

IL TEMPO DELLA CURA

Indice regionale
sul maltrattamento
all'infanzia in Italia

2021



IL TEMPO DELLA CURA

Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia

A cura di

Valeria Emmi (*Networking and Advocacy Manager Cesvi*)
Fondazione Cesvi

Autrici

Giovanna Badalassi, Federica Gentile (*Consulenti Cesvi*)

Comitato Scientifico

Donata Bianchi (*Istituto degli Innocenti*)
Rocco Briganti (*CISMAI*)
Carla Garlatti (*Autorità Garante Infanzia e Adolescenza*)
Gianmario Gazzi (*Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali*)
Maria Giuseppina Muratore (*ISTAT*)
Francesco Salvatore (*Child Protection Officer Cesvi*)
Gloria Soavi (*CISMAI*)
Sandra Zampa (*Ministero della Salute*)

Editing

Simona Denti (*Communication Manager Cesvi*)
Mattia Borelli (*Communication Officer Cesvi*)

Progetto grafico

Pernice Comunicazione

Foto di copertina © Roger Lo Guarro

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

ISBN: 978-88-943474-4-9

Realizzata da

Fondazione Cesvi
Via Broseta 68/A- 24128 Bergamo, Italia

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

Finito di stampare nel mese di **aprile 2021**

INDICE

Introduzione e obiettivi dell'indagine	7
---	---

1 Il maltrattamento all'infanzia: inquadramento generale

1.1	Cos'è il maltrattamento all'infanzia	8
1.2	Il maltrattamento all'infanzia durante la pandemia COVID-19	9
1.3	Le conseguenze personali, relazionali, sociali ed economiche sui bambini/e e sui futuri adulti	10
1.4	I benefici della prevenzione: diminuire i fattori di rischio e aumentare i fattori protettivi	11

2 L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia

2.1	La metodologia	14
2.2	L'indice regionale dei fattori di rischio e dei servizi per capacità	16
2.2.1	Capacità di cura di sé e degli altri	17
2.2.2	Capacità di vivere una vita sana	21
2.2.3	Capacità di vivere una vita sicura	25
2.2.4	Capacità di acquisire conoscenza e sapere	27
2.2.5	Capacità di lavorare	29
2.2.6	Capacità di accedere alle risorse e ai servizi	31
2.3	L'indice regionale: fattori di rischio e servizi	33
2.3.1	L'indice dei fattori di rischio	33
2.3.2	L'indice dei servizi	34
2.3.3	L'analisi territoriale e l'incrocio tra domanda potenziale e offerta dei servizi	35
2.4	L'indice regionale: totale per capacità	37

3 La pandemia da covid-19: impatto sulla salute mentale e conseguenze sul maltrattamento all'infanzia

3.1	La salute mentale durante la pandemia COVID-19	43
3.1.1	La relazione tra pandemia, salute mentale e maltrattamento all'infanzia	43
3.1.2	La resilienza come fattore protettivo per contrastare il peggioramento della salute mentale	45
3.2	La definizione di trauma collettivo da COVID-19	48
3.2.1	La salute mentale degli individui durante il COVID-19	49
3.2.2	La salute mentale nelle relazioni familiari durante il COVID-19	51
3.2.3	La salute mentale nelle comunità territoriali durante il COVID-19	52
3.2.4	La salute mentale nella società durante il COVID-19	54

4 Riflessioni e proposte per politiche di prevenzione e contrasto

Bibliografia	64
Sitografia	72
Appendici	74
I. Il metodo di calcolo utilizzato per l'indicatore: il QUARS	74
II. Tabelle	76



INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELL'INDAGINE

Come stanno e come trattiamo i nostri bambini/e? L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia cerca di dare una risposta a questa domanda da quattro anni, mettendo a disposizione una dettagliata analisi dei fattori di rischio e del sistema di servizi che impattano sul benessere dei bambini/e nelle regioni italiane.

Questa quarta edizione è però peculiare, dal momento che viene presentata a più di un anno di distanza dall'inizio della pandemia da COVID-19, un evento drammatico che ha stravolto la vita in tutto il mondo.

Vi è la consapevolezza generale dei danni enormi che si stanno producendo nella nostra società ad ogni livello, sanitario, sociale, economico, ed è diffuso un forte malessere psicofisico generale. Tuttavia, una simile crisi non solo rappresenta uno spartiacque tra la vita che c'era prima e quella che sarà dopo, ma soprattutto determina il peggioramento delle capacità di vita dei più fragili (in proporzione maggiore), aumentando ancora di più le disuguaglianze e creando i presupposti per una società sempre più escludente.

In questo scenario i nostri bambini/e, in quanto soggetti particolarmente vulnerabili, sono seriamente danneggiati in tutte le loro dimensioni di vita, stravolti nella loro quotidianità, privati di relazioni, istruzione, spesso anche di risorse. Tra questi, chi appartiene a famiglie più fragili vede minacciata anche la propria incolumità, correndo maggiori rischi di maltrattamento e privazione.

Sebbene le difficoltà nell'affrontare questa emergenza riguardino tutti i Paesi a livello globale, il nostro non è comunque arrivato adeguatamente preparato. Lo si vede chiaramente dall'Indice regionale di quest'anno, che restituisce un'analisi dei dati aggiornati quasi tutti a fine 2019, ovvero alla situazione immediatamente precedente la crisi: emergono evidenti sia i fattori di rischio che favoriscono il maltrattamento sia sistemi di servizi territoriali - sui quali non si è investito adeguatamente per anni - insufficienti nel costruire quei fattori di protezione indispensabili anche per affrontare crisi come quella che stiamo vivendo.

Partendo da questa puntuale analisi, il 2020, l'anno della pandemia, viene invece descritto grazie all'esperienza professionale e umana di testimoni privilegiati che sono stati coinvolti nel tracciare un quadro generale della situazione familiare e sociale che i nostri bambini/e stanno vivendo.

La precedente edizione dell'Indice ha affrontato e descritto l'impatto della prima ondata della pandemia grazie ai racconti di operatori e operatrici dei servizi territoriali, cogliendo le difficoltà delle famiglie nell'adattarsi al confinamento sociale del lockdown. Un anno dopo, siamo di fronte a una situazione completamente diversa, poiché una simile durata dell'emergenza sta mettendo a dura prova la tenuta psicologica di tutte/i, logorando la capacità di adattamento e di resilienza soprattutto delle famiglie più fragili.

Riflettere quindi sull'impatto del deterioramento della salute mentale generale sul rischio di maltrattamento all'infanzia mostra in tutta la sua estensione e pericolosità il trauma collettivo che stiamo vivendo, ponendoci davanti alla necessità di ricostruire un sistema di servizi in grado di affrontarlo e di curarlo, creando i presupposti per una crescita di fattori adattivi e di resilienza indispensabile per fronteggiare il drammatico aumento del disagio e il peggioramento del benessere e della sicurezza dei nostri bambini/e che si prevede sarà esteso, diffuso e pervasivo.

Riusciremo a curare i nostri bambini/e a rischio e le loro famiglie dai danni prodotti dalla pandemia? Dobbiamo. Le proposte con le quali chiudiamo questa edizione dell'Indice vogliono essere uno stimolo in tal senso non solo per i decisori politici, ma anche per tutta la comunità di operatori/trici che ogni giorno si confronta e si interroga su questi problemi.

L'unica certezza, in un momento così difficile e denso di incognite, è infatti che il solo modo per ricostruire il nostro futuro e quello dei nostri bambini/e è quello di farlo tutti insieme.

1

IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA: INQUADRAMENTO GENERALE

1.1 COS'È IL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA

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

Si tratta di un fenomeno molto più esteso di quanto si possa immaginare, sia a livello globale che nazionale, che produce importanti e spesso drammatiche conseguenze sulla personalità e la salute dei bambini/e, futuri adulti.

Nel mondo, nel 2015, circa tre bambini/e su quattro (**1,7 miliardi di minori**) hanno vissuto una qualche forma di violenza interpersonale. In particolare, 1,3 miliardi di bambini/e sono stati sottoposti a qualche forma di punizione corporale, 261 milioni di scolari hanno sperimentato violenza da parte dei loro coetanei, mentre 100.000 bambini/e sono stati vittime di omicidio.

Tra i bambini più piccoli circa 3 bambini su 4 (**circa 300 milioni**) tra i due ed i quattro anni di età sono vittime di punizioni corporali e/o violenza fisica; mentre 1 uomo su 13 e una donna su 3 riportano di aver subito abusi sessuali tra gli 0 ed i 17 anni di età.

Infine, 120 milioni di bambine e ragazze sotto i 20 anni di età sono state vittime di una qualche forma di aggressione sessuale.

La maggior parte degli episodi di violenza sui bambini/e avviene all'interno della famiglia, che rappresenta quindi il luogo più pericoloso: tra il 60% e il 70% dei bambini/e tra i 2 e i 14 anni di età ha vissuto episodi

di violenza emotiva da parte dei propri caregiver e, nei soli Paesi industrializzati, circa il 58% dei bambini/e ha subito una qualche forma di disciplina violenta in casa. La violenza arriva fino ai più piccoli: secondo dati raccolti in 30 Paesi, sei bambini su dieci tra i 12 e i 23 mesi sono soggetti a disciplina violenta e di questi almeno la metà è esposta ad abusi verbali.

La violenza sui bambini/e, in particolare il maltrattamento e la trascuratezza in famiglia, sono problematiche con profonde radici culturali e sociali: più di un miliardo di persone ritiene infatti accettabile l'uso di punizioni corporali per crescere i propri figli e figlie.

Nel mondo il 16,3% dei bambini/e è ancora vittima di negligenza fisica mentre il 18,4% è vittima di trascuratezza emotiva.

L'accettazione sociale della violenza può essere sostenuta solo se il problema viene minimizzato e/o negato, riducendolo a dimensione soggettiva/privata/familiare alla quale non si riconosce una dimensione di carattere sociale. Intervenire in termini di cura e prevenzione del maltrattamento sui bambini/e in modo efficace richiede quindi innanzitutto un cambiamento culturale radicale e profondo che riconosca la dimensione pubblica e sociale di questa problematica.

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

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

Per quanto riguarda l'**Italia**, l'*Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia* ha stimato che nel nostro paese 45 minorenni su 1.000 sono seguiti dai servizi sociali. Di questi si stima che i bambini/e vittime di maltrattamento siano 77.493.

Prevenire e arginare il maltrattamento sui bambini/e significa anche prevenire e arginare il fenomeno della violenza contro le donne, dato il loro stretto legame. Nel mondo, circa il 30% delle donne con più di 15 anni è stata infatti vittima di violenza domestica, **in Europa si stima che una donna su tre (33%) abbia subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita**, e che il 43% delle donne nei 28 stati dell'UE abbia vissuto una qualche forma di violenza domestica da parte di un partner nel corso della propria vita. Dato che solo il 33% delle donne europee che vengono abusate dal partner si rivolgono alle autorità (il 12,2% in Italia), la problematica è seriamente sottostimata come nel caso del maltrattamento sui bambini/e. Inoltre, sia la violenza contro le donne che il maltrattamento all'infanzia sono caratterizzati da fattori di rischio comuni, quali nuclei familiari con frequenti conflitti coniugali, stress economico, disoc-

pazione maschile, presenza di padri non biologici, uno scarso livello di istruzione o l'abuso di alcolici da parte degli adulti. Al di là dei fattori di rischio legati al contesto familiare, le due forme di violenza sono spesso considerate "accettabili" in società caratterizzate da elevati livelli di disuguaglianza in ambito economico, politico e sociale. Inoltre, in un contesto di disuguaglianza di genere, uomini che sottoscrivono tradizionali ruoli di genere possono tendere a utilizzare la violenza come metodo di controllo di donne e bambini/e che occupano una posizione subordinata nella società.

Anche la **violenza assistita** ha effetti significativi sui bambini/e, sebbene con meccanismi non ancora completamente chiariti dalla ricerca: uno studio condotto in Italia rileva che bullismo e vittimizzazione a scuola – specialmente nel caso delle bambine – sono correlati all'essere stati testimoni di episodi di violenza a casa. Infine, nell'adolescenza si verifica una **sovrapposizione tra violenza contro le donne e violenza contro le bambine**; le ragazze che hanno 15 o più anni sono infatti usualmente incluse da studi e ricerche nel novero delle donne vittime di violenza domestica – soprattutto nel caso in cui siano sposate o abbiano figli – pur essendo ancora minorenni e quindi potenzialmente incluse anche nelle statistiche relative alla violenza contro i bambini/e e gli adolescenti.

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

Il COVID-19 ha messo il mondo di fronte ad una situazione mai affrontata prima, e si prospetta come una crisi che avrà un impatto rilevante sulla violenza in famiglia; tuttavia poiché la pandemia è ancora in corso, non è ancora possibile stimarne accuratamente l'impatto sui tassi di violenza sui bambini/e.

A livello mondiale, una serie di dati relativi all'Europa, al Brasile, agli Stati Uniti e all'Australia indicano comunque una **tendenza all'aumento di violenza domestica e di maltrattamento all'infanzia**; la Cina in particolare ha visto triplicare i casi di violenza domestica all'inizio della pandemia.

In generale, si può supporre che in una situazione di prolungato stress a livello familiare, di condizioni lavorative precarie e di mancato/minore accesso alla scuola e a servizi socio-sanitari, **il rischio di maltrattamento aumenti nel lungo periodo**, come riportano ad esempio i dati relativi ai disastri naturali.

Secondo uno studio della Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (ACPHA) le misure prese per contenere le pandemie hanno infatti l'effetto di modificare l'ambiente in cui i bambini e le bambine vivono, e di conseguenza aumenta la loro vulnerabilità a violenza, abusi e trascuratezza.

La chiusura temporanea di servizi di assistenza all'infanzia può inoltre aumentare la probabilità che i bambini e le bambine siano maltrattati: uno studio tedesco ha rilevato che i casi di maltrattamento diminuiscono dell'1,8% quando i posti negli asili nido vengono aumentati dell'1%. Si può dunque ipotizzare che in una situazione in cui i servizi all'infanzia non siano accessibili alle famiglie si produca al contrario un aumento di casi di maltrattamento. La chiusura temporanea non solo dei servizi di assistenza all'infanzia, ma anche delle scuole, fa inoltre venir meno le interazioni tra bambini/e e coloro che possono individuare i casi di abuso (personale

medico, insegnanti, e assistenti sociali) , aumentando così la probabilità che in generale i casi di maltrattamento legati al COVID-19 siano al momento fortemente sottostimati.

Un ulteriore aspetto da considerare nella discussione degli effetti del COVID-19 sul maltrattamento infantile è la **maggiore instabilità economica delle famiglie** e il più elevato tasso di disoccupazione dovuto alla peggiore situazione economica mondiale. Una situazione precaria dal punto di vista economico e lavorativo è infatti considerata nella letteratura sul maltrattamento all'infanzia come un fattore di rischio significativo. Uno studio USA a livello nazionale ha ad esempio stimato un aumento del 20% nei casi di negligenza per ogni punto percentuale di aumento del tasso di disoccupazione.

Un aspetto importante da considerare nell'analisi della relazione tra COVID-19 e maltrattamento, è l'impatto sulla **violenza contro le donne** e, di conseguenza sui bambini e bambine vittime di violenza assistita. Non è

ancora chiaro il legame tra la violenza assistita e il maltrattamento sui bambini/e: alcune ricerche si focalizzano sulle madri rilevando ad esempio che, a causa dello stress legato all'essere vittima di violenza, queste possono maltrattare i figli.

La pandemia ha esacerbato la violenza contro le donne, e dunque il rischio di violenza assistita e di maltrattamento. Negli USA, per esempio, uno studio ha rilevato una situazione di violenza domestica presente in 39 su 155 casi di maltrattamento infantile, e su questi 59 casi per 46 casi (78%) la violenza domestica è risultata precedente il maltrattamento infantile. Per quanto riguarda l'Italia, secondo dati ISTAT, dal 1° marzo al 16 Aprile 2020 c'è stato un aumento del 73% delle chiamate al numero verde nazionale antiviolenza 1522 rispetto allo stesso periodo del 2019 (ISTAT, 2020); un dato che potrebbe quindi indicare anche un potenziale aumento dei casi di maltrattamento infantile.

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

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

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

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

È tuttavia necessario sottolineare che gli alti livelli di instabilità familiare e l'incidenza di patologie psicologiche dei genitori di bambini/e maltrattati rendono complicato determinare quali siano le conseguenze riconducibili al maltrattamento e abuso e quali siano invece quelle determinate dall'impatto di problematiche legate alla salute mentale dei genitori. Inoltre, anche le forme più "lievi" di maltrattamento, come le punizioni corporali, possono costituire un fattore predittivo per sentimenti di ansia e depressione per bambini/e e giovani adulti.

Le **conseguenze a lungo termine** del maltrattamento

sui bambini/e dipendono da fattori che possono moderare o esacerbare il trauma subito, tra i quali: "il tipo di evento traumatico e la causa, l'età in cui avviene il trauma, la sua durata nel tempo, la presenza, il tipo e l'interconnessione con altri fattori di rischio e di protezione." Tra le conseguenze a lungo termine di maltrattamento si ricordano: diabete, asma, obesità nell'adolescenza e ipertensione in età adulta ; danni al sistema immunitario e maggiore incidenza di comportamenti dannosi per la propria salute adottati dai bambini/e abusati una volta divenuti adulti (fumo, abuso di droghe etc.) ; conseguenze negative sullo sviluppo cerebrale con possibili problemi per le abilità cognitive, linguistiche e accademiche delle vittime di abusi, nonché sulla probabilità di sviluppare malattie mentali; depressione, ansia, disturbi dell'alimentazione ; tentativi di suicidio e abuso di droghe; automutilazione, attività sessuale frequente e indiscriminata, sovralimentazione compulsiva e cronica. Un effetto ulteriore dell'essere vittima di maltrattamento, più difficile da quantificare proprio per il potenziale ruolo svolto da fattori protettivi e dal contesto sociale, è la possibilità per bambini/e vittime di violenza di perpetuare il ciclo del maltrattamento una volta adulti, soprattutto se non vengono attivate iniziative a livello della comunità per prevenire il maltrattamento e la **trasmis-**

sione **intergenerazionale** della violenza. Tuttavia, è doveroso ricordare che gli individui che sono stati vittime di maltrattamento non sono a loro volta necessariamente violenti nei confronti dei propri figli. Un modo per valutare l'impatto del maltrattamento sui bambini/e, non solo sulla loro salute e sviluppo, ma su tutta la società, è ragionare sul **costo sociale del maltrattamento**, sia in termini di costi diretti che indiretti. Negli USA, ad esem-

pio, i costi sostenuti dalla popolazione durante tutto il corso della vita è stato valutato in 428 miliardi di dollari (2015) per i soli casi confermati di maltrattamento, quello dei casi stimati sale a 2 trilioni di dollari. In Italia i dati di Cismai, Università Bocconi e Terre des Hommes hanno quantificato il costo dei maltrattamenti sui bambini/e in circa 13,056 miliardi di euro annui, che equivalgono allo 0,84% del PIL.

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

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

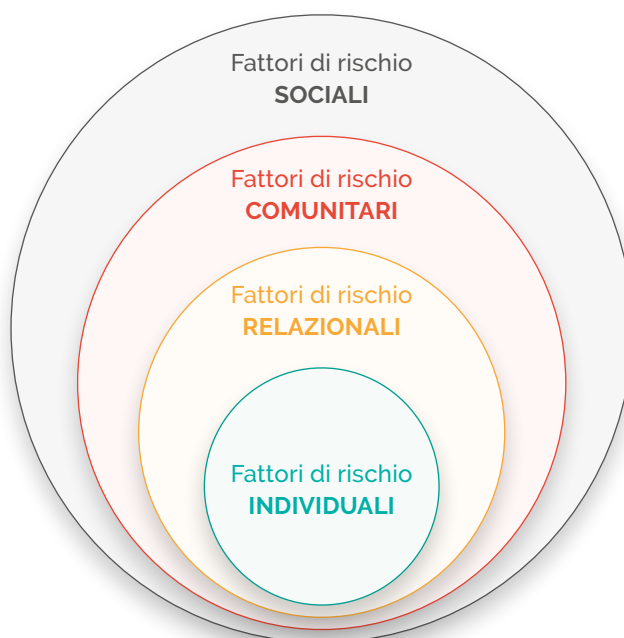
La comunità scientifica ha definito e individuato nel corso degli anni numerosi **fattori di rischio** che aumentano le probabilità per i bambini/e di subire maltrattamenti di varia intensità e gravità, soprattutto legati alle caratteristiche biologiche, culturali, economiche, ambientali e sociali.

Si tratta quasi sempre di criticità che vedono la concorrenza di più fattori di rischio simultaneamente: problemi che riguardano soprattutto i genitori, le loro storie personali e relazionali, la loro condizione mentale, ma anche economica o sociale, così come problematiche comportamentali o disabilità dei bambini stessi.

Gli studi sulla materia hanno individuato tra i fattori di rischio che aumentano le probabilità per i bambini di subire maltrattamento, ad esempio, la giovane età dei genitori, le loro dipendenze da alcol e/o droghe, i problemi mentali quali la depressione, le famiglie monogenitoriali, la disoccupazione e la mancanza di risorse economiche. Anche il contesto sociale e comunitario nel quale vivono i bambini/e con le loro famiglie rappresenta un fattore di rischio: nelle comunità deprivate o con uno scarso capitale sociale o culturale l'incidenza di bambini maltrattati è spesso più elevata e può anche giustificare le punizioni corporali. Il riferimento teorico dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia per la definizione dei fattori di rischio

è quindi lo *European Report on Preventing Child Maltreatment*, (2013), dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO che adotta l'"approccio ecologico" e classifica i fattori di rischio in quattro categorie: fattori di rischio individuali, relazionali, comunitari e sociali.

1. Classificazione dei fattori di rischio: l'approccio ecologico



2. Classificazione dei fattori di rischio: dettaglio

Fattori di rischio INDIVIDUALI

Caratteristiche del maltrattante:

Giovane età dei genitori
Famiglie monoparentali
Basso livello di istruzione dei genitori
Condizione occupazionale dei genitori
Condizione di immigrato
Condizione socio-economica (povertà)
Uso di alcol
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

Caratteristiche del bambino maltrattato/a:

Genere
Età
Problemi parentali e neonatali
Disabilità
Bambini/e con disordini comportamentali
Bambini/e che sono già stati abusati
Bambini/e scappati di casa e homeless

Fattori di rischio RELAZIONALI

Scarse capacità e stress genitoriali
Approvazione genitoriale alle punizioni corporali
Scarsa coesione familiare e famiglie disfunzionali
Violenza del partner
Gravidanze indesiderate
Numero componenti della famiglia
Presenza in casa di un genitore non biologico

Fattori di rischio COMUNITARI

Svantaggio socio-economico
Insicurezza e scarso controllo sociale
Disponibilità di servizi per l'infanzia
Accessibilità all'alcol e alla droga

Fattori di rischio SOCIALI

Valori e norme sociali che approvano il maltrattamento
Recessione economica
Disuguaglianza
Legislazione e politica

A fronte dei fattori di rischio che aumentano la probabilità dei bambini/e di subire il maltrattamento, i fattori protettivi agiscono quali forti agenti preventivi proattivi, in grado cioè di ridurre la probabilità di insorgenza dei fattori di rischio stesso e di prevenire in modo strutturale il maltrattamento sui bambini. La letteratura scientifica a oggi si è meno concentrata sullo studio dei fattori protettivi soprattutto a causa della difficoltà di riuscire a misurarne efficacemente la ricaduta sul fenomeno del maltrattamento, piuttosto che su una generica condizione di benessere dei bambini/e, delle loro famiglie e della società nella quale vivono. Alcuni fattori protettivi, comunque, per quanto non ancora adeguatamente misurati nel loro impatto, sono stati indivi-

duati con chiarezza. Ad esempio negli USA il Dipartimento per la Salute e i Servizi Sociali, ha identificato sei categorie di fattori protettivi: 1) Cura e attaccamento; 2) Consapevolezza genitoriale dei bisogni dei bambini/e nelle fasi dello sviluppo; 3) Resilienza genitoriale; 4) Connessioni sociali; 5) Aiuto concreto ai genitori; 6) Capacità sociali ed emozionali del bambino/a. In generale vi è una larga condivisione da parte della comunità scientifica sull'identificare nella resilienza, sia nei bambini che nei genitori, un fattore protettivo particolarmente efficace e importante, soprattutto per affrontare le conseguenze psicologiche della pandemia (si veda sottopar. 3.1.2).

- ¹ WHO, World Health Organization, Child Maltreatment, http://www.who.int/topics/child_abuse/en/
- ² Know Violence in Childhood (2017), Evidence Highlights 1, p.1.
- ³ WHO (2020) Child Maltreatment <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- ⁴ UNICEF (2017), p.19
- ⁵ Ibid. Si noti che secondo la CRC le punizioni corporali sono: "Qualsiasi punizione in cui sia usato la forza fisica e che intenda creare qualche tipo di dolore o fastidio, per quanto lieve". UN Committee on the Rights of the Child (2006).
- ⁶ Romito, P., (2005).
- ⁷ Per un approfondimento su politiche e strumenti normativi di prevenzione e contrasto del maltrattamento sui bambini/e si veda Cesvi, Liberi tutti. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia, par. 1.4, ed. 2018.
- ⁸ WHO (2018), p. 1.
- ⁹ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes Italia (2021)
- ¹⁰ Il testo di questo paragrafo è basato su: Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C., Colombini, M., (2016).
- ¹¹ Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., et al., (2013).
- ¹² FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2014).
- ¹³ EIGE - European Institute for Gender Equality (2018).
- ¹⁴ Istat (2015).
- ¹⁵ Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C., Colombini, M., (2016), p.6.
- ¹⁶ Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., et al., (2017).
- ¹⁷ Baldry, A. C., (2003).
- ¹⁸ Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., van Gelder, N., (2020).
- ¹⁹ Campbell, A. M., (2020).
- ²⁰ The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, (2019).
- ²¹ De Cao, E. e Sandner, M., (2020).
- ²² Wu, Q., e Xu, Y., (2020).
- ²³ Brown, D. e De Cao, E., (2020).
- ²⁴ McGuigan, W.M, e Pratt, C.C., (2001).
- ²⁵ Know Violence in Childhood (2017), Evidence Highlights 4, p. 1.
- ²⁶ United Nations Secretary-General (2006), p.64.
- ²⁷ Bianchi, D., e Moretti, E., (2006).
- ²⁸ Anda Dong, Brown, Felitti, Giles, Perry, Valerie, Dube (2009).
- ²⁹ Shin, S.H., Chung, Y., Rosenberg, R.D, (2016).
- ³⁰ Norman, R. E., Byambaa, M. De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., (2012).
- ³¹ Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., Russo, M. J., (2010).
- ³² Bianchi D., e Moretti E., (2006).
- ³³ Merrick, M.T., e Guinn, A.S. (2018).
- ³⁴ WHO - Regional Office for Europe (2007).
- ³⁵ Peterson C., Florence C., Klevens J., (2018)
- ³⁶ Cismai, Università L. Bocconi e Terre des Hommes (2013b).
- ³⁷ WHO - World Health Organization Regional Office for Europe (2013).
- ³⁸ WHO - World Health Organization Regional Office for Europe (2013).
- ³⁹ US Department of Health & Human Services, (2012).



L'INDICE REGIONALE SUL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA IN ITALIA

2.1 LA METODOLOGIA

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

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

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

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

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



Il metodo di calcolo

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

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

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

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

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

I fattori di rischio

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

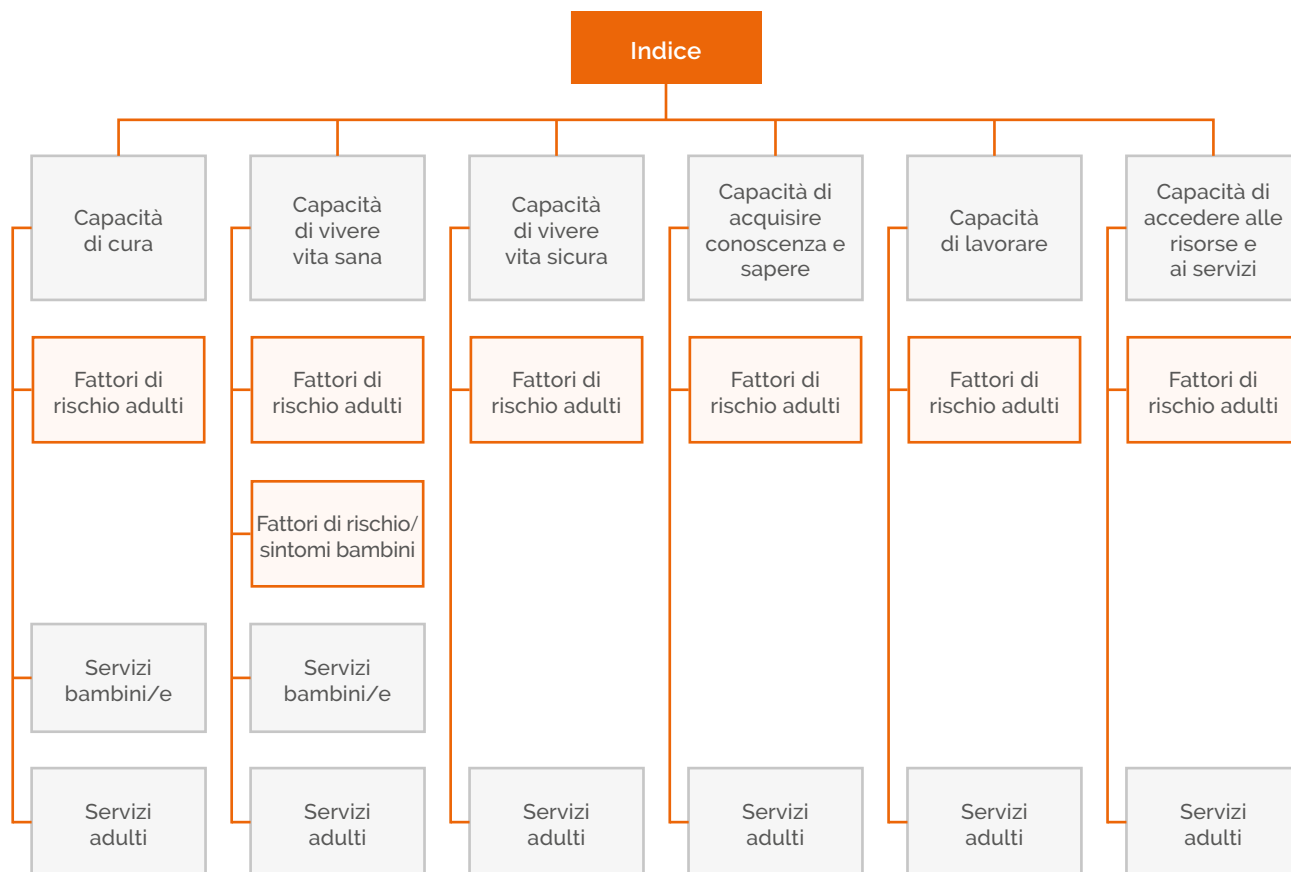
I servizi

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

Anche in questo caso, la mancanza di indicatori specifici rispetto alle fasce di età, ai destinatari e ai target di famiglie potenzialmente più vulnerabili al maltrattamento restituisce solo un dato di contesto generale utile a mettere in evidenza come le **diverse culture politiche e amministrative dei territori** si riflettano nelle aree di intervento che includono anche la prevenzione e il contrasto del maltrattamento all'infanzia. Gli indicatori sono per la maggior parte riferiti all'attività dei **servizi sociali dei Comuni**, amministrazioni maggiormente responsabili delle iniziative di prevenzione e cura del maltrattamento, che rappresentano il punto terminale di un flusso di risorse interne all'amministrazione pubblica provenienti dallo Stato e dalle Regioni. Anche in questa quarta edizione, quindi, gli indicatori relativi ai servizi provengono quasi tutti dall'indagine ISTAT sugli *Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati* che quest'anno è stata aggiornata al 2018.

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

4. Indice regionale totale per capacità: schema di analisi



L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia è composto da 64 indicatori, tra fattori di rischio e servizi, che cercano di rappresentare la complessità di un fenomeno prodotto da numerose variabili, solo in parte ricostruibile attraverso i dati quantitativi. La lettura temporale riflette inoltre le **carenze del sistema informativo nazionale** nel delineare le variabili maggiormente riconducibili al maltrattamento, anche se qualche progresso in termini di aggiornamenti si è potuto osservare nella presente edizione nella quale gli indicatori si riferiscono per il 48,4% al 2019 (nella precedente edizione era stato possibile aggiornarne all'ultimo anno disponibile, il 2018, solo il 41,5%), per il 38,3% al 2018 e per il 4,7% al 2017. Il 12,5% degli indicatori risalgono invece ancora al 2013-2014. In questa edizione, caratterizzata dall'emergenza COVID-19, la scarsa e tardiva disponibilità dei dati rappresenta una mancanza ancora più critica, dal momento che **misurare in modo puntuale e tempestivo sia i fattori di rischio di maltrattamento sia i servizi disponibili nel territorio è un presupposto fondamentale per**

poter predisporre interventi adeguati e rispondenti ai mutati bisogni.

