic review of treatment interventions. *Front. Psychol.* 15:1293005. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1293005
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1293005/full>
- Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., Prinzie, P., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents. *Child Maltreatment*, 14(4), 369–375.
<https://doi.org/10.1177/1077559509342125>
- Vasquez Guerrero, D.A. (2009). Hypermasculinity, intimate partner violence, sexual aggression, social support, and child maltreatment risk in urban, heterosexual fathers taking parenting classes. *Child Welfare*, 88(4), 135–155
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20405780/>
- Wadji, D. L., Oe, M., Cheng, P., Bartoli, E., Martin-Soelch, C., Pfaltz, M. C., & Langevin, R. (2023). Associations between experiences of childhood maltreatment and perceived acceptability of child maltreatment: A cross- cultural and exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 143, 106270.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106270>
- Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1409– 1425.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.07.002>
- Watson, C. B., Lee, M., St John, A., Dako-Gyeke, M., Arnone, D., Gondek, D., Naughton, M., Fazel, S., & Widom, C. S. (2025). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Childhood Maltreatment and Adult Depression Depression and Anxiety. 42(4). e70034.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11962359/>
- Whitten T., Tzoumakis S., Green M.J., Dean K. (2024). Global Prevalence of Childhood Exposure to Physical Violence within Domestic and Family Relationships: A Systematic Review and Proportional Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 2024
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10913340/?utm>
- World Health Organization (WHO). (2010). Violence Prevention - The Evidence. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (WHO). (2013). European report on preventing child maltreatment. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/eea8430a-2893-4d92-981d-e3376fc51961/content>
- World Health Organization (WHO). (2016). INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
- World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe (2018). European status report on preventing child maltreatment. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053549>
- World Health Organization (WHO) et al. (2025). INSPIRE: Evidence Update on Ending Violence Against Children. https://inspire-strategies.org/sites/default/files/2025-11/Nov%202025%20Exec%20Summary_INSPIRE%20Evidence%20Review.pdf
- Wolf, J. P., Freisthler, B., & McCarthy, K. S. (2021). Parenting in poor health: Examining associations between parental health, prescription drug use, and child maltreatment. *Social Science & Medicine*, 277, 113887. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113887>
- Woolgar, F., Garfield, H., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2022). Systematic review and meta-analysis: Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in trauma-exposed preschool-aged children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(3), 366–377.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8885427/>
- Yang S, Park Y, Thor P. (2026). Intergenerational Transmission of Family Violence: A Narrative Review of Pathways from Childhood Exposure to Family Violence to Adult Intimate Partner Violence Perpetration. *Behavioral Sciences*; 16(2):299.
<https://doi.org/10.3390/bs16020299>
- Younas, F., Colucci, E., Mclean, T., et al. (2023). Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3266–3286. Disponible su: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36448533/>

Younas, F., & Gutman, L. M. (2022). Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 152483802211346. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>

Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological Influences on the Sequelae of Child Maltreatment: A Review of the Literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49–62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>

American SPCC (2022), *Mental Health of Children and Parents: A Strong Connection*, American Society for the Positive Care of Children: <https://americanspcc.org/mental-health-of-children-and-parents-a-strong-connection/>

Australian Institute of Family Studies (AIFS). (2025). Risk and protective factors for child abuse and neglect. <https://aifs.gov.au/resources/policy-and-practice-papers/risk-and-protective-factors-child-abuse-and-neglect>

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, <https://www.garanteinfanzia.org/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Risk and Protective Factors for Child Abuse and Neglect. Disponibile al link: https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/risk-factors/?CDC_Aaref_Val

Child Welfare Information Gateway, What Is Child Abuse and Neglect? Recognizing the Signs and Symptoms <https://www.childwelfare.gov/resources/what-child-abuse-and-neglect-recognizing-signs-and-symptoms/>

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Convenzione di Istanbul,

<https://rm.coe.int/1680464e9d>

End Corporal Punishment of Children. Italy IT – End Corporal Punishment of Children. <https://endcorporalpunishment.org/reports-on-every-state-and-territory/italy-it/>

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

ISTAT, Il numero di pubblica utilità 1522 – dati trimestrali sulla violenza contro le donne, tavole statistiche, <https://www.istat.it/tavole-di-dati/il-numero-di-pubblica-utilita-1522-iv-trimestre-2024/>

ISTAT, La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia, <https://www.istat.it/it/archivio/161716>

