GRUPPO CRC

25°

Gruppo di lavoro
per la Convenzione
sui diritti dell'Infanzia
e dell'Adolescenza

I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA

14° RAPPORTO DI AGGIORNAMENTO
SUL MONITORAGGIO DELLA CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA



LE ASSOCIAZIONI DEL GRUPPO CRC:

A Roma Insieme Leda Colombini
A.GE.D.O. Nazionale OdV - Associazione di genitori, parenti, amiche e amici di persone LGBT+
ABA Onlus - Fondazione Fabiola De Clercq Onlus
ACP - Associazione Culturale Pediatri
ActionAid International Italia ETS
Centro comunitario Agape
AGBE - Associazione Genitori Bambini Emopatici
AGESCI - Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani
Agevolando
Ai.Bi. Amici dei Bambini Fondazione ETS
AIAF - Associazione Italiana degli Avvocati per la Famiglia e i Minori
AISMI - Associazione Italiana per la Salute Mentale Infantile
ALAMA - APS Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare
ALI per Giocare - Associazione Italiana dei Ludobus e delle Ludoteche
ALPIM - Associazione Ligure per i Minori
Amici del Villaggio APS
Amnesty International Italia
ANFAA - Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie ODV
ANFFAS Nazionale ETS - APS - Rete associativa - Associazione Nazionale di Famiglie e Persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo
ANPE - Associazione Nazionale dei Pedagogisti Italiani
ANPEF - Associazione Nazionale dei Pedagogisti Familiari
Antigone - Associazione per i diritti e le garanzie nel sistema penale
Anziani e non solo Società Cooperativa Sociale
APMARR - Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare - APS
Archivio Disarmo - Istituto di Ricerche Internazionali
Arciragazzi
A.R.K.A. Eventi Culturali
ASGI - Associazione per gli Studi Giuridici Sull'Immigrazione
Associazione 21 Luglio
Associazione Cometa ODV
Associazione di Promozione Sociale Beatrice e Marco Volontè ETS
Associazione La Rosa Roja International - ETS - ODV
Associazione Figli Sottratti
Associazione Inclusione Sociale Associazione Pollicino e Centro Crisi Genitori
Associazione Valeria APS
Bambinisenzasbarre Associazione ETS
CAM - Centro Ausiliario Minorile
CAMMINO - Camera Nazionale Avvocati per le persone, per i minorenni e per le famiglie
Caritas Italiana
CBM Italia ETS
CSB ETS - Centro per la Salute delle Bambine e dei Bambini
Centro Studi e Ricerche IDOS
Centro Studi per la cultura giovanile
CESVI - Fondazione ETS
CGD APS - Coordinamento Genitori Democratici
CIAI - Centro Italiano Aiuti all'Infanzia
CISMAI - Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia ETS - società scientifica
Cittadinanzattiva APS
CNCA - Coordinamento Nazionale Comunità Accoglienti
Co.N.O.S.C.I. - Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane
Comitato Giù le Mani dai Bambini - Onlus
Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione ETS
Cooperativa Cecilia Onlus
Coordinamento CARE - Coordinamento delle Associazioni familiari adottive e affidatarie in Rete
CR.E.A. - Crescere Educare Agire - Società Sportiva Dilettantistica
CSI - Centro Sportivo Italiano APS
CTM - Cooperazione nei Territori del Mondo – ETS
Dedalus - Cooperativa Sociale
ECPAT Italia - End Child Prostitution, Pornography and Trafficking
EDI Onlus - Educazione ai Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Fondazione ABIO Italia ETS
Fondazione ACRA ETS
Fondazione Arché ETS
Fondazione Carolina Onlus
Fondazione Emanuela Zancan Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale
Fondazione Laureus Sport for Good Italia ETS
FederASMA e ALLERGIE - Federazione Italiana Pazienti ODV
Fondazione Giuseppe Di Vittorio
Fondazione L'Albero della Vita ETS
Fondazione Paideia Ente Filantropico
Fondazione Roberto Franceschi ETS
Fondazione Terre des Hommes Italia ETS
Fondazione Volontariato Internazionale per lo Sviluppo ETS
G.R.D. Bologna - Associazione Genitori Ragazzi Down APS ETS
Gruppo Abele
Gruppo Nazionale Nidi e Infanzia
IBFAN Italia
Il Carro - Impresa Sociale
Il Melograno - CBM Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare
IPDM - Istituto per la Prevenzione del Disagio Minorile
IRC Italia - Fondazione International Rescue Committee Italia ETS
ISDE - Medici per l'ambiente
IRFMN - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS
Kiwanis Distretto Italia San Marino ETS
L'abilità - Associazione Onlus
L'Accoglienza Onlus
L'Africa chiama ODV ETS
L'altro diritto ODV
Laetitia società cooperativa sociale (CAM MINORI SUD)
La Gabbianella Coordinamento per il sostegno a distanza ETS
La Leche League Italia ODV
Legambiente Nazionale APS
Libera - Associazioni, nomi e numeri CONTRO LE MAFIE
LIC Lavori in Corso APS
Ligustrum Leuc
M.A.I.S. - Movimento per l'Autosviluppo l'Interscambio e la Solidarietà
MAMI - Movimento Allattamento Materno Italiano ODV
Mission Bambini ETS
On the Road - Società Cooperativa Sociale
OPES APS - Risorse che Generano Valore
OVCI la Nostra Famiglia ETS
Pepita Società Cooperativa Sociale
Progetto Famiglia Onlus
ReDiPsi - Reti di psicologi per i diritti umani
Salesiani per il sociale
Save the Children Italia ETS
SIMM - Società Italiana Medicina delle Migrazioni
SIMRI - Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili
SINPIA - Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
SIP - Società Italiana di Pediatria
SOS Villaggi dei Bambini ETS
UISP - Unione Italiana Sport Per tutti
UNCM - Unione Nazionale Camere Minorili
WeWorld
WWF Italia