La chiave di lettura più appropriata nell'analisi dell'Indice, quindi, è riferibile quest'anno alla rilevazione della situazione immediatamente pre-pandemica e alla **valutazione delle dinamiche tendenziali e degli squilibri territoriali.**

La lettura comparata delle sei capacità che sviluppano a livelli concentrici la dimensione individuale, relazionale, comunitaria e sociale, intende sottolineare la stretta interconnessione del maltrattamento all'infanzia con il contesto circostante e quanto questo risenta quindi della situazione generale della società e dell'economia: una considerazione che in questa edizione dell'Indice è ancora più stringente, dato l'emergere di criticità socio-economiche drammatiche legate all'emergenza attuale. L'Italia infatti al momento della crisi COVID-19 si trovava in una **situazione socio-economica ancora critica** generata dalla crisi del 2008 e dalla quale il Paese non si è mai ripreso del tutto, a differenza degli altri Paesi dell'U-

nione Europea. Il PIL da allora ha sempre avuto tassi di crescita prossimi allo zero fino al 2019⁶, per poi crollare nel 2020 del 6,6%⁷.

Negli undici anni precedenti la crisi pandemica questo **andamento macroeconomico depressivo ha avuto delle conseguenze importanti anche nella tenuta sociale** del Paese e nella vita delle persone, soprattutto le più fragili: il mercato del lavoro si è deteriorato principalmente nella qualità dell'occupazione, nella maggiore precarietà e instabilità lavorativa, nella diminuzione delle retribuzioni e dunque nel potere di acquisto. L'aumento della povertà e della disuguaglianza che ne è conseguenza ha colpito le fasce della popolazione che già erano fragili: le donne, i giovani, i territori del Mezzogiorno, generando una situazione che potrà solo aggravarsi per le conseguenze della pandemia.

Diversi indicatori dell'ultimo decennio legati alla dimensione personale confermano l'interdipendenza **tra la sofferenza economica e quella sociale**: sono diminuiti i matrimoni, sono aumentati i divorzi e le separazioni, è diminuita ulteriormente la natalità, sono peggiorate le condizioni mentali.

Una situazione di disagio generalizzato che certamente aveva già messo a rischio la salute e il benessere dei bambini/e e dei ragazzi/e prima della pandemia, anche se non vi sono gli elementi di conoscenza necessari per affermare se nell'ultimo decennio il numero dei bambini/e maltrattati sia aumentato piuttosto che diminuito.

La consapevolezza del **peggioramento generalizzato**

dei fattori di rischio a causa della crisi (si veda Cap. 3) obbliga comunque a elevare il livello di attenzione su questo tema e a sottolineare l'urgenza di affrontarlo con adeguati strumenti, sia economici che amministrativi e gestionali, migliorando sensibilmente la capacità di intervento attraverso i servizi.

Nel merito, l'analisi degli **indicatori relativi ai servizi comunali** che intervengono sull'area famiglia e minori, nonostante un lieve aumento delle risorse osservabile tra il 2016 e il 2018, mette in evidenza la necessità di attrezzare adeguatamente il sistema dei servizi per fare fronte a un consistente aumento di bisogni di cura nella popolazione. Tra risorse proprie dei Comuni e compartecipazione del Servizio Sanitario Nazionale, la spesa pubblica per famiglie e minori documentata dall'ISTAT per gli interventi e i servizi sociali, è salita a 2,9 miliardi di euro nel 2018, dopo essere rimasta stabile tra il 2013 e il 2016 sui 2,7 miliardi di euro, registrando quindi una variazione in aumento del 4,4% (+ 123 milioni di euro in due anni)⁸.

Se da una parte un simile progresso può essere accolto con favore, emerge con una certa forza l'incongruenza di questi ordini di grandezza di fronte alla drammaticità della crisi pandemica e alle sue conseguenze diffuse e profonde, che si stanno appena delineando. Una **totale ristrutturazione del sistema dei servizi alla famiglia e ai minori** è quindi indispensabile dal momento che le prospettive di sicuro peggioramento di numerosi fattori di rischio aumentano il **rischio di maltrattamento per i nostri bambini/e**.



2.2.1 CAPACITÀ DI CURA DI SÉ E DEGLI ALTRI

La capacità di cura negli adulti

La capacità di cura comprende l'insieme dei comportamenti umani dediti al mantenimento e allo sviluppo del benessere, di sé o degli altri, dei propri figli, compagni, parenti, amici. È una capacità alla base dell'esperienza di vita relazionale e sociale di tutti che, nel caso degli adulti, genitori, parenti o *caregiver* rappresenta la principale tutela dei bambini/e e la prevenzione di qualsiasi forma di maltrattamento.

La letteratura sul maltrattamento all'infanzia indica la **giovane età dei genitori** tra i fattori di rischio legati alle caratteristiche dei maltrattanti, in quanto potrebbero non aver gli strumenti adeguati per gestire emozioni quali la rabbia e ostilità che possono costituire un fattore di rischio in relazione ai diversi tipi di

maltrattamento⁹. Anche la **non pianificazione della gravidanza** può essere un fattore di rischio, mitigabile con la tutela dei diritti riproduttivi delle donne: avere un figlio o una figlia non voluto può in alcuni casi comportare un maggiore rischio di maltrattamento psicologico e trascuratezza nei confronti dei figli da parte delle madri, e un maggior rischio di aggressione fisica da parte dei padri¹⁰.

Nell'ambito della sfera emotiva, lo **stress** vissuto dai genitori è certamente un fattore di rischio di maltrattamento ai bambini/e, soprattutto se generato da casi quali disoccupazione, status di migrante, relazioni familiari disfunzionali etc., in cui può esserci una correlazione con il rischio di abuso¹¹.

Alcune tipologie di famiglia possono rappresentare fattori di rischio, soprattutto nella transizione delle madri a una condizione di **madri single** rispetto ad un possibile rischio di trascuratezza (che è più moderato se il padre non convivente è coinvolto nella vita familiare¹²) e di stress legato alle condizioni economiche difficili, frequenti in contesti sociali ed economici caratterizzati dalla disuguaglianza di genere. Una mino-

re **coesione familiare**, come nel caso di divorzio e di mancanza di supporto paterno, o comune nei casi di instabilità della relazione di coppia può quindi influire sulle capacità genitoriali e sul maltrattamento dei figli¹³. Infine, rappresentano possibili fattori di rischio anche l'elevato numero di **componenti della famiglia e la convivenza dei minori con persone adulte diversi da genitori**¹⁴.

La capacità di ricevere cura nei bambini/e

I bambini/e sono soggetti destinatari di azioni di accudimento da parte di adulti, quindi nel loro caso non si tratta di valutare i fattori di rischio, quanto la manifestazione di sintomi attraverso i quali è possibile rilevare il maltrattamento subito.

I servizi territoriali per l'infanzia e le loro famiglie sono fondamentali, quindi, non solo per curare situazioni di maltrattamento in corso, ma anche per svolgere un'azione di prevenzione, diretta per i gruppi fami-

liari a rischio, o più indiretta, attraverso una radicata e capillare rete di servizi di tutela all'infanzia e di sostegno alla genitorialità. I programmi di assistenza all'infanzia più in generale possono contribuire in maniera indiretta a contrastare il maltrattamento sui bambini/e. Come rilevato da uno studio americano, c'è una relazione diretta tra l'aumento di posti negli asili nido e la riduzione del rischio di maltrattamento ai bambini/e.

Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ¹

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

Nelle precedenti edizioni dell'Indice è già stato messo in evidenza come la capacità di cura abbia un'evoluzione nel tempo piuttosto lenta, dal momento che segue i tempi di vita i cui cambiamenti rispondono a mutamenti dei comportamenti nelle persone in un orizzonte di medio-lungo termine.

Questa dinamica viene confermata anche per la presente edizione. Considerata la crisi di cura prodotta dal COVID-19, come meglio descritta nel Cap. 3, è ipotizzabile un peggioramento complessivo di questi fattori di rischio negli anni a venire con una dinamica piuttosto lenta, sia nella realtà che nella sua rilevazione statistica. Ciò non toglie che per alcune fasce di popolazione più

fragile che hanno risentito particolarmente dell'impatto socioeconomico della crisi COVID-19, il peggioramento complessivo dei fattori di rischio legati a questa capacità potrà essere evidente in alcuni comportamenti che al momento non si riesce ancora a prevedere, ma dei quali gli operatori e i servizi socio-sanitari dedicati nei territori si accorgeranno sicuramente per primi (es: aumento delle gravidanze giovanili o delle separazioni e delle famiglie monogenitoriali).

Nella disamina dell'andamento temporale degli specifici indicatori disponibili, l'indice di fecondità giovanile è in continua riduzione anche per l'ultimo anno rilevato, il 2018, sceso a 20,5 ogni 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni, rispetto al 21,7/1.000 registrato nel 2017 e soprattutto rispetto al 32,6/1.000 del 2010. Un dato certamente riconducibile sia a una maggiore consapevolezza da parte degli adolescenti, sia ad un generale calo del tasso di fecondità in corso da anni in Italia e che influenza tutte le fasce di età.

Il dato relativo all'età media del padre si conferma in continua e graduale salita anche tra il 2018 e il 2019 (da 35,41 anni a 35,63 anni), diminuendo così il rischio di genitorialità precoci anche da parte paterna, mentre conti-

nua ad aumentare il fattore di rischio legato alle famiglie monogenitoriali, passate dal 10% del biennio 2016-2017 al 10,2% del biennio 2018-2019 (erano 9,7% nel biennio 2014-2015).

L'indice relativo alla soddisfazione per la propria vita ha seguito negli ultimi 10 anni l'andamento del ciclo economico: era del 43,4% nel 2010, è sceso fino al 35% nel 2015 per poi risalire di nuovo fino al 41,4% nel 2018 e al 43,2% nel 2019. Si vedrà nei prossimi anni quanto la pandemia possa avere influito su questo giudizio complessivo che media situazioni di grande disuguaglianza sociale, economica, e territoriale. Basti pensare ad esempio, che, a fronte del dato medio nazionale del 43,2% del 2019, le persone soddisfatte della propria vita si concentrano di più nelle regioni del Nord (46,7%), mentre le persone meno soddisfatte vivono soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno (39,2%).

Il tasso di separazione ogni 10.000 abitanti è un dato in aumento strutturale, passato dal 14,4/10.000 del 2004 al 16,3/10.000 del 2018 e ancora al 16,4/10.000 nel 2019, con un sostanziale allineamento tra le regioni del Centro-Nord (16,3/10.000) e quelle del Mezzogiorno (16,6/10.000), dopo 15 anni di graduale avvicinamento (nel 2004 il tasso di separazioni era di 16,8/10.000 nel Centro-Nord e di 10,2/10.000 nel Mezzogiorno). È da vedere nei prossimi anni come varierà questo indicatore a seguito delle maggiori conflittualità familiari che si stanno osservando a causa della pandemia. Le separazioni rappresentano infatti sia un dato di elevata conflittualità sia un indicatore di autonomia economica e finanziaria per le persone che se la possono permettere. In ogni caso, se la conflittualità sommersa e non resa evidente dalle separazioni andrà attentamente monitorata e seguita dai servizi socio-sanitari dei territori, la letteratura e i fatti di cronaca rendono indubbia la gravità di un fattore di rischio che è particolarmente critico per il potenziale maltrattamento all'infanzia. Per contro, per molte persone - il 33,4% nel 2019 - le relazioni familiari sono ancora un'importante fonte di soddisfazione personale. Anche in questo caso occorrerà monitorare le oscillazioni di questo indicatore in relazione alle conseguenze dell'isolamento forzato conseguente alla pandemia.

Le famiglie numerose, che rappresentano un fattore di rischio soprattutto in relazione alla negligenza e all'incuria, sono invece rimaste stabili al 5,3% del totale delle famiglie in Italia nel 2019.

Calcolando una media complessiva delle variazioni degli otto indicatori, si può stimare un miglioramento generale dell'1,2% del complesso dei fattori di rischio riconducibili alla capacità di cura.

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

Rispetto ai risultati della precedente edizione dell'Indice, le regioni con le variazioni più significative sono la Sardegna (dalla 7^a alla 13^a posizione, soprattutto a causa dell'aumento delle famiglie monogenitoriali), l'Umbria (dall'11^a all'8^a posizione per la diminuzione del numero delle famiglie monogenitoriali) e il Molise (dalla 14^a alla 9^a posizione per i progressi nella riduzione dell'indice di fecondità in età giovanile e nella riduzione dell'indicatore sulle separazioni).

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

Trentino-Alto Adige	0,971	
Lombardia	0,533	
Veneto	0,445	
Emilia-Romagna	0,408	
Valle d'Aosta	0,402	
Friuli-Venezia Giulia	0,365	
Liguria	0,354	
Umbria	0,340	
Molise	0,278	
Basilicata	0,191	
Piemonte	0,191	
Toscana	0,171	
Sardegna	0,143	
Marche	-0,138	
Lazio	-0,223	
Abruzzo	-0,226	
Calabria	-0,554	
Puglia	-0,915	
Sicilia	-1,068	
Campania	-1,669	

Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{II}

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

Di questi sei indicatori, cinque sono stati aggiornati al 2018 mentre quello relativo al numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari è aggiornato al 2017.

In generale, questa area di servizi mostra un lieve miglioramento del 2%, ma in buona parte condizionato dall'aumento della disponibilità di posti dovuto alla riduzione della popolazione di riferimento dei servizi (minori e adulti 15-64 anni).

Nel merito specifico, tra il 2016 e il 2018 sono in aumento gli indicatori del servizio sociale professionale (+8%) e dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale (+6,3%), mentre sono in diminuzione (-2,1%) quelli dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (-6,7%). I consultori materno-infantili, in tutto 2.286 strutture nel 2018, sono in progressiva diminuzione dal 2008, quando erano arrivati a 2.575 strutture, con un decremento del 12,6% rispetto al 2008.

Alla luce delle criticità che emergeranno a seguito della pandemia, questi servizi saranno centrali per la cura dei traumi da COVID-19, ed è indispensabile quindi un loro considerevole potenziamento, dal momento che aumenterà certamente il numero di persone che avrà bisogno di questo tipo di assistenza.

L'analisi per territori conferma l'Emilia-Romagna quale regione con la maggiore dotazione di servizi per la cura di famiglie e minori, seguita dalla Valle d'Aosta, il Veneto, la Sardegna, la Liguria e l'Umbria. Le regioni che invece richiederebbero un maggiore investimento in questo senso sono il Molise, le Marche, la Campania e la Calabria.

Rispetto alla rilevazione precedente dell'Indice, le regioni con i maggiori progressi sono la Sardegna (+ 5 posizioni), la Basilicata e la Puglia (+3 posizioni). La regione con maggiori oscillazioni negative è invece il Trentino-Alto Adige (-5 posizioni).

6. Indice regionale servizi per potenziali maltrattanti. Capacità di cura di sé e degli altri

Emilia-Romagna	1,692	
Valle d'Aosta	0,522	
Veneto	0,446	
Sardegna	0,439	
Liguria	0,320	
Umbria	0,301	
Piemonte	0,130	
Lombardia	0,096	
Basilicata	0,033	
Toscana		-0,013
Puglia		-0,050
Trentino-Alto Adige		-0,091
Lazio		-0,133
Abruzzo		-0,231
Sicilia		-0,319
Friuli-Venezia Giulia		-0,427
Molise		0,437
Marche		0,475
Campania		0,744
Calabria		0,782

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

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

Gli indicatori sono tutti aggiornati al 2018 a eccezione della percentuale di bambini tra i 4 e i 5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia, aggiornato al 2019, e

del numero di minori ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, aggiornato al 2017.

Come già emerso nel caso dei servizi di cura per i potenziali maltrattanti, anche i servizi rivolti alla cura dei bambini/e, sia di carattere protettivo e preventivo che curativo, riflettono un progresso nella copertura rispetto all'utenza potenziale (+3,7%) in buona parte riconducibile a una diminuzione della popolazione minorile, ridottasi tra il 2017 e il 2019 del 3,4%.

La crescita maggiore si è avuta tra i servizi di sostegno socio-educativo, +11,1%, per i servizi per l'infanzia per gli affidi e l'adozione (+4,8%) e tra i posti autorizzati servizi socio-educativi per la prima infanzia (+3,2%).

Anche per quest'area di servizi, l'emergenza sociale prodotta dalla pandemia pone al centro dell'attenzione la necessità di migliorare in modo consistente l'offerta qualitativa e quantitativa nel territorio per rispondere all'aumento dei fattori di rischio con un adeguato impegno nel rinforzare i fattori protettivi e adattivi nei minori.

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

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice regionale, le regioni con i maggiori progressi sono state l'Emilia-Romagna (+ 4 posizioni, dalla 6a alla 2a), il Molise e la Basilicata, entrambe migliorate di tre posizioni.

Tra le regioni con le maggiori variazioni negative si registrano le Marche (-4 posizioni), la Lombardia e il Veneto (entrambe con -3 posizioni).

7. Indice regionale servizi per bambini/e.

Capacità di ricevere cura

Liguria	0,987	
Emilia-Romagna	0,796	
Piemonte	0,629	
Umbria	0,510	
Valle d'Aosta	0,416	
Sardegna	0,253	
Toscana	0,252	
Veneto	0,206	
Molise	0,158	
Basilicata	0,069	
Friuli-Venezia Giulia	-0,034	
Trentino-Alto Adige	-0,128	
Marche	-0,153	
Sicilia	-0,199	
Puglia	-0,336	
Abruzzo	-0,379	
Lombardia	-0,410	
Calabria	-0,589	
Campania	-0,757	
Lazio	-0,834	



2.2.2 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SANA

La capacità di vivere una vita sana negli adulti

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

Tra i fattori collegati al rischio di maltrattamento c'è ad esempio il **fumo materno durante la gravidanza** che rappresenta però un fattore di rischio basso per il maltrattamento sui minori¹⁷.

L'uso di droga da parte dei genitori rappresenta anch'esso un rischio basso/medio per quanto riguar-

da la probabilità di maltrattamento. Secondo alcuni studi, i fattori che portano all'uso di droghe (ansia, depressione, abusi e violenza assistita) costituiscono un aumento del rischio di abuso fisico e sessuale dei bambini e delle bambine rispetto ai genitori che non ne fanno uso¹⁸. Studi condotti negli USA nel contesto dell'attuale vertiginoso aumento dei tassi di abuso di oppiacei (*Opioids epidemic*) hanno rilevato che i bambini e le bambine figli di genitori che abusano di oppiacei sono a particolare rischio di trascuratezza e di essere testimoni di episodi di violenza domestica¹⁹. *L'European Report on preventing child maltreatment*

definisce **l'abuso di alcol** come un fattore di rischio di maltrattamento "basso", ma uno studio della WHO stabilisce invece una relazione significativa tra abuso di alcol e maltrattamento sui minori²⁰; anche una ricerca australiana condotta su circa 30.000 bambini/e ha rilevato che l'84% dei bambini/e presi in carico dai servizi sociali e i cui *caregivers* abusavano di alcol era stato vittima di uno o più episodi di maltrattamento²¹. Di conseguenza, **l'accesso facilitato ad alcol e droghe** in una comunità, poiché collegato a un maggiore tasso di violenza in generale, può rappresentare un fattore di rischio per il maltrattamento sui bambini/e²².

Comportano un fattore di rischio di maltrattamento alto i **problemi di salute mentale dei genitori**²³. In particolare la **depressione** delle madri – soprattutto di bambini e bambine molto piccoli – rappresenta un fattore di rischio per maltrattamento, anche perché sono tradizionalmente le madri le più coinvolte nella cura quotidiana di figli/e. La depressione può rendere le madri meno capaci di svolgere le attività di cura quotidiane, e può renderle meno reattive ed empatiche nei confronti dei propri figli/e. Anche i **disturbi borderline della personalità** rappresentano fattori di rischio per il maltrattamento e trascuratezza di bam-

bini e bambine²⁵. Infine, **una storia pregressa di abusi può comportare un rischio di maltrattamento di bambini/e**: il rapporto *European report on preventing child maltreatment* sostiene che una precedente vittimizzazione dei genitori comporti un rischio da basso a medio di maltrattare i propri figli/e.

La capacità di vivere una vita sana nei bambini/e

Anche per questa capacità, al pari di quanto già illustrato per la capacità di cura, nel caso dei bambini/e si parla di sintomi relativi alle loro condizioni di salute che devono far sospettare possibili situazioni di maltrattamento.

Si tratta di sintomi che singolarmente possono non avere connessioni con il maltrattamento ma che, presi nel loro complesso, rappresentano un quadro clinico che deve generare allerta. L'indagine della WHO definisce con una forte associazione ad abusi fisici, emotivi, sessuali o di trascuratezza, sintomi quali ad esempio la depressione, l'ansia, i disturbi o disordini nell'alimentazione, i tentativi di suicidio, l'autolesionismo, l'obesità, l'uso di droghe, le infezioni trasmesse per via sessuale/comportamenti sessuali a rischio.

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

Nella **capacità di vivere una vita sana** si possono individuare alcuni indicatori di fattori di rischio che secondo la letteratura internazionale possono essere riconducibili in modo diretto o indiretto al maltrattamento dei bambini da parte degli adulti. Per tale motivo rientrano in quest'area gli indicatori relativi alle dipendenze da alcol e da droghe nonché la condizione psicologica, di salute mentale e la depressione diagnosticata²⁷.

Nell'edizione dell'Indice di quest'anno, tre indicatori sono stati aggiornati al 2019, uno al 2018 (tasso di mortalità per dipendenza da droghe), mentre due (indice di stato psicologico e depressione diagnosticata) sono rimasti costanti all'ultimo dato disponibile risalente al 2013.

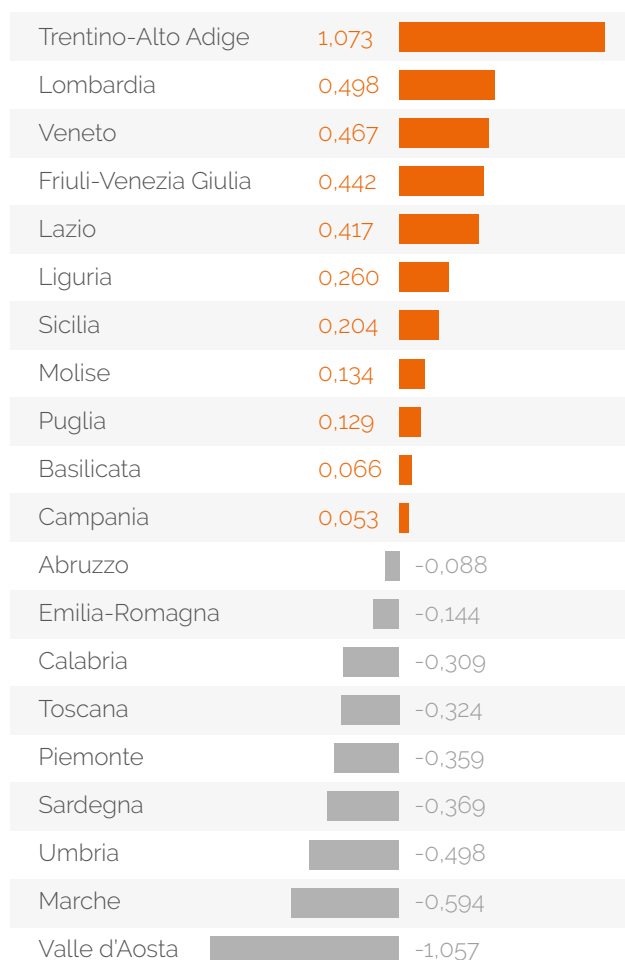
Nella media dei tre indicatori che è stato possibile individuare, si può osservare un peggioramento medio complessivo del 6,9%, in gran parte legato a un aumento del tasso di mortalità per dipendenze da droghe, passato da 0,04/10.000 abitanti tra il 2013 e il 2016 a 0,05/10.000

abitanti nel 2017 e nel 2018.

I comportamenti a rischio nei consumi di alcol confermano anche per il 2019 un miglioramento progressivo dal 22,3% del 2007 al 15,8% del 2019 della popolazione over 14, mentre l'indice di salute mentale, che risente sia del progressivo invecchiamento della popolazione sia delle difficoltà della crisi economica e sociale, è lievemente migliorato tra il 2018 e il 2019 dell'1,3%.

Nella rilevazione regionale, il Trentino-Alto Adige si conferma per il quarto anno consecutivo la regione con i minori fattori di rischio rispetto a questa capacità, compensando con gli altri indicatori un fattore di rischio specifico quale il consumo di alcool per il quale è 19° in Italia. Ad esso seguono la Lombardia, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e il Lazio, tutti avanzati di due posizioni rispetto alla precedente edizione dell'Indice. Altri progressi si registrano ancora per la Basilicata (+6 posizioni) e la Campania (+4 posizioni). Tra le regioni con i più significativi peggioramenti rispetto alla precedente edizione si può notare il Molise (-6 posizioni), la Sardegna (-4 posizioni) e la Liguria e l'Abruzzo (-3 posizioni).

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



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

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

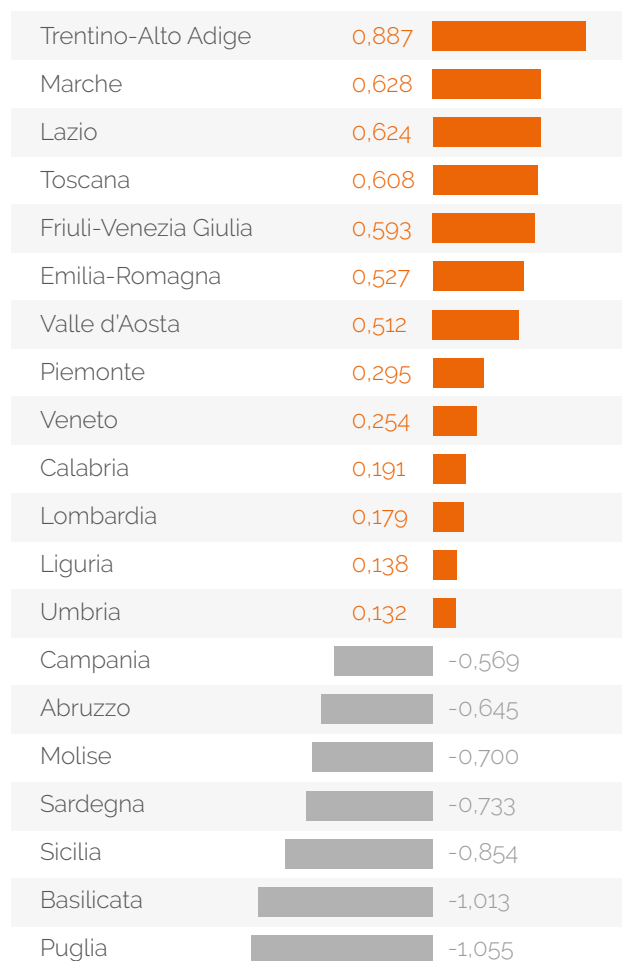
Di questi cinque è stato possibile aggiornarne solo due rispetto alla precedente edizione, ma per i prossimi anni sarà fondamentale poter disporre di dati puntuali: oltre a quanto emerge dall'indagine qualitativa sugli effetti del trauma da Covid-19 sui giovani, presentata nel Cap.3, anche le prime ricerche su questo tema hanno infatti messo in evidenza un considerevole stato di disagio nei giovani, manifestatosi soprattutto nell'aumento di con-

sumo di alcool, droghe, maggiore aggressività ed aumento dei suicidi giovanili e tentati suicidi.

Rispetto alla condizione pre-pandemica, si conferma a ogni modo la tendenza al miglioramento dei due indicatori aggiornati: le gravidanze precoci (quoziente specifico di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni) continuano infatti a diminuire (dal 25,7/1.000 nel 2015 al 20,5/1.000 nel 2018) così come anche l'obesità infantile (% di bambini/e in eccesso di peso tra 6 e 17 anni) che è del 24,74% nel 2019 a fronte del 25,01% rilevato nel 2015). Importanti rimangono gli squilibri territoriali: le gravidanze precoci sono 15,1/1.000 nel Nord e 29,2/1.000 nel Mezzogiorno (Sud e Isole), l'obesità infantile passa dal 21,01% del Nord al 31,3% del Mezzogiorno.

Nella rilevazione territoriale la regione più virtuosa è per il secondo anno consecutivo il Trentino Alto Adige, seguito dalle Marche, il Lazio, la Toscana e il Friuli Venezia Giulia. Tra i territori più critici invece, si osservano la Sardegna, la Sicilia, la Basilicata e la Puglia.

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



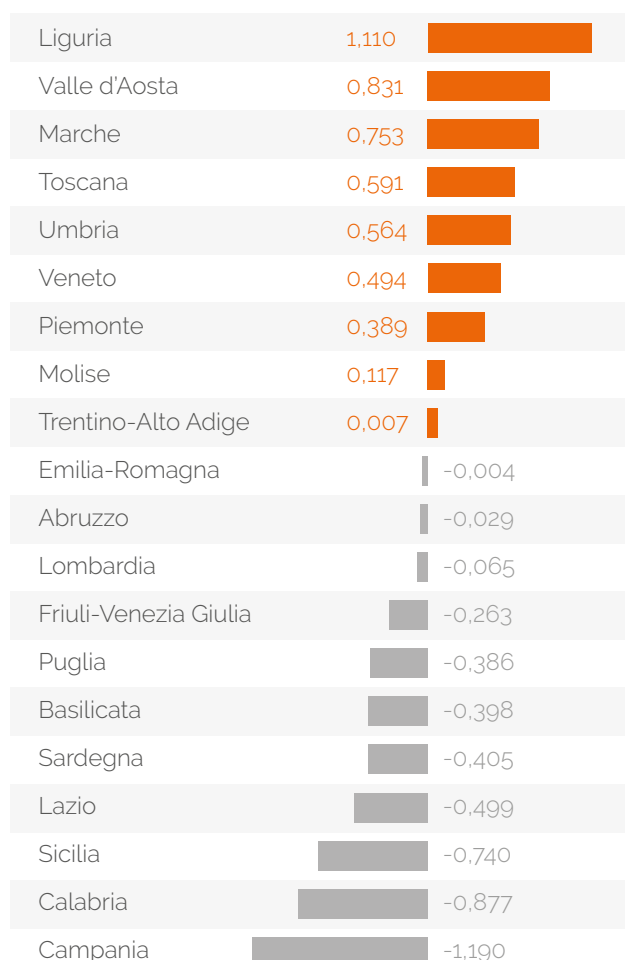
Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{VI}

I servizi dedicati alla **capacità di vivere una vita sana** relativamente ai potenziali maltrattanti sono di particolare importanza alla luce dell'impatto della pandemia sulla salute mentale degli adulti e dei bambini/e di minore età, come evidenziato al Cap. 3.

Per rappresentare i servizi che curano e rinforzano la salute mentale l'Indice regionale fa riferimento a sei indicatori relativi all'utenza di servizi per la cura di patologie psicologiche e mentali (disturbi affettivi o psichiatrici) e di stati di dipendenza relativamente al consumo di droghe e alcol erogate sia nell'ambito del sistema sanitario e ospedaliero²⁸ che in quello sociale e territoriale²⁹.

Rispetto alla precedente edizione dell'Indice, tutti gli indicatori sono stati aggiornati al 2019 a eccezione dell'indicatore sulle strutture per assistenza psichiatrica e di quello dei servizi sociali professionali per le dipendenze, aggiornati al 2018.

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



La media complessiva dei sei indicatori utilizzati per descrivere questa capacità indica che nel complesso il numero di utenti rispetto all'utenza potenziale è rimasto sostanzialmente invariato, dal momento che si registra una riduzione di -0,6% tra le ultime due edizioni dell'Indice.

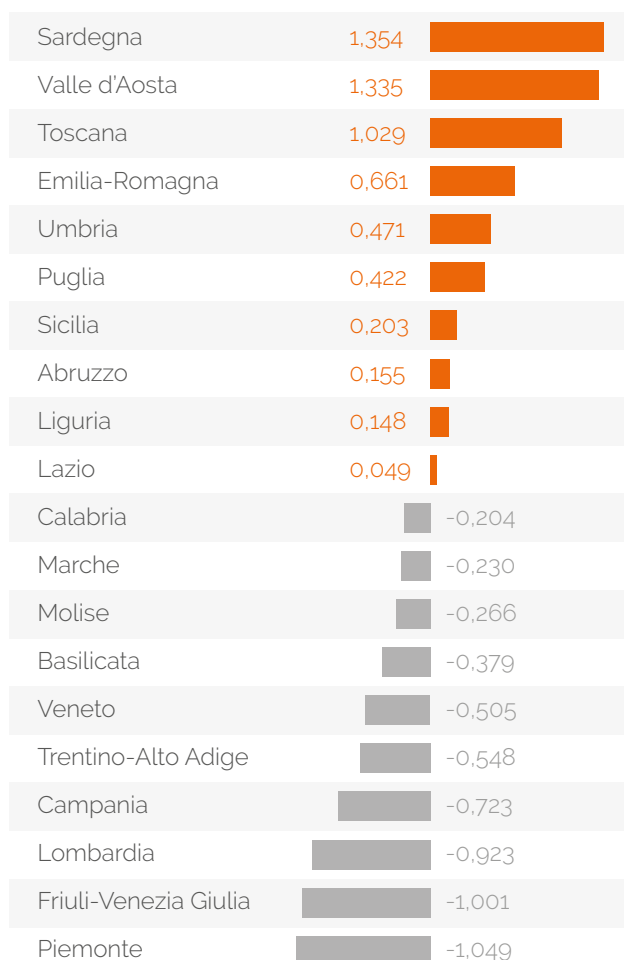
Anche in questo caso la riduzione demografica influenza il dato, mentre in termini assoluti l'aumento di utenza dei servizi SERD e del numero di strutture per l'assistenza psichiatrica viene bilanciato dalla diminuzione del numero di utenti del servizio sociale professionale per le dipendenze.