Istituto Demopolis, Vivere da adolescenti in Italia. Indagine sugli adolescenti tra i 14 e i 17 anni, realizzata per l'impresa sociale Con i Bambini nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile, presentazione dei risultati, 18 novembre 2025, <https://www.conibambini.org/2025/11/18/presentata-lindagine-vivere-da-adolescenti-in-italia/>

OECD (2023). Child well-being and labour market outcomes <https://www.oecd.org/els/family/child-well-being.htm>

Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia, VI Piano nazionale di azione e

di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025–2027, adottato con Decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 2025 <https://famiglia.governo.it/media/2iyajw21/6-piano-nazionale-infanzia-ed-adolescenza.pdf>

Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia / Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile, Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori 2025–2027, approvato il 16 settembre 2025 https://famiglia.governo.it/media/llgb2rej/piano_contrasto_pedofilia_06_web.pdf

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

SDG16 Data Initiative, Target 16.2 – End violence against children, <https://sdg16now.org/report/target16-2/>

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

UNICEF, Violent discipline, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-discipline/>

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

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau, Child Welfare Information Gateway. (2020). Protective factors approaches in child welfare. https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/protective_factors.pdf

World Health Organization (WHO). Child Maltreatment, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organization (WHO). Violence against women prevalence estimates, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116962>

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

World Health Organization (WHO). Violence against children – Health topics, <https://www.who.int/health-topics/violence-against-children>



ASIA

APPENDICI

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

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

Una peculiarità del QUARS è l'approccio partecipativo con cui è stato costruito, che ha visto il contributo soprattutto delle 46 associazioni che hanno aderito alla campagna di Sbilanciamoci.

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

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

La metodologia statistica adottata per il calcolo del QUARS ha il merito di rendere comparabili indicatori con unità di misura differente. Ogni indicatore viene infatti standardizzato in modo tale da avere media zero (la media nazionale) e stesso ordine di grandezza, senza quindi introdurre la distorsione che si determina utilizzando i valori assunti dagli estremi della distribuzione (rispettivamente, i valori delle regioni con indica-

tore più alto e più basso). Una volta resi confrontabili i vari indicatori viene calcolato, per ogni ambito, un macro-indicatore come media semplice dei 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 7 macro-indicatori calcolati per ciascun ambito. Con l'intento di ridurre al minimo l'influenza di scelte metodologiche di tipo arbitrario, si assegna così lo stesso peso a ogni macro-indicatore, riconoscendo a tutti gli ambiti la stessa importanza nel contribuire alla determinazione del livello generale di qualità della vita.

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

$$Z_{i,j} = \frac{X_{i,j} - \mu_j}{\sigma_{xj}}$$

Dove

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

μ_j è la media tra i valori di tutte le regioni per la variabile j

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

$Z_{i,j}$ è il dato della regione i relativo alla variabile j standardizzato. A ogni $X_{i,j}$ corrisponde uno e un solo $Z_{i,j}$, inoltre vengono conservate per costruzione le distanze.

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

È importante sottolineare che il risultato delle elaborazioni che portano al calcolo del QUARS non permette di dire quale regione operi bene e quale male in termini assoluti, ma solamente quale operi meglio e quale peggio in relazione alle altre regioni prese in considerazione.

Fonte:

RAPPORTO QUARS 2010

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

Multidimensionalità nelle analisi di benessere e problemi di comparazione di Enrica Chiappero Martinetti e Gisella Accolla Working Paper ORES n. 1 / 2011 – 8 febbraio <http://www-5.unipv.it/webdesed/docenti/chiappero/comunicazioni/Multidimensionalita%20nelle%20analisi%20di%20benessere%20e%20problemi%20di%20comparazione.pdf>

II TABELLE

TABELLA 1. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI: CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

N°	CLASSE	FATTORE DI RISCHIO/ PROTETTIVO (R/P)	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
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	2024	Istat
2		R: Giovane età dei genitori	Indice regionale di fecondità per età media del padre	2024	Istat
3		R: Famiglie monoparentali	Indice regionale famiglie monogenitoriali/totale famiglie	2024	Istat
4		P: Caratteristiche caratteriali personali	Persone di 14 anni e più che hanno espresso un punteggio di soddisfazione per la vita tra 8 e 10 anni	2024	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	2019	Istat
6	Relazionali	R/P: Scarsa coesione familiare e famiglie disfunzionali	Separazioni per 10.000 abitanti	2023	Istat - Noi Italia
7	Relazionali		Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione per le relazioni familiari	2024	Istat
8	Relazionali	R: Numero componenti della famiglia	Famiglie con più di cinque componenti	2024	Istat