Con la collaborazione di **UNHCR** - Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati

Il 14° Rapporto CRC è stato realizzato con il coordinamento di Arianna Saulini (Save the Children Italia) ed il supporto di Maria Trabattoni (Save the Children Italia)

I testi sono stati elaborati da: Italia Agresta (APMARR, APS, ETS), Nuria Almagro Carrobles (CIAI), Caterina Amariti (ANPE), Giuseppe Amitrano (Inclusione Sociale), Guido Antonelli Costaggini (EDI - Educazione ai Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza), Stefano Ardagna (UNCM), Giulia Arosio (ActionAid), Amato Mariarosa (Save the Children Italia), Marina Attanasi (SIMRI), Laura Baldassarre (Comitato Italiano per l'UNICEF), Viviana Bartolucci (Arciragazzi), Chiara Bergamini (CISMAI, Amnesty International Italia), Erica Bertero (CESVI), Luciano Bertozzi (Archivio Disarmo), Enrico Bet (ALPIM), Giulia Bianchi (IPDM), Tiziana Bianchini (CNCA), Adriana Bizzarri (Cittadinanzattiva), Veronica Boggini (Save the Children Italia), Antonio Bonamin (Amici del Villaggio APS), Andrea Bonifacio (AISMI), Alessandro Boschini (Mission Bambini ETS), Arianna Braga (Comitato Italiano per l'UNICEF), Margherita Brasca (SOS Villaggi dei bambini ETS), Monica Brogi (CAMMINO), Antonella Brunelli (ACP), Rita Campi (IRFMN), Lorenzo Campioni (GNNI), Teresa Capasso (CAMMINO), Francesca Carrera (Fondazione Di Vittorio), Monica Castagnetti (CSB), Michele Cavicchioli (EDI - Educazione ai Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza), Loredana Cena (AISMI), Chiara Centenari (SIP), Grazia Cesaro (UNCM), Elise Chapin (Comitato Italiano per l'UNICEF), Maria Ciaglia (Fondazione ABIO Italia ETS), Antonio Clavenna (IRFMN), Emma Colombatti (VIS), Elisa Colombi (SINPIA), Cinzia Colombo (IRFMN), Sergio Conti Nibali (ACP), Antonella Costantino (SINPIA), Francesca Crea (SIP), Angela Creta (Il Melograno CBM Cooperativa sociale), Daria Crimella (L'albero della vita), Mauro Cristoforetti (EDI - Educazione ai Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza), Paola Cristoferi (CIAI), Renato Cursi (Salesiani per il sociale), Giusy D'Alconzo (Save the Children Italia), Rosalia Maria Da Riol (SIMM), Enrica Dato (Ai.Bi. ETS), Carmen Dello Iacono (CAMMINO), Flaminia Delle Cese (IRC), Daunia De Luca (Comitato Italiano per l'UNICEF), Maria Ilenia De Meis (ANFAA), Francesca De Rosi (ANPE), Ginevra Demaio (Centro Studi e Ricerche IDOS), Nora di Capua (ANPE), Michele Di Gioia (UISP), Aurea Dissegna (Amici del Villaggio Aps), Laura Dutto (UNCM), Valeria Emmi (CESVI), Francesca Ena (SIMM), Valentina Fainardi (SIMRI), Luca Fanelli (ActionAid), Monya Ferritti (Coord. CARE), Giuliano Ferrucci (Fondazione Di Vittorio), Marta Fiasco (Comitato Italiano per l'UNICEF), Sandra Frateiacci (ALAMA-APS; Federasma e Allergie Odv - Federazione Italiana Pazienti ; OPES APS), Sofia Gallarati (Ass. Pollicino), Silvano Gallus (IRCCS), Manuel Garattini (CSI), Fabio Gambetti (ANPE), Monica Garaffa (MAMI), Alessia Maria Gatto (ANFFAS), Giuseppe Genduso (Fondazione ABIO Italia ETS), Concetta Gentili (AIAF), Federica Giannotta (Terre des Hommes), Fiorenzo Gimelli (Agedo), Marianna Giordano (CISMAI), Silvia Gison (Save the Children Italia), Giuseppina Grasso (CAMMINO), Francesco Maria Graziano (UNCM), Brunella Greco (Save the Children Italia), Federica Guaitoli (Save the Children Italia), Anna Guerrieri (Coord. CARE), Enrico Guida (UNHCR), Maria Rita Ielasi (CAMMINO), Francesca Imbimbo (CISMAI), Michele Imperiali (ANFFAS), Fulvia Innocenti (ANPE), Antonia Labonia (GNNI), Giuseppe Lococo (UNHCR), Lorenzo Lodi (SIP), Michela Lonardi (Save the Children Italia), Stefania Losi (SIP), Paola Lovati (UNCM), Marta Lucev (UNCM), Patrizia Luongo (Save the Children Italia), Anna Lucchelli (UNCM - AGESCI), Paola Maffeis (SINPIA), Daniela Maffuccini (Comitato Italiano per l'UNICEF), Margherita Mantovani (IPDM), Liviana Marelli (CNCA), Susanna Marietti (Antigone), Alessia Maso (EDI - Educazione ai Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza), Cettina Marcellino (CAMMINO), Martina Mattalia (ANFAA), C. Alessandro Mauceri (Kiwanis), Diletta Mauri (Agevolando), Andrea Medicina (UNCM) Lisa Melandri (ACP), Virginia Meo (Comitato Italiano per l'UNICEF), Donata Nova Micucci (ANFAA), Luca Milani (ReDiPsi), Alessandra Minutolo (SINPIA), Pietro Monaci (SIP), Luisa Mondo (IBFAN Italia), Vitalia Murgia (ISDE Italia – Associazione medici per l'ambiente), Tullia Musatti (GNNI), Laura Nanni (SIP), Walter Nanni (Caritas Italia), Sonia Napolitano (CAMMINO), Angela Nava (Coord. Genitori democratici), Roberta Olivero (Ali per giocare), Isabella Orfano (ActionAid), Anna Maria Pacciarini (AIAF), Mirco Pagani (Fond. L'Albero della Vita), Alessandra Panzera (Comitato Italiano per l'UNICEF), Alessandra Pavani (Fond. L'Albero della Vita), Juri Pertichini (Arciragazzi), Monica Pergoloni (Legambiente), Mariacristina Picchio (GNNI), Maria Sole Piccioli (ActionAid), Alessandra Pietrini (CSI), Roberto Polleri (ANPE), Paolo Pozza (Ass. Figli Sottratti), Susanna Pozzi (ReDiPsi), Monica Puggioni (ANPE), Marina Raymondi (CIAI), Lucia Re (L'altro diritto), Luca Rebuscini (Ai.Bi. ETS), Silvia Ricci (SIP), Andrea Ricciotti (Comitato Italiano per l'UNICEF), Maria Francesca Romana (Save the Children Italia), Benedetta Rossi (Comitato Italiano per l'UNICEF), Lia Sacerdote (Bambinisenzasbarre), Ilaria Sala (CAMMINO), Gabriella Scaduto (Redipsi), Carla Scarsi (La Leche League