Nella lettura territoriale la regione con la maggiore capacità di risposta dei servizi rispetto all'utenza potenziale è ancora la Liguria, analogamente alle edizioni precedenti, seguita dalla Valle d'Aosta, le Marche e la Toscana. Le regioni con maggiore criticità sono il Lazio, la Sicilia, la Calabria e la Campania. Rispetto alla precedente edizione dell'Indice, tra le regioni con maggiori variazioni si possono osservare il Molise (+3 posizioni), la Basilicata e la Valle d'Aosta (+2 posizioni), mentre peggiorano di 2 posizioni l'Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia.

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

Rispetto alla capacità di vivere una vita sana riferita ai **servizi diretti ai bambini e minori, la cura e prevenzione dei disturbi della salute relativamente ai sintomi di potenziale maltrattamento** viene descritta attraverso tre indicatori di servizi: il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni (aggiornato al 2019), la presenza di pediatri nei territori per ogni 10.000 bambini/e al di sotto dei 15 anni (aggiornato al 2018) e la presenza dei consultori familiari nei territori, con riferimento all'utenza di gravidanze precoci di ragazze under 18 (aggiornato al 2018). La media complessiva dei tre indicatori osservati restituisce un progresso del 2,4% rispetto alla precedente edizione dell'Indice, dovuto prevalentemente all'aumento del tasso di dimissioni per disturbi psichici nell'età pre-adulta 0-17 anni. La rilevazione territoriale mostra alla prima posizione la Sardegna, seguita dalla Valle d'Aosta, la Toscana e l'Emilia-Romagna, mentre alle ultime si trovano la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia e il Piemonte. Tra le ultime due edizioni dell'Indice non si osservano significative variazioni di posizione (le prime 4 regioni e le ultime 4 sono rimaste invariate), a eccezione dell'Umbria, migliorata di cinque posizioni, dalla 10^a alla 5^a a causa dell'aumento del tasso di dimissioni per disturbi psichici nell'età pre-adulta 0-17 anni, e le Marche, migliorate di tre posizioni.

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



2.2.3 CAPACITÀ DI VIVERE UNA VITA SICURA

La capacità di vivere una vita sicura

La capacità di vivere una vita sicura è intrinseca al concetto di prevenzione di maltrattamento dei bambini/e. Vi sono diversi tipi di sicurezza, da quella più privata relativa alla famiglia e alle relazioni parentali o amicali, a quella più allargata che include il contesto di riferimento nel quale si vive in termini di criminalità e più in generale di sicurezza ambientale.

Certamente la violenza domestica sulle donne rappresenta un fattore di rischio importante anche per la prevenzione del maltrattamento sui bambini/e, dal momento che, come si è visto (par. 1.1) i due fenomeni sono strettamente legati. Secondo alcune ricerche³⁰ nei Paesi occidentalizzati il rischio di maltrattamento e trascuratezza nei confronti dei bambini/e aumenta in modo significativo per le famiglie nelle quali si presentano anche episodi di violenza domestica sulle donne. Infine, un fattore di rischio di maltrattamento all'infanzia è rappresentato da **una storia pregressa di vittimizzazione**: secondo l'*European report on preventing child maltreatment* di WHO, i bambini/e che sono già stati vittime di abusi hanno una maggiore tendenza a essere vittimizzati ripetutamente rispetto a bambini/e che non hanno mai subito maltrattamenti.

Ulteriori fattori di rischio per il maltrattamento di minori riguardano la capacità di vivere la propria vita in un contesto sociale sicuro. Uno **scarso capitale sociale** e l'isolamento **sociale dei genitori** alimentano direttamente il rischio di maltrattamento sui bambini/e, seppur in modo non particolarmente significativo. I fattori di rischio legati alla mancata sicurezza dei bambini in termini di relazioni familiari disfunzionali o di isolamento sociale sono motivati soprattutto da un aumento dello stress genitoriale³¹. Secondo uno studio condotto sui padri la mancanza di supporto sociale è l'unico fattore significativo predittivo di rischio di maltrattamento e trascuratezza di minori³².

Un altro fattore di rischio da considerare nell'ambito di questa capacità riguarda il **contesto urbano e il contesto rurale**. Anche se il legame con il maltrattamento non è stato ancora molto approfondito nelle ricerche, uno studio ad esempio condotto negli Stati Uniti nel 2010³³ ha rileva-

to che gli abusi sono maggiormente diffusi nelle zone rurali poiché fenomeni quali povertà, livelli di istruzione inferiore, disoccupazione e abuso di alcool e droghe tendono ad essere prevalenti in quelle aree, dove i tassi di abuso di bambini/e sono 1,7 volte superiori rispetto a quelli rilevati nelle zone urbane.

Dal punto di vista sociale anche le **norme culturali** e la presenza o meno di **legislazione** per la protezione dei minori contribuiscono a creare un ambiente più o meno sicuro: **matrimoni precoci** e **mutilazioni genitali femminili** rappresentano un fattore di rischio evidente per il maltrattamento infantile. Altri fattori che possono influire sul maltrattamento di bambini/e si rintracciano nel supporto in famiglia alle **punizioni corporali**. In un contesto familiare in cui si ritiene che le punizioni siano necessarie per crescere figli e figli, è più facile che vi sia un maggior rischio di maltrattamento.

si economica e sociale potrà produrre sulla sicurezza generale. Una riflessione importante è invece legata all'urgenza di aggiornare i dati relativi alla sicurezza personale, soprattutto i due indicatori relativi alla violenza domestica: diverse rilevazioni durante il periodo pandemico hanno messo in evidenza un aumento considerevole della violenza domestica e della violenza assistita. Poter disporre di dati recenti relativamente all'"Indagine sulla sicurezza delle donne" dell'ISTAT³⁵, al momento aggiornata al 2014, è indispensabile per attivare politiche e investimenti mirati e puntuali.

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

Tra le regioni più critiche rispetto a questa capacità si possono osservare la Calabria, il Molise, la Puglia e la Campania.

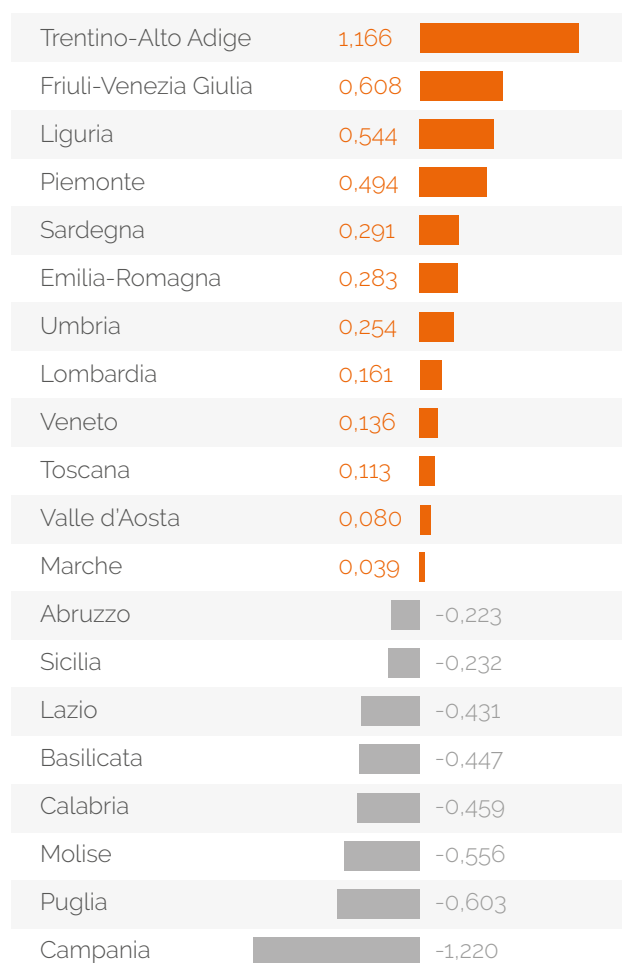
12. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti. Capacità di vivere una vita sicura

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

Rispetto ai fattori di rischio per la sicurezza identificati dalla letteratura internazionale, sono stati scelti sette gli indicatori (dei quali cinque aggiornati per la presente rilevazione³⁴) che riguardano la percentuale di donne tra i 16 e i 70 anni che hanno subito violenza negli ultimi cinque anni da parte di un partner o di un ex partner, la percentuale di violenze denunciate dalle donne tra i 16 e i 70 anni, la soddisfazione per le relazioni amicali, la fiducia interpersonale, il tasso di omicidi, la percezione del rischio di criminalità e la fiducia delle persone nelle forze dell'ordine.

L'andamento medio complessivo degli indicatori tra le ultime due edizioni dell'Indice mostra un progresso del 6,1%, in gran parte dovuto al miglioramento dell'indice sul rischio percepito di criminalità, sceso tra il 2017 e il 2019 dal 31,9% al 25,6%. Anche l'indice regionale sulla fiducia interpersonale mostra un progressivo miglioramento: la percentuale di persone che ha risposto "bisogna stare molto attenti" è infatti scesa ancora dal 77,7% nel 2018 al 74,6% nel 2019, mentre la fiducia nelle forze dell'ordine è migliorata, anche se di poco: dal 7,3% al 7,5% tra il 2017 e il 2019.

Se gli indicatori relativi alla sicurezza ambientale sono in progressivo miglioramento nella situazione pre-pandemica, occorre domandarsi l'impatto che l'attuale cri-



Questo gruppo di indicatori è piuttosto stabile, dal momento che le prime due regioni e le ultime tre non hanno cambiato posizione tra le ultime due edizioni dell'In-

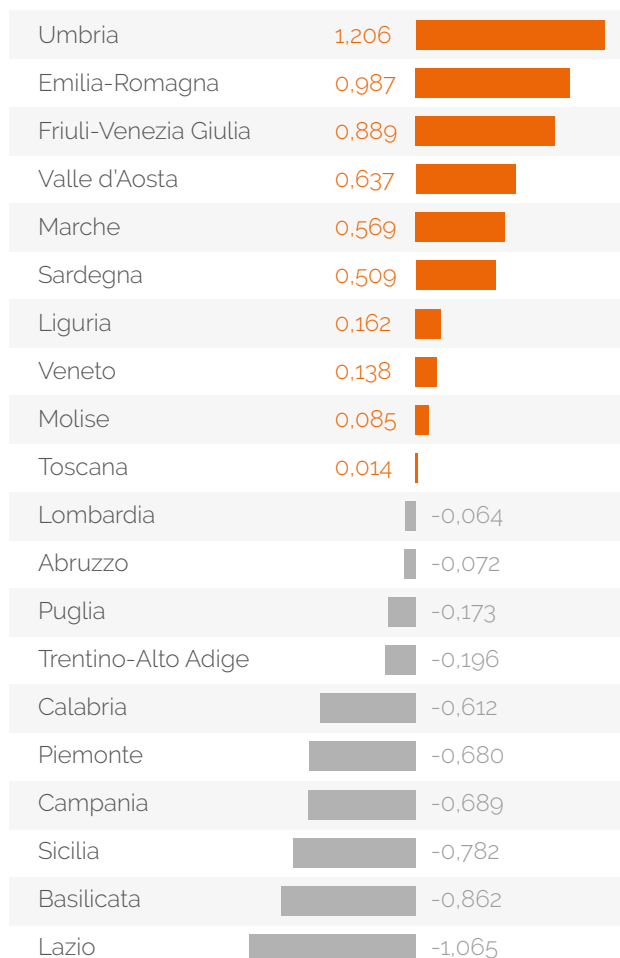
dice. I territori con cambiamenti più significativi sono la Toscana, scesa di cinque posizioni e l'Umbria, migliorata di quattro.

Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{IX}

La capacità di vivere una vita sicura viene rappresentata attraverso tre indicatori relativi ai servizi: gli adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa (aggiornato al 2017), i servizi sociali di integrazione sociale e i centri antiviolenza e le case rifugio (aggiornati al 2018). Complessivamente questo gruppo di indicatori di servizi è migliorato del 7% tra le due edizioni dell'Indice, soprattutto grazie all'aumento del numero di adulti ospiti dei presidi residenziali coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa per 100.000 abitanti avvenuto tra il 2016 e il 2017.

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

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



2.2.4 CAPACITÀ DI ACQUISIRE CONOSCENZA E SAPERE

La capacità di acquisire conoscenza e sapere

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

alle risorse economiche necessarie per il benessere familiare; un **elevato livello di istruzione delle madri** è invece un fattore protettivo rispetto al rischio di maltrattare i minori³⁶.

Fattori di rischio dei potenziali maltrattanti: i risultati ^x

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

Per quanto l'Italia mostri da anni una criticità importante rispetto agli altri Paesi europei nel livello di istruzione della popolazione, il trend storico è comunque in progressivo miglioramento grazie soprattutto al livello crescente di istruzione delle generazioni che arrivano nella fascia di età genitoriale e al contestuale invecchiamento delle generazioni più anziane e meno istruite. La percentuale di persone tra i 25 e i 64 anni che non hanno alcun titolo di studio o la licenza elementare continua infatti a diminuire: dal 6,7% nel 2016 è scesa fino al 5,3 % nel 2019. Il tasso di istruzione terziaria femminile nella fascia d'età 30-34 anni è invece peggiorato tra il 2018 e il 2019 dal 34% del 2018 al 33,8% del 2019, anche se pur sempre significativamente più alto del 22,2% registrato nel 2007.

Il Trentino-Alto Adige è la regione con la migliore protezione dai fattori di rischio legati all'istruzione, seguito dal Lazio, la Liguria, l'Emilia-Romagna e la Lombardia. Particolarmente significativa è la disuguaglianza territoriale, dal momento che le regioni del Mezzogiorno sono tutte al di sotto della media nazionale, in misura considerevole la Sicilia, la Puglia, la Campania e la Calabria. Nelle variazioni tra le due edizioni dell'Indice si può osservare l'arretramento del Piemonte di sette posizioni, a causa della diminuzione dell'indicatore sul tasso di istruzione terziaria femminile, sceso tra il 2018 e il 2019 dal 39,4% al 30,6%.

Sempre a causa delle variazioni di questo indicatore si nota ancora l'arretramento della Valle d'Aosta di sei posizioni e per contro il progresso di Umbria, Emilia-Romagna ed Abruzzo di quattro posizioni.

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

Trentino-Alto Adige	1,199	
Lazio	1,010	
Liguria	0,914	
Emilia-Romagna	0,871	
Lombardia	0,772	
Umbria	0,702	
Friuli-Venezia Giulia	0,698	
Valle d'Aosta	0,646	
Abruzzo	0,419	
Marche	0,362	
Veneto	0,152	
Toscana	0,074	
Piemonte	0,005	
Basilicata		-0,117
Molise		-0,268
Sardegna		-0,774
Sicilia		-1,578
Puglia		-1,590
Campania		-1,592
Calabria		-1,905

Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{xi}

La **capacità di acquisire conoscenza e sapere** relativamente ai servizi territoriali messi a disposizione per potenziarla, viene descritta da un unico indicatore che riguarda gli adulti inoccupati nella classe d'età 25-64 anni che partecipano ad attività formative e di istruzione nelle regioni, aggiornato al 2019.

In generale, questo indicatore continua a crescere ininterrottamente dal 2008, passando dal 5,9% al 7,1% del 2019.

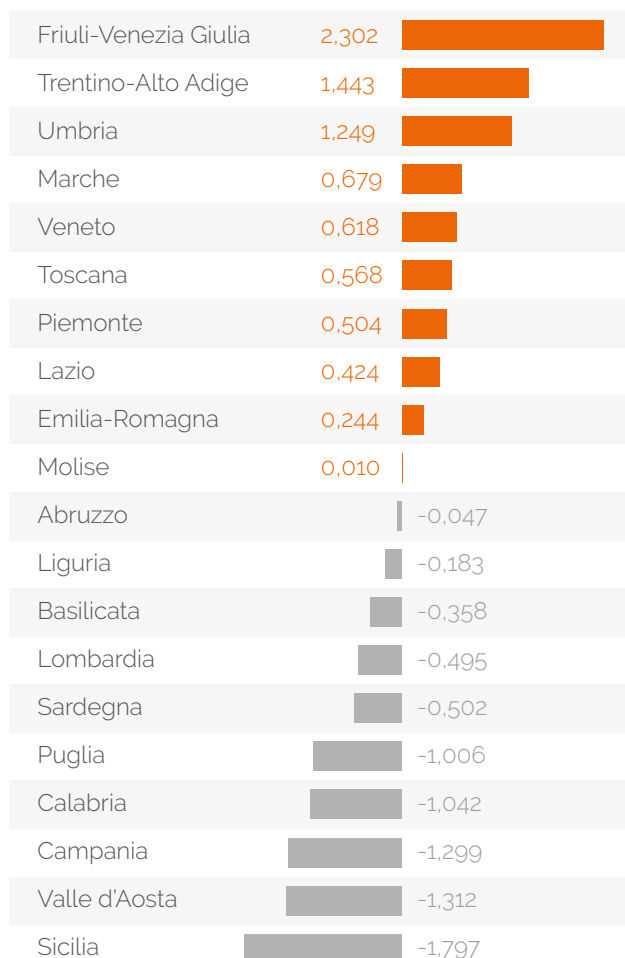
Il dato nazionale media significative differenze territoriali,

dal momento che l'indicatore arriva al dato più elevato nel Nord Est (+8,9%), e a quello più basso nelle Isole (5,4%).

Nell'analisi territoriale la regione con l'indicatore migliore è il Friuli-Venezia Giulia, seguito dal Trentino-Alto Adige e l'Umbria, mentre le regioni con il dato più critico sono la Calabria, la Campania, la Valle d'Aosta 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.

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



2.2.5 CAPACITÀ DI LAVORARE

La capacità di lavorare

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

Secondo gli autori dello studio, a un aumento di un punto percentuale nel tasso di disoccupazione corrisponderebbe un aumento del 20% nelle denunce per negligenza³⁸. Questo effetto negativo sulla negligenza può essere però mediato da sussidi alla disoccupazione.

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

Gli indicatori relativi alla **capacità di lavorare** con riferimento ai fattori di rischio di maltrattamento sui bambini/e si concentrano soprattutto sulle criticità lavorative che riguardano le fasce di età legate alla dimensione parentale e familiare, nonché alle situazioni di difficoltà lavorativa prolungata: il tasso di disoccupazione tra i 35 e i 44 anni, l'incidenza della disoccupazione di lunga durata, la presenza degli occupati non regolari e alla presenza nelle famiglie di individui a bassa intensità lavorativa³⁹. Dei quattro indicatori è stato possibile aggiornarne tre al 2019 e uno al 2018.

In questa situazione temporale pre-pandemica, la capacità di lavorare mostra tra le due edizioni dell'Indice un lieve miglioramento medio del 4,3%, per la maggior parte dovuto alla riduzione della percentuale di individui che vivono in famiglie a bassa intensità lavorativa, scesa ancora tra il 2018 e il 2019 dall'11,3% al 10%. Anche l'incidenza della disoccupazione di lunga durata è diminuita nello stesso periodo, dal 59,1% al 57,1%.

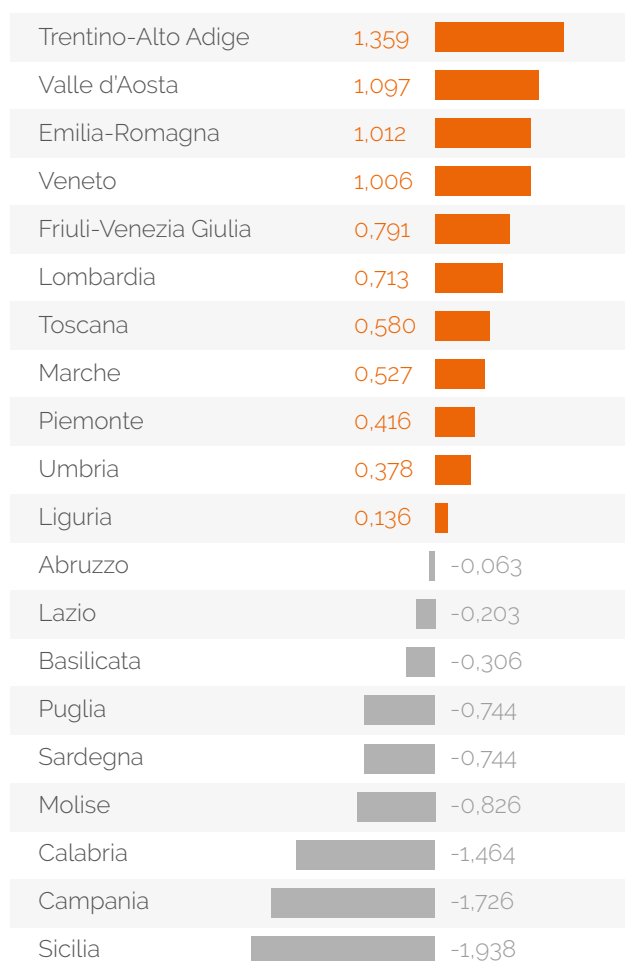
La capacità di lavorare a partire dal 2020 ha certamente risentito in modo profondo e strutturale della crisi COVID-19, e influenzerà certamente nei prossimi anni un considerevole peggioramento dei fattori di rischio legati a questa capacità.

Nella rilevazione territoriale le regioni che hanno la migliore protezione da questo tipo di fattori di rischio sono il Trentino-Alto Adige, la Valle d'Aosta, l'Emilia-Romagna, il Veneto e il Friuli-Venezia Giulia.

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

Nel confronto tra le due edizioni si osserva una sostanziale stabilità complessiva che media le variazioni dei singoli indicatori: metà delle regioni hanno infatti mantenuto la stessa posizione, mentre le altre hanno avuto variazioni non superiore alle due posizioni, mentre solo una, il Molise, è retrocesso di tre posizioni.

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

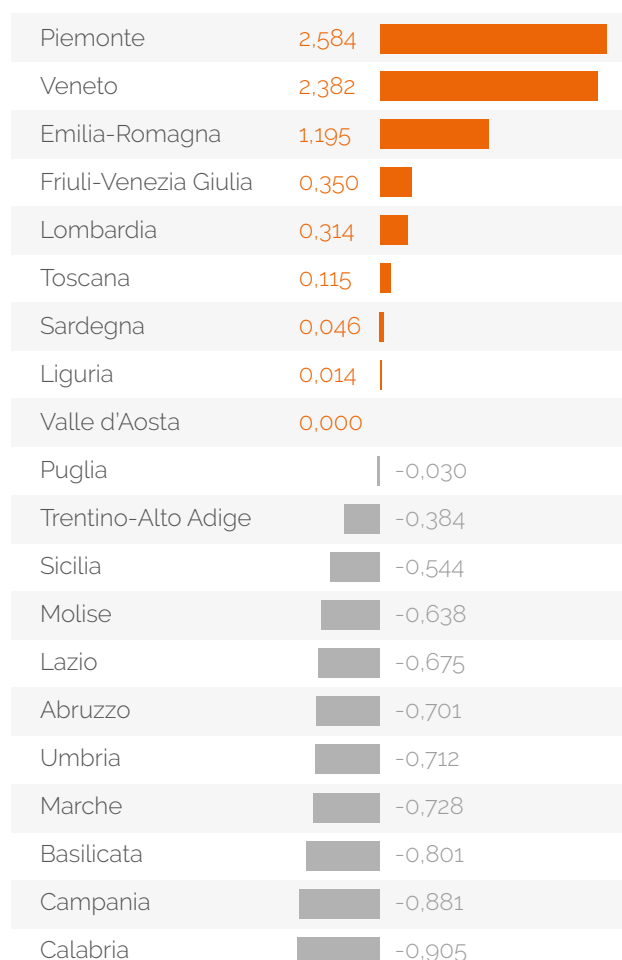


Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{km}

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 la-

vorativo, calcolati secondo gli utenti (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 monitorati dall'indagine ISTAT *Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*⁴⁰, aggiornata al 2018. Il dato complessivo, legato a questo unico indicatore, mostra un progresso del 28% tra le ultime due edizioni dell'Indice, essendo passato da 1.340 a 1.719 servizi per 100.000 disoccupati over 15 tra il 2016 e il 2018, un dato dovuto al doppio effetto positivo dell'aumento del numero assoluto dei servizi per l'inserimento lavorativo, e della riduzione del numero totale di disoccupati di riferimento nello stesso periodo. Le regioni con una maggiore offerta di questo tipo di servizi sono il Piemonte, analogamente alla precedente edizione dell'Indice, seguito dal Veneto, l'Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia. Le regioni con minor numero di servizi di questo tipo sono le Marche, la Basilicata, la Campania e la Calabria.

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





2.2.6 CAPACITÀ DI ACCEDERE ALLE RISORSE E AI SERVIZI

La capacità di accedere alle risorse e ai servizi

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

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

Esiste poi una **forte relazione tra disuguaglianza e povertà che influisce a sua volta sul maltrattamento e la trascuratezza di bambini/e**⁴². Tuttavia, uno studio condotto in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord⁴² ha rilevato che la **povertà non è un fattore di rischio né sufficiente né necessario per il maltrattamento e la trascuratezza di bambini/e**.

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

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

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

L'analisi della variazione media complessiva degli indicatori tra le ultime due edizioni dell'Indice mostra un peggioramento generale del 6,2%, interamente attribuibile alla riduzione del tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante, sceso dall'1,8% registrato nel 2017 allo 0,5% del 2019.

Gli altri indicatori, per contro, mostrano un generale miglioramento, dopo un decennio di continuo peggiora-

mento: tra il 2018 e il 2019 sono diminuiti l'indice di grave deprivazione materiale (dall'8,5% al 7,4%), l'indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica (dal 9,7% all'8,2%), l'indice di povertà relativa familiare (dall'11,8% all'11,4%). Sostanzialmente invariata è rimasta invece la percentuale complessiva di persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali. Nei prossimi anni è chiaramente prevedibile che questi indicatori registreranno dei bruschi peggioramenti legati alla crisi pandemica.

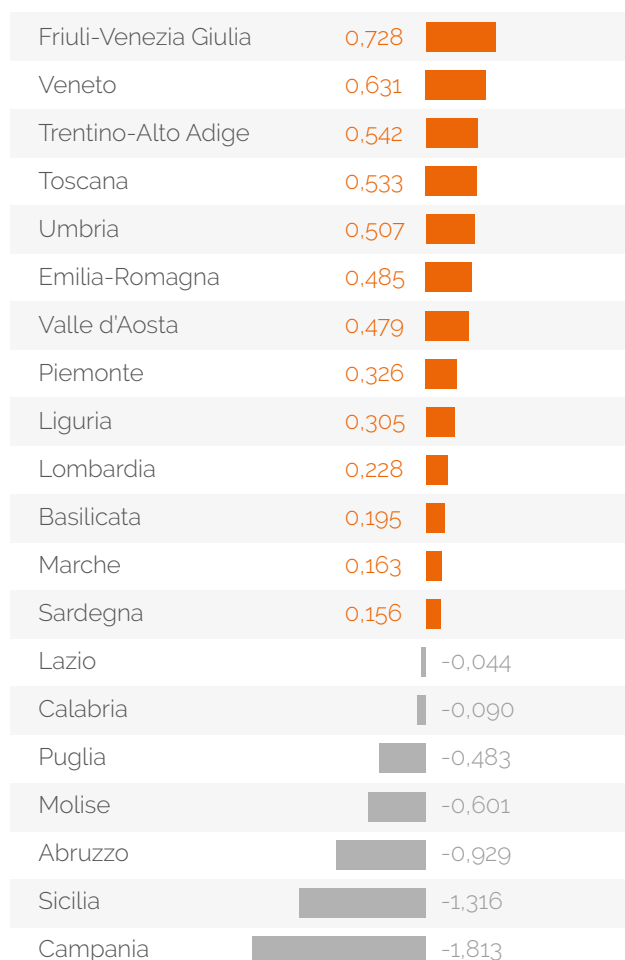
Tra le regioni con il più elevato livello di capacità di accedere alle risorse e ai servizi si rilevano il Friuli-Venezia Giulia, il Veneto, il Trentino-Alto Adige, la Toscana e l'Umbria. Tra le regioni con maggiori criticità si osservano invece il Molise, l'Abruzzo, la Sicilia e la Campania.

Nel confronto con la precedente edizione dell'Indice si osservano in generale maggiori variazioni di posizioni dovute all'estrema variabilità degli indicatori economici

su base annuale, a differenza di quelli legati a dimensioni umane che si modificano su periodi di tempo più lunghi.

Ciononostante rimangono sempre evidenti le differenze territoriali tra le regioni del Nord, del Sud e del Centro Italia.

18. Indice regionale fattori di rischio dei potenziali maltrattanti. Capacità di accedere alle risorse e ai servizi



Servizi per potenziali maltrattanti: i risultati ^{xv}

I servizi territoriali mirati a curare e prevenire il maltrattamento ai minori intervenendo sulla capacità di accedere alle risorse e ai servizi sono rappresentati da due indicatori relativi ai servizi e i contributi dei Comuni per l'integrazione di reddito e a quelli per la situazione abitativa, entrambi aggiornati al 2018 e rapportati alla popolazione che versa in stato di grave deprivazione materiale. A livello nazionale i servizi territoriali relativi a questa capacità mostrano un significativo progresso dovuto sia

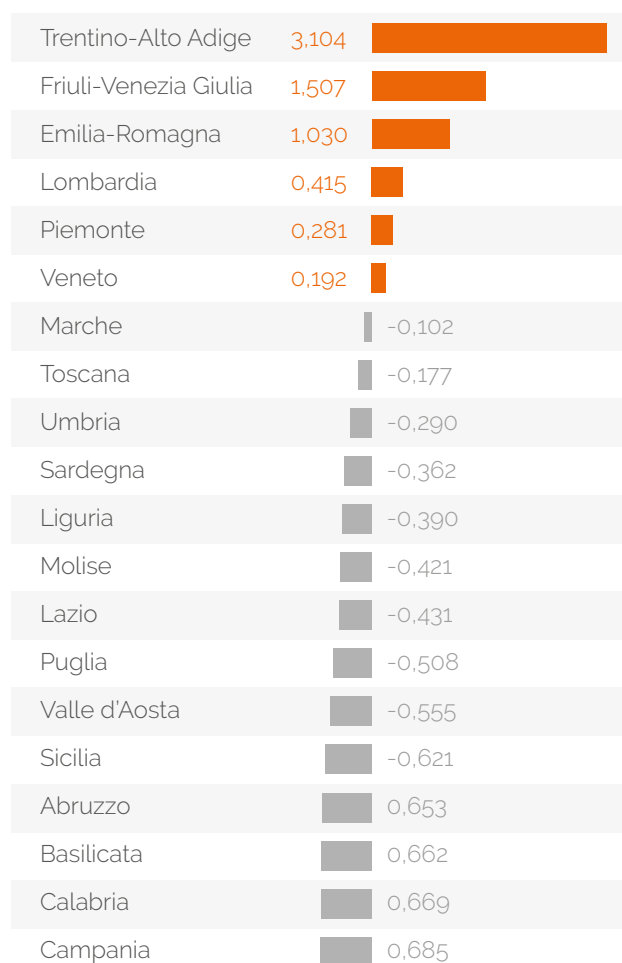
all'aumento assoluto del numero di servizi proposti, sia alla riduzione del numero di persone in stato di deprivazione monitorato tra il 2016 e il 2018.

È immaginabile che la situazione di crisi economica legata alla pandemia produrrà un considerevole aumento del numero di persone in stato di deprivazione e un conseguente aumentato bisogno di potenziamento di questi servizi.

Nella lettura territoriale, il Trentino-Alto Adige e il Friuli-Venezia Giulia si confermano anche per questa edizione dell'Indice le due regioni maggiormente dotate di questo tipo di servizi, mentre un'offerta insufficiente si rileva in Abruzzo, Basilicata, Calabria e Campania.

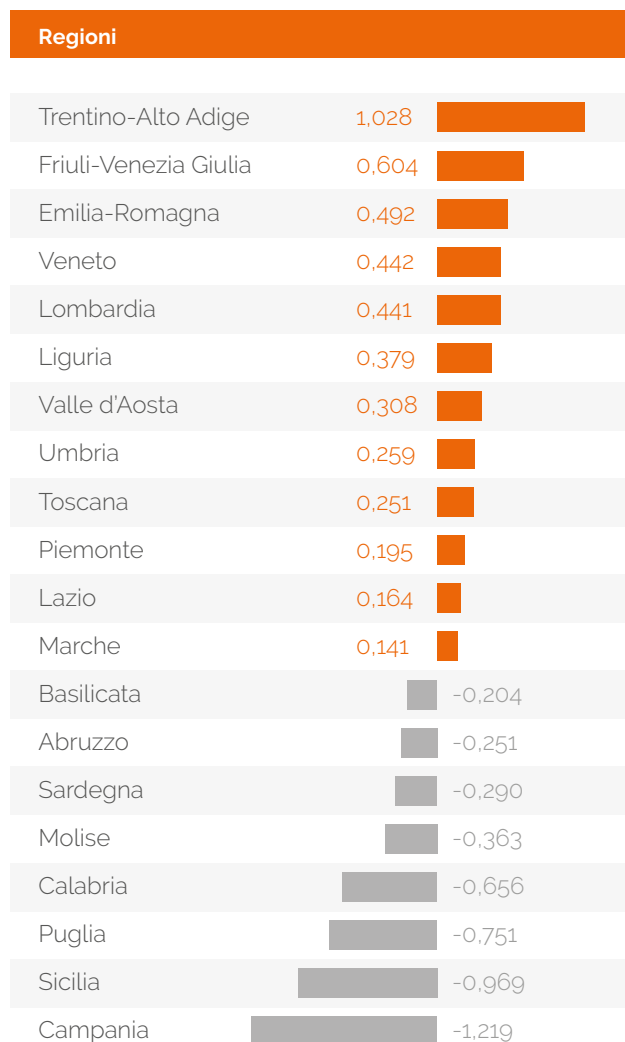
Rispetto all'edizione precedente, la Lombardia e la Sicilia restituiscono i maggiori progressi, avanzando di quattro posizioni entrambe, mentre la Sardegna arretra di cinque posizioni e la Calabria di quattro.