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

Regioni	Tasso fecondità/1.000 donne 15-19 anni	Fecondità per età media del padre	% Famiglie monogenitori/totale famiglie	Soddisfazione per la vita	% Donne 15-49 anni che usano metodi moderni di contraccezione	Separazioni/10.000 ab.	Soddisfazione relazioni familiari	Famiglie con più di 5 componenti	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	13	17	1	1	3	1	1	19	0,983	1
Lombardia	6	7	4	8	4	4	6	8	0,557	2
Liguria	16	6	11	4	5	14	2	1	0,536	3
Veneto	4	9	2	12	8	2	7	12	0,521	4
Friuli Venezia Giulia	9	14	15	5	9	3	3	6	0,420	5
Piemonte	8	16	5	15	1	10	10	3	0,413	6
Valle d'Aosta	3	13	10	2	11	17	4	4	0,407	7
Sardegna	11	2	18	10	2	9	13	2	0,381	8
Emilia-Romagna	10	10	6	13	7	5	8	14	0,314	9
Toscana	7	8	13	16	6	6	9	5	0,311	10
Umbria	1	11	7	3	10	13	5	15	0,299	11
Marche	2	4	17	14	12	7	12	18	0,036	12
Molise	14	3	8	7	17	8	14	7	0,025	13
Basilicata	5	1	9	9	20	11	19	11	-0,132	14
Abruzzo	15	12	16	6	18	12	11	10	-0,251	15
Lazio	12	5	14	18	14	16	15	9	-0,279	16
Puglia	19	18	3	19	16	15	17	13	-0,653	17
Calabria	17	15	19	11	19	18	18	16	-0,831	18
Sicilia	20	20	12	17	13	20	16	17	-1,245	19
Campania	18	19	20	20	15	19	20	20	-1,811	20

**TABELLA 2. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Sostegno alla maternità	Gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - N° utenti/100.000 donne 18-64 anni abitanti per regione	2021	Istat
2		N° consultori materno-infantili/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2023	Istat + Min. Salute
3	Sostegno alla genitorialità	Sostegno alla genitorialità famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2022	Istat
4	Servizio Sociale Professionale	Servizio Sociale Professionale famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2022	Istat
5	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare socio-assistenziale famiglia e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2022	Istat
6	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale utenti famiglia e minori n° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2022	Istat

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

Regioni	Sostegno alla maternità		Sostegno alla genitorialità	Servizio sociale professionale	Assistenza domiciliare e socio-assistenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Totale	Pos. Tot.
	Gestanti o madri maggiorenni con figli	Numero consultori						
Emilia-Romagna	2	2	1	4	18	1	1,512	1
Sardegna	8	6	9	1	9	2	0,549	2
Umbria	4	4	10	14	2	12	0,537	3
Valle d'Aosta	11	1	6	9	7	8	0,389	4
Basilicata	10	5	13	8	1	16	0,381	5
Veneto	16	12	3	3	8	6	0,260	6
Abruzzo	18	9	8	5	4	4	0,234	7
Trentino-Alto Adige	6	3	18	18	20	3	0,091	8
Piemonte	12	11	2	7	10	15	0,091	9
Puglia	14	13	4	2	11	14	0,043	10
Sicilia	1	10	20	16	12	9	0,014	11
Liguria	5	15	12	6	17	11	-0,017	12
Lombardia	13	19	14	10	3	7	-0,038	13
Toscana	3	8	19	13	6	13	-0,066	14
Lazio	7	17	7	15	5	10	-0,107	15
Friuli Venezia Giulia	9	16	17	17	19	5	-0,368	16
Marche	17	7	5	12	16	17	-0,377	17
Calabria	15	14	16	19	14	20	-0,816	18
Molise	20	18	11	11	15	18	-0,859	19
Campania	19	20	15	20	13	19	-1,139	20

TABELLA 3. INDICATORI SERVIZI PER BAMBINI:
CAPACITÀ DI RICEVERE CURA

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE	ANNO	FONTE
1	Disponibilità di servizi per l'infanzia	Servizi socio-educativi per la prima infanzia - Posti autorizzati per 100 bambini di 0-2 anni	2023	Istat
2	Disponibilità di servizi per l'infanzia	% bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	2024	Istat
3	Servizi sociali per l'infanzia	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per l'infanzia (affidi e adozioni) /100.000 abitanti	2022	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)	2023	Istat
5	Servizi sociali per sostegno socio-educativo e scolastico	Numero utenti dei Comuni per servizi sociali per sostegno socio-educativo e scolastico /100.000 abitanti	2022	Istat

INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI:
CAPACITÀ DI RICEVERE CURA