Italia), Eleonora Scrivo (ActionAid Italia), Francesco Silipo (AGESCI), Rossella Silvestre (ActionAid), Laura Simonetti (Comitato Italiano per l'UNICEF), Stefania Solare (Comitato Italiano per l'UNICEF), Elena Spinelli (ANPE), Chiara Stival (IRFMN), Ilaria Summa (UNCM), Natalia Stranieri (ANFAA), Giorgio Tamburlini (CSB), Samantha Tedesco (SOS Villaggi dei Bambini ETS), Isabella Tenti (EDI - Educazione ai Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza), Giacomo Toffol (ACP), Manuela Toma (UNCM), Frida Tonizzo (ANFAA), Ersilia Trotta (CAMMINO), Laura Trucchia (Coord. Genitori Democratici), Donatella Turri (Caritas Italiana), Elena Uga (ACP), Enrico Valletta (ACP), Maria Teresa Vedana (Amnesty International), Elisa Vellani (EDI - Educazione ai Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza), Angelo Vernillo (Amici del Villaggio APS), Silvia Veronesi (UNCM), Laura Vismara (AISMI), Valentina Zerini (Comitato Italiano per l'UNICEF), Federico Zullo (Agevolando).

Desideriamo ricordare con gratitudine e affetto Adriano Cattaneo e Maurizio Bonati, che con il loro impegno, la loro competenza e la loro costante dedizione hanno contribuito in modo significativo alla promozione e alla tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, sostenendo con convinzione le tematiche affrontate nei Rapporti del Gruppo CRC e arricchendo nel tempo il percorso con il loro prezioso contributo.

Il Gruppo CRC ringrazia per le informazioni e i dati forniti ai fini dell'aggiornamento del presente Rapporto il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, Ufficio IV Direzione Generale per la cooperazione allo sviluppo.

La **stampa** della pubblicazione è stata realizzata grazie al contributo delle associazioni del Gruppo CRC.
Il disegno in copertina è stato realizzato da Alberto Marescotti.

Gruppo CRC
c/o Save the Children Italia ETS
Piazza di S. Francesco di Paola, 9 - 00184 Roma - E-mail: coordinamento@gruppocrc.net - Sito web: www.gruppocrc.net

Grafica a cura di INFABRICA di Mauro Fanti (Gruppo Comunicazione e Marketing)
Stampa a cura di STR Press
Chiuso in tipografia a ottobre 2026