19. Indice regionale servizi diretti per potenziali maltrattanti. Capacità di accedere alle risorse e ai servizi



2.3 L'INDICE REGIONALE: FATTORI DI RISCHIO E SERVIZI

20. Indice regionale sui fattori di rischio



2.3.1 L'INDICE DEI FATTORI DI RISCHIO

Anche per questa quarta edizione dell'Indice i cambiamenti osservabili nella lettura generale dei fattori di rischio sono piuttosto contenuti rispetto all'anno precedente poiché trattandosi per lo più di comportamenti personali e dinamiche sociali di medio-lungo termine, le modifiche sono rilevabili in trend temporali prolungati.

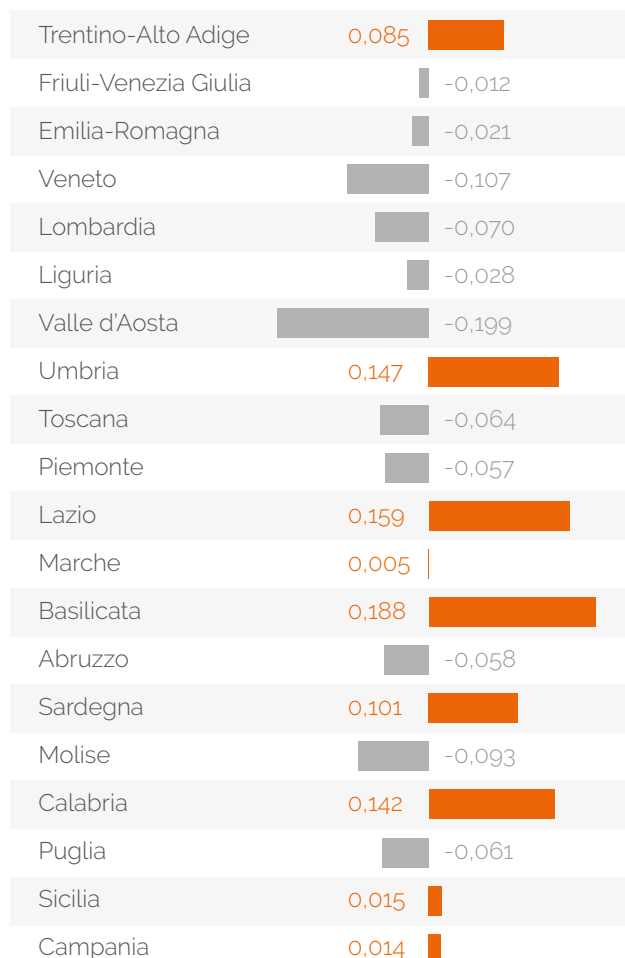
A meno di variazioni di una posizione le prime 7 regioni rimangono le stesse (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Liguria), così come le ultime quattro (Calabria, Puglia, Sicilia, Campania). Le uniche che variano in positivo di tre posizioni sono l'Umbria e la Basilicata, mentre in direzione negativa perdono due posizioni le Marche e il Molise.

Se le posizioni mantenute dalle regioni nel confronto con

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

Da questa rilevazione più approfondita è possibile osservare ad esempio come il Trentino-Alto Adige, oltre a mantenere la prima posizione aumenta la propria distanza dalla media nazionale mentre le sei regioni successive la riducono. Variazioni positive oltre la media nazionale si verificano per l'Umbria ed il Lazio, mentre tra le regioni al di sotto della media nazionale la Basilicata, la Sardegna e la Calabria riducono la propria distanza.

21. Indice regionale sui fattori di rischio variazioni 2020-2021



2.3.2 L'INDICE DEI SERVIZI

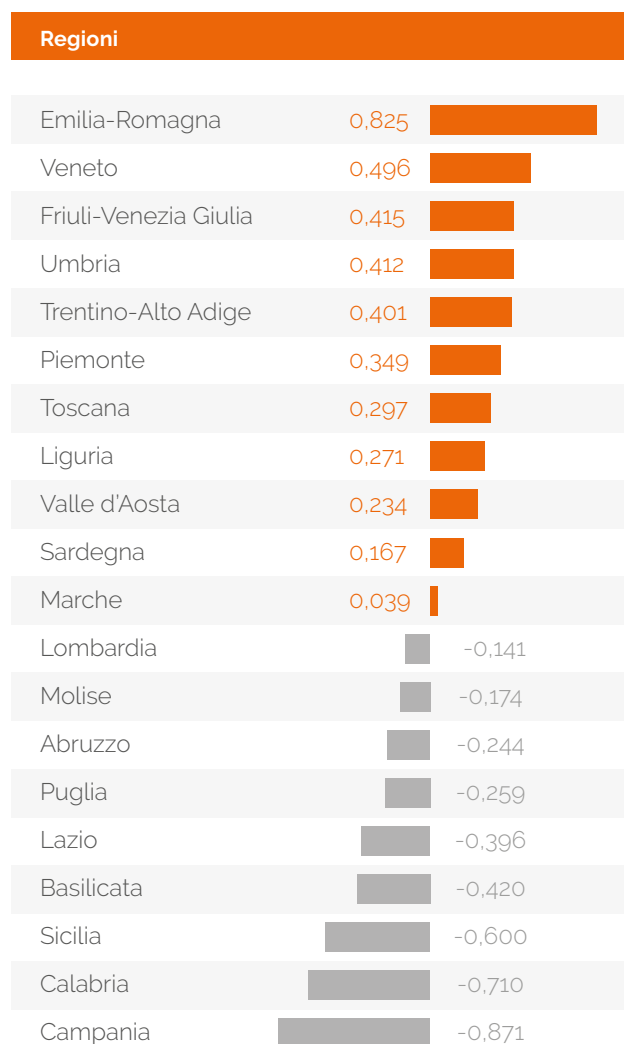
La sintesi dei servizi territoriali per tutte le sei capacità analizzate restituisce per il quarto anno consecutivo l'Emilia Romagna come la regione con il sistema complessivamente più impegnato nella prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia. A seguire, due regioni del Nord-Est, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia.

Le ultime quattro regioni, sulle quali invece occorre investire maggiormente per un riallineamento alla media nazionale, sono la Basilicata, la Sicilia, la Calabria e la Campania. Tra le regioni con le maggiori variazioni di posizione si possono osservare il Friuli Venezia Giulia, che guadagna sei posizioni e il Veneto e la Puglia che salgono di tre, mentre tra le regioni che hanno peggiorato la propria posizione rispetto alla media nazionale si possono osservare la Sardegna, arretrata di sei posizioni e la Toscana di cinque.

Oltre alla variazione delle posizioni delle varie regioni rispetto alla media nazionale, il confronto relativo all'indice numerico permette di trarre alcune considerazioni più approfondite. Ad esempio, l'Emilia Romagna, pur mantenendo la prima posizione, ha visto erodere, anche se di poco, la propria distanza rispetto alla media nazionale. Tra le regioni del Mezzogiorno, la Puglia ha registrato un miglioramento generale dei servizi che l'ha fatta avanzare di tre posizioni.

Dato che il confronto tra le due edizioni dell'Indice avviene con una base cronologica di riferimento di due anni di distanza (le rilevazioni relative ai servizi territoriali si riferiscono all'indagine ISTAT del 2016 e del 2018), alcune variazioni di posizione sono più evidenti rispetto ai risultati degli anni precedenti. Tali cambiamenti sono in larga parte riconducibili a tre capacità, quella di lavorare, di acquisire conoscenza e sapere e di vivere una vita sicura.

22. Indice regionale sui servizi

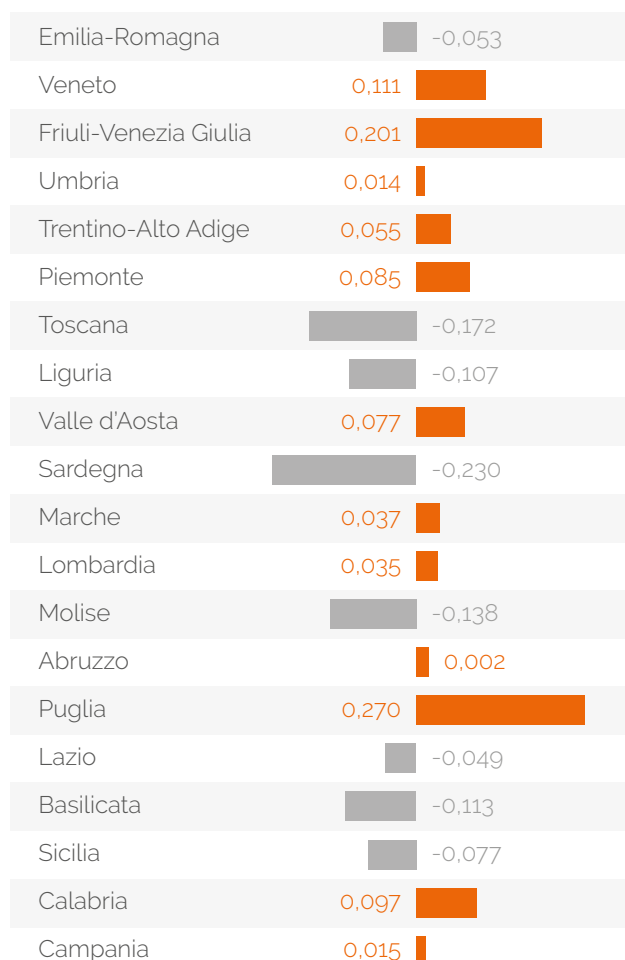


Oscillazioni meno evidenti si possono osservare invece per i servizi dedicati a sviluppare, curare e rinforzare le capacità di cura e di vivere una vita sana.

Se la numerosità degli indicatori utilizzata e le difficoltà di rilevazione dei dati per alcune regioni possono in

parte influenzare le oscillazioni, è opportuno porre l'attenzione alla struttura e stabilità dei servizi territoriali dedicati per le diverse capacità, soprattutto in un'ottica di investimento post-pandemico.

23. Indice regionale sui servizi variazioni 2020-2021



2.3.3 L'analisi territoriale e l'incrocio tra domanda potenziale e offerta dei servizi

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

Si definiscono quindi **regioni "a elevata criticità"** quei territori nei quali, a fronte di una elevata criticità ambientale, rappresentata da fattori di rischio elevati, non corrisponde una reazione del sistema dei servizi, rimasti invece al di sotto della media nazionale. In questo raggruppamento

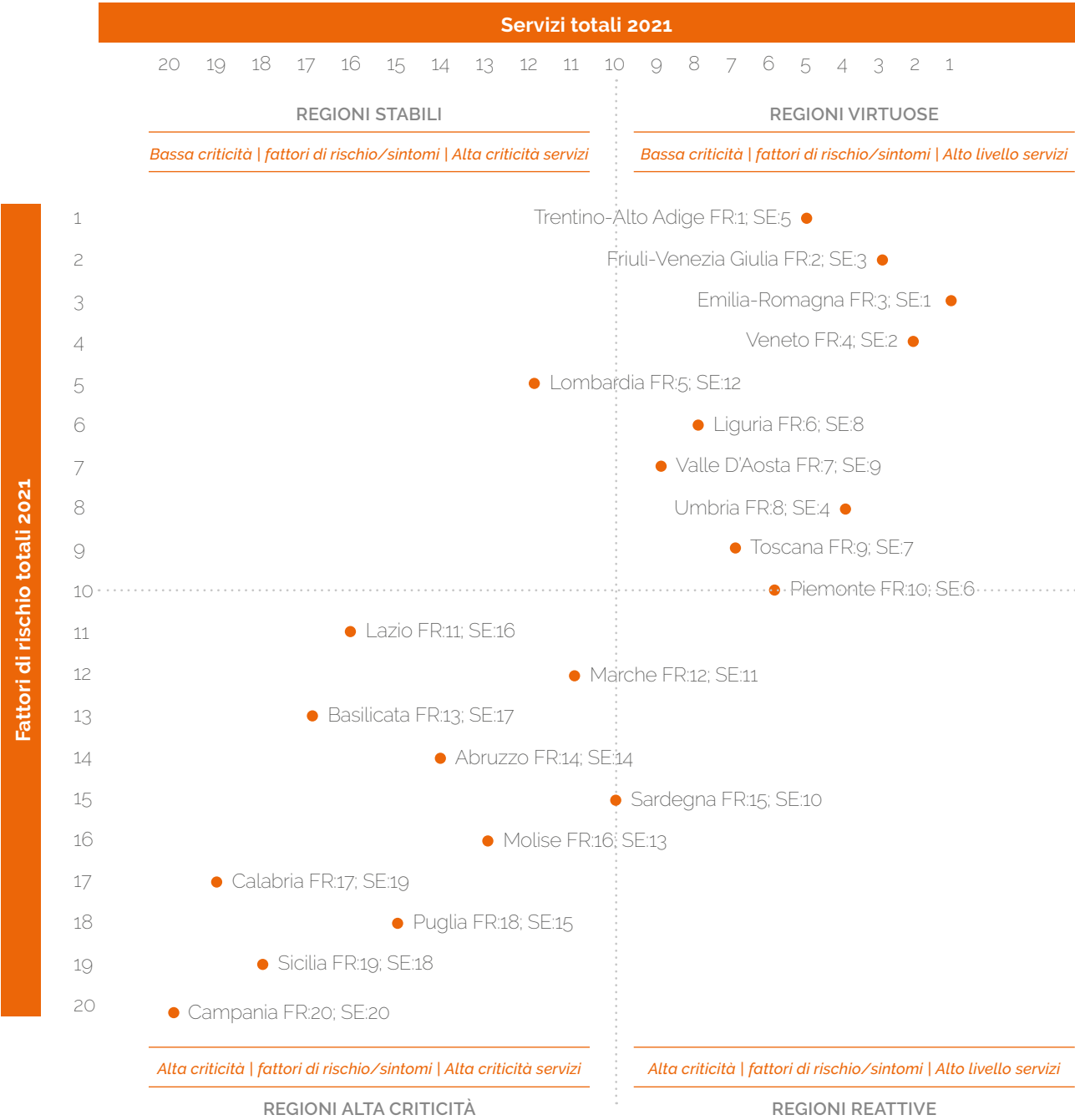
si trovano nove regioni (Campania, Puglia, Sicilia, Calabria, Basilicata, Molise, Abruzzo, Marche e Lazio) oltre alla Sardegna che è sulla media nazionale relativamente ai servizi, ma al di sotto di essa per i fattori di rischio. Nell'ambito di questo *cluster* si possono osservare territori con differenti livelli di complessità: la Campania rimane al 20° posto analogamente all'anno scorso, sia rispetto ai fattori di rischio che ai servizi; la Calabria, la Sicilia e la Puglia hanno una situazione piuttosto simile, collocandosi sempre tra la 15ª e la 19ª posizione, mentre il Lazio e le Marche si avvicinano di più alla media nazionale sia per i fattori di rischio (rispettivamente 11ª e 12ª posizione) che per i servizi (16ª e 11ª).

Nel quadrante delle **regioni "reattive"**, che rispondono alle elevate criticità nei fattori di rischio con servizi al di sopra della media nazionale, non si trovano più le due regioni osservate nella precedente edizione dell'Indice: la Sardegna è infatti arretrata dalla 4° posizione alla 10° sulla media nazionale per i servizi, mentre l'Umbria è invece passata al quadrante superiore avendo registrato un miglioramento

nei fattori di rischio (dalla 11a alla 8a posizione) che l'ha collocata al di sopra della media nazionale.

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

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



In questo gruppo si confermano sei delle sette regioni della precedente edizione dell'Indice (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Veneto, Liguria, Toscana) oltre alla Valle d'Aosta che in questa edizione ha migliorato i propri servizi al di sopra della media nazionale (dalla 10^a alla 9^a posizione) e al Piemonte che invece è peggiorato di una posizione nei fattori di rischio (dalla 9^a alla 10^a posizione).

Anche in questo caso il gruppo di regioni comprende territori che hanno un contesto ambientale favorevole e un sistema di servizi più vicino alla media nazionale

(il Trentino-Alto Adige è 1° per fattori di rischio e 5° per servizi) con altri che, viceversa, rispondono alle criticità ambientali con servizi molto superiori alla media nazionale (l'Emilia-Romagna è 3^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, si trova la Lombardia, alla 5^a posizione tra i fattori di rischio e alla 12^a tra i servizi rispetto alla precedente edizione.

2.4 L'INDICE REGIONALE: TOTALE PER CAPACITÀ

25. Indice regionale totale per capacità

Regioni			Indice 2020	Indice 2021	Posizione 2020	Posizione 2021	Variazione	Diff. Pos.
Trentino-Alto Adige	0,787		0,699	0,787	2	1	↑	1
Emilia-Romagna	0,713		0,774	0,713	1	2	↓	-1
Friuli-Venezia Giulia	0,641		0,506	0,641	3	3	-	0
Veneto	0,528		0,505	0,528	4	4	-	0
Umbria	0,366		0,287	0,366	8	5	↑	3
Piemonte	0,350		0,323	0,350	7	6	↑	1
Liguria	0,286		0,357	0,286	6	7	↓	-1
Toscana	0,254		0,391	0,254	5	8	↓	-3
Valle d'Aosta	0,231		0,272	0,231	9	9	-	0
Lombardia	0,170		0,185	0,170	10	10	-	0
Marche	0,106		0,075	0,106	11	11	-	0
Sardegna		 -0,075	-0,023	-0,075	12	12	-	0
Lazio		 -0,160	-0,213	-0,160	14	13	↑	1
Abruzzo		 -0,261	-0,232	-0,261	15	14	↑	1
Molise		 -0,298	-0,141	-0,298	13	15	↓	-2
Basilicata		 -0,335	-0,363	-0,335	16	16	-	0
Puglia		 -0,538	-0,678	-0,538	17	17	-	0
Calabria		 -0,752	-0,895	-0,752	19	18	↑	1
Sicilia		 -0,872	-0,816	-0,872	18	19	↓	-1
Campania		 -1,103	-1,094	-1,103	20	20	-	0

L'Indice regionale di prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia propone una sintesi conclusiva che bilancia i fattori di rischio e i servizi dei territori eviden-

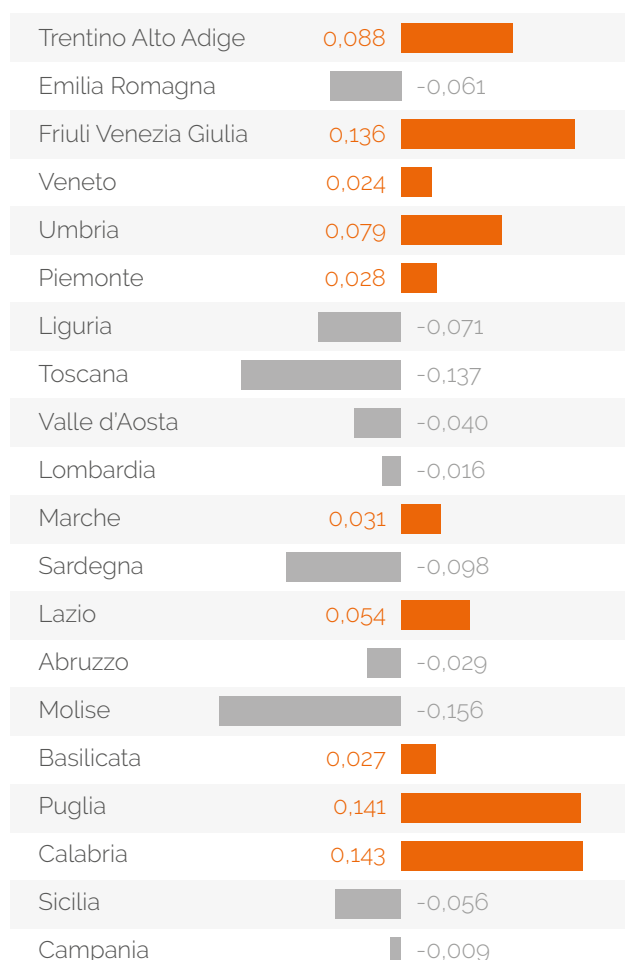
ziando sia le criticità di contesto che le capacità di sistema di fronteggiarle, rinforzando i fattori adattivi e di resilienza.

In questa quarta edizione si confermano le prime quattro regioni in classifica, ma per la prima volta il Trentino-Alto Adige raggiunge la prima posizione e l'Emilia-Romagna scende alla seconda, seguita poi dal Friuli-Venezia Giulia e dal Veneto rispettivamente alla terza e quarta posizione.

Tra la quinta e l'ottava posizione le variazioni più significative, per quanto contenute riguardano l'Umbria (5ª) e la Toscana (8ª) che si scambiano la posizione rispetto all'anno scorso, così come il Piemonte (6ª) e la Liguria (7ª). Sette delle 12 regioni successive mantengono la stessa posizione della precedente edizione, Lazio, Abruzzo e Calabria migliorano di una posizione, la Sicilia ne perde una e il Molise due.

L'analisi del valore numerico dell'Indice offre anche in questo caso la possibilità di sottolineare i progressi o meno delle regioni rispetto alla media nazionale, grazie a un ulteriore livello di dettaglio che evidenzia le variazioni marginali anche nell'ambito della stessa posizione.

26. Indice regionale per capacità variazioni 2020-2021

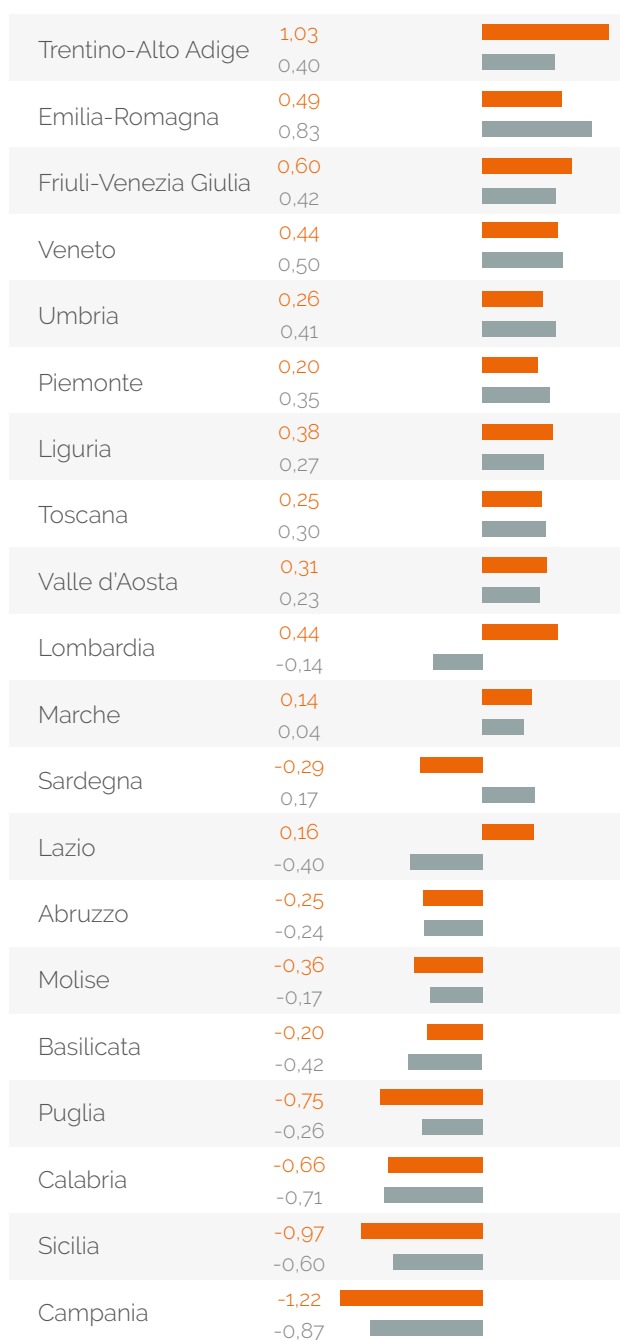


Tra le 11 regioni al di sopra della media nazionale allontanano ulteriormente la propria distanza soprattutto il Trentino-Alto Adige, il Friuli-Venezia Giulia e l'Umbria.

Tra le nove regioni poste al di sotto della media nazionale la riducono invece il Lazio, la Puglia e la Calabria.

Se i peggioramenti di Toscana e Molise hanno poi dato seguito alle variazioni di posizione rispetto all'anno precedente, la Sardegna, pur essendo peggiorata, è rimasta comunque alla 12ª posizione.

27. Confronto fattori di rischio/sintomi e servizi



Il confronto dell'indice numerico tra fattori di rischio e servizi rispetto alle variazioni intervenute tra le ultime due edizioni consente di apprezzare il contributo che il sistema dei servizi può offrire a migliorare il contesto ambientale e i fattori di rischio. Le regioni al di sopra della media nazionale rappresentando una coerenza tra progresso nella riduzione dei fattori di rischio e miglioramento dei servizi. Le regioni al di sotto della media nazionale invece, confermano le elevate criticità dei territori del Sud Italia, registrando peggioramenti sia tra i fattori di rischio che tra i servizi. L'analisi comparata delle sei capacità che compongono l'Indice, ciascuna sintetizzata per i rispettivi fattori di rischio e servizi, consente di cogliere per ogni territorio i punti di forza e di debolezza rispetto alle diverse aree di intervento. Il Trentino-Alto Adige, che presenta la situazione migliore complessiva, è la prima regione

quanto ad accesso alle risorse e seconda per l'accesso alla conoscenza e sapere, ma è all'ottava posizione per la capacità di cura. L'Emilia Romagna, viceversa, è particolarmente efficace in questa capacità (1a posizione), soprattutto a causa, come si è visto, di un sistema di servizi molto capillare e diffuso. Il Friuli-Venezia Giulia è invece la regione migliore quanto alla capacità di acquisire conoscenza e sapere e di vivere una vita sicura, il Veneto per quella di lavorare e la Toscana per quella di Vivere una vita sana. Le ultime quattro regioni, Puglia, Calabria, Sicilia e Campania, mostrano criticità complessive di sistema, dal momento che nessuna capacità va oltre la 14a posizione, sottolineando così l'urgenza di piani di intervento strutturali di medio-lungo termine che agiscano contemporaneamente sia sui fattori di rischio che sul complesso del sistema dei servizi.

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

Indice regionale di prevenzione e cura del maltrattamento sui bambini/e: dettaglio per capacità							
TOT indice	Regioni	 Cura	 Vita Sana	 Vita Sicura	 Conoscenza e sapere	 Lavorare	 Accedere Risorse
1	Trentino-Alto Adige 0,787	8	4	4	2	7	1
2	Emilia-Romagna 0,731	1	5	3	5	3	3
3	Friuli-Venezia Giulia 0,641	13	11	1	1	4	2
4	Veneto 0,528	5	6	9	7	1	4
5	Umbria 0,366	4	7	2	3	11	8
6	Piemonte 0,350	6	15	12	10	2	6
7	Liguria 0,286	2	2	7	8	9	11
8	Toscana 0,254	9	1	10	9	8	7
9	Valle D'Aosta 0,231	3	3	6	15	5	10
10	Lombardia 0,170	11	12	11	12	6	5
11	Marche 0,160	14	9	8	6	10	9
12	Sardegna -0,075	7	10	5	16	12	12
13	Lazio -0,160	16	8	19	4	15	14
14	Abruzzo -0,261	15	13	13	11	13	18
15	Molise -0,298	12	14	14	13	17	17
16	Basilicata -0,335	10	19	18	14	16	13
17	Puglia -0,538	17	16	15	17	14	16
18	Calabria -0,752	19	18	17	19	18	15
19	Sicilia -0,872	18	17	16	20	19	19
20	Campania -1,103	20	20	20	18	20	20

- ¹ In questa edizione viene presentata una sintesi della metodologia seguita per elaborare l'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia. Per un ulteriore approfondimento si rimanda all'edizione 2018 disponibile al link: <https://www.cesvi.org/approfondimenti/indice-regionale-sul-maltrattamento-allinfanzia-italia/>
- ² Per un approfondimento sul metodo di calcolo utilizzato si rimanda all'Appendice I
- ³ La scelta della classificazione per capacità nasce dall'ormai consolidato approccio allo sviluppo umano, una teoria elaborata negli anni '80 dal Premio Nobel Amartya Sen che pone lo sviluppo degli esseri umani al centro dell'azione delle politiche economiche e pubbliche. L'approccio allo sviluppo umano è alla base dell'HDI (Human Development Index) uno dei più rappresentativi indicatori di sviluppo umano elaborato a livello mondiale dall'UNDP (United Nations Development Programme).
- ⁴ WHO - World Health Organization Regional Office for Europe (2013).
- ⁵ Banca dati ISTAT: <http://dati.istat.it/>
- ⁶ ISTAT (2020).
- ⁷ ISTAT (2021a)
- ⁸ ISTAT (2018) Banca dati ISTAT: <http://dati.istat.it/>
- ⁹ Hien, D., Cohen, L., Caldeira, N., Flom, P., Wasserman, G. (2010); Stith, S.M., Liu T., Davies, L.C., Boykin, E. L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., Dees, J. (2009).
- ¹⁰ Guterman, K., (2015).
- ¹¹ Tucker, M. C., e Rodriguez, C. M., (2014).
- ¹² Schneider, M., (2017).
- ¹³ Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A. (2009).
- ¹⁴ Van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., Prinzie, P., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., (2009).
- ¹⁵ US Department of Health and Human Services, Reductions in Child Maltreatment <https://homvee.acf.hhs.gov/outcomes/reductions%20in%20child%20maltreatment/In%20Brief>
- ¹⁶ Klein, S., (2011).
- ¹⁷ Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Meriläinen, J., Siimes, M. A., (2006).
- ¹⁸ Walsh, C., MacMillan, H.L., Jamieson, E., (2003).
- ¹⁹ Spehr, M. K., Coddington, J., Ahmed, A.H, Jones, E., (2017)
- ²⁰ WHO (2010).
- ²¹ Laslett, A., Room, R., Dietze, P., Ferris, J., (2012).
- ²² Freisthler, B., e Weiss R.E., (2008), Freisthler, B., Wolf, J., Wiegmann, W., Kepple, N., (2017).
- ²³ WHO (2013).
- ²⁴ NICHD Early Child Care Research Network (1999).
- ²⁵ Laulik, S., Allam, J., Browne K., (2016).
- ²⁶ WHO (2013).

²⁷ I tassi di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici di varia origine (abuso di alcol, droghe, disturbi affettivi etc.) sono stati considerati come indicatori dei servizi erogati sui territori. Pur essendo legati a patologie effettive, è stato valutato che tali indicatori siano maggiormente rappresentativi dell'offerta di cure ospedaliere e della risposta del servizio sanitario regionale, che varia nei territori.

²⁸ Tasso di dimissioni per tasso dimissioni disturbi psichici abuso di alcol, tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe, tasso dimissioni disturbi psichici affettivi, numero strutture assistenza psichiatrica e centri salute mentale per 100.000 abitanti.

²⁹ Area dipendenza n° utenti servizio sociale professionale/100.000 abitanti, spesa pro capite dei Comuni per interventi e servizi sociali, area disabilità e disturbi mentali: adulti 18-64 anni per 100.000 abitanti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

³⁰ Know Violence in Childhood (2017), Evidence Highlights 5, p.1.

³¹ Tucker, M. C., e Rodriguez, C. M., (2014).

³² Vasquez Guerrero, D. A., (2009).

³³ Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., et al. (2010).

³⁴ Oltre all'indicatore sul rischio di criminalità non è stato possibile aggiornare i due indicatori relativi alla violenza sulle donne. Questi infatti derivano dall'indagine ISTAT del 2014 sulla sicurezza delle donne che ha cadenza quinquennale. Si tratta dell'unica indagine nazionale con possibilità di analisi a livello regionale che si è occupata di violenza e sicurezza personale. Pur avendo come popolazione di riferimento solo quella femminile, nello specifico donne tra i 16 e i 70 anni, si è ritenuto che gli indicatori desunti da questa indagine potessero essere adeguatamente rappresentativi nel confronto regionale.

³⁵ ISTAT (2015)

³⁶ UNICEF (2010).

³⁷ Lundberg, M., e Wuermli, A., eds. (2012).

³⁸ Brown, D., e De Cao, E., (2018).

³⁹ È importante sottolineare come la letteratura abbia rilevato una maggiore incidenza in termini di fattori di rischio nel caso in cui la disoccupazione riguardi i padri piuttosto che le madri. Poiché non vi è modo di pesare in modo differente i due indicatori rispetto alla condizione genitoriale, si è ritenuto di prendere a riferimento gli indicatori generali sulla disoccupazione senza differenziarli rispetto al genere.

⁴⁰ Banca dati ISTAT: <http://dati.istat.it/>

⁴¹ Eckenrode, J., Smith, E., McCarthy, M., Dineen, M., (2014).

⁴² Pelton L. H., (2015).

⁴³ Bywaters, B., Bunting, L., Davidson, G., Hanratty, J., et al., (2016).

⁴⁴ LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S. L., et al., (2016).