Regioni	Servizi prima infanzia posti autorizzati per 100 bambini di 0-2 anni	Bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	Servizi per l'infanzia per affidi e adozione	Minori ospiti presidi	Servizi sostegno socio-educativo	Totale	Pos. Tot.
Umbria	1	6	4	9	2	0,995	1
Emilia-Romagna	2	18	5	7	1	0,716	2
Piemonte	12	12	1	13	4	0,693	3
Liguria	10	13	2	3	6	0,634	4
Valle d'Aosta	3	2	8	5	17	0,422	5
Toscana	4	11	6	10	5	0,336	6
Sardegna	7	8	12	8	7	0,276	7
Basilicata	15	3	10	2	16	0,236	8
Veneto	9	16	3	17	8	0,067	9
Marche	11	9	7	12	11	-0,016	10
Friuli Venezia Giulia	5	15	19	6	12	-0,040	11
Sicilia	19	10	15	1	15	-0,237	12
Lombardia	8	19	9	15	10	-0,278	13
Abruzzo	14	7	14	19	9	-0,299	14
Trentino-Alto Adige	13	14	20	4	20	-0,447	15
Puglia	17	4	13	14	14	-0,457	16
Molise	16	17	16	20	3	-0,538	17
Lazio	6	20	11	11	13	-0,648	18
Campania	20	1	18	18	18	-0,700	19
Calabria	18	5	17	16	19	-0,715	20

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

N°	CLASSE	FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTI
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	2024	Istat
2		Uso di droghe	Tasso mortalità dipendenza da droghe, tossicomania M+F/10.000 abitanti	2023	Istat
3		Malattia mentale	Giudizio positivo sulle prospettive future	2024	Istat
4			Indice di salute mentale relativo alle persone di 14 anni e più	2024	Istat
5			Sintomi di depressione	2023-2024	ISS

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

Regioni	Comportamento a rischio alcol	Tasso mortalità dipendenza da droghe M+F	Giudizio positivo sul futuro	Indici di salute mentale	Sintomi depressione	Totale	Pos. Tot.
Sicilia	1	2	15	4	6	0,802	1
Calabria	4	10	8	7	1	0,654	2
Trentino-Alto Adige	18	4	14	1	4	0,637	3
Campania	2	3	4	19	13	0,632	4
Lazio	5	6	7	14	9	0,312	5
Umbria	12	12	6	6	10	0,254	6
Liguria	9	7	9	3	14	0,232	7
Valle d'Aosta	20	1	2	9	12	0,217	8
Friuli Venezia Giulia	19	8	10	5	3	0,077	9
Basilicata	6	15	13	12	5	0,061	10
Puglia	3	9	19	20	2	0,021	11
Toscana	11	11	12	13	8	-0,090	12
Sardegna	17	18	1	2	18	-0,100	13
Abruzzo	7	14	16	18	7	-0,224	14
Lombardia	15	19	3	11	11	-0,232	15
Veneto	14	17	5	10	17	-0,296	16
Emilia-Romagna	10	13	11	16	16	-0,345	17
Marche	8	5	20	17	19	-0,599	18
Piemonte	13	16	17	15	15	-0,688	19
Molise	16	20	18	8	20	-1,326	20

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

N°	CATEGORIA DI SINTOMO	INDICATORE	ANNO	FONTE
1	Gravidanze precoci	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni	2024	Istat
2	Obesità 6-17 anni	Persone di 6-17 anni per eccesso di peso (per 100 persone di 6-17 anni della stessa zona)	2023	Istat
3	Fumo in età giovanile	Prevalenze dell'uso quotidiano di tabacco (%) tra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado	2024	CNR/ ESP AD©
4	Consumo di alcol in età giovanile	Prevalenze di ubriacature frequenti (almeno 10 volte nell'ultimo mese o più) (%) tra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado	2024	
5	Consumo di droghe in età giovanile	Prevalenza di consumo di oppiacei nella vita (%) tra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado	2024	
6	Gioco d'azzardo	Prevalenza degli studenti delle scuole superiori di secondo grado con profilo di gioco d'azzardo problematico (%)	2024	