GLOSSARIO

Agenda 2030	L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile è un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU, tra cui l'Italia. L'Agenda è costituita da 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile - *Sustainable Development Goals* (SDGs) - inquadrati all'interno di un programma d'azione più vasto costituito da 169 *target* o traguardi da raggiungere entro il 2030. Maggiori informazioni sul sito www.un.org/sustainabledevelopment/ e www.asvis.it.
Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza (CNDA)	È stato istituito con Legge 451/1997, riordinato dal DPR 103/2007 e successivamente con Decreto Legge 86/2018, convertito con modificazioni dalla Legge 97/2018. Le funzioni proprie del Centro sono dedicate alla promozione, l'informazione e la comunicazione delle politiche a favore dell'infanzia e dell'adolescenza. Più specificatamente (ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettere a), b), c), d), g) del DPR 14 maggio 2007, n. 103), tali funzioni riguardano le attività di documentazione, analisi, ricerca e monitoraggio, informazione e promozione, nonché raccolta bibliografica di studi e pubblicazioni relative al mondo minorile. Maggiori informazioni su www.minori.it
Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza	È stata istituita con Legge 451/1997, modificata dalla Legge 112/2009. La Commissione ha compiti di indirizzo e di controllo sull'attuazione degli accordi internazionali e della legislazione relativi ai diritti e allo sviluppo dei soggetti in età evolutiva. Riferisce alle Camere, con cadenza almeno annuale, sui risultati della propria attività e formula osservazioni e proposte sugli effetti, sui limiti e sull'eventuale necessità di adeguamento della legislazione vigente, in particolare per assicurarne la rispondenza ai diritti previsti dalla CRC. Maggiori informazioni su https://www.parlamento.it/Parlamento/1292
Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	Verifica i progressi compiuti dagli Stati che hanno ratificato la CRC nell'attuazione dei diritti in essa sanciti, attraverso la presentazione e relativa discussione a Ginevra di Rapporti periodici governativi e dei Rapporti Supplementari delle Ong. Maggiori informazioni su www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Pages/CRCIndex.aspx
CRC	Acronimo di *Convention on the Rights of the Child* la cui traduzione ufficiale in italiano è «Convenzione sui diritti del fanciullo», ma nel testo si preferisce utilizzare la denominazione di uso corrente «Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza». Maggiori informazioni su www.gruppocrc.net/La-CRC
Garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA)	Istituito con Legge 112/2011, l'Autorità garante ha il compito di assicurare la promozione e la piena tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, collaborando a tal fine con tutti i soggetti che, in ambito nazionale e internazionale, operano in questo settore. Maggiori informazioni su www.garanteinfanzia.org
Garanzia Europea Infanzia (Child Guarantee)	Istituita con la Raccomandazione del Consiglio Europeo del 14 giugno 2021 al fine di prevenire e combattere l'esclusione sociale, garantendo ai bambini e agli adolescenti a rischio di povertà o di esclusione sociale l'accesso effettivo a un'alimentazione sana e a un alloggio adeguato, l'accesso effettivo e gratuito all'educazione e cura della prima infanzia, all'istruzione (comprese le attività scolastiche), a un pasto sano per ogni giorno di scuola e all'assistenza sanitaria. Maggiori informazioni su https://www.consilium.europa.eu/it/infographics/european-child-guarantee/