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

A distanza di più di un anno, l'Italia e tutto il mondo stanno ancora combattendo contro una pandemia epocale che per la prima volta sfida la stessa sopravvivenza della specie umana. Si tratta di una battaglia combattuta ciascuno e ciascuna dalla propria posizione, pubblica e/o privata, in ogni ambito della vita, che si auspica possa essere vinta grazie alla massiccia campagna vaccinale attualmente in corso.

Pesantissimo è stato e sarà, comunque, il costo di questa crisi socio-sanitaria ed economica. A partire dal costo umano, più di 100.000 decessi e più di 3,5 milioni di contagiati da febbraio 2020, per finire con quello occupazionale ed economico (414 mila posti di lavoro persi tra il quarto trimestre 2019 e 2020 ed un decremento del PIL del 6,6%¹) e nuove forme di povertà che stanno dilagando.

Se tutti hanno speso moltissimo per fronteggiare i danni della crisi, in termini emotivi, psicologici, materiali, un peso considerevole è stato sostenuto dalle famiglie che già partivano da condizioni socio-economiche disagiate, e soprattutto, dai bambini/e e dai ragazzi/e, privati di ogni forma di relazione e condizionati nel loro diritto di apprendimento e di vita sociale che solo la scuola in presenza può garantire.

Nella precedente edizione dell'Indice la prima ondata pandemica è stata raccontata nelle sue ricadute sulle famiglie, sul rischio di maltrattamento all'infanzia e sulla capacità di resistenza del sistema dei servizi attraverso le interviste a testimoni privilegiati tra operatori/trici sociali, psicologi/ghe, educatori/trici.

I racconti della loro esperienza hanno permesso di cogliere una situazione di emergenza contingente, descrit-

ta attraverso le strategie di adattamento delle famiglie a una quotidianità segregata che ha fatto emergere nuovi fattori di rischio, ma anche importanti comportamenti resilienti.

Il prolungarsi della pandemia ha però reso cronica e strutturale una crisi che ha cambiato la natura del proprio impatto sulle persone, attenuando magari lo choc iniziale, ma logorando lentamente la capacità di tenuta e di resistenza sia psicologica che sociale.

Per questo motivo quest'anno è indispensabile parlare ancora dell'effetto della pandemia sul rischio di maltrattamento all'infanzia, con una prospettiva diversa che mette in risalto il costo pagato in termini di salute mentale collettiva di fronte una crisi prolungata che, prima di essere economica, è soprattutto una crisi di cura che mette a dura prova l'umanità intera.

Il quadro complessivo che emerge dalle interviste condotte quest'anno a testimoni privilegiati esperti/e a vario titolo di salute mentale² fa emergere la condivisa opinione della presenza di uno specifico "trauma collettivo da COVID-19" che colpisce tutti/e, a vari livelli di intensità e profondità, con il quale occorre fare i conti per stimolare una ripresa collettiva resiliente.

L'analisi che segue intende quindi presentare gli studi e le ricerche internazionali sul tema relativamente ai fattori di rischio e fattori di resilienza insieme agli esiti delle interviste ai testimoni privilegiati che contribuiscono a definire il "trauma collettivo da COVID-19" per poi approfondirlo seguendo l'articolazione del modello ecologico (salute mentale individuale, nell'ambito delle dinamiche delle relazioni familiari, nella comunità e sistema dei servizi e più in generale in tutta la società).

3.1 LA SALUTE MENTALE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

3.1.1 LA RELAZIONE TRA PANDEMIA, SALUTE MENTALE E MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA

La **salute mentale** viene definita come *"lo stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni"*³.

Si tratta di uno stato di salute che quindi non dipende esclusivamente dalle caratteristiche della persona, ma anche da **fattori sociali ed economici**. I disturbi mentali possono infatti essere anche la causa di una situazione economica precaria, aumentando lo stress delle persone. A sua volta, la condizione lavorativa influisce sulla salute mentale: "inattivi e disoccupati tra i 35-64 anni riferiscono più spesso disturbi di depressione o ansia cronica grave (10,8% e 8,9%) rispetto ai coetanei occupati (3,5%)"⁴.

La condizione di salute mentale individuale ha anche un impatto di sistema importante. Secondo un recente studio riportato dalla WHO, infatti, "l'impatto cumulativo dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica ammonterà a 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030"⁵.

Rispetto al problema specifico dei **maltrattamenti e abusi di bambini e bambine**, i problemi di salute mentale dei genitori sono riconosciuti come un fattore di rischio alto da tenere in considerazione.

In generale, la **depressione** rappresenta uno dei problemi di salute mentale più diffusi. Da sola rappresenta infatti il 4,3% del carico globale di malattie e una delle principali cause di disabilità a livello mondiale.

Anche nel nostro Paese la depressione è il disturbo mentale più diffuso: il 5,4% delle persone di 15 anni e più ha sofferto di depressione nel corso del 2015, ma rispetto ai paesi dell'Unione colpisce di meno tra gli adulti e tra i 15-44enni (1,7% contro 5,2% media UE28) mentre per gli anziani lo svantaggio è di 3 punti percentuali. I dati riportano anche, che, per il periodo 2015-2017, il 7% dei maggiori di 14 anni hanno sofferto nell'anno di disturbi ansioso-depressivi⁶.

Per quanto non esistano precedenti storici che abbiano studiato l'impatto di una pandemia sulla salute mentale delle persone, è importante ricordare che ad esempio nel caso di **disastri naturali** dal 5% al 40% delle persone, a seconda della loro prossimità al disastro accaduto (vit-

tima, soccorritore/soccorritrice o semplicemente come parte della popolazione colpita) riscontra problemi di disturbo da stress post-traumatico (PTSD), il quale a sua volta è collegato a disoccupazione, problemi economici e anche a un aumento del maltrattamento di donne e bambini/e⁷.

È innegabile comunque che il **COVID-19 abbia prodotto un trauma collettivo**, ancora da definire in modo scientifico, ma già ben chiaro agli operatori di salute mentale (si veda sottopar. 3.2.1) peggiorando sensibilmente la salute mentale della popolazione mondiale. Gli effetti negativi in questo caso si devono non solo alla paura o all'ansia legati al timore di contagiarsi, o all'aver contratto la malattia, ma anche alle altre conseguenze del lockdown, come ad esempio il peggioramento delle condizioni socio-economiche. Si tratta quindi di una crisi globale, che ha colpito tutte le fasce della popolazione. In particolare la fascia di età tra i 18 e i 24 anni è particolarmente a rischio di avere problemi di salute mentale a causa di alti tassi di disoccupazione e di una maggiore insicurezza economica⁸, un dato da tenere in considerazione anche rispetto al futuro ruolo genitoriale e ai maggiori rischi di maltrattamento che questo potrà comportare. Per tale motivo, WHO ha posto una particolare attenzione all'esigenza di fare fronte all'aumentato bisogno di cure per la salute mentale nel lungo periodo, recuperando le carenze di un sistema di servizi sul quale non si è investito per parecchi anni⁹.

Rispetto alla situazione attuale, una ricerca di AXA condotta su 7 Paesi europei ha riportato che il 43% degli italiani e delle italiane ha riportato un peggioramento della loro salute mentale per via del COVID-19. Le donne riportano maggiori problemi rispetto agli uomini (50% delle donne contro il 36% degli uomini). Un'altra ricerca condotta invece in Italia ha riportato che il 37% degli intervistati manifesta sintomi da stress post-traumatico, il 17% sintomi depressivi, il 20% ansia severa, il 7% insonnia ed il 21% stress. Sono inoltre a particolare rischio di problemi di salute mentale non solo coloro che si sono ammalati/e, o che hanno perso un/una familiare per via della malattia, ma anche le donne e i giovani¹⁰.

L'UNICEF ha anche evidenziato il particolare stress a cui sono stati sottoposti lavoratori e lavoratrici negli ospedali che hanno dovuto affrontare carichi di lavoro enormi e traumatici, al prezzo di una maggiore vulnerabilità a stress, ansia, depressione e PTSD. Si tratta infatti di la-

voratori, ma soprattutto lavoratrici data l'elevata presenza di donne nel settore sanitario, che non solo hanno dovuto continuare a lavorare con la paura del contagio, ma che sono anche stati testimoni di una situazione di emergenza mai sperimentata prima¹¹.

Un aspetto da non trascurare sono i **problemi di salute mentale di coloro che hanno contratto il COVID-19**: uno studio condotto su pazienti stabili, ma che sono stati ricoverati in ospedale ha riscontrato una prevalenza di PTSS (sintomi da stress post-traumatico) pari al 96,2%¹². Ci sono ancora relativamente pochi studi sull'argomento, ma utilizzando dati relativi ad altri virus respiratori come la SARS e la MERS è stato osservato che il 39% di coloro che erano stati ricoverati nelle terapie intensive avevano sintomi depressivi ed il 33% aveva invece problemi di ansia¹³. Uno studio italiano ha ipotizzato che si possano rilevare risultati analoghi per il COVID-19, e ha sottolineato come sia necessario seguire i pazienti dopo le dimissioni dall'ospedale per assicurarsi che vengano curati adeguatamente nel caso sviluppino PTSD, ansia e disturbi del sonno¹⁴.

Per quanto riguarda **lo stato di salute mentale di genitori e bambini/e**, vi è stato certamente un forte stress negativo legato a fattori quali la paura di ammalarsi, i minori contatti sociali per via dei lockdown, le preoccupazioni economiche, l'insegnamento online. Uno studio di Brooks and associates del 2020 ha ad esempio riportato come negli USA i genitori hanno avuto maggiori discussioni con i propri figli/e nelle prime due settimane della pandemia rispetto alla vita pre-pandemia¹⁵.

Risultati di un'altra ricerca condotta sempre negli USA¹⁶ riportano che dall'inizio della crisi – marzo 2020 – più di un quarto dei genitori intervistati manifesta un livello di salute mentale peggiore per quanto riguarda se stessi, e il 14% ha rilevato un aumento dei problemi comportamentali di propri figli e figlie. A questi problemi se ne sono aggiunti altri legati all'insicurezza alimentare e alla mancanza di accesso ai servizi di assistenza all'infanzia, indicati dal 24% dei genitori. Tra le fonti di stress più significative per i genitori ci sono: la preoccupazione di non poter coprire i bisogni di base (vitto, alloggio) per il 70%, e la gestione della Didattica A Distanza (71%).

Secondo i dati relativi ai livelli di stress dell'APA (American Psychological Association) lo stress di genitori di minori di 18 anni è pari a 6,7 contro livelli di 5,5, riportati da adulti senza figli e figlie¹⁷ mentre **la razza rappresenta un ulteriore fattore aggravante**: il 41% dei genitori ispanici riporta un livello di stress legato alla pandemia tra 8 e 10, ben al di sopra della media generale, mentre la diminuzione dell'aspettativa di vita è stata più pronun-

ciata per la popolazione di colore, che ha da sempre un minore accesso alle cure mediche¹⁸.

Il COVID-19 ha quindi contribuito ad un aumento del **parental burn out (burn out genitoriale)**, un fenomeno relativamente poco indagato, che può essere definito come *"una reazione prolungata nel tempo a stress genitoriale cronico e incontrollabile"*¹⁹. Si tratta di una condizione dovuta allo squilibrio tra i numerosi compiti collegati all'essere genitori, soprattutto durante una pandemia, e le risorse a disposizione dei genitori per poter assolvere ai propri obblighi genitoriali. È stato dimostrato che in situazioni di parental burnout, è più probabile che i bambini e le bambine vengano maltrattati anche in presenza di fattori protettivi quali per esempio il livello di reddito o di istruzione, dal momento che si tratta di un fenomeno che colpisce potenzialmente tutti i tipi di famiglie²⁰.

Per quanto riguarda **l'impatto del COVID-19 sulla salute mentale di bambini e bambine**, alcuni studi condotti in Cina hanno evidenziato un aumento dei disturbi dell'ansia, del sonno e anche di depressione.

Dati dell'University of Oregon's RAPID-EC survey confermano il quadro generale riportato dall'APA, e sottolineano la particolare vulnerabilità di bambini/e disabili che durante la pandemia ricevono meno servizi o ricevono cure in ritardo. Questo fattore, insieme all'isolamento e alla mancanza di interazioni sociali influisce negativamente soprattutto sulla salute mentale delle famiglie con bambini/e disabili²¹.

Anche dati britannici confermano questo tipo di disagio: secondo The Lancet, più del 25% di bambini/e ha avuto problemi legati al sonno. I bambini/e che sono stati messi in quarantena hanno inoltre riportato maggiori percentuali di disordine da stress acuto, con sintomi di sofferenza maggiori rispetto a bambini/e che non sono stati messi in quarantena. Inoltre, chi già soffriva di disturbi mentali ha avuto un minore accesso a servizi di supporto e a cure tempestive. Ci sono tuttavia alcuni potenziali fattori positivi legati al lockdown, come per esempio una riduzione della pressione sociale e l'eliminazione di fattori che aumentano lo stress come gli spostamenti per andare a lavorare, il mobbing negli uffici e il bullismo.

In Italia, in generale c'è stato un aumento nelle richieste di aiuto psicologico per bambini/e e ragazzi/e ma, dato preoccupante e significativo, si è registrato un **aumento dei tentativi di suicidio di ragazzi/e**, specie durante la seconda ondata della pandemia: dall'ottobre del 2020 fino ad oggi sono aumentati del 30% i tentativi di autoleSIONISMO e di suicidio da parte degli adolescenti²².

Per quanto riguarda **le donne**, la crisi dovuta al CO-

VID-19 ha messo a rischio a livello globale i progressi fatti in termini di una maggiore uguaglianza di genere, evidenziando ed esacerbando i problemi sistemici che già le donne si trovavano ad affrontare nella quotidianità, come ad esempio il significativo aumento del carico di lavoro domestico e di cura e le disparità lavorative. Dati EIGE hanno infatti dimostrato che le donne in Europa hanno perso circa 2,2 milioni di posti di lavoro durante la prima ondata della pandemia, e che la ripresa economica durante l'estate 2020 ha riguardato principalmente posti di lavoro occupati da uomini²³.

Gli effetti del COVID-19 sulle madri sono stati rilevanti anche nel nostro Paese: i dati italiani che risalgono ad inizio della pandemia riportano che per il 74,1% delle madri intervistate c'è stato un aumento del carico di lavoro domestico dovuto al COVID-19; per il 43,9% l'aumento è stato significativo, mentre per il 30,2% il carico di lavoro di cura è invece aumentato di poco²⁴. La Didattica a Distanza (DAD), inoltre, ha sicuramente creato un carico di lavoro aggiuntivo soprattutto per le donne e l'impossibilità di conciliare un aumentato carico di lavoro e di cura per le donne e per le madri lavoratrici potrebbe indurre, e ha indotto le donne non solo a dover affrontare un carico di stress enorme, ma anche, considerata la congiuntura economica negativa, a lasciare il lavoro. Secondo dati ISTAT relativi al 2020, le donne sono state infatti colpite più duramente dalla crisi: l'occupazione è calata di 1,4 punti per le donne, e dello 0,4 per gli uomini, mentre l'inattività è cresciuta di +2,0 punti per le donne e di +0,9 punti per gli uomini²⁵. Inoltre, la povertà aumenta per le donne: nel periodo da maggio a settembre 2020, coloro che si sono rivolti alla Caritas erano per il 54,4% donne contro il 50,5% del 2019²⁶.

Una condizione economica critica può portare a maggiore stress, a un deterioramento della salute mentale e quindi a maggiori probabilità di maltrattare figli e figlie. Gli ultimi dati ISTAT sulla povertà²⁷ riportano che nel 2020 ci sono 335.000 famiglie in più in povertà assoluta rispetto al 2019; la povertà assoluta è quindi in aumento,

ed è passata dal 6,4% del 2019 al 7,7% del 2020 per le famiglie, e dal 7,7% al 9,4% per gli individui. La situazione di povertà aumenta quindi lo stress genitoriale, e di conseguenza può comportare maggiori probabilità di maltrattare bambini/e: ad esempio negli USA i bambini e le bambine che vivono in una situazione di povertà hanno un rischio di maltrattamento e/o trascuratezza di 5 volte maggiore rispetto a bambini/e che vivono in famiglie con una situazione socioeconomica più stabile²⁸. Un altro studio, confermando le maggiori probabilità di maltrattamento per i bambini di famiglie economicamente instabili, ha anche dimostrato come le crisi economiche (come la Grande Recessione del 2008), hanno comportato un aumento dei tassi di maltrattamento di bambini/e²⁹.

Anche la **depressione rappresenta un fattore che può influire sulla probabilità di maltrattare i propri figli e figlie**, e si tratta di un disturbo che tende a colpire le donne più che gli uomini, con un rapporto di 1:2 (ne soffrono il 7,4% delle donne e il 4,5% degli uomini³⁰). In letteratura è ben documentata la relazione tra maltrattamento di bambini/e e depressione delle madri - soprattutto di bambini e bambine molto piccoli - la quale rappresenta un fattore di rischio per maltrattamento, anche perché sono tradizionalmente le madri le più coinvolte nella cura quotidiana di figli/e. La depressione può rendere le madri meno capaci di svolgere le attività di cura quotidiane, e può renderle meno reattive ed empatiche nei confronti dei propri figli/e potenzialmente contribuendo a una maggiore probabilità di maltrattamento³¹.

Chi si occupa di salute mentale si trova quindi oggi a dover affrontare una situazione unica che richiede un focus su competenze relative ai traumi, e al trauma da COVID-19 in particolare (si veda par. 3.2), cercando di spostare il focus da interventi basati principalmente sulla mitigazione dei fattori di rischio a un approccio volto a favorire lo sviluppo della resilienza³².

3.1.2 LA RESILIENZA COME FATTORE PROTETTIVO PER CONTRASTARE IL PEGGIORAMENTO DELLA SALUTE MENTALE

Nell'ambito delle caratteristiche personali, **con resilienza³³ si tende in generale a indicare il processo psicologico che permette di reagire in modo positivo alle avversità**, eventualmente trasformando forme di stress estremamente tossiche in occasioni di crescita. Non si tratta di una capacità innata, non esiste un gene della

resilienza, ma si tratta piuttosto di una capacità che può essere sostenuta e sviluppata, negli adulti e nei bambini/e. È infatti il risultato di una costante interazione tra quella che può essere una disposizione naturale/caratteriale e circostanze esterne³⁴.

Il concetto di resilienza si è affermato in un periodo stori-

co in cui molti governi per via delle politiche di *austerity* tendono a non finanziare servizi che di fatto aiuterebbero lo sviluppo di resilienza nella società e negli individui, lasciando quindi ai singoli il compito di migliorare la propria situazione contando solo sulle proprie forze e risorse. Per questo motivo, quando si parla di resilienza, è importante anche individuare i fattori e le politiche che la minano a livello macro. Focalizzarsi solo sugli individui silenzia infatti "le condizioni che hanno creato precarietà e disuguaglianza in primo luogo, e la responsabilità dello stato e della società nell'affrontarle"³⁵.

La resilienza diventa quindi una capacità chiave soprattutto durante una pandemia poiché può aiutare da un lato a contrastare gli effetti negativi della pandemia sulla salute mentale di adulti che possono potenzialmente maltrattare bambini/e, ma anche ad aiutare i bambini/e maltrattati a contrastare gli effetti a breve e lungo termine del maltrattamento. Tuttavia, bisogna tenere presente che la resilienza consiste in una serie di capacità personali il cui sviluppo passa anche attraverso l'interazione con la famiglia e la società, e che questo supporto è venuto a mancare per via della chiusura delle scuole e delle maggiori difficoltà nell'accesso a servizi.

Con il COVID-19 si è prodotta quindi una tempesta perfetta nella quale le persone hanno bisogno di rafforzare la loro resilienza, ma hanno anche meno accesso a quel supporto relazionale che può di fatto alimentare la resilienza. È quindi inevitabile attendersi un impatto importante della pandemia sulla capacità di resilienza delle persone, anche se gli effetti a lungo termine non possono essere ancora completamente misurati e compresi, soprattutto per quanto riguarda i lavoratori e lavoratrici essenziali, che hanno affrontato l'emergenza in prima linea. In alcuni casi è stato rilevato a distanza di anni anche un certo grado di sviluppo di capacità resilienti in persone che hanno vissuto grandi traumi collettivi come ad esempio i sopravvissuti all'attacco al *World Trade Center*³⁶, o il personale sanitario coinvolto nella cura di pazienti SARS³⁷, ma le peculiarità specifiche del trauma da COVID-19 non permette ancora di fare ipotesi in merito.

In generale il **livello di resilienza delle singole persone** è stato messo a dura prova dalla pandemia, ma abitudini quali uscire spesso, fare esercizio fisico e ad avere un adeguato supporto da parte della famiglia e degli amici sono state importanti fattori adattivi³⁸. Per coloro che invece hanno contratto il COVID-19 e si sono trovati quindi in una situazione di isolamento, è stato particolarmente importante cercare il supporto di famiglia e amici e poter

richiedere un supporto psicologico professionale.

Al di là dell'adozione di comportamenti virtuosi individuali, un requisito fondamentale per poter sviluppare la resilienza è il supporto pubblico nelle politiche per il lavoro e per poter soddisfare i bisogni di base.

Nel merito specifico di iniziative di supporto alla resilienza rispetto alla salute mentale non sono ancora state adeguatamente monitorate **buone pratiche** in modo sistematico, anche se gli organi di informazione hanno fatto conoscere diverse iniziative quali ad esempio i servizi di "pronto soccorso" psicologico accessibili online o i gruppi di auto aiuto³⁹. In Italia si possono citare due iniziative dell'Ospedale Policlinico Gemelli di Roma, il progetto "Resilienza COVID-19", ideato da psichiatri e da psicologi per dare supporto a tutti gli operatori sanitari italiani attraverso una linea telefonica dedicata (attiva 7 giorni su 7) o via email, e il progetto "Non sei solo", ideato dal Servizio di Psicologia Clinica per supportare il personale sanitario del Policlinico impegnato nell'emergenza COVID-19⁴⁰. Un altro caso è quello del Policlinico di Bari che sta sperimentando un protocollo specifico per traumi complessi, abitualmente utilizzato per curare i bambini maltrattati e abusati, il *Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy*⁴¹ e in questo caso applicato per i pazienti guariti da Covid con ancora difficoltà nel recupero, sia fisico che psicologico e con importanti sintomi di ansia e di depressione.

Anche campagne di sensibilizzazione rivolte in particolare agli uomini per la promozione di un comportamento collaborativo e non violento possono essere considerate come iniziative che sviluppano la resilienza individuale e familiare, sostengono la salute mentale e diminuiscono le probabilità di maltrattamento. Un esempio in questo senso è rappresentato dall'organizzazione Men engage che ha attivato diverse iniziative regionali che sensibilizzano gli uomini su come prevenire la violenza domestica e come condividere in modo equo il lavoro domestico e di cura durante il lockdown⁴².

Oltre alla dimensione individuale, anche **la resilienza dei genitori e delle famiglie** è riconosciuta come un fattore protettivo contro il maltrattamento: se i genitori sono in grado di gestire lo stress dovuto a una situazione traumatica, diminuisce anche la possibilità che maltrattino o trascurino i figli e le figlie. La depressione genitoriale invece peggiora ulteriormente la capacità di resilienza dei bambini/e maltrattati⁴³.

Considerato che per via del lockdown e dell'isolamento sociale le famiglie tendono a trascorrere più tempo insieme è dunque cruciale promuovere la resilienza nelle famiglie, che durante la pandemia è certamente favorita

da fattori protettivi come una situazione finanziaria stabile, flessibilità, capacità di adattamento, e un buon livello di comunicazione⁴⁴.

Alcune iniziative che possono mitigare gli effetti della pandemia sulla salute mentale di genitori e bambini e che possono quindi diminuire le probabilità di maltrattamento sono: la creazione/potenziamento di numeri verdi/hotlines per denunciare casi di maltrattamento, le visite a domicilio per le neomadri che possono essere condotte virtualmente, e il supporto finanziario per le famiglie in difficoltà⁴⁵. Negli USA in particolare è stata lanciata dalla società civile la proposta di un piano Marshall⁴⁶ per le madri - che quindi ricorda il piano Marshall del secondo dopoguerra - il quale prevede "pagamenti diretti alle madri, nuove politiche per i servizi di assistenza all'infanzia, congedi parentali pagati, e parità salariale. Per quanto riguarda invece **la resilienza di bambini e bambine**, è fondamentale promuovere l'educazione socio-emotiva⁴⁷ che è collegata anche ad una migliore salute mentale in bambini/e e adolescenti⁴⁸. L'educazione socio-emotiva rimane ancora implementata in modo disomogeneo nella UE: in alcuni Stati europei per esempio l'educazione socio-emotiva fa parte dei curricula scolastici mentre nella maggioranza degli stati non è una materia a parte, ma ricade sotto altre materie e aree di apprendimento.

Il ruolo della scuola rimane dunque di fondamentale importanza per tutte le fasce di età, ma soprattutto per gli adolescenti, per i quali rappresenta un luogo di socializzazione importante con i coetanei e coetanee, che in questa fase della vita sono un punto di riferimento ancora più importante dei genitori. A tal proposito merita di essere citata un'organizzazione britannica, Place2Be che offre servizi di salute mentale nelle scuole con un approccio che favorisce interventi precoci, considerato che la metà dei disturbi mentali cominciano verso i 14 anni⁴⁹.

La resilienza e la salute mentale sono quindi influenzate anche dal **benessere della comunità in cui si vive**. In questo caso la resilienza di una comunità si misura attraverso una forte coesione sociale, bassi livelli di criminalità e una situazione socioeconomica stabile. Durante una pandemia le comunità più resilienti sono naturalmente quelle caratterizzate da un adeguato accesso all'assistenza sanitaria.

L'isolamento e la distanza sociale certamente non hanno favorito la resilienza della comunità, ma alcune buone pratiche sviluppate durante la pandemia hanno dato supporto alle persone che soffrono di disturbi mentali o hanno prevenuto lo sviluppo di malattie mentali. Per esempio negli USA sono emerse iniziative di volontari che hanno raccolto fondi per persone economicamente vulnerabili e hanno creato gruppi virtuali di supporto che si pongono l'obiettivo di mitigare il trauma da COVID-19. Nelle prime fasi della pandemia sono poi emerse anche delle "Community Resiliency Initiatives" volte a permettere alle comunità di continuare a funzionare e a proteggere le persone più vulnerabili.

Queste iniziative non hanno necessariamente come obiettivo di migliorare la salute mentale delle persone, o di diminuire i tassi di maltrattamento di bambini/e, ma costituiscono comunque una rete di supporto utile a mitigare gli effetti negativi della pandemia sul piano della salute fisica e mentale e allo stesso tempo diminuire la diffusione del virus.

Si tratta di iniziative dal basso spontanee che possono variare dalla creazione di mense, allo svolgere commissioni per persone che devono stare a casa, all'organizzazione di una rete di telefonate per verificare la salute delle persone. Come riportato dallo studio "Sustaining and strengthening community resilience throughout the COVID-19 pandemic and beyond"⁵⁰, questo genere di iniziative, condotte nel rispetto delle norme di distanziamento sociale, sono una parte essenziale della promozione della salute pubblica e proprio grazie a esse le persone più vulnerabili al COVID-19 possono stare a casa.

La stessa WHO sottolinea che lavorare per creare comunità resilienti è una priorità di salute pubblica⁵¹. Tra le iniziative sviluppate nel mondo si ricordano a São Paulo, in Brasile le "*street presidents*" che si occupano di distribuire maschere e di andare a trovare residenti particolarmente vulnerabili al COVID-19⁵². In Messico Crianza feminista, un collettivo di Città del Messico, fornisce invece pasti a domicilio a donne che sono disoccupate oppure in condizioni socio-economiche precarie, mentre la piattaforma di Brujas Feministas ha creato una piattaforma di baratto per cui le donne possono scambiare beni e servizi tra di loro, come per esempio sessioni di terapia psicologica⁵³.

3.2 LA DEFINIZIONE DI TRAUMA COLLETTIVO DA COVID-19

Cos'è il trauma da COVID-19

Se la paura è stata una reazione fisiologica rispetto alla minaccia reale del contagio, la durata e le modalità con le quali la pandemia si sta manifestando sta facendo emergere le fattispecie di un vero e proprio "trauma collettivo da COVID-19".

La pandemia, dal punto di vista della salute mentale, può infatti essere descritta come un evento stressogeno che ha colpito tutti/e, in diversi modi, gradi e intensità e a ogni livello, e che ha prodotto, sta producendo e produrrà tutte le conseguenze conosciute in letteratura tipiche dei traumi sulla salute mentale delle persone e, di conseguenza, anche le ricadute sulla salute fisica riconducibili al suo deterioramento.

In generale, il trauma, riferito all'esperienza delle singole persone, può essere definito come una ferita prodotta da cause esterne sia nel corpo che nell'anima, quindi un'esperienza così intensa da impedire a chi la subisce di continuare a vivere nello stesso modo precedente all'evento. È una frattura che genera discontinuità tra un prima e un dopo, e non vi è alcun dubbio che questa descrizione sia pertinente alla situazione pandemica che si sta vivendo.

Il COVID-19 è inoltre definibile come un trauma collettivo, nel senso che valgono per tutti le caratteristiche del trauma personale: l'incertezza, l'insicurezza, la fragilità, l'isolamento.

In passato si sono già avuti numerosi traumi collettivi, come ad esempio i terremoti, le alluvioni, gli incidenti aerei o stradali, caratterizzati dal colpire simultaneamente più persone in un periodo limitato di tempo, al termine dei quali si può cominciare a elaborare un percorso di cura.

Il trauma da COVID-19, però, rispetto alle ricadute sulla salute mentale, ha delle caratteristiche differenti dal momento che la pandemia:

- » **è globale**, colpisce tutta la specie umana e tutti i paesi del mondo, togliendo quindi anche solo la speranza di una terra promessa nella quale rifugiarsi;
- » **è invisibile e ovunque**, la mancanza di oggettività nella percezione sensoriale del COVID-19 aumenta ancora di più l'allerta per una minaccia di morte invisibile;
- » **è cronico**, la durata prolungata della pandemia ha prodotto la percezione collettiva della mancanza di una via di uscita, alla quale si è reagito con una

apatia e indifferenza generalizzata. Lo stato cronico crea uno squilibrio tra le risorse (personali, di comunità, sociali etc) accantonate in termini di capacità di adattamento e il livello invece di tenuta che richiede la situazione. Si produce quindi un danno che va oltre quello prodotto dall'evento in sé, con una progressiva stratificazione di traumi multipli (le ondate, le varianti etc), con un impatto potenzialmente psicopatologico su tutti i sistemi di funzionamento ad ogni livello;

- » **è incontrollabile**, il COVID-19 produce una sensazione generale di mancanza di controllo, che rappresenta una caratteristica fondamentale dei traumi. La stessa specie umana si può definire attraverso una continua ricerca del controllo di qualsiasi elemento di incertezza (controllo della natura, delle malattie, dei popoli etc). Una pandemia rappresenta un fattore di stress importante, perché mette le persone di fronte a quelle fragilità della vita il cui controllo rappresenta un potente fattore di adattamento;
- » **è asociale**, la socialità e il capitale umano rappresentano un importante fattore protettivo dai traumi che la pandemia ha pesantemente ridotto e che i social e le tecnologie sono riuscite a compensare solo in minima parte. Il bisogno di contatto fisico e di relazione personale "in presenza" dell'essere umano è infatti il risultato di un percorso di evoluzione che data milioni di anni e che le tecnologie non sono in grado di sostituire dal momento che consentono di risolvere solo l'aspetto cognitivo della relazione umana, ma non riescono a soddisfare il bisogno di empatia e di relazione fisica tra le persone, indissolubilmente legate ad un sincretismo continuo tra psiche e soma;
- » **è complesso**, il trauma da COVID-19 fa percepire il pericolo da contagio anche da parte di persone care con le quali si ha un rapporto affettivo e di sicurezza. In questo senso attiva sul piano neurovegetativo meccanismi e quadri somatici molto simili a quelli dei bambini maltrattati.

Cosa succede alle persone di fronte al trauma da COVID-19

La specie umana si è evoluta grazie a una certa capacità di resilienza a traumi di fronte ai quali riesce spesso ad attivare dei fattori protettivi e compensativi, non solo in-

dividuali ma anche familiari, collettivi e sociali che consentono di riprendere una traiettoria di vita sostenibile. È chiaro che la condizione individuale, familiare ed economica delle persone incide sull'intensità del trauma: per questo motivo il trauma da COVID-19 è un potente agente di disuguaglianza dal momento che rende ancora più forti e resistenti le persone che già lo sono, mentre peggiora ulteriormente le condizioni di fragilità. Questa accelerazione di disuguaglianze si può osservare in ogni ambito: personale, familiare, scolastico, economico etc. Dal punto di vista neuropsicologico la dimensione cronica di un trauma fa perdere alle persone la capacità di regolare da sé il proprio stato emotivo, aumenta l'ipersensibilità agli eventi stressogeni e traumatogeni, fa perdere tutta la capacità di autoregolazione neuroendocrina. Dal punto di vista dell'adattamento psicosociale, inizialmente, di fronte a un trauma improvviso si usano dei meccanismi di iperattivazione, quando il trauma diventa cronico si possono avere manifestazioni diverse, dall'apatia ai disturbi del sonno, ansia, depressione, disturbi dissociativi rispetto alla realtà, fino ad arrivare a delle vere e proprie disfunzioni con aspetti negazionisti

piuttosto che ossessivi. Ne consegue che le progettualità, sia individuali che familiari e collettive si sospendono perché diventa angosciante proiettarsi in un futuro che non si conosce.