**INDICE REGIONALE SINTOMI POTENZIALE MALTRATTAMENTO DEI BAMBINI:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

Regioni	Gravidanze precoci	Obesità infantile	Fumo in età giovanile	Consumo di alcol	Consumo di oppiacei	Gioco d'azzardo	Totale	Pos. Tot.
Veneto	4	2	2	4	6	7	0,934	1
Trentino-Alto Adige	13	4	1	7	9	8	0,694	2
Toscana	7	3	9	12	10	9	0,461	3
Marche	2	5	11	3	12	12	0,435	4
Lombardia	6	9	6	9	17	4	0,341	5
Liguria	16	6	5	6	16	3	0,322	6
Emilia-Romagna	10	14	7	10	13	5	0,228	7
Friuli Venezia Giulia	9	10	3	14	18	10	0,145	8
Valle d'Aosta	3	8	8	17	19	2	0,081	9
Umbria	1	11	10	18	11	13	-0,086	10
Basilicata	5	17	14	5	2	18	-0,114	11
Sardegna	11	1	20	20	5	6	-0,156	12
Piemonte	8	7	4	19	20	1	-0,195	13
Molise	14	16	13	8	15	15	-0,292	14
Abruzzo	15	19	12	13	7	16	-0,344	15
Campania	18	20	16	1	3	14	-0,373	16
Lazio	12	12	15	16	14	17	-0,436	17
Sicilia	20	13	19	15	1	11	-0,448	18
Calabria	17	18	17	2	8	20	-0,586	19
Puglia	19	15	18	11	4	19	-0,611	20

**TABELLA 6. INDICATORI SERVIZI PER POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Uso di alcol	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 anni M+F/10.000 abitanti	2023	Istat
2	Uso di droghe	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 anni M+F/10.000 abitanti	2023	Istat
3	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F/10.000 abitanti	2023	Istat
4	Uso di alcol Uso di droghe	N° utenti SERD/100.000 abitanti per regione	2023	Istat
5	Malattia mentale	N° strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale/100.000 abitanti	2023	Istat + Min. Salute
6	Uso di alcol Uso di droghe	Dipendenza utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti	2022	Istat

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

Regioni	Uso di alcol	Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Malattia men- tale	Uso di alcol Uso di droghe	Totale	Pos. Tot.
	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 M+F	Tasso dimis- sioni disturbi psichici affet- tivi M+F	Utenti SERD/10 0.000 abitanti per regione	Strutture assi- stenza psichia- trica e centri sa- lute mentale/10 0.000 abitanti	Dipendenza utenti servizio sociale profes- sionale/100.000 ab		
Liguria	3	1	1	5	5	3	1,522	1
Valle d'Aosta	2	8	2	8	2	8	0,955	2
Veneto	6	3	7	13	11	1	0,629	3
Marche	4	2	17	1	10	7	0,626	4
Umbria	10	11	18	2	1	13	0,420	5
Toscana	14	7	4	3	12	4	0,406	6
Trentino-Alto Adige	1	5	6	10	13	14	0,406	7
Piemonte	5	6	3	4	6	19	0,400	8
Molise	9	12	15	6	3	2	0,274	9
Friuli Venezia Giulia	12	9	19	7	4	9	-0,069	10
Basilicata	17	14	12	14	8	6	-0,229	11
Lombardia	8	4	11	12	17	12	-0,279	12
Emilia-Romagna	11	13	16	17	7	15	-0,355	13
Sardegna	15	10	8	16	16	10	-0,379	14
Lazio	13	17	10	15	15	5	-0,380	15
Abruzzo	7	15	13	9	18	17	-0,438	16
Puglia	18	16	14	11	9	11	-0,461	17
Sicilia	19	19	5	20	14	18	-0,816	18
Calabria	16	18	9	18	19	20	-0,900	19
Campania	20	20	20	19	20	16	-1,332	20

**TABELLA 7. INDICATORI SERVIZI PER BAMBINI:
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/10.000 abitanti	2023	Istat
2	Assistenza medica territoriale	Medici pediatri di libera scelta/10.000 bambini/e di età <15 anni	2022	Istat
3	Sostegno alla maternità	Numero consultori materno-infantili/100.000 minori e abitanti 18-64 anni non celibi/nubili per regione	2023	Istat e Min. Salute

**INDICE REGIONALE SERVIZI PER BAMBINI:
CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA**

Regioni	Tasso dimissioni disturbi psichici età pre-adulta 0-17 M+F	Pediatri ogni 10.000 under 15	Consultori ogni 100.000 minori e 18-64 anni non celibi/nubili	Totale	Pos. Tot.
Toscana	1	1	8	1,469	1
Umbria	7	2	4	0,767	2
Emilia-Romagna	16	5	2	0,755	3
Sardegna	2	11	6	0,735	4
Valle d'Aosta	4	19	1	0,654	5
Lazio	3	4	17	0,500	6
Puglia	5	3	13	0,412	7
Liguria	6	8	15	0,003	8
Trentino-Alto Adige	18	17	3	-0,050	9
Basilicata	12	12	5	-0,061	10
Sicilia	9	7	10	-0,064	11
Abruzzo	8	13	9	-0,245	12
Calabria	13	9	14	-0,270	13
Marche	15	14	7	-0,290	14
Molise	14	6	18	-0,294	15
Veneto	11	15	12	-0,504	16
Campania	10	10	20	-0,559	17
Lombardia	17	16	19	-0,891	18
Friuli Venezia Giulia	20	18	16	-0,948	19
Piemonte	19	20	11	-1,118	20