Gruppo CRC	Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Gruppo CRC) è un network di associazioni italiane che opera al fine di garantire un sistema di monitoraggio indipendente sull'attuazione della CRC e delle Osservazioni finali del Comitato ONU in Italia. Maggiori informazioni su www.gruppocrc.net
Obiettivi di Sviluppo Sostenibile	I 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile - *Sustainable Development Goals* (SDGs) – sono articolati in 169 Target da raggiungere entro il 2030. Si tratta di obiettivi comuni su un insieme di questioni importanti per lo sviluppo, quali ad esempio la lotta alla povertà, l'eliminazione della fame e il contrasto al cambiamento climatico, necessari per portare il mondo sulla strada della sostenibilità. Maggiori informazioni su www.un.org/sustainabledevelopment/ e www.asvis.it.
Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza	È stato istituito con Legge 451/1997 ed è attualmente regolato dal DPR 103/2007. È presieduto dal Ministro con delega in materia di politiche per la famiglia, si compone di circa 50 membri. Ogni due anni predispone il Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (Piano Nazionale Infanzia). Maggiori informazioni su www.minori.it/osservatorio

Osservazioni Conclusive	Documento pubblico con cui il Comitato ONU rende noto il proprio parere sullo stato di attuazione della CRC nel Paese esaminato, sottolineando i progressi compiuti, evidenziando i punti critici ed esortando il Governo, attraverso le Raccomandazioni, ad intervenire ove necessario. Le Osservazioni rivolte all'Italia sono disponibili su www.gruppocrc.net/Osservazioni-Conclusive-del-Comitato-ONU
Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo in età evolutiva (Piano Nazionale Infanzia)	È previsto dalla Legge 451/1997, con l'obiettivo di conferire priorità ai programmi riferiti ai minorenni e di rafforzare la cooperazione per lo sviluppo dell'infanzia nel mondo. Il Piano individua, altresì, le modalità di finanziamento degli interventi da esso previsti nonché le forme di potenziamento e di coordinamento delle azioni svolte dalle pubbliche amministrazioni, dalle regioni e dagli Enti Locali. Il Piano Nazionale viene predisposto ogni due anni dall'Osservatorio Nazionale Infanzia. Il Testo dei sei Piani adottati fino ad oggi è disponibile su www.gruppocrc.net/area-tematica/il-piano-nazionale-infanzia/
Rapporto CRC	Rapporto di aggiornamento annuale sul monitoraggio della CRC in Italia elaborato dal Gruppo CRC e pubblicato ogni anno in occasione dell'anniversario della ratifica della CRC in Italia (27 maggio). I Rapporti CRC pubblicati sono disponibili su https://gruppocrc.net/tipo-documento/pubblicazioni/
Rapporto governativo	Rapporto sullo stato di attuazione della CRC che in base all'art. 44 della CRC gli Stati sono tenuti a sottoporre al Comitato ONU, entro 2 anni dalla ratifica della CRC e successivamente ogni 5 anni. Per maggiori informazioni e per visionare i Rapporti governativi italiani si veda www.gruppocrc.net/I-Rapporti-governativi
Rapporto Supplementare	Rapporto sullo stato di attuazione della CRC preparato dalle Ong per il Comitato ONU, in cui si prendono in considerazione le tematiche affrontate nel Rapporto governativo, seguendo le linee guida predisposte dal Comitato ONU. Il 1°, il 2° ed il 3° Rapporto Supplementare del Gruppo CRC sono disponibile su https://gruppocrc.net/tipo-documento/pubblicazioni/
Strategia dell'Unione Europea sui diritti dei minorenni 2021 -2024	Adottata il 24 marzo 2021, si articola in 6 aree tematiche ognuna delle quali definisce le priorità dell'Unione e le raccomandazioni rivolte agli Stati membri. La versione italiana della Strategia è disponibile su https://famiglia.governo.it/media/2334/strategia-eu-sui-diritti-dei-minori.pdf