Per elaborare un trauma occorre che questo sia finito e che lo si possa narrare con il distacco che la sua conclusione consente. È indubbio quindi che, quando la pandemia sarà conclusa o comunque resa meno pericolosa, si dovrà prevedere un bisogno di percorsi di cura per una considerevole quantità di persone che dovranno passare attraverso le due fasi dei percorsi di recupero dai traumi: quella psicoeducativa per rientrare in controllo dei meccanismi di reazione e quella terapeutica, per riallineare il significato degli eventi traumatici.

Sviluppare la resilienza durante una pandemia ancora in corso richiede invece l'abilità di orientarsi al compito (*co-ping*) e di non farsi bloccare, sviluppando delle strategie di adattamento che possono includere diverse aspettative e progettualità personali. Sostenere un trauma non ancora concluso significa infatti mantenere il potere e controllo sulla propria vita rispetto alle dimensioni nelle quali è possibile farlo.

3.2.1 LA SALUTE MENTALE DEGLI INDIVIDUI DURANTE IL COVID-19

Dopo più di un anno di pandemia e di conseguenti restrizioni alle libertà individuali e sociali, la sofferenza individuale è diffusa, sia tra bambini che adulti, e, pur assumendo diverse forme e gradi di criticità, rappresenta un deterioramento complessivo della salute mentale, intesa in senso allargato come componente del benessere di ogni persona.

La salute viene infatti abitualmente divisa in componente fisica, sociale e mentale per una semplificazione necessaria a fini quasi didattici. In realtà, la salute delle persone si forma attraverso una serie di contesti individuali, familiari, sociali e relazionali che questa pandemia ha messo in crisi, sfiandone le fondamenta.

Per tale motivo si può prevedere con un elevato grado di certezza che a pandemia finita, quando si potrà cominciare a elaborare il trauma, emergerà un numero considerevole di casi di disagio mentale al momento sommersi o non giunti a conoscenza dei servizi.

Tra i **bambini/e** e gli **adolescenti** la pandemia sta agendo come fattore di **logoramento della salute mentale** complessiva, anche se la complessità delle varie situazioni deve sempre indurre a tenere conto delle differenze.

In generale, nei bambini e negli adolescenti la condi-

zione di malessere generata dal COVID-19, come nella prima ondata, rimane legata alla *manca di relazioni e di socialità*, alla paura del contagio per sé e per la propria famiglia, all'insicurezza dovuta alla situazione e per molti anche allo stress da conflitto familiare vissuto in casa. Nelle famiglie con maggiori problemi economici è stato anche osservato il venir meno del "**capriccio da consumismo**" che, se da una parte ha il risvolto positivo di migliorare la consapevolezza dei valori importanti, dall'altra rappresenta il sintomo di una consapevolezza forse troppo precoce dei problemi economici patiti in famiglia. Bambini/e e adolescenti/e più strutturati, con contesti familiari solidi e in zone meno colpite dalla pandemia vivono la crisi con una maggiore **forza adattiva** e con una capacità di resilienza che ne sta proteggendo la salute mentale: ad esempio molti bambini anche tra i più piccoli hanno imparato le misure di protezione individuale con una diligenza e attenzione spesso sorprendente.

In alcune situazioni, soprattutto all'inizio della pandemia per i **bambini più piccoli** sono anche emersi dei fattori compensativi, come per esempio poter godere maggiormente della presenza dei genitori in casa. Ciò non toglie che un anno di pandemia rappresenti una condizione di completa imprevedibilità rispetto alla loro

organizzazione di vita, una condizione che patiscono in modo particolare perché la stabilità è essenziale per il loro benessere psichico e uno sviluppo equilibrato. Per i bambini che hanno vissuto dei lutti in famiglia si aggiunge il trauma di una mancata elaborazione legata all'impossibilità di partecipare a funerali o altri riti di addio, passaggi indispensabili per poter prendere consapevolezza dell'avvenuto.

Una preoccupazione specifica riguarda invece gli **adolescenti**. Se vi è l'impressione che nella prima ondata del COVID-19 gli adolescenti abbiano retto ai disagi del confinamento sociale, trovando a volte soluzioni organizzative per poter condividere qualche forma di attività sociale, a distanza di più di un anno si può cogliere una forma di esasperazione che ha portato in molti casi a comportamenti incontenibili, di sfida, di provocazione e di opposizione nei confronti dei familiari, degli insegnanti e di qualsiasi altra figura adulta con una qualche autorità su di essi. Molti servizi hanno avuto numerose richieste di aiuto in tal senso da parte dei genitori di adolescenti, mentre in alcune zone si sono verificati episodi di bullismo verso chi rispettava le misure di distanziamento e di protezione, oltre che di violenza per strada.

La diffusione di episodi di **violenza giovanile**, sia individuale che di gruppo, è sempre più frequente, diffusa e documentata dai media e mette in evidenza una particolare forma di disagio che sta trovando forme di manifestazione pericolose per tutti e concentrate nelle aree più disagiate del Paese.

Nei casi di maggiore fragilità è stato osservato un significativo aumento nel consumo di alcol, sostanze stupefacenti, aumento di depressione, ansia, aumento dei tentativi di suicidio, ansia e anche disordini alimentari come l'anoressia o la bulimia. Si tratta di sintomi comportamentali che confermano quanto già reso evidente in letteratura, e cioè che in caso di aumento di povertà, isolamento, riduzione della frequenza scolastica, aumenta la probabilità di deterioramento della salute mentale degli adolescenti. Si possono riscontrare anche delle conseguenze fisiche importanti come alterazioni non solo di tipo biochimico, ma anche di tipo organico a livello cerebrale che possono portare a future situazioni come diabete, obesità, disturbi del sonno.

Alla base della sofferenza degli adolescenti c'è innanzitutto la mancanza di relazione, fondamentale a quella età, e l'impossibilità di cimentarsi con le prime prove della vita che li mettono in condizioni di sviluppare le proprie capacità di adulti, mettendole alla prova in sfide che diano loro la misura e i limiti delle proprie competenze.

I social hanno rappresentato in questo anno di pandemia un surrogato delle relazioni sociali e della didattica scolastica che per la maggior parte dei casi ha mitigato l'impatto altrimenti devastante dell'isolamento, ma ciò non toglie che i bambini e i ragazzi siano stati anche esposti a rischi e pericoli inediti per la loro tenuta mentale. La dimensione social si presenta infatti come l'unico spazio lasciato ai ragazzi/e per misurare il proprio valore e coraggio, esponendoli a dei rischi nuovi, spesso fuori dal controllo del mondo adulto e in alcuni casi anche tragicamente pericolosi. Nascono da questo bisogno di misurarsi i casi estremi emersi dalla cronaca relativi ad esempio ai suicidi e tentativi di suicidio legati a sfide sui social.

Questa sospensione del processo di evoluzione degli adolescenti comporta inoltre un ritardo di circa due anni nell'educazione sentimentale, oltre che sessuale. Un rallentamento di crescita che riguarda la sfera evolutiva, la vicinanza all'altro sesso, la costruzione dei legami affettivi e dell'identità di genere.

La fascia di età più colpita in questo senso è quindi quella tra i 15 e i 18 anni, mentre per gli over 18, questo tipo di conseguenze è più mitigato, dato lo stadio evolutivo più maturo e la maggiore autonomia e indipendenza di vita che ha permesso loro di trovare delle soluzioni a volte anche creative per mantenere delle relazioni sociali.

In ogni caso, nell'ambito del disagio complessivo legato alla mancanza di relazione e di socialità di bambini e adolescenti, le situazioni di maggiore sofferenza si sono prodotte tra chi già prima della pandemia viveva delle situazioni di **estrema fragilità o era già vittima di altri traumi multipli**, sui quali si è andato ad aggiungere anche il trauma della pandemia. Oltre a traumi di maltrattamento familiare pregressi, anche i traumi precedentemente originati dall'ambiente esterno alla famiglia si stanno ulteriormente aggravando. Ad esempio in molti casi di ragazzini emarginati o bullizzati, se all'inizio dell'isolamento hanno provato sollievo per la sospensione della causa del loro disagio, a distanza di più di un anno si sono osservati importanti problemi di socializzazione e di reinserimento nelle dinamiche di scambio.

La reazione degli **adulti**, invece, dopo più di un anno di pandemia è stata molto diversificata nell'intensità del disagio emotivo e relazionale patito e nelle modalità di esprimerlo. La capacità di tollerare l'incertezza grazie a fattori personali, economici o sociali, e la presenza o meno di altri traumi pregressi ha fatto la differenza tra chi è entrato in burnout e chi ha invece mostrato resilienza. In parecchie situazioni, lo stress prolungato legato al COVID-19 ha agito come da **detonatore di sintomi**

di disagio che magari non si erano ancora manifestati in passato e che rimanevano confinati in uno stato latente: lo scompenso ha quindi traumatizzato chi prima era solo in condizione di rischio.

In molti casi gli adulti hanno praticato la **minimizzazione**, una strategia difensiva che induce alla riduzione del pericolo per sentirsi capace di poterla fronteggiare, utile nel breve termine. Il confronto con la realtà è però un elemento importante della salute mentale, che se viene negato a lungo diventa un sintomo di disagio. Altri comportamenti di disregolazione emotiva causati dalla pandemia si sono potuti osservare nelle frequenti manifestazioni di **rabbia** prodotta dalla frustrazione e dall'impotenza di poter agire per modificare la propria realtà di disagio e di confinamento, o da una forma di iperattivazione verso qualsiasi sintomo riconducibile ad un possibile contagio.

Nelle **donne** in particolare si sono osservati più alti livelli di esaurimento emotivo, fatica e di inibizione tesa a non esprimere il proprio stato d'animo. Questa condizione nasce da una forma di impotenza appresa, legata a un carico di lavoro di cura eccessivo per il quale non si vedono soluzioni alternative. Il prendersi cura della famiglia e dei figli, che rappresenta di per sé un fattore protettivo positivo, in molti casi ha rappresentato un obbligo e un peso insostenibile.

Una situazione particolare dal punto di vista comportamentale si è potuta osservare nei casi di persone che già prima del COVID-19 manifestavano **sintomi di disturbi ossessivi e/o compulsivi**. In una prima fase della pandemia queste situazioni hanno mostrato quasi un miglioramento dovuto al maggiore senso di protezione e tranquillità legato al confinamento che ha in qualche modo "normalizzato" i comportamenti prima considerati ossessivi, come ad esempio lavarsi molto spesso le mani o praticare il distanziamento sociale. Questo beneficio nel medio-lungo periodo è però svanito e ha la-

sciato spazio a nuove e più aggressive forme di disagio psichico, come ad esempio nel caso di persone che non vogliono più uscire di casa da mesi.

Per i circa 6 milioni di lavoratori e lavoratrici che hanno potuto lavorare in **smart-working** si è prodotto inoltre un importante carico di stress legato a un'accelerazione dei ritmi lavorativi e a una totale fusione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro che non si riesce più a separare.

Nelle zone più colpite sin dalla prima ondata, con una elevata percentuale sia di contagi che di vittime si sta poi riscontrando anche a distanza di mesi la presenza di sintomi importanti sia di carattere fisico per i guariti (respiratori, di affaticamento etc.) sia di carattere mentale per intere comunità nelle quali si riconoscono sintomi diffusi di stress post-traumatico. Una condizione di disagio generalizzato che include anche le difficoltà di cura per i malati no-COVID-19, per molti dei quali si è reso necessario ad esempio rimandare gli interventi chirurgici.

Rispetto alle **strategie di adattamento e di resilienza individuale**, alcuni adulti sono riusciti a seguire i consigli diffusi durante la prima ondata che raccomandavano di costruirsi una routine giornaliera, prendersi cura di sé e dotarsi di un'autodisciplina rispetto all'organizzazione della giornata e del proprio stile di vita. La durata della pandemia ha però messo a dura prova i buoni propositi iniziali. Alcuni adulti più forti hanno sviluppato la consapevolezza di dover proteggere in questa situazione la propria salute mentale attraverso forme di **autosorveglianza**. Di fronte all'aumento di conflitti familiari o sul posto di lavoro, piuttosto che di fronte a episodi comportamentali esplosivi o distruttivi, alcuni hanno reagito con richieste di aiuto. Per persone più fragili, invece, questa forma di resilienza non si è prodotta e il non aver chiesto aiuto per tempo si è poi tradotto in un ricorso troppo tardivo ai **servizi**.

3.2.2 LA SALUTE MENTALE NELLE RELAZIONI FAMILIARI DURANTE IL COVID-19

Dopo più di un anno di pandemia anche le relazioni e le dinamiche familiari sono messe a dura prova. L'alterazione delle relazioni e delle routine sociali esterne alle famiglie ha reso l'organizzazione di vita e la percezione della realtà più fluide, **senza i punti di riferimento** che prima scandivano la vita delle famiglie.

Il venire meno delle **relazioni sociali** ha inoltre minato un fattore protettivo importante, lasciando le famiglie da sole ad assorbire la complessità della situazione pande-

mica con un grado di difficoltà ancora maggiore per le famiglie più fragili, ad esempio quelle monoparentali in isolamento o quelle separate.

In generale, la tenuta psicologica delle famiglie si è notevolmente ridotta, in molti casi anche a causa di **problemi economici** importanti.

La cultura italiana dell'esclusività delle relazioni familiari nella dimensione privata e della chiusura verso servizi e sostegno esterno, aggiunta alle difficoltà di accesso

ai servizi, sta **nascondendo in questo momento un disagio familiare generale** che ci si aspetta assumerà dimensioni rilevanti nel momento in cui cesserà la pandemia e che potrà emergere soprattutto attraverso il monitoraggio scolastico. Già adesso, pur nelle condizioni di riduzione di attività dei servizi, si sta assistendo a un significativo aggravamento di **dinamiche fortemente conflittuali**. La pandemia ha infatti agito da detonatore per **situazioni già fragili in precedenza** che non hanno retto l'urto di una simile crisi. Molte situazioni familiari ad esempio si reggono grazie all'assenza e al poco tempo passato insieme: la convivenza forzata in casa per periodi prolungati, a volte in case piccole e anguste, ha esasperato situazioni di conflitto non solo all'interno delle coppie, ma anche nelle dinamiche genitori-figli.

La convivenza prolungata ha anche **aumentato le situazioni di rischio**. In questa situazione è stato osservato un significativo peggioramento della violenza contro le donne, mentre i figli hanno avuto molte più occasioni di **assistere a episodi di conflitti** o violenza tra genitori.

Tra le famiglie separate o in via di separazione, è stato osservato un aumento significativo del rifiuto genitoriale da parte di bambini che non vogliono incontrare il genitore non convivente e conseguente maggiore ricorso dei genitori agli avvocati e giudici per regolare le visite. Servizi, sia pubblici che privati, hanno inoltre registrato un considerevole aumento di richieste di intervento, sia dalle famiglie stesse che dalla magistratura, relativamente a **servizi di mediazione**.

A fronte dell'aumento di richiesta di servizi di cura per la conflittualità familiare non si è però ancora rilevato un corrispondente aumento delle denunce di abuso fisico e sessuale: ci si aspetta quindi una consistente **emersione di ulteriori casi di maltrattamenti e di violenza** con il venir meno della pandemia.

È stato inoltre rilevato un aumento di uomini che si sono rivolti, spontaneamente o su suggerimento degli avvocati, agli **sportelli per uomini maltrattanti**. Questo dato, piuttosto contenuto in termini numerici, può essere motivato a riprova dell'aumento considerevole della conflittualità familiare che ha prodotto una maggiore richiesta di aiuto.

Le famiglie che sono riuscite a fronteggiare lo stress della pandemia con capacità di resilienza e di adattivi-

tà hanno invece prodotto **strategie di dialogo** che ha permesso di elaborare con consapevolezza i sentimenti negativi legati alla paura e alla mancanza di prospettive per il futuro.

Anche nell'esperienza dei **Centri antiviolenza** ci sono evidenze di un'aumentata conflittualità e della presenza di un dato sommerso esteso: per molte donne è difficile anche solo immaginare dei percorsi di fuoriuscita dalla violenza con rischi di povertà e di emarginazione insostenibili in piena pandemia. Se le nuove richieste di aiuto sono state inferiori alle aspettative, è invece aumentato il numero di contatti con le donne già in carico ai centri antiviolenza. Per molte donne che avevano avviato percorsi di fuoriuscita dalla violenza si è notata una riattivazione importante della **sintomatologia post-traumatica**, con aumento significativo dello stato di ansia, dei disturbi depressivi, di meccanismi dissociativi come la negazione dell'emergenza sanitaria o la difficoltà a mantenere le misure di protezione, a comprenderne il senso e a gestirle con i figli. Il vissuto di impotenza, solitudine, angosce e paure ha riattivato meccanismi legati ai traumi precedenti e ha prodotto un effetto di sfinimento e di **disperazione appresa** che ha leso in modo importante la capacità di sperare di queste donne. Per contro, in alcuni percorsi più avanzati di fuoriuscita dal percorso di violenza, donne già abituate ad affrontare situazioni di pericolo e di paura hanno invece messo in campo notevoli risorse di resilienza, con una ostentata capacità e tenacia di continuare a sperare nonostante le condizioni avverse.

L'isolamento creato dal COVID-19 si è inoltre andato a sovrapporre all'isolamento che vivono le donne vittime di violenza, per le quali il **lavoro** è fondamentale non solo per l'autonomia economica, ma anche per ristabilire le relazioni sociali. Per molte di queste donne la pandemia ha invece causato una drammatica perdita del lavoro, spesso irregolare e quindi privo di ammortizzatori sociali. Nei casi di presenza dei figli, per queste donne si è sommata anche la difficoltà di esercitare la propria **funzione genitoriale** nella comprensione dei figli, nell'autoregolazione emotiva, nella capacità di rassicurare e di comprendere gli aumentati e diversi bisogni dei figli. Per molte la funzione normativa è stata quindi particolarmente critica da esercitare.

3.2.3 LA SALUTE MENTALE NELLE COMUNITÀ TERRITORIALI DURANTE IL COVID-19

La dimensione comunitaria per quanto riguarda il sistema dei servizi presenti sul territorio, è stata partico-

larmente penalizzata nell'operatività dalle esigenze di confinamento, e ha dovuto affrontare situazioni inedite

relative alla **paura del contagio condivisa tra curanti e curati**: dottori e pazienti, insegnanti e alunni, assistenti sociali e assistiti etc. Le relazioni di cura tra operatori/trici e utenti di tutti i servizi hanno quindi risentito del trauma di questa inedita minaccia diffusa e reciproca, particolarmente grave per gli operatori/trici sanitari più esposti al contagio per molti dei quali è stato necessario un supporto psicologico specialistico.

Per quanto i servizi di quasi tutti i territori abbiano cercato di riorganizzarsi e di rimanere in contatto con le famiglie, i bambini e i ragazzi, è indubbio che si siano creati dei **vuoti di cura** da parte della comunità istituzionale, negli ospedali, nei centri di salute mentale, nelle scuole e nei servizi sociali.

Se le difficoltà del sistema sanitario nell'affrontare la pandemia sono state adeguatamente documentate, non solo nella cura dei pazienti COVID-19, ma anche nei ritardi di cura dei pazienti affetti da altre patologie, le conseguenze della pandemia COVID-19 sui servizi specialistici di cura della salute mentale, e su quelli di cura preventiva o generale quali il sistema scolastico, di tutela dei minori, o dei centri antiviolenza devono invece essere ancora comprese in tutta la loro portata e gravità.

I servizi sociali e sanitari per la cura della salute mentale sono arrivati alla pandemia già notevolmente sottodimensionati, sia per una disattenzione storica e strutturale verso questi servizi, sia per un processo di pensionamento massivo che ha riguardato in questi ultimi anni gli assunti negli anni '80 nel Servizio Sanitario Nazionale e che non sono stati adeguatamente sostituiti. Nonostante una situazione pregressa già caratterizzata da inefficienze e inadeguatezze di sistema, alcuni servizi hanno mostrato una forte capacità di reazione e di resilienza, **rimodulando la propria attività** con gli strumenti tecnologici a distanza, mostrando una elevata dose di flessibilità ed elasticità che ha riguardato però soprattutto realtà individuali o territori specifici.

Nonostante la buona volontà da parte di molti operatori/trici, è condivisa l'impressione che il **complesso dei servizi sociali e sanitari preposti alla salvaguardia della salute mentale non sia stato adeguato all'altezza della sfida** posta dal COVID-19, sia in relazione ai casi più gravi e conclamati che avrebbero richiesto cure specialistiche e tempestive, sia nella prevenzione del deterioramento di condizioni di salute minate dall'ansia, dalla depressione o da ossessioni manifestate anche in forme subcliniche.

Per quanto l'integrazione tra i servizi di cura pubblici e quelli privati o delle cooperative sociali sia certamente auspicabile, è indispensabile che il servizio pubblico ab-

bia il controllo complessivo del sistema, dando indicazioni chiare sulle modalità di svolgimento di alcuni servizi (es: visite domiciliari o modalità di accompagnamento di minori in comunità) e rispondendo per tempo ai bisogni di cura. In questo senso, è mancata una **dimensione di sistema** in grado di rendere omogenee le prestazioni di questi tipi di servizi online su tutto il territorio nazionale che hanno generato delle disparità considerevoli di accesso ai servizi e di cura nei diversi territori. In alcuni territori si sono comunque osservate **esperienze virtuose** che possono rappresentare punti di partenza importanti per una ridefinizione di un sistema a tutela della salute mentale collettiva in grado di rispondere alle sfide di cura che si presenteranno in futuro (per es. la creazione di spazi di confronto, di dialogo e di formazione a sostegno di specialisti in prima linea, oltre che di pediatri, educatori, insegnanti e famiglie per aumentare il senso di rete e di vicinanza).

Se si guarda alla **scuola**, la chiusura ha rappresentato un evento particolarmente deleterio per i bambini/e e ragazzi/e a diversi livelli. La scuola infatti non consiste solo in uno spazio in cui si apprendono le nozioni, ma è un partecipare, un condividere esperienze con gli altri in una dimensione corporea e tangibile. La **Didattica A Distanza (DAD)**, se da un lato è stata salvifica nel contenere la portata del danno, dall'altro ha indubbiamente prodotto notevoli disagi e difficoltà alle famiglie, oltre a creare notevoli disuguaglianze tra i bambini e gli adolescenti che non hanno potuto accedervi. La DAD ha prodotto un **forte stress sia per gli insegnanti che per gli allievi**, anche per la mancanza di una didattica confacente non solo al mezzo tecnologico, ma anche ai mutati bisogni di apprendimento. Nei casi di famiglie con basso livello di istruzione, scarso accesso ai mezzi tecnologici, mancanza di spazi, o con i genitori a loro volta impegnati nello smart-working, la DAD non è stata in grado di supplire adeguatamente al **ritardo scolastico** che hanno maturato alcuni bambini/e. Si prevede quindi che questo ritardo, se non tempestivamente affrontato e curato, in futuro si tradurrà in un **inadeguato sviluppo delle capacità cognitive e relazionali** degli alunni/e.

Le disuguaglianze prodotte dalla DAD emergeranno quindi in maniera conclamata quando si tornerà a un'organizzazione scolastica in presenza e a regime, che dovrà trovare il modo di gestire classi e percorsi didattici in grado di tenere insieme ragazzi/e che sono riusciti a rimanere in pari grazie alla disponibilità di mezzi tecnologici e famiglie supportanti alle spalle, e ragazzi rimasti indietro poiché privi di supporti adeguati e con famiglie fragili, ai quali si aggiungono i ragazzi/e con disabilità o

bisogni speciali. Questa criticità che sin d'ora sta causando un elevato **abbandono scolastico**, è destinata ad aumentare, con un particolare rischio per gli alunni/e della scuola secondaria di primo grado.

La scuola in DAD non ha inoltre potuto soddisfare un diverso bisogno didattico, ovvero trasmettere ai ragazzi **l'apprendimento di uno stile di vita**, di un atteggiamento psicologico indispensabile per fronteggiare le difficoltà della pandemia e superare le incertezze, sviluppando quindi fattori di protezione indispensabili, sebbene si siano rilevati casi virtuosi di insegnanti che hanno saputo sviluppare **progetti scolastici specifici** in tal senso.

Per i bambini/e vittime di grave trascuratezza familiare o di violenza e maltrattamento, la chiusura delle scuole ha continuato a rappresentare il venir meno di un'importante **antenna di rilevamento dei casi** e l'attivazione dell'intervento del servizio tutela dei minori. Quest'ultimo ha peraltro conosciuto notevoli difficoltà di azione, legate soprattutto all'**impossibilità dell'Home Visiting e della complessità dei colloqui in presenza**. Per quanto molte strutture hanno potuto in parte compensare con le visite a distanza, vi è una sensazione comune di inadeguatezza della risposta dei servizi di fronte all'aumento delle emergenze e dei bisogni. Le maggiori difficoltà operative, ma anche la situazione di tensione generalizzata che ha coinvolto anche operatori/trici e rappresentanti delle

autorità giudiziarie, ha portato in alcune situazioni a scelte meno ponderate e più rigide e "coercitive" rispetto a quanto si sarebbe agito in condizioni normali, creando talvolta **conflitti di competenza e di attribuzione dei casi tra i vari servizi coinvolti**.

I **Centri antiviolenza** hanno dovuto affrontare soprattutto la sfida di tenere aperto e di riuscire a seguire le donne e i bambini presi in carico nonostante le difficoltà dell'isolamento. Hanno offerto un importante sostegno di carattere psicologico a molte donne ricadute in stati depressivi importanti ma anche un aiuto concreto nell'accedere alle pratiche burocratiche per ricevere aiuti, spesso insormontabili, e nell'offrire, grazie a progetti privati, aiuti diretti in termini di buoni spesa, tablet etc. Nel rapporto con la magistratura si è rilevata una mancata comprensione delle difficoltà specifiche delle donne vittime di violenza legate all'emergenza COVID-19 che richiede un maggiore investimento in formazione specifica, facendo così emergere **criticità strutturali del sistema**. Per contro, in alcuni territori c'è stata una importante attivazione da parte di **movimenti e organizzazioni sindacali o di volontariato** per sensibilizzare le istituzioni a una maggiore attenzione verso i maggiori rischi di violenza e di maltrattamento sia a donne che a bambini/e prodotti dalla pandemia.

3.2.4 LA SALUTE MENTALE NELLA SOCIETÀ DURANTE IL COVID-19

Anche dal punto di vista della **dimensione sociale** allargata a tutta la comunità nazionale, il clima attuale è ancora quello della paura e dell'incertezza generale. La precarietà della situazione rende quasi inevitabili informazioni confuse che a loro volta aumentano altre paure e incertezze.

Se nella prima ondata la percezione di un pericolo importante ha portato a un senso di unione sociale, nelle due ondate successive il logoramento dello stato perenne di pericolo ha portato a una forma di appiattimento e di negazione collettiva, accettando con rassegnazione il numero giornaliero dei morti da COVID-19 e in alcuni casi rifiutando o allontanando le misure di protezione.

L'ambiguità di questi comportamenti dissonanti è tipica del trauma collettivo, e impedisce di mettere in campo strategie per fronteggiare queste avversità anche dal punto di vista psicologico, dal momento che si oscilla continuamente tra il panico e l'indifferenza, producendo quindi una forma di ottundimento generale. Le difficoltà di salute mentale collettiva prodotte dalla pandemia

si sono inoltre innestate su una società e cultura molto individualista, poco educata alla solidarietà e alla condivisione che ha stentato a comprendere il principio della tutela della salute degli altri per tutelare la propria. Questa connotazione è particolarmente insidiosa a livello sociale poiché la pandemia è un fattore di esasperazione delle disuguaglianze che solo una condivisione sociale solidale può affrontare, generando dei benefici anche dal punto di vista economico.

Di fronte a questa situazione, il **mondo dell'informazione** non ha prodotto un contributo sufficiente a sostenere le persone di fronte alla sfida pandemica. L'aver creato l'abitudine ad "aspettare la notizia" con una programmazione costante di aggiornamenti e di indicazioni sul comportamento da tenere ha infatti favorito una forma di de-responsabilizzazione che in qualche modo ha minato il senso di autonomia e di indipendenza critica di molte persone. È stata inoltre prestata molta attenzione a informare sui sintomi fisici per poter riconoscere l'infezione, sulla campagna vaccinale, sull'andamento del

contagio o sulle misure di carattere economico adottate dalle istituzioni, mentre non vi è stato un corrispondente impegno nell'aiutare a riconoscere i sintomi psicologici di malessere legati a forme di ansia e di depressione che stanno assumendo dimensioni patologiche. In questo

senso l'autosorveglianza, che le persone più forti e mature già adottano da sé, e che i servizi possono incentivare, avrebbe potuto essere una strategia promossa dal mondo dei media per promuovere l'allerta delle persone in presenza di disturbi psicologici o psichici.

¹ ISTAT (2021a)

² Si ringraziano: Pietro Ferrara (Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma per Società Italiana di Pediatria per Abuso e Maltrattamento), Petra Filistrucchi (Centro Antiviolenza Artemisia, Firenze), Maria Grazia Foschino Barbara (Policlinico – Bari); Giancarla Pellicchia (ASL Frosinone), Luigi Raciti (ASP – Catania); Gloriana Rangone (Centro di Terapia dell'Adolescenza - Lombardia); Mariacarla Sbolci (Centro Psitoterapico Integrato Schema Therapy, Genova), Luca Milani (Università Cattolica di Milano), Gloria Soavi (Cismai), Simonetta Spada (Centro per il bambino e la famiglia di Bergamo).

³ Ministero della Salute, Salute mentale, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=salute%20mentale

⁴ ISTAT(2018).

⁵ WHO, (2013).

⁶ ISTAT (2018).

⁷ Digitale, E., (2020).

⁸ European Parliament-(2020).

⁹ The Lancet Infectious Diseases, (2020).

¹⁰ Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Nioi, C., Pacitti, F et al., (2020).

¹¹ UNICEF (2020).

¹² Bo H.X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., & AL., (2020).

¹³ Ahmed, H., Patel, K., Greenwood, D.C., Halpin, S., Lewthwaite, P., Salawu A et. al., (2020).

¹⁴ Vittori, A., Lerman, J., Cascella M., Gomez-Morad, A.D., Marchetti, G., Marinangeli, F., et al., (2020).

¹⁵ Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020).

¹⁶ Patrick S.W., Henkhaus E.E., Zickafoose J., Lovell K., Halvorson A., Loch S., Letterie M., Davis M., (2020)

¹⁷ APA (2020).

¹⁸ Santhanam, L., (2021).

¹⁹ Mikolajczak, M., Gross J.J., Roskam, I., (2019), p. 1319.

²⁰ Griffith, A.K., (2020).

²¹ Center for Translational Neuroscience at the University of Oregon, (2020).

²² Caroppo, E. e Valentini, M., (2021).

²³ EIGE, (2021).

²⁴ Save the Children, (2020).

²⁵ L'andamento su base annua dei tassi per genere è invece simile: l'occupazione cala – di 0,4 punti per gli uomini e 1,4 punti per le donne - e l'inattività cresce, seppur in maniera più accentuata tra le donne (+2,0 punti contro l'aumento di +0,9 punti degli uomini); il tasso di disoccupazione maschile scende di 0,5 punti e quello femminile di 0,7 punti. (ISTAT, p. 3)

²⁶ Guerzoni, M., (2020).

²⁷ ISTAT, (2021b).

²⁸ CDC, Preventing child abuse & neglect, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/fastfact.html>

²⁹ Conrad-Hiebner, A., e Byram, E., (2020)

³⁰ Istituto Superiore di Sanità, Sistema di Sorveglianza PASSI. Depressione - Periodo 2015-2018 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione>

³¹ NICHD Early Child Care Research Network, (1999).

³² Lawson, M., Piel, M. H., & Simon, M. (2020).

³³ Il termine resilienza deriva dal latino "resilire" che significa "saltare indietro, ritornare in fretta, di colpo, rimbalzare, ripercuotersi", e dunque in modo traslato "ritirarsi, restringersi, contrarsi". Anche se il termine è principalmente utilizzato nell'ambito della fisica ed in ingegneria per indicare la capacità di un materiale di resistere a un urto, ultimamente si sono affermate diverse interpretazioni di resilienza.

³⁴ Per un approfondimento sulla definizione di resilienza si rimanda all'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia, Ed. 2020.

³⁵ Orgad, S., & Gill, R., (2019).

³⁶ Pietrzak, R. H., Feder, A., Singh, R., Schechter, C. B., Bromet, E. J., Katz, C. L., et al., (2014).

³⁷ Lawson, M., Piel, M. H., Simon, M., (2020).

³⁸ Killgore W.D.S, Taylor E.C., Cloonan S.A., Dailey N.S., (2020).

³⁹ In California è stato attuato un programma che prevede un training psicologico per psicologi, psichiatri, assistenti sociali, e volontari centrato sulla resilienza e che prevede anche un supporto specifico per genitori [Digitale, E. (2020)] in Massachusetts invece è stato attivato un programma che ha l'obiettivo di sviluppare la resilienza durante la pandemia rivolto ad adolescenti e ai college [Massachusetts General Hospital, Resilience and Prevention Program, <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/resilience-program>]

⁴⁰ DORS (2020).