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

N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO/ PROTETTIVO	DEFINIZIONE FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI (R/P)	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTI
1	Individuale/maltrattante	R/P: Isolamento sociale	Persone di 14 anni e più che si dichiarano molto soddisfatte delle relazioni amicali	2024	Istat
2			Indice regionale fiducia interpersonale in merito alla risposta: bisogna stare molto attenti	2024	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	2023	Istat
5			Percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono (ogni 100 famiglie)	2024	Istat
6			Persone di 14 anni e più che esprimono fiducia nelle forze dell'ordine, nei vigili del fuoco (fiducia media)	2024	Istat
7	Sociali	P: Valori e norme sociali che approvano il maltrattamento	Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza da un partner, per denuncia di almeno una violenza subita	2014	Istat

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

Regioni	Soddisfazione nelle relazioni amicali	Fiducia interpersonale	Violenza da partner/ex partner negli ultimi 5 anni	Tasso di omicidi	Percezione criminalità	Fiducia forze dell'ordine	Donne vittime violenza da un partner, per denuncia	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	1	1	8	6	6	1	5	1,308	1
Valle d'Aosta	4	2	3	1	1	9	16	0,912	2
Friuli Venezia Giulia	3	6	2	8	8	5	10	0,623	3
Sardegna	11	10	7	20	2	8	1	0,359	4
Calabria	15	12	1	15	3	15	12	0,291	5
Piemonte	5	7	12	9	13	3	4	0,290	6
Umbria	6	11	14	7	14	2	8	0,274	7
Liguria	2	3	18	19	9	10	2	0,233	8
Marche	13	13	5	10	5	13	9	0,108	9
Veneto	9	5	4	5	15	4	14	0,101	10
Emilia-Romagna	7	9	17	13	12	12	3	0,058	11
Lombardia	10	8	9	4	17	11	6	0,055	12
Toscana	8	15	13	12	16	6	13	-0,129	13
Molise	14	17	19	2	4	17	17	-0,236	14
Sicilia	18	19	11	11	11	16	11	-0,340	15
Abruzzo	12	18	20	16	10	7	7	-0,434	16
Basilicata	19	20	6	3	7	19	19	-0,649	17
Lazio	16	4	15	14	19	14	18	-0,657	18
Puglia	17	16	10	18	18	18	20	-0,880	19
Campania	20	14	16	17	20	20	15	-1,288	20

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

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Insicurezza e scarso controllo sociale	Coinvolti in procedure penali - Adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	2021	Istat
2	Violenza del partner	N° centri antiviolenza e case rifugio/100.000 donne abitanti tra 18-70 anni e minori 0-17 anni	2023	Istat/DPO
3	Integrazione sociale	N° utenti servizi dei Comuni per l'integrazione sociale/100.000 abitanti	2022	Istat

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

Regioni	Coinvolti in procedure penali - Ospiti dei presidi	Numero centri antiviolenza e case rifugio	Servizi sociali per l'integrazione sociale	Totale	Pos. Tot.
Umbria	1	2	11	1,536	1
Emilia-Romagna	13	4	1	0,853	2
Lombardia	6	7	6	0,383	3
Valle d'Aosta	7	5	8	0,328	4
Sardegna	9	14	3	0,317	5
Abruzzo	14	8	5	0,264	6
Friuli Venezia Giulia	18	1	14	0,248	7
Veneto	17	12	2	0,231	8
Molise	20	3	7	0,208	9
Calabria	3	15	10	-0,080	10
Sicilia	2	11	19	-0,086	11
Toscana	8	9	12	-0,107	12
Campania	10	6	15	-0,151	13
Liguria	4	10	20	-0,234	14
Marche	16	18	4	-0,255	15
Trentino-Alto Adige	5	17	17	-0,455	16
Puglia	12	13	16	-0,587	17
Lazio	11	16	18	-0,695	18
Basilicata	19	20	9	-0,833	19
Piemonte	15	19	13	-0,885	20