⁴¹ TF-CBT National Therapist Certification Program, <https://www.tfcbt.org/>

⁴² Men Engage Alliance, Digital activism for equitable, compassionate, and non-violent ways of being men during Covid-19, <http://menengage.org/digital-activism-for-equitable-compassionate-and-non-violent-ways-of-being-men-during-covid-19/>

⁴³ Acad Pediatr 2016 Apr;16(3):233-9. doi: 10.1016/j.acap.2015.12.005. Epub 2016 Feb 9. Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children. Dubowitz Thompson Proctor L Metzger R, Black MM, English D, Poole G, Magder L. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26868289>

⁴⁴ Black, K., e Lobo, M., (2008).

⁴⁵ De Cao, E. e Sandner, M., (2020).

⁴⁶ Marshall Plan for Moms, <https://www.marshallplanformoms.com/>

⁴⁷ L'educazione socio-emotiva (SEE - Social Emotional Education) viene definita come "il processo attraverso il quale bambini/e e adulti/e acquisiscono e applicano in modo efficace la conoscenza, le attitudini e competenze necessarie per comprendere e gestire le emozioni, stabilire e raggiungere obiettivi positivi, sentire e dimostrare empatia per gli altri, stabilire e mantenere relazioni positive, e prendere decisioni responsabili" CASEL, (2017).

⁴⁸ Singer, J.B., Erbacher, T.A., Rosen, P., (2019).

⁴⁹ Place2Be, Our Approach, <https://www.place2be.org.uk/about-us/our-work/our-approach/>

⁵⁰ South J., Stansfield J., Amlôt R., Weston D. (2020)

⁵¹ WHO Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.

⁵² Iied (2020) Emerging lessons from community-led COVID-19 responses in urban areas, <https://www.iied.org/emerging-lessons-community-led-covid-19-responses-urban-areas>

⁵³ María José Ventura Alfaro (2020) Feminist solidarity networks have multiplied since the COVID-19 outbreak in Mexico <https://www.interfacejournal.net/wp-content/uploads/2020/05/Ventura-Alfaro-1.pdf>

4

RIFLESSIONI E PROPOSTE PER POLITICHE DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Questa edizione dell'**Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia** offre una lettura del fenomeno sia strutturale, relativa alla situazione pre-pandemica, sia emergenziale rispetto al considerevole impatto che la pandemia sta producendo e produrrà in futuro. Per tale motivo, se alcune considerazioni di carattere sistematico già avanzate nelle precedenti edizioni dell'Indice mantengono comunque la loro validità, altre di natura emergenziale rispetto al trauma da COVID-19 inducono a proporre iniziative specifiche di protezione della salute mentale delle persone e, quindi, anche del benessere e della sicurezza dei bambini/e. La capacità di intervento pubblico nella prevenzione, cura e contrasto del maltrattamento all'infanzia dovrà infatti essere in futuro necessariamente più incisiva ed efficace nel proporre politiche e servizi in grado non solo di ridurre ed eliminare i fattori di rischio, ma anche di rafforzare e accrescere i fattori protettivi promuovendo in particolare una maggiore resilienza e capacità di adattamento alle avversità. Nel merito della salute mentale questi cambiamenti presuppongono un cambio importante di prospettiva e di valori che è alla base di tutte le considerazioni e proposte di seguito indicate. **Se il COVID-19 sta generando un trauma collettivo anche il sistema di cura deve svilupparsi innanzitutto collettivamente** per poi raggiungere attraverso i servizi, anche le famiglie e le singole persone.

1) È necessario adottare un approccio multidimensionale e di medio-lungo termine per le politiche di prevenzione e contrasto al maltrattamento

Tutta la letteratura internazionale e gli stessi risultati dell'Indice confermano la complessità del fenomeno

del maltrattamento all'infanzia, il carattere multidimensionale dei fattori di rischio, ma anche di quelli protettivi e adattivi sui quali possono intervenire i servizi, trasversalmente a tutto il complesso delle capacità delle persone e dunque anche a tutte le politiche, sociali, sanitarie, educative, occupazionali ed economiche capaci di adottare **prospettiva in grado di cogliere le ricadute indirette** sul maltrattamento all'infanzia. Il carattere della multidimensionalità riguarda inoltre diversi soggetti coinvolti nel contesto nel quale avviene o potrebbe avvenire il maltrattamento all'infanzia, non solo i bambini/e e le loro famiglie, ma anche gli operatori/trice dei servizi, gli insegnanti, i medici etc.

La multidimensionalità va considerata anche nelle dinamiche di interruzione della **trasmissione intergenerazionale** per la quale è fondamentale la dimensione di genere. Infatti, se l'emergenza pandemica ha spostato temporaneamente l'attenzione sulle dinamiche di breve termine, la consapevolezza della durata e del prolungarsi delle conseguenze di questa crisi induce a insistere perché si adotti una prospettiva di **politiche di medio-lungo termine**, le uniche in grado di modificare in modo strutturale i comportamenti umani e nello specifico di interrompere la trasmissione intergenerazionale. Per questo motivo, gli strumenti politici e amministrativi devono necessariamente assumere il carattere di investimenti in infrastrutture sociali, permanenti sia nell'organizzazione della *governance*, che nel sistema di finanziamento costante e non soggetto a continue rinegoziazioni.

In tal senso si considera indispensabile e, data la situazione attuale urgente, l'adozione di una Legge Quadro di riordino normativo - ripartendo ad esempio dalla proposta di Legge in merito già presentata in Parlamento

nel 2017¹ - che obblighi all'azione costante, lasciando invece alle diverse sensibilità politiche la scelta delle modalità con le quali agire.

2) Il trauma collettivo da COVID-19: riconoscerlo e raccontarlo per curare la salute mentale anche in un'ottica preventiva

Le auspiccate politiche di intervento multidimensionale e di medio-lungo termine per la prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia dovranno confrontarsi con le conseguenze specifiche della pandemia. In tal senso sarà indispensabile partire dal **riconoscimento da parte di tutti e tutte, dalle singole persone alle istituzioni, che c'è un reale trauma collettivo da COVID-19 per il quale occorre curarsi** attraverso un rinforzo importante dei fattori protettivi a compensazione di fattori di rischio drammaticamente peggiorati. Questo passaggio dovrà essere anche sostenuto da una **narrazione istituzionale e mediatica** a favore di un cambiamento culturale che incentivi il ricorso a servizi di cura e per il benessere psicologico: la natura collettiva del trauma prodotto dal COVID-19 necessita un superamento del solo supporto della famiglia "tradizionale" come unica strategia di resilienza e di adattamento alle avversità. La criticità della situazione, infatti, richiede un approccio aperto e condiviso per **allargare il concetto di cura della salute mentale al benessere psicologico** per elaborare il trauma prima che arrivi a manifestare sintomi di carattere patologico. Solo in questo modo è possibile sviluppare nelle persone le capacità adattive in grado di affrontare le sfide attraverso le relazioni e il contesto di vita, recuperando i valori più profondi alla base dell'esistenza umana.

3) Ristrutturare il sistema dei servizi di cura nell'ottica della resilienza

La **resilienza**, focus di approfondimento della precedente edizione dell'Indice, si conferma anche quest'anno, soprattutto di fronte all'emergenza pandemica, come la strategia più efficace per rinforzare i fattori protettivi e per sviluppare nelle persone, sia bambini/e che adulti, la capacità di reazione e di risposta a eventi traumatici che ne preservino la salute psicologica, sia in un'ottica di cura che di prevenzione. Questo approccio *mainstream* e trasversale a tutti gli ambiti di intervento si rivela indispensabile per ristrutturare in un'ottica multidimensionale il sistema dei servizi, prevedendo sia il rinforzo di servizi già esistenti sia la progettazione di nuove strategie di cura.

Per tale motivo è fondamentale:

- » **Rinforzare tutti i servizi socio-assistenziali per l'infanzia e la famiglia al fine di sviluppare la resilienza in tutte le fasi di sviluppo e crescita dei bambini/e**

La crisi socio-sanitaria ed economica prodotta dalla pandemia rende ancora più urgente il potenziamento dei servizi per la famiglia ed i minori all'insegna della resilienza. Prevedendo un allargamento della platea di potenziali utenti a nuove forme di povertà e di disagio sociale, è fondamentale declinare nell'ottica della resilienza i programmi di prevenzione già in essere e investire in iniziative che hanno già dimostrato la propria efficacia, quali ad esempio l'*home visiting*, i progetti di genitorialità positiva (*positive parenting*), i programmi *ad hoc* nelle scuole. In linea con le raccomandazioni europee e le proposte dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza sulla definizione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni)² si conferma quindi la necessità di garantire l'accesso a servizi per l'educazione e la cura della prima infanzia³, ovvero dalla nascita all'obbligo scolastico, economicamente accessibili e di alta qualità.

- » **Integrare i servizi di salute mentale specialistica con i servizi che sviluppano l'approccio psicosociale**

Nel merito specifico dell'emergenza legata alla salute mentale, il potenziamento della resilienza si può concretizzare attraverso l'integrazione dei servizi di salute mentale specialistica con i servizi che sviluppano l'approccio psicosociale, come già avviene in ambito pediatrico, adottando la Piramide della IASC su MHPSS – Mental Health and Psychological Support⁴. Una proposta in tal senso è già stata avanzata dalla Conferenza Nazionale sulla salute mentale tenutasi a gennaio 2021 come strategia per superare il trauma da COVID-19 attraverso l'individuazione precoce dei fattori di rischio.

- » **Inserire nuove figure di psicologi nella scuola e nella medicina di base**

L'approccio trasversale e ampio alla cura della salute mentale deve poter rispondere ai nuovi e mutati bisogni di cura, prevedendo così nuove figure professionali quali ad esempio lo psicologo scolastico, figura per la quale l'Associazione Italiana di psicologia ha già lavorato a linee guida per la messa a sistema⁵. È importante introdurre anche la figura dello psicologo di base che affianchi il medico di famiglia. Al momento esiste solo il CPS (Centro Psico Sociale) di emanazione del reparto di psichiatria dell'ospedale e soltanto per le patologie maggiori di salute mentale, mentre per difficoltà psicologiche a livello esistenziale è prevista soltanto l'offerta privata o del terzo settore.

4) Sviluppare nuove tecniche e protocolli per la cura del trauma del COVID-19

Al momento non è possibile curare adeguatamente il trauma da COVID-19 perché il fenomeno pandemico è ancora in corso e per mancanza di studi sufficienti e di precedenti storici. È urgente quindi predisporre nuove tecniche e protocolli di cura che approfondiscano le attuali conoscenze sulle teorie sul trauma alle peculiarità di quello prodotto dal COVID-19.

Una metodologia da sviluppare in modo specifico riguarda la costruzione di percorsi sia individuali che collettivi e scolastici di **psico-educazione** che sia in grado di educare le persone all'autosorveglianza per la capacità di controllare il proprio stato di salute mentale e alla narrazione come strumento di cura e di resilienza. I servizi possono infatti svolgere un ruolo importante nel sensibilizzare le persone all'autosorveglianza, insegnando loro a riconoscere i sintomi di deterioramento della salute mentale, ma anche aiutandole a superare lo stigma sociale che ancora oggi caratterizza chi chiede aiuto.

La narrazione rappresenta un'altra strategia trasversale terapeutica a tutti i livelli che consente di ricostruire la memoria, verbalizzando emozioni che permettono di ricostruire una nuova identità personale e collettiva dopo un trauma che ha creato una frattura tra il prima e il dopo. Le nuove tecniche e metodologie di intervento dovrebbero poi essere inserite in **protocolli specifici** e messi a sistema per la gestione del trauma da COVID-19, a partire dalle sperimentazioni già in corso.

5) Promuovere un nuovo sistema di governance territoriale

L'Indice ha confermato in ogni edizione il livello di divario territoriale che esiste nel nostro paese, sia in termini di maggiori fattori di rischio che di fragilità del sistema dei servizi di cura e di prevenzione. L'emergenza COVID-19 potrà solo peggiorare questo divario e quindi aumentare concretamente il rischio di maltrattamento ai bambini/e nelle aree più disagiate del paese. Il bisogno di **risorse e investimenti nel Mezzogiorno**, sia di carattere finanziario che di carattere sociale e politico, sarà quindi ancora più impellente e dovrà passare attraverso la costruzione di nuovi sistemi di *governance* e strumenti di raccordo tra livello nazionale e territoriale in grado di selezionare le priorità e dare continuità agli investimenti nei servizi, garantendo livelli essenziali di prestazioni e servizi accessibili per i bambini/e e le famiglie di tutti i territori⁶. Si conferma quindi anche in questa edizione l'urgenza

di arrivare all'attuazione pratica dei **LIVEAS** (Livelli Essenziali di Assistenza Socio-assistenziale)⁷ che rappresentano uno strumento indispensabile per il riequilibrio territoriale.

Un sistema di *governance* più efficace potrebbe passare attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro tematico dedicato al maltrattamento all'infanzia all'interno della Conferenza Stato-Regioni e il rafforzamento dei compiti e delle funzioni dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. La pandemia ha avuto però anche l'effetto di valorizzare l'importanza della *governance* territoriale nel merito della realizzazione concreta delle politiche integrate e multidimensionali. Per tale motivo è fondamentale sviluppare **reti interistituzionali** che sappiano monitorare lo stato di salute delle persone e adottare un approccio multidisciplinare attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori che agiscono sulla salute mentale delle persone, dai medici di base agli educatori, gli insegnanti e a tutte le altre persone coinvolte. Per costruire queste reti territoriali sono indispensabili quindi indicazioni specifiche per il coordinamento e la condivisione di processi, procedure, sistemi, anche con l'adozione di **linee guida**.

La dimensione territoriale è da considerarsi inoltre strategica anche per **sviluppare sul territorio un sistema di monitoraggio** che consenta di cogliere e intercettare quello che sta succedendo alla popolazione rispetto al trauma da COVID-19, sia per le criticità ancora sommerse che per le potenzialità da valorizzare. In questo senso il monitoraggio territoriale è importante anche per massimizzare, progettare e mettere a sistema le ottime iniziative di resilienza di comunità che si sono potute osservare nei territori durante il lockdown.

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

Le lacune relative al sistema informativo sul tema del maltrattamento all'infanzia sono state messe in evidenza in ogni edizione dell'Indice, a causa dell'indisponibilità di dati adeguati a descrivere un fenomeno largamente sommerso e nascosto. L'esigenza di investire nel sistema informativo è già stata oggetto di raccomandazione dell'ONU all'Italia sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza⁸, e del Gruppo CRC⁹.

La mancanza di dati precisi, certi e puntuali sia sui fattori di rischio che sul sistema dei servizi è diventata però ancora più vistosa in questa edizione, a causa dell'impossibilità di disporre di dati aggiornati utili a descrivere

con le statistiche un fenomeno che dura da più di un anno. Nel merito specifico, un sistema informativo puntuale su questo tema dovrebbe almeno circoscrivere la rilevazione dei fattori di rischio alla fascia d'età genitoriale e dovrebbe poter approfondire il target di utenza specificatamente connesso con comportamenti maltrattanti nell'ambito dell'indagine ISTAT sui servizi sociali e socio-assistenziali¹⁰ - area "famiglia e minori" - sui servizi sociali erogati dai Comuni.

Sarebbe inoltre necessaria una stima aggiornata ogni anno¹¹ del numero dei bambini/e vittime di maltrattamento in Italia seguiti dai servizi sociali, una rilevazione delle dinamiche di interdipendenza di trasmissione intergenerazionale; un approfondimento sul tema della sicurezza e del maltrattamento ai bambini/e nell'indagine ISTAT sulla sicurezza delle donne; la possibilità di utilizzare i dati del Casellario dell'Assistenza dell'Inps¹² e gli strumenti di rilevazione, test e questionari per genitori e bambini/e già ampiamente sperimentati a livello internazionale (es: CAST¹⁴).

7) Investire in personale, formare e curare i curanti

Tutto il sistema dei servizi direttamente o indirettamente coinvolti nella prevenzione e cura del maltrattamento all'infanzia è largamente **sottodimensionato** da anni in termini quantitativi: che si tratti di servizi socio-assistenziali, sanitari o dell'istruzione questa lacuna

è emersa in modo evidente durante la pandemia. Oltre a raccomandare quindi un **investimento in personale** impegnato in servizi che vedranno un consistente ampliamento dell'utenza, è importante prevedere percorsi di formazione strutturati e qualificanti. La **formazione** è infatti indispensabile per: 1) apprendere le nuove tecniche di cura e metodologie di intervento necessarie per rafforzare la resilienza e contrastare i danni prodotti dal trauma da COVID-19; 2) sviluppare capacità di utilizzo delle piattaforme online, valorizzare le potenzialità della telemedicina già sperimentata per necessità durante la pandemia, sfruttare al meglio le opportunità di accesso a professionalità non disponibili sul territorio.

In coerenza con l'approccio multidimensionale, l'attività formativa è indispensabile per tutti i curanti, sia per gli insegnanti che per gli operatori/trici che intervengono all'interno o in relazione specifica con le famiglie (pediatri, psicologi, pedagogisti, infermieri, assistenti sociali etc.). **Il personale curante** coinvolto nella salute mentale a vari livelli, sia specialistico che generico, **va inoltre a sua volta curato**: la pandemia ha messo infatti in luce la sua dimensione collettiva anche nella condivisione del trauma da COVID-19 e non ha risparmiato i curanti da traumi, stress e lutti, oltre ad aver pesantemente provato soprattutto il personale sanitario impegnato in prima linea. Alcune iniziative in questo senso sono già in fase di sperimentazione, ma è necessaria una loro sistematizzazione e capillarità territoriale.

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

² Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2019), p.28.

³ ECEC - Early Childhood Education and Care.

⁴ IASC (2007)

⁵ Associazione Italiana Psicologi, Progetto di Psicologia scolastica, http://www.associazioneitalianapsicologi.it/progetto_psicologia_scolastica.htm

⁶ Si veda anche la proposta dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2019).

⁷ Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186 <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328L.htm>

⁸ Nazioni Unite, Comitato sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza. Osservazioni conclusive sullo stato di attuazione della Convenzione sui diritti del Fanciullo, CRC/C/ITA/CO/5-6 (febbraio 2019). Punto 9: "Il Comitato raccomanda che lo Stato continui a implementare il proprio sistema di raccolta dati, in particolare il sistema informativo dei servizi sociali, includendo un continuo ampliamento della banca dati per coprire tutte le aree della Convenzione e dati disaggregati per età, sesso, disabilità, collocazione geografica, origine etnica e nazionale, contesto socio-economico per facilitare l'analisi della situazione di tutti i bambini, soprattutto quelli in condizione di vulnerabilità" <https://www.unicef.it/doc/8858/rese-note-le-raccomandazioni-onu-allitalia-luci-e-ombre-sui-diritti-dei-bambini.htm>

⁹ Gruppo CRC (2017), "...pertanto il Gruppo CRC reitera le stesse raccomandazioni: 1. Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri di garantire una rilevazione dati nazionale relativa all'infanzia e all'adolescenza, con un flusso continuo e aggiornato rispetto a tutti i fenomeni che le riguardano; 2. Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di estendere a tutto il territorio italiano il sistema di rilevazione S.In.Ba., per consentire l'effettività della raccolta dati, con le modalità indicate e nei tempi stabiliti, al fine di rendere omogenee le fonti e i sistemi di rilevazione sull'intero territorio nazionale; 3. Al Ministero della Giustizia di garantire la piena operatività della Banca Dati nazionale dei minori adottabili e delle coppie disponibili all'adozione."

¹⁰ ISTAT (2018), Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, <http://dati.istat.it/>

¹¹ Le ultime due rilevazioni, entrambe elaborate da Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes, sono state pubblicate nel 2015 su dati del 2013 e nel 2021 con dati riferiti al 2018 (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes, 2021).

¹² INPS, Casellario dell'assistenza, <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46898> il casellario prevede l'istituzione di una "Banca dati per la raccolta delle informazioni e dei dati relativi alle prestazioni sociali erogate da tutti gli enti centrali dello Stato, gli enti locali, gli organismi gestori di forme di previdenza e assistenza obbligatorie". Il Casellario prevede tra l'altro la costituzione di una Banca Dati delle Valutazione Multidimensionale (VM) all'interno della quale una sezione specifica è dedicata all'infanzia, adolescenza e famiglia (SINBA)

¹³ WHO - Regional Office for Europe (2016).

¹⁴ ISPCAN, Child Abuse Screening Tools (ICAST), <https://www.ispcan.org/learn/icast-abuse-screening-tools/> un questionario elaborato da ISPCAN assieme a Unicef, il Segretariato Generale delle Nazioni Unite, l'Alto Commissariato per i diritti Umani e WHO e già adottati in numerosi Paesi.

BIBLIOGRAFIA

Accademia della Crusca, *L'elasticità di resilienza*, <http://www.accademiadellacrusca.it/it/lingua-italiana/consulenza-linguistica/domande-risposte/l-elasticita-resilienza>

Ahmed, H., Patel, K., Greenwood D.C., Halpin, S., Lewthwaite, P., Salawu, A., Eyre, L., Breen, A., O'Connor, R., Jones, A., Sivan, M., (2020), *Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: A systematic review and meta-analysis*. "Rehabilitation Medicine", 52(5).

Anda Dong, M., Brown, D.W., Felitti, V.J., Giles, W.H., Perry, G.S., Valerie, E.J., Dube, S.R., (2009), The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members, "BMC Public Health", 9, p.106.

APA, (2020). *Stress in the Time of COVID-19*.

<https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2020/stress-in-america-covid.pdf>

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes (2021), *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*.

<https://cismai.it/wp-content/uploads/2021/04/Dossier-Maltrattamento-2021-10-singole-1.pdf>

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2019), *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali delle persone di minore età*, <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/lep-web.pdf>

AXA, (2020), *Indagine AXA sulla salute psicologica nel contesto Covid: 1 italiano su 2 avverte un impatto diretto*, <https://corporate.axa.it/en/-/indagine-axa-sulla-salute-psicologica-nel-contesto-covid-1-italiano-su-2-avverte-un-impatto-diretto-1>

Baldry, A C., (2003), *Bullying in schools and exposure to domestic violence*, "Child Abuse & Neglect", 27, pp.713-732.

Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., Solomon, J., &

Schaps, E., (1989), *Effects of an elementary school program to enhance prosocial behavior on children's cognitive-social problem-solving skills and strategies*, "Journal of Applied Developmental Psychology", 10(2), pp. 147-169.

Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A., Wood, S., Homolova, L., & Davies, A., (2018), *Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance*, "BMC public health", 18, 792.

Bianchi, D., Moretti, E., (2006), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Quaderno 40, Istituto Nazionale degli Innocenti, Firenze.

Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A., (2009), Problem partners and parenting: exploring linkages with maternal insecure attachment style and adolescent offspring internalizing disorder, "Attachment & Human Development", 11(1), pp.69-85.

Black, K., e Lobo, M., (2008), *A Conceptual Review of Family Resilience Factors*, "Journal of Family Nursing", 14(1), pp. 33-55.

Bo H.X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Al Wu, X., Xiang, Y.T., (2020), *Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China*. "Psychological Medicine", Mar 27;1-2.

Brewer-Smyth K., & Koenig, H.G., (2014), *Could Spirituality and Religion Promote Stress Resilience in Survivors of Childhood Trauma?*, "Issues in Mental Health Nursing", 35(4), pp. 251-256.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J., (2020), *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence*, "The Lancet", 395(10227), pp. 912-920.

Brown, D., De Cao, E., (2018), *The Impact of Unemployment on Child Maltreatment in the United States*, ISER

Working Paper Series, n. 4, University of Essex. <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2018-04.pdf>

Brown, D., De Cao, E., (2020), *Child Maltreatment, Unemployment, and Safety Nets*, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3543987>

Campbell, A.M., (2020), *An increasing risk of family violence during the COVID-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives*, "Forensic Science International: Reports", Vol. 2.

Caroppo, E. e Valentini, M., (2021), *Il preoccupante disagio mentale provocato dalla pandemia sugli adolescenti*, <https://www.linkiesta.it/2021/03/disagio-mentale-adolescenti-covid-pandemia/>

CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, *What is SEL?*, <https://casel.org/what-is-sel/>

CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, (2012), *2013 CASEL Guide, Effective Social and Emotional Learning Programs Preschool and Elementary School Edition*, <https://casel.org/wp-content/uploads/2016/01/2013-casel-guide.pdf>

Cefai, C., Bartolo P., A., Cavioni, V., & Downes, P., (2018), *Strengthening Social and Emotional Education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence*, NESET II report, Publications Office of the European Union.

Cefai, C., Matsopoulos, A., Bartolo, P., Galea, K., Gavo-
giannaki, M., Zanetti, A., Renati, R., Cavioni, V., Pavin I. T., Šarić, M., Kimber, B., Eriksson, C., Simões, C., & Lebre, P., (2014), *A Resilience Curriculum for Early Years and Primary Schools in Europe: Enhancing Quality Education*, "Croatian Journal of Education", 16, pp. 11-32.

Center for Translational Neuroscience at the University of Oregon, (2020), *Overloaded: Families With Children Who Have Special Needs Are Bearing an Especially Heavy Weight, And Support Is Needed*, <https://medium.com/rapid-ec-project/overloaded-families-with-children-who-have-special-needs-are->

[bearing-an-especially-heavy-weight-4e613a7681bd](https://medium.com/rapid-ec-project/overloaded-families-with-children-who-have-special-needs-are-bearing-an-especially-heavy-weight-4e613a7681bd)

Center on the Developing Child – Harvard University, (2015), *The Science of Resilience (InBrief)*, <https://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-resilience-series/>

Cesvi, (2018), *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia. Liberi Tutti*, https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/05/LiberiTutti_Indice_Maltrattamento_Cesvi.pdf

Cesvi, (2019), *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia. L'ombra della povertà*, https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2019/05/Indice-Cesvi_2019.pdf

Cesvi, (2019a), *Tutori di Resilienza nella rete IoConto. Manuale operativo per promuovere percorsi di resilienza assistita nel contrasto al maltrattamento all'infanzia*, https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2019/10/IoConto_DIGITALE_DEF.pdf

Cicchetti, D., & Rogosch, F.A., (2009), *Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children*, "New Directions for Child and Adolescent Development", 124, pp. 47-59.

CISMAI (2013a), *Le priorità e le sfide contro la violenza all'infanzia in Italia*, http://cismai.it/wp-content/uploads/2015/02/cismai_politiche2013.pdf

CISMAI, Università L. Bocconi, Terre des Hommes (2013b), *Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?*, https://terredeshommes.it/dnload/Tagliare%20sui%20bambini_studioTDH_Bocconi_Cismai.pdf

CISMAI, (2017), *Linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting*, <https://cismai.it/linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting/>

Conrad-Hiebner A., e Byram, E., (2020), *The temporal impact of economic insecurity on child maltreatment: A systematic review*, "Trauma, Violence, & Abuse", 21(1), pp. 157-178.

De Cao, E. e Sandner, M., (2020), *The potential impact*

of the COVID-19 on child abuse and neglect: The role of childcare and unemployment, <https://voxeu.org/article/potential-impact-covid-19-child-abuse-and-neglect>

Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., et al., (2013). *The global prevalence of intimate partner violence against women*, "Science", 340(6140), pp. 1527–1528.

Digitale, E., (2020), *Sounding the mental health alarm*, Stanford Medicine, Issue 2, <https://stanmed.stanford.edu/2020issue2/psychological-covid19-pandemic-resilience.html>

Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., Poole, G., & Magder, L. (2016), *Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children*, "Academic pediatrics", 16(3), pp. 233–239.

Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., & Schellinger, K.B., (2011), *The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A MetaAnalysis of SchoolBased Universal Interventions*, "Child Development", 82, pp. 405–432.

Eckenrode, J., Smith, E., McCarthy, M., Dineen, M., (2014), *Income Inequality and Child Maltreatment in the United States*, "Pediatrics", 133 (3), pp.454–461.

EIGE - European Institute for Gender Equality (2018), Reported cases of violence against women reveal only the tip of the iceberg, <https://eige.europa.eu/news-and-events/news/reported-cases-violence-against-women-reveal-only-tip-iceberg>

EIGE, Gender Equality Index (2019), *Money*, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/money/IT>

EIGE, Gender Equality Index (2019), *Time*, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/time/IT>

EIGE, (2021), *COVID-19 derails gender equality gains*, <https://eige.europa.eu/news/covid-19-derails-gender-equality-gains>

Ellenbogen, S., Klein, B., & Wekerle, C., (2014), *Early childhood education as a resilience intervention for maltreated children*, "Early Child Development and Care", 184 (9-10), pp. 1364–1377.

European Parliament, (2020), *Briefing- Mental health during the COVID-19 pandemic*, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/658213/IPOL_BRI%282020%29658213_EN.pdf

Farley, Y.R., (2007), *Making the Connection*, "Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought", 26(1), pp. 1–15.

FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2014), *Violence against women: an EU-wide survey*, https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf

Freisthler B., Weiss R.E., (2008), *Using Bayesian space-time models to understand the substance use environment and risk for being referred to child protective services*, "Substance Use & Misuse", 43(2), pp. 239–251

Freisthler, B., Wolf, J., Wiegmann, W., Kepple, N., (2017), *Drug Use, the Drug Environment, and Child Physical Abuse and Neglect*, "Child Maltreatment", 22(3), pp. 245–255.

Gartland, D., Riggs, E., Muyeen, S., Giallo, R., Affi, T. O., MacMillan, H., Herrman, H., Bulford, E., & Brown, S. J., (2019), *What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review*, "BMJ Open", 9(4).

Griffith, A.K., (2020), *Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic*, "Journal of Family Violence", 1–7.

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

Gruppo CRC (2017), *Terzo rapporto supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza in Italia*, <http://gruppocrc.net/documento/3o-rapporto-supplementare-crc/>

Guedes, A., Bott, S., Garcia-Moreno, C. & Colombini, M., (2016), *Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children*, "Global Health Action", 9(1).

Guerzoni, M., (2020), *Intervista a Maria Cecilia Guerra*,

sottosegretaria del ministero dell'Economia, <https://www.corriere.it/speciale/cronache/2020/donne-lavoro-covid-occupazione-femminile/>

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

Hall, J., Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj, I., & Taggart, B., (2009), *The role of pre-school quality in promoting resilience in the cognitive development of young children*, "Oxford Review of Education", 35(3), pp. 331-352.

Hardcastle, K.; Bellis, M.; Hughes, K.; Sethi., D., (2015), *Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say*, World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326346>

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

Holmes, M. R., Yoon, S., Voith, L. A., Kobulsky, J. M., & Steigerwald, S., (2015), *Resilience in physically abused children: protective factors for aggression*, "Behavioral sciences", 5(2), pp. 176-189.

IASC (2007), Inter-Agency Standing Committee, IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

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

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

ISTAT (2021a), *Nota trimestrale sulle tendenze dell'occupazione*, periodo di riferimento: iv trimestre 2020, data di pubblicazione: 22 marzo 2021 <https://www.istat.it/it/archivio/255585>

ISTAT (2021b), *Nel 2020 un milione di persone in più in*

povertà assoluta, https://www.istat.it/it/files//2021/03/STAT_TODAY_stime-preliminari-2020-pov-assoluta_spese.pdf

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A., (2007), *Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model*, "Child abuse & neglect", 31(3), pp. 231-253.

Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Meriläinen, J., Siimes, M.A., (2006), *Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care*, "Child Abuse & Neglect", 30(9), pp.1037-1047. Killgore W.D.S., Taylor E.C., Cloonan S.A., Dailey N.S., (2020), *Psychological resilience during the COVID-19 lockdown*, "Psychiatry Research.", Sep;291:113216.

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

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

Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Fullaondo, A., Gabrielli, S., Zwiefka, A., Hjemdal, O., Gudmundsdottir, D. G., Knoop, H. H., Olafsdottir, A. S., Donisi, V., Carbone, S., Rizzi, S., Mazur, I., Krolicka-Deregowska, A., Morote, R., Anyan, F., Ledertoug, M. M., Tange, N., Kaldalons, I., Jonsdottir, B. J., ... UPRIGHT consortium, (2019), *UPRIGHT, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: study rationale and methodology for a European randomized controlled trial*, "BMC public health", 19(1).

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

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

Lawson, M., Piel, M. H., e Simon, M. (2020), *Child Maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of Parental Job Loss on Psychological and Physical Abuse Towards Children*, "Child abuse & neglect", 110(Pt 2).

- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.L., Dufour, S., Lavergne, C., (2016), *Review of child maltreatment in immigrant and refugee families*, "Canadian Journal of Public Health", 4, 106(7 Suppl 2), OPP.
- Lippman, L., & Schmitz, H., (2013), *What can schools do to build resilience in their students?* <https://www.childtrends.org/what-can-schools-do-to-build-resilience-in-their-students>
- Lowry-Webster, H., Barrett, P., & Dadds, M., (2001), *A Universal Prevention Trial of Anxiety and Depressive Symptomatology in Childhood: Preliminary Data from an Australian Study*, "Behaviour Change", 18, pp. 36–50.
- Lundberg, M., Wuermli, A., eds. (2012), *Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks*, World Bank, Washington (DC), <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9374>
- Massachusetts General Hospital, *Resilience and Prevention Program*, <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/resilience-program>.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H., (2006), *Resilience in development: The importance of early childhood*, Centre of Excellence for Early Childhood Development. Masten A.S., (2001), *Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy*, "Development and Psychopathology", 23, pp. 493–506.
- McGuigan, W.M., & Pratt, C.C., (2001) The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment, "Child Abuse & Neglect", 25(7), pp. 869-83.
- Meredith L., Sherbourne, C., Gailliot, S., Hansell, L., Ritschard, H., Parker, A., & Wrenn, G., (2011), "Literature and Expert Review to Identify Factors That Promote Resilience", in *Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military*, pp. 11-30, RAND Corporation.
- Merrick, M.T., e Guinn, A.S., (2018) *Child Abuse and Neglect: Breaking the Intergenerational Link*, "American Journal of Public Health", 108(9), pp.1117–1118.
- Mikolajczak, M., Gross, J.J., Roskam, I. (2019), *Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter?*, "Clinical Psychological Science", 7(6), pp. 1319-1329.
- Moylan, C.A., Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl, R.C., Russo, M.J., (2010), *The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems*, "Journal of family violence", 25(1), pp. 53-63.
- Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., et al., (2017), *Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family*, "Social Science & Medicine", 184(1), pp/ 40–48.
- NICHD Early Child Care Research Network (1999), *Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months*, "Developmental Psychology", 35(5), pp. 1297-1310.
- Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., (2012). *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis*, "PLOS Medicine", 9(11).
- Orgad, S., & Gill, R., (2019), *Is the idea of the 'resilient woman' problematic for women today?* <https://www.weforum.org/agenda/2019/07/the-limits-of-the-resilient-woman-ideal/>
- Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., (2003), *Functioning of child maltreating families: lack of resources for caring within the family*, "Scandinavian Journal of Caring Sciences", 17(2), pp.139-147.
- Patrick S.W., Henkhaus E.E., Zickafoose J., Lovell K., Halvorson A., Loch S., Letterie M., Davis M., (2020), *Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey*, Pediatrics October 2020, 146 (4) e2020016824; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016824> <https://pediatrics.aappublications.org/content/146/4/e2020016824>
- Pelton, L.H., (2015), *The continuing role of material factors in child maltreatment and placement*, "Child Abuse & Neglect", 41, pp.30-39.
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., van Gelder, N., (2020), *Pandemics and Violence Against Women and Children*, CGD Working Paper 528. Washington, DC: Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>

- Peterson C., Florence C., Kleven J., (2018), *The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015*, "Child Abuse & Neglect", 86, pp. 178-183.
- Pietrzak, R. H., Feder, A., Singh, R., Schechter, C. B., Brom-
et, E. J., Katz, C. L., et al., (2014), *Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: An 8-year prospective cohort study*, "Psychological Medicine", 44, pp. 205-219.
- Rescur – Resilience Curriculum, *About the Project*, <https://www.rescur.eu/about-the-project/>
- Romito, P., (2005), *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, Milano.
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., Di Lorenzo, G., (2020), *COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy*, "Frontiers in psychiatry", 11, p.790.
- Santhanam, L., (2021), *COVID-19 has already cut U.S. life expectancy by a year. For Black Americans, it's worse*, <https://www.pbs.org/newshour/health/covid-19-has-already-cut-u-s-life-expectancy-by-a-year-for-black-americans-its-worse>
- Save the Children, (2012), *The Children's Resilience Programme: Psychosocial Support in and out of schools*, <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools>
- Save the Children, (2020), *Maternità in Italia: sempre più difficile essere mamme in Italia, anche in epoca COVID-19. Il DL Rilancio non dimentichi le mamme e le neomamme*, <https://www.savethechildren.it/press/maternit%C3%A0-italia-sempre-pi%C3%B9-difficile-essere-mamme-italia-anche-epoca-covid-19-il-dl-rilancio>
- Schneider, M., (2017), *Single mothers, the role of fathers, and the risk for child maltreatment*, "Children and Youth Services Review", 81, pp.81-93.
- Secombe, K., (2002), *"Beating the Odds" Versus "Changing the Odds": Poverty, Resilience, and Family Policy*, "Journal of Marriage and Family", 64, pp. 384-394.
- Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., and Li, S., (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Shin, S. H., Chung, Y., Rosenberg, R.D., (2016), *Identifying Sensitive Periods for Alcohol Use: The Roles of Timing and Chronicity of Child Physical Abuse*, "Alcoholism Clinical and Experimental Research", 40(5), pp.1020-1029.
- Singer, J.B., Erbacher, T.A., Rosen, P., (2019), *School-Based Suicide Prevention: A Framework for Evidence-Based Practice*, "School Mental Health", 11, pp. 54-71.
- Slee, P., Murray-Harvey, R., Dix, K., Skrzypiec, G., Askell-Williams, H., Lawson, M., & Krieg, S., (2012), *Kids-Matter Early Childhood Evaluation Report* <https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/26833>
- South J., Stansfield J., Amlôt R., Weston D. (2020) *Sustaining and strengthening community resilience throughout the COVID-19 pandemic and beyond*, in Perspectives in Public Health, Volume: 140 issue: 6, page(s): 305-308 Article first published online: August 21, 2020; Issue published: November 1, 2020 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913920949582>
- Spehr, M. K., Coddington, J., Ahmed, A.H., Jones, E., (2017), *Parental Opioid Abuse: Barriers to Care, Policy, and Implications for Primary Care Pediatric Providers*, "Journal of Pediatric Health Care", 31 (6), pp. 695 – 702.
- Stith, S.M., Liu T., Davies, L.C., Boykin, E. L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., Dees, J., (2009), *Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature*, "Aggression and Violent Behavior", 14(1), pp.13-29.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P., (2017), *Promoting positive youth development through schoolbased social and emotional learning interventions: A metaanalysis of followup effects*, "Child Development", 88(4), pp. 1156-1171.
- Terre des Hommes, Cismai (2013), *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?*, <https://terredeshommes.it/download/dossier-bambini-maltrattati-tdh-cismai.pdf>
- Terre des Hommes, (2017), *La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo*, https://terredeshommes.it/indifesa/InDifesaDossier_2017.pdf

The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, (2019), *Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic*, [https://www.unicef.org/media/65991/file/Technical%20note:%20Protection%20of%20children%20during%20the%20coronavirus%20disease%202019%20\(COVID-19\)%20pandemic.pdf](https://www.unicef.org/media/65991/file/Technical%20note:%20Protection%20of%20children%20during%20the%20coronavirus%20disease%202019%20(COVID-19)%20pandemic.pdf)

The Lancet Infectious Diseases (2020), *The intersection of COVID-19 and mental health*, "Lancet Infectious Diseases", (11), 1217, 10.1016/S1473-3099(20)30797-0. Tucker, M.C., Rodriguez, C.M., (2014), *Family Dysfunction and Social Isolation as Moderators Between Stress and Child Physical Abuse Risk*, "Journal of Family Violence", 29(2), pp. 175-186.

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

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

UNICEF (2017), *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, UNICEF, New York, <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>

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

US Department of Health & Human Services, (2012), *Preventing child maltreatment and promoting wellbeing: a network for action*. Washington, DC, Sciences, <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/2013guide.pdf>

UNICEF (2020), *Special Guidance for Child Protection Case Management Preventing and Responding to COVID19*, <https://www.unicef.org/ghana/media/3021/file/Special%20Guidance%20for%20Child%20Protection%20Case%20Management.pdf>

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

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

Vittori, A., Lerman, J., Cascella, M., Gomez-Morad A.D., Marchetti, G., Marinangeli, F., Picardo, S.G., (2020), *COVID-19 Pandemic Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors: Pain After the Storm?*, "Anesthesia & Analgesia", 131(1), pp. 117-119.

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

Wathen, C. N., & Macmillan, H. L., (2013), *Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions*, "Paediatrics & child health", 18(8), pp. 419-422.

Weare, K., & Nind, M., (2011), *Mental Health Promotion and Problem Prevention in Schools: What Does the Evidence Say?*, "Health Promotion International", 26, pp. i29-i68.

Weir, C., (2017), *Maximizing Children's Resilience*, "Monitor on Psychology", pp. 40-46. <http://www.apamonitor-digital.org/apamonitor/201709/MobilePagedReplica.action?pm=2&folio=42#pg45>

WHO, (2010), *Violence Prevention - The Evidence*, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf

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

WHO, (2013), *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_ita.pdf;jsessionid=0C3AF5E07C4FE55863E1DB220AAD9D3A?sequence=8

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

WHO - Regional Office for Europe (2018), *European Status Report on Preventing Child Maltreatment*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1

WHO, (2019) *School-based violence prevention: a practical handbook*. Geneva, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324930/9789241515542-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wu, Q., & Xu, Y. (2020), *Parenting stress and risk of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A family stress theory-informed perspective*, "Developmental Child Welfare", 2(3), pp. 180–196.

SITOGRAFIA

CDC, *Preventing child abuse & neglect*,

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuse-andneglect/fastfact.html>

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

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

DORS, (2020), *COVID-19: un'iniziativa "resiliente" per medici e infermieri*, <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3397>

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

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

ISPCAN, Child Abuse Screening Tools (ICAST), <https://www.ispcan.org/learn/icast-abuse-screening-tools/>
ISPCAN, Report sul Positive Parenting https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2017/03/Positive_Parenting_Report_Fi.pdf

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

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

ISTAT, Centri antiviolenza e case rifugio, <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/la-fuoriuscita/cen-tri-antiviolenza>

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

ISTAT, (2018), *La salute mentale nelle varie fasi della vita*, <https://www.istat.it/it/archivio/219807>

Istituto Superiore di Sanità, *Sistema di Sorveglianza PAS-SI. Depressione - Periodo 2015-2018*, <https://www.epi-centro.iss.it/passi/dati/depressione>

Marshall Plan for Moms, <https://www.marshallplanformoms.com/>

Massachusetts General Hospital, *Resilience and Prevention Program*, <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/resilience-program>

Men Engage Alliance, *Digital activism for equitable, compassionate, and non-violent ways of being men during COVID-19*, <http://menengage.org/digital-activism-for-equitable-compassionate-and-non-violent-ways-of-being-men-during-covid-19/>

Ministero della Salute, Salute mentale, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=salute%20mentale

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

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

Place2Be, *Our Approach*, <https://www.place2be.org.uk/about-us/our-work/our-approach/>

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

Specchio magico, www.specchiomagico.org

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

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

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

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

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

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

APPENDICI

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

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

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

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

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

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

fornendo quindi un maggiore livello di dettaglio sulla composizione e la connotazione del benessere di un territorio.

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

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

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

σ_{xj}

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

Successivamente si procede alla media tra valori confrontabili. La media semplice viene calcolata prima tra le variabili che compongono ciascun macro-indicatore, e poi, per arrivare al valore di sintesi finale, tra i macro-indicatori.

Si è deciso di utilizzare una media semplice tra gli indicatori piuttosto che quella ponderata, per non dover attribuire dei pesi che sono generalmente molto arbitrari. Tutti i sette aspetti, quindi, rappresentati dai sette macro-indicatori, hanno la stessa importanza.

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

Fonte:

RAPPORTO QUARS 2010

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

Multidimensionalità nelle analisi di benessere e problemi di comparazione

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

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

II. TABELLE

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

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


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

N°	Classe	Fattore di rischio/ protettivo (r/p)	Indicatore di contesto	Anno	Fonte
1	Individuale/ maltrattante	R Giovane età dei genitori	Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni	2017-2018	ISTAT
2		R Giovane età dei genitori	Indice regionale di fecondità per età media del padre	t-2019	ISTAT
3		R Famiglie monoparentali	Indice regionale famiglie monogenitoriali/totale famiglie	2018-2019	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	2018-2019	ISTAT
5	Relazionali	P Gravidanze indesiderate	Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni	2013	ISTAT
6	Relazionali	R/P Scarsa coesione familiare e famiglie disfunzionali	Separazioni per 10.000 abitanti	2017-2018	ISTAT - Noi Italia
7	Relazionali		Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione per le relazioni familiari	2018-2019	ISTAT
8	Relazionali	R Numero componenti della famiglia	Famiglie con più di cinque componenti	2018-2019	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 monogenitoriali /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	10	16	3	1	2	1	1	19	0,971	1
Lombardia	6	9	5	4	3	8	5	9	0,533	2
Veneto	1	10	7	10	4	4	8	14	0,445	3
Emilia-Romagna	9	14	4	9	10	6	6	6	0,408	4
Valle d'Aosta	3	17	2	2	12	13	10	3	0,402	5
Friuli-Venezia Giulia	11	11	6	7	6	10	9	7	0,365	6
Liguria	14	8	12	13	1	20	2	1	0,354	7
Umbria	5	12	1	5	11	16	3	13	0,340	8
Molise	4	3	10	12	17	3	16	8	0,278	9
Basilicata	16	2	8	18	19	2	14	10	0,191	10
Piemonte	13	15	11	3	5	19	4	5	0,191	11
Toscana	12	7	13	14	9	9	7	11	0,171	12
Sardegna	15	1	18	8	7	11	17	2	0,143	13
Marche	2	4	17	11	15	7	11	17	-0,138	14
Lazio	8	6	20	17	8	17	12	4	-0,223	15
Abruzzo	7	5	15	6	18	12	15	12	-0,226	16
Calabria	17	13	16	19	14	5	18	18	-0,554	17
Puglia	18	18	9	16	20	18	20	15	-0,915	18
Sicilia	20	20	14	15	13	15	13	16	-1,068	19
Campania	19	19	19	20	16	14	19	20	-1,669	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	2016-2017	ISTAT
2		N° consultori materno-infantili/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2013-2018	ISTAT + Min Salute
3	Sostegno alla genitorialità	Sostegno alla genitorialità famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT
4	Servizio Sociale Professionale	Servizio Sociale Professionale famiglia e minori N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT
5	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare socio-assistenziale famiglia e minori - N° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT
6	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale utenti famiglia e minori n° utenti/100.000 minori e adulti 18-64 anni non celibi/nubili abitanti per regione	2016-2018	ISTAT


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

Regioni	<u>Sostegno alla maternità</u>		Sostegno alla genitorialità	Servizio sociale professionale	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza residenziale e semiresidenziale	Totale	Posizione Tot.
	Gestanti o madri maggiorenni con figli	Numero consultori						
Emilia-Romagna	2	2	1	2	2	17	1	19
Valle d'Aosta	9	1	4	9	3	9	5	9
Veneto	1	9	2	1	4	13	8	14
Sardegna	3	6	7	3	10	6	6	6
Liguria	5	11	12	5	12	15	10	3
Umbria	12	3	16	12	6	2	9	7
Piemonte	4	12	3	4	1	12	2	1
Lombardia	13	18	14	13	11	3	3	13
Basilicata	11	5	10	11	17	1	16	8
Toscana	8	4	18	8	19	10	14	10
Puglia	7	14	8	7	5	5	4	5
Trentino-Alto Adige	17	8	11	17	9	20	7	11
Lazio	10	17	6	10	7	7	17	2
Abruzzo	14	10	9	14	15	8	11	17
Sicilia	18	13	17	18	8	18	12	4
Friuli-Venezia Giulia	16	16	19	16	18	19	15	12
Molise	6	20	13	6	14	14	18	18
Marche	15	7	5	15	20	16	20	15
Campania	19	19	15	19	13	4	13	16
Calabria	20	15	20	20	16	11	19	20

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

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

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

Regioni	Servizi prima infanzia posti autorizzati per 100 bambini di 0-2 anni	Bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia	Servizi per l'infanzia per affidi e adozione	Minori ospiti presidi	Servizi sostegno socio- educativo	Totale	Posizione Tot.
Emilia-Romagna	2	2	1	2	2	1	19
Valle d'Aosta	9	1	4	9	3	5	9
Veneto	1	9	2	1	4	8	14
Sardegna	3	6	7	3	10	6	6
Liguria	5	11	12	5	12	10	3
Umbria	12	3	16	12	6	9	7
Piemonte	4	12	3	4	1	2	1
Lombardia	13	18	14	13	11	3	13
Basilicata	11	5	10	11	17	16	8
Toscana	8	4	18	8	19	14	10
Puglia	7	14	8	7	5	4	5
Trentino-Alto Adige	17	8	11	17	9	7	11
Lazio	10	17	6	10	7	17	2
Abruzzo	14	10	9	14	15	11	17
Sicilia	18	13	17	18	8	12	4
Friuli-Venezia Giulia	16	16	19	16	18	15	12
Molise	6	20	13	6	14	18	18
Marche	15	7	5	15	20	20	15
Campania	19	19	15	19	13	13	16
Calabria	20	15	20	20	16	19	20



Tabella 4. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: capacità di cura di sé e degli altri

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

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

Regioni	Comportamento a rischio alcol	Tasso mortalità dipendenza da droghe M+F	Indici di stato psicologico	Indici di salute mentale	Depressione diagnosticata	Totale	Posizione Tot.
Emilia-Romagna	2	2	1	2	2	1	19
Valle d'Aosta	9	1	4	9	3	5	9
Veneto	1	9	2	1	4	8	14
Sardegna	3	6	7	3	10	6	6
Liguria	5	11	12	5	12	10	3
Umbria	12	3	16	12	6	9	7
Piemonte	4	12	3	4	1	2	1
Lombardia	13	18	14	13	11	3	13
Basilicata	11	5	10	11	17	16	8
Toscana	8	4	18	8	19	14	10
Puglia	7	14	8	7	5	4	5
Trentino-Alto Adige	17	8	11	17	9	7	11
Lazio	10	17	6	10	7	17	2
Abruzzo	14	10	9	14	15	11	17
Sicilia	18	13	17	18	8	12	4
Friuli-Venezia Giulia	16	16	19	16	18	15	12
Molise	6	20	13	6	14	18	18
Marche	15	7	5	15	20	20	15
Campania	19	19	15	19	13	13	16
Calabria	20	15	20	20	16	19	20


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

N°	Categoria di sintomo	Indicatore	Anno	Fonte
1	Gravidanze precoci	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni	2017-2018	ISTAT
2	Obesità infantile	Persone di 6-17 anni per eccesso di peso (per 100 persone di 6-17 anni della stessa zona)	2018-2019	ISTAT
3	Fumo in età giovanile	Ragazzi 11-15 anni che fumano almeno 1 volta alla settimana (per 100 ragazzi 11-15 anni residenti nella zona)	2014	HBSC /WHO
4	Consumo di alcol in età giovanile	Ragazzi 11-15 anni che hanno consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (fenomeno del binge drinking) (per 100 ragazzi 11-15 anni residenti nella zona)	2014	
5	Consumo di droghe in età giovanile	Ragazzi di 15 anni che hanno fatto uso di cannabis almeno 1 volta nella vita (per 100 ragazzi 15 anni residenti nella zona)	2014	


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

Regioni	Gravidanze precoci	Obesità infantile	Fumo in età giovanile	Consumo di alcol	Consumo di droghe	Totale	Posizione Tot.
Trentino-Alto Adige	10	1	3	8	5	0,887	1
Marche	2	12	6	5	11	0,628	2
Lazio	8	3	8	1	12	0,624	3
Toscana	12	9	5	4	9	0,608	4
Friuli-Venezia Giulia	11	10	4	3	7	0,593	5
Emilia-Romagna	9	8	2	2	8	0,527	6
Valle d'Aosta	3	7	1	13	2	0,512	7
Piemonte	13	6	7	7	1	0,295	8
Veneto	1	13	9	11	6	0,254	9
Calabria	17	11	12	17	18	0,191	10
Lombardia	6	4	10	9	4	0,179	11
Liguria	14	2	14	6	3	0,138	12
Umbria	5	14	11	10	10	0,132	13
Campania	19	19	15	12	15	-0,569	14
Abruzzo	7	16	17	16	13	-0,645	15
Molise	4	18	16	20	14	-0,700	16
Sardegna	15	5	19	15	20	-0,733	17
Sicilia	20	15	13	14	19	-0,854	18
Basilicata	16	20	20	19	17	-1,013	19
Puglia	18	17	18	18	16	-1,055	20


Tabella 6. Indicatori servizi per potenziali maltrattanti: capacità di cura di sé e degli altri

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


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

Regioni	Uso di Alcol	Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Malattia mentale	Uso di alcol Uso di droghe	Totale	Posizione Tot.
	Tasso dimissioni di- sturbi psichici abuso di alcol 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici abuso di droghe 25-44 M+F	Tasso dimissioni disturbi psichici affettivi M+F	Utenti SERD/ 100.000 abitanti per regione	Strutture assistenza psichiatrica e centri salu- te menta- le/100.000 abitanti	Dipendenza utenti servizio sociale professionale /100.000 ab		
Liguria	3	1	1	7	8	6	1,110	1
Valle d'Aosta	1	3	2	20	3	7	0,831	2
Marche	2	2	17	1	13	8	0,753	3
Toscana	11	9	4	2	7	5	0,591	4
Umbria	5	10	18	3	1	12	0,564	5
Veneto	7	11	9	13	9	1	0,494	6
Piemonte	10	5	3	5	6	20	0,389	7
Molise	15	12	15	6	5	3	0,117	8
Trentino-Alto Adige	4	8	5	14	17	13	0,007	9
Emilia-Romagna	8	7	14	11	4	14	-0,004	10
Abruzzo	9	6	11	4	18	16	-0,029	11
Lombardia	6	4	10	12	11	15	-0,065	12
Friuli-Venezia Giulia	13	15	19	18	2	4	-0,263	13
Puglia	17	14	16	8	12	10	-0,386	14
Basilicata	20	20	13	10	10	2	-0,398	15
Sardegna	12	13	8	17	16	9	-0,405	16
Lazio	14	16	12	9	15	11	-0,499	17
Sicilia	19	19	6	19	14	18	-0,740	18
Calabria	16	18	7	16	19	19	-0,877	19
Campania	18	17	20	15	20	17	-1,190	20



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

N°	Categoria di servizio	Indicatore	Anno	Fonte
1	Malattia mentale	Tasso dimissioni disturbi psichici M+F 0-17 anni	2018-2019	ISTAT
2	Assistenza medica territoriale	Medici pediatri (rispetto ai bambini/e di età <15 anni) - valori per 10.000	2017-2018	ISTAT
3	Sostegno alla maternità	Numero consultori materno-infantili/100.000 minori e abitanti 18-64 anni non celibi/nubili per regione	2013-2018	ISTAT e Min. Salute



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

Regioni	Tasso dimissioni disturbi psichici età pre-adulta 0-17 M+F	Pediatri ogni 10.000 under 15	Consultori ogni 100.000 minori e 18-64 anni non celibi/nubili	Totale	Posizione Tot.
Trentino-Alto Adige	10	1	3	0,887	1
Marche	2	12	6	0,628	2
Lazio	8	3	8	0,624	3
Toscana	12	9	5	0,608	4
Friuli-Venezia Giulia	11	10	4	0,593	5
Emilia-Romagna	9	8	2	0,527	6
Valle d'Aosta	3	7	1	0,512	7
Piemonte	13	6	7	0,295	8
Veneto	1	13	9	0,254	9
Calabria	17	11	12	0,191	10
Lombardia	6	4	10	0,179	11
Liguria	14	2	14	0,138	12
Umbria	5	14	11	0,132	13
Campania	19	19	15	-0,569	14
Abruzzo	7	16	17	-0,645	15
Molise	4	18	16	-0,700	16
Sardegna	15	5	19	-0,733	17
Sicilia	20	15	13	-0,854	18
Basilicata	16	20	20	-1,013	19
Puglia	18	17	18	-1,055	20


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

N°	Classe fattore di rischio/protettivo	Definizione fattori di rischio e protettivi (r/p)	Indicatore di contesto	Anno	Fonte
1	Individuale/t	R/P Isolamento sociale	Persone di 14 anni e più che si dichiarano molto soddisfatte delle relazioni amicali	2018-2019	ISTAT
2			Indice regionale fiducia interpersonale in merito alla risposta: bisogna stare molto attenti	2018-2019	ISTAT
3	Relazionali	R Violenza del partner	Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza dal partner o da ex partner negli ultimi cinque anni (per 100 donne con le stesse caratteristiche)	2014	ISTAT
4	Comunitari	R/P Insicurezza e scarso controllo sociale	Tasso di omicidi per regione/100.000 abitanti	2017-2018	ISTAT
5			Percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono (ogni 100 famiglie)	2019	ISTAT
6			Persone di 14 anni e più che esprimono fiducia nelle forze dell'ordine, nei vigili del fuoco (fiducia media)	2019	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	12	2	4	5	1,166	1
Friuli-Venezia Giulia	9	7	2	11	5	5	10	0,608	2
Liguria	2	3	18	9	8	3	2	0,544	3
Piemonte	5	5	12	4	11	2	4	0,494	4
Sardegna	14	15	7	17	3	16	1	0,291	5
Emilia-Romagna	6	10	17	5	17	6	3	0,283	6
Umbria	3	14	14	3	18	1	8	0,254	7
Lombardia	8	4	9	10	15	14	6	0,161	8
Veneto	12	6	4	2	10	9	14	0,136	9
Toscana	7	8	13	6	14	10	13	0,113	10
Valle d'Aosta	4	2	3	19	1	17	16	0,080	11
Marche	11	12	5	13	16	7	9	0,039	12
Abruzzo	13	11	20	8	9	12	7	-0,223	13
Sicilia	15	20	11	14	13	8	11	-0,232	14
Lazio	10	9	15	7	19	11	18	-0,431	15
Basilicata	16	17	6	18	4	19	19	-0,447	16
Calabria	18	18	1	20	7	15	12	-0,459	17
Molise	17	19	19	1	6	18	17	-0,556	18
Puglia	20	16	10	16	12	13	20	-0,603	19
Campania	19	13	16	15	20	20	15	-1,220	20


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

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


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

<i>Regioni</i>	<i>Coinvolti in procedure penali - Ospiti dei presidi</i>	<i>Numero centri antiviolenza e case rifugio</i>	<i>Servizi sociali per l'integrazione sociale</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Umbria	1	14	3	0,887	1
Emilia-Romagna	19	3	6	0,628	2
Friuli-Venezia Giulia	15	2	8	0,624	3
Valle d'Aosta	5	1	5	0,608	4
Marche	3	11	4	0,593	5
Sardegna	4	13	2	0,527	6
Liguria	2	9	1	0,512	7
Veneto	17	10	7	0,295	8
Molise	14	4	9	0,254	9
Toscana	13	5	12	0,191	10
Lombardia	10	7	10	0,179	11
Abruzzo	11	8	14	0,138	12
Puglia	12	12	11	0,132	13
Trentino-Alto Adige	9	6	15	-0,569	14
Calabria	7	15	17	-0,645	15
Piemonte	16	16	16	-0,700	16
Campania	8	18	19	-0,733	17
Sicilia	6	20	13	-0,854	18
Basilicata	16	20	20	-1,013	19
Lazio	18	17	18	-1,055	20


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

<i>N°</i>	<i>Classe fattore di rischio</i>	<i>Definizione fattori di rischio e protettivi (r/p)</i>	<i>Indicatore di contesto</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	Individuale/maltrattante e comunitari	R Basso livello di istruzione e svantaggio socio-economico	Indice regionale % popolazione 25-64 anni con nessun titolo di studio/licenza elementare	2018-2019	ISTAT
2	Individuale/maltrattante	P Elevato livello di istruzione delle donne	Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (femmine)	2018-2019	ISTAT


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

<i>Regioni</i>	<i>% Popolazione 25-64 anni nessun titolo di studio/ licenza elementare</i>	<i>Tasso di istruzione terziaria femminile 30-34 anni</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Trentino-Alto Adige	1	1	1,166	1
Friuli-Venezia Giulia	9	7	0,608	2
Liguria	2	3	0,544	3
Piemonte	5	5	0,494	4
Sardegna	14	15	0,291	5
Emilia-Romagna	6	10	0,283	6
Umbria	3	14	0,254	7
Lombardia	8	4	0,161	8
Veneto	12	6	0,136	9
Toscana	7	8	0,113	10
Valle d'Aosta	4	2	0,080	11
Marche	11	12	0,039	12
Abruzzo	13	11	-0,223	13
Sicilia	15	20	-0,232	14
Lazio	10	9	-0,431	15
Basilicata	16	17	-0,447	16
Calabria	18	18	-0,459	17
Molise	17	19	-0,556	18
Puglia	20	16	-0,603	19
Campania	19	13	-1,220	20


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

<i>N°</i>	<i>Categoria di servizio</i>	<i>Indicatore di impatto del servizio</i>	<i>Anno</i>	<i>Fonte</i>
1	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	2016-2017	ISTAT
2	Violenza del partner	N° centri anti violenza e case rifugio/100.000 donne abitanti tra 18-70 anni e minori 0-17 anni	2017-2018	ISTAT/DPO
3	Integrazione sociale	N° utenti servizi dei Comuni per l'integrazione sociale/100.000 abitanti	2016-2018	ISTAT


Indice regionale servizi per bambini/e: capacità di acquisire conoscenza e sapere

<i>Regioni</i>	<i>Adulti inoccupati che partecipano ad attività formative e di istruzione</i>	<i>Totale</i>	<i>Posizione Tot.</i>
Friuli-Venezia Giulia	2,302	2,302	1
Trentino-Alto Adige	1,443	1,443	2
Umbria	1,249	1,249	3
Marche	0,679	0,679	4
Veneto	0,618	0,618	5
Toscana	0,568	0,568	6
Piemonte	0,504	0,504	7
Lazio	0,424	0,424	8
Emilia-Romagna	0,244	0,244	9
Molise	0,010	0,010	10
Abruzzo	-0,047	-0,047	11
Liguria	-0,183	-0,183	12
Basilicata	-0,358	-0,358	13
Lombardia	-0,495	-0,495	14
Sardegna	-0,502	-0,502	15
Puglia	-1,006	-1,006	16
Calabria	-1,042	-1,042	17
Campania	-1,299	-1,299	18
Valle d'Aosta	-1,312	-1,312	19
Sicilia	-1,797	-1,797	20



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

N°	Classe fattore di rischio	Definizione fattore di rischio	Indicatore di contesto	Anno	Fonte
1	Individuale /maltrattante e comunitari	Condizione occupazionale	Tasso di disoccupazione età 35-44 (tot)	2018-2019	ISTAT
2			Incidenza della disoccupazione di lunga durata (tot)	2018-2019	ISTAT
3			Incidenza di occupati non regolari (valori %)	2016-2018	ISTAT
4			Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	2017-2019	Istat



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

Regioni	Tasso di disoccupazione Tot. età 35-44	Incidenza della disoccupazione di lunga durata	% Incidenza di occupati non regolari	Individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	Totale	Posizione Tot.
Trentino-Alto Adige	1	1	2	4	1,359	1
Valle d'Aosta	6	2	3	1	1,097	2
Emilia-Romagna	2	3	4	5	1,012	3
Veneto	5	4	1	2	1,006	4
Friuli-Venezia Giulia	4	5	5	7	0,791	5
Lombardia	3	8	7	6	0,713	6
Toscana	8	6	9	9	0,580	7
Marche	9	7	8	8	0,527	8
Piemonte	7	13	6	11	0,416	9
Umbria	10	9	11	3	0,378	10
Liguria	13	11	10	12	0,136	11
Abruzzo	14	10	13	10	-0,063	12
Lazio	11	14	15	13	-0,203	13
Basilicata	12	15	12	14	-0,306	14
Puglia	16	16	17	17	-0,744	15
Sardegna	17	12	16	18	-0,744	16
Molise	15	18	14	16	-0,826	17
Calabria	19	17	20	15	-1,464	18
Campania	20	20	19	19	-1,726	19
Sicilia	18	19	18	20	-1,938	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	2016-2018	ISTAT



Indice regionale servizi per bambini/e: capacità di lavorare

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


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

N°	Classe fattore	Definizione fattore di rischio	Indicatore di contesto	Anno	Fonte
1			Indice di grave deprivazione materiale	2017-2019	ISTAT
2	Individuale /maltrattante e comunitari	Povertà/ Svantaggio socio-economico	Indice regionale % persone che vivono in situazioni di sovraffollamento abitativo, in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali	2017-2019	ISTAT
3			Indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica	2017-2019	ISTAT
4	Relazionali		Incidenza di povertà relativa familiare (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)	2018-2019	ISTAT
5	Sociali	Disuguaglianza	Indice di disuguaglianza del reddito disponibile	2016-2018	ISTAT
6	Sociali	Fattori economici (recessione)	Tasso di crescita annuo del PIL reale per abitante	2017-2019	ISTAT


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

Regioni	Indice di grave deprivazione materiale	% Persone in situazioni di sovraffollamento abitativo	Valutazione soggettiva difficoltà economica	Indice povertà relativa familiare	Indice di disuguaglianza del reddito (Gini)	Tasso crescita PIL procapite	Totale	Posizione Tot.
Friuli-Venezia Giulia	10	1	3	4	4	14	0,728	1
Veneto	1	2	1	12	2	13	0,631	2
Trentino-Alto Adige	4	8	5	3	7	12	0,542	3
Toscana	7	7	9	5	10	7	0,533	4
Umbria	2	17	2	9	3	6	0,507	5
Emilia-Romagna	8	10	6	2	8	10	0,485	6
Valle d'Aosta	6	4	11	1	1	18	0,479	7
Piemonte	5	5	8	7	12	16	0,326	8
Liguria	3	9	7	10	11	11	0,305	9
Lombardia	11	11	10	6	13	15	0,228	10
Basilicata	16	12	14	16	6	2	0,195	11
Marche	9	15	4	11	5	19	0,163	12
Sardegna	14	3	16	13	18	1	0,156	13
Lazio	13	14	12	8	16	8	-0,044	14
Calabria	15	6	13	19	15	4	-0,090	15
Puglia	17	16	15	18	17	3	-0,483	16
Molise	18	19	19	15	14	5	-0,601	17
Abruzzo	12	20	18	14	9	20	-0,929	18
Sicilia	20	13	17	20	20	9	-1,316	19
Campania	19	18	20	17	19	17	-1,813	20


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

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


Indice regionale servizi per bambini/e: capacità di accedere alle risorse e ai servizi

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

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



Per informazioni:

Fondazione Cesvi

Via Broseta 68/A

24128 - Bergamo

Tel. **035 2058058**

Email: **cesvi@cesvi.org**

www.cesvi.org



cesvi