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

N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO	DEFINIZIONE FATTORE DI RISCHIO E PROTEZIONE (R/P)	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTI
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	2024	Istat
2	Individuale/ maltrattante	P: Elevato livello di istruzione delle donne	Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (femmine)	2023	Istat

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

Regioni	% Popolazione 25-64 anni nessun titolo di studio/licenza elementare	Tasso di istruzione terziaria femminile 30-34 anni	Totale	Pos. Tot.
Veneto	4	1	1,172	1
Lazio	5	2	1,098	2
Marche	7	3	0,947	3
Friuli Venezia Giulia	1	6	0,898	4
Abruzzo	3	9	0,647	5
Trentino-Alto Adige	6	8	0,572	6
Emilia-Romagna	11	4	0,565	7
Valle d'Aosta	10	5	0,511	8
Liguria	9	10	0,407	9
Molise	13	7	0,366	10
Toscana	14	11	0,281	11
Umbria	2	15	0,223	12
Lombardia	12	13	0,008	13
Piemonte	8	16	-0,137	14
Basilicata	16	12	-0,305	15
Sardegna	15	14	-0,427	16
Calabria	17	17	-1,295	17
Campania	20	18	-1,780	18
Puglia	18	19	-1,846	19
Sicilia	19	20	-1,907	20

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

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Formazione	Adulti inoccupati (disoccupati e non forze di lavoro) nella classe d'età 25-64 anni che partecipano ad attività formative e di istruzione per 100 adulti inoccupati nella classe d'età corrispondente	2024	Istat

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

Regioni	Adulti inoccupati che partecipano ad attività formative e di istruzione	Totale	Pos. Tot.
Umbria	1,193	1,193	1
Molise	1,153	1,153	2
Emilia-Romagna	0,927	0,927	3
Sardegna	0,882	0,882	4
Friuli Venezia Giulia	0,860	0,860	5
Toscana	0,728	0,728	6
Marche	0,667	0,667	7
Liguria	0,550	0,550	8
Basilicata	0,507	0,507	9
Trentino-Alto Adige	0,324	0,324	10
Piemonte	0,137	0,137	11
Lazio	-0,009	-0,009	12
Lombardia	-0,021	-0,021	13
Valle d'Aosta	-0,126	-0,126	14
Veneto	-0,380	-0,380	15
Abruzzo	-0,432	-0,432	16
Calabria	-1,315	-1,315	17
Campania	-1,324	-1,324	18
Puglia	-2,021	-2,021	19
Sicilia	-2,301	-2,301	20

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

N°	CLASSE FATTORE DI RISCHIO	DEFINIZIONE FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
1	Individuale/maltrattante e comunitari	Condizione occupazionale	Tasso di disoccupazione età 35-44 anni (tot)	2024	Istat
2			Incidenza della disoccupazione di lunga durata (tot)	2024	Istat
3			Incidenza di occupati non regolari (valori %)	2022	Istat
4			Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	2024	Istat

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

Regioni	Tasso di disoccupazione- ne Tot. età 35-44	Incidenza della disoccupazione di lunga durata	% Incidenza di oc- cupati non regolari	Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	Totale	Pos. Tot.
Trentino-Alto Adige	2	1	2	6	1,203	1
Veneto	1	3	1	2	1,073	2
Valle d'Aosta	3	2	6	3	0,896	3
Toscana	7	4	7	4	0,825	4
Emilia-Romagna	5	5	4	9	0,789	5
Lombardia	4	7	5	5	0,781	6
Umbria	9	6	11	10	0,533	7
Friuli Venezia Giulia	6	11	3	11	0,510	8
Marche	10	8	8	12	0,504	9
Piemonte	12	10	9	1	0,483	10
Liguria	11	9	10	8	0,380	11
Abruzzo	8	13	12	7	0,107	12
Lazio	13	12	14	14	-0,302	13
Basilicata	14	15	15	13	-0,409	14
Puglia	15	16	17	15	-0,633	15
Sardegna	17	14	13	19	-0,842	16
Molise	16	19	16	17	-0,928	17
Sicilia	18	17	18	18	-1,439	18
Calabria	19	18	20	16	-1,628	19
Campania	20	20	19	20	-2,051	20

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

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Inserimento lavorativo	Indice regionale servizi comunali per inserimento lavorativo: N° utenti/100.000 disoccupati over 15	2022	Istat

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

Regioni	Inserimento lavorativo	Totale	Pos. Tot.
Veneto	3,630	3,630	1
Piemonte	1,593	1,593	2
Friuli Venezia Giulia	0,614	0,614	3
Emilia-Romagna	0,534	0,534	4
Valle d'Aosta	0,000	0,000	5
Toscana	-0,162	-0,162	6
Liguria	-0,166	-0,166	7
Lombardia	-0,192	-0,192	8
Sicilia	-0,264	-0,264	9
Molise	-0,267	-0,267	10
Abruzzo	-0,345	-0,345	11
Sardegna	-0,400	-0,400	12
Lazio	-0,467	-0,467	13
Marche	-0,506	-0,506	14
Trentino-Alto Adige	-0,530	-0,530	15
Basilicata	-0,577	-0,577	16
Puglia	-0,579	-0,579	17
Campania	-0,614	-0,614	18
Calabria	-0,642	-0,642	19
Umbria	-0,661	-0,661	20

**TABELLA 14. INDICATORI FATTORI DI RISCHIO DEI POTENZIALI MALTRATTANTI:
CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI**

N°	CLASSE FATTORE	FATTORE DI RISCHIO	INDICATORE DI CONTESTO	ANNO	FONTE
1	Individuale/ maltrattante e comunitari	Povertà/Svantaggio socio-economico	Indice di grave privazione materiale	2024	Istat
2			Indice regionale % persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali	2024	Istat
3			Indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica	2024	Istat
4	Relazionali		Incidenza di povertà relativa familiare (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)	2024	Istat
5	Sociali	Disuguaglianza	Indice di disuguaglianza del reddito disponibile	2023	Istat
6	Sociali	Fattori economici (recessione)	Tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante	2023	Istat

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

Regioni	Indice di grave deprivazione materiale	% Persone in situazioni di sovraffollamento abitativo	Valutazione soggettiva difficoltà economica	Indice povertà relativa familiare	Indice di disuguaglianza del reddito (Gini)	Tasso crescita PIL procapite	Totale	Pos. Tot.
Valle d'Aosta	8	11	11	1	8	6	0,546	1
Veneto	5	5	12	3	3	11	0,506	2
Abruzzo	17	1	16	12	7	1	0,432	3
Trentino-Alto Adige	2	12	7	2	1	15	0,413	4
Marche	1	6	1	13	2	17	0,376	5
Friuli Venezia Giulia	3	2	4	5	9	20	0,357	6
Liguria	9	17	6	9	4	3	0,313	7
Toscana	10	7	2	4	10	18	0,293	8
Emilia-Romagna	4	8	3	7	5	19	0,280	9
Basilicata	15	4	9	14	13	10	0,230	10
Piemonte	12	10	13	11	6	14	0,125	11
Umbria	7	13	8	10	12	16	0,013	12
Lombardia	6	14	10	8	14	13	0,012	13
Molise	14	16	14	15	15	4	-0,156	14
Lazio	11	20	5	6	17	12	-0,332	15
Sicilia	16	15	15	17	19	2	-0,370	16
Sardegna	13	9	18	16	16	5	-0,388	17
Puglia	19	18	17	20	11	9	-0,844	18
Campania	18	19	19	18	18	8	-1,137	19
Calabria	20	3	20	19	20	7	-1,486	20

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

N°	CATEGORIA DI SERVIZIO	INDICATORE DI IMPATTO DEL SERVIZIO	ANNO	FONTE
1	Integrazione al reddito e per accesso a servizi	Indice regionale numero utenti servizio/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2022	Istat
2	Povertà/situazione abitativa	Indice regionale servizi per gli alloggi: numero utenti/100.000 persone in stato di grave deprivazione materiale	2022	Istat

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

Regioni	Integrazione al reddito	Povertà abitativa	Totale	Pos. Tot.
Emilia-Romagna	1	2	2,217	1
Trentino-Alto Adige	7	1	1,997	2
Friuli Venezia Giulia	2	6	1,068	3
Veneto	3	5	0,576	4
Toscana	5	3	0,546	5
Lombardia	4	8	0,243	6
Lazio	8	4	0,125	7
Marche	6	10	0,039	8
Piemonte	9	7	-0,182	9
Liguria	12	9	-0,389	10
Umbria	10	11	-0,400	11
Sardegna	11	12	-0,521	12
Puglia	14	13	-0,599	13
Molise	15	14	-0,617	14
Sicilia	13	19	-0,632	15
Basilicata	17	15	-0,657	16
Abruzzo	16	18	-0,673	17
Calabria	19	17	-0,707	18
Valle d'Aosta	18	20	-0,716	19
Campania	20	16	-0,717	20

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





cesvi

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

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

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

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

Per informazioni:

CESVI Fondazione - ETS

Via Broseta 68/A 24128 - Bergamo

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

www.cesvi.org



cesvi