NOTA METODOLOGICA

La suddivisione in capitoli rispecchia i raggruppamenti tematici degli articoli della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) suggeriti dal Comitato ONU nelle *Linee guida per la redazione dei Rapporti periodici*. Il Comitato ha infatti raggruppato i 41 articoli della prima parte della Convenzione, in cui sono sanciti i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, in nove aree tematiche.

Il Rapporto è il risultato di un processo di lavoro partecipato che coinvolge tutte le organizzazioni aderenti al Gruppo CRC. I testi sono il frutto del lavoro congiunto di operatrici e operatori delle associazioni del Network al fine di offrire un'analisi condivisa e multidisciplinare dello stato di attuazione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nel nostro Paese.

Al termine di ciascun paragrafo sono riportate **le raccomandazioni** che il Gruppo CRC rivolge alle istituzioni competenti.

Alla fine di ogni capitolo è stata inoltre inserita una **scheda di sintesi** che richiama gli articoli della CRC di riferimento e i relativi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs), con l'obiettivo di offrire una lettura attuale dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e di evidenziare lo stretto legame tra lo sviluppo inclusivo, equo e sostenibile promosso dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e la piena realizzazione dei diritti sanciti dalla Convenzione. La scheda mette inoltre in evidenza alcuni dei dati richiamati nel capitolo, alcuni dei progressi registrati nel corso dei 25 anni di monitoraggio del Gruppo CRC e alcune delle criticità che ancora persistono.

Si segnala che, per il Gruppo CRC, il riconoscimento delle persone di minore età come titolari di diritti propri e il rispetto della dimensione di genere costituiscono principi fondamentali. Per tale ragione, in tutte le attività del Network viene posta particolare attenzione al linguaggio utilizzato. Nel presente Rapporto si è privilegiata, laddove possibile, l'espressione "**persone di minore età**"; tuttavia, per esigenze di sintesi e leggibilità, in alcuni casi vengono utilizzati i termini "bambini", "ragazzi" o espressioni analoghe come falso neutro, con riferimento a bambine, bambini e adolescenti.

AGENDA 2030

Obiettivo 1. Porre fine ad ogni forma di povertà nel mondo



1.2 Entro il 2030, ridurre almeno della metà la quota di uomini, donne e bambini di tutte le età che vivono in povertà in tutte le sue forme, secondo le definizioni nazionali.

1.3 Implementare a livello nazionale adeguati sistemi di protezione sociale e misure di sicurezza per tutti, compresi i livelli più bassi, ed entro il 2030 raggiungere una notevole copertura delle persone povere e vulnerabili.

1.b Creare solidi quadri di riferimento politici a livello nazionale, regionale e internazionale, basati su strategie di sviluppo a favore dei poveri e attenti alla parità di genere, per sostenere investimenti accelerati nelle azioni di lotta alla povertà.

Obiettivo 2. Porre fine alla fame, realizzare la sicurezza alimentare e una migliore nutrizione e promuovere l'agricoltura sostenibile



2.1 Entro il 2030, eliminare la fame e assicurare a tutte le persone, in particolare i poveri e le persone in situazioni vulnerabili, tra cui i bambini, l'accesso a un'alimentazione sicura, nutriente e sufficiente per tutto l'anno.

2.2 Implementare a livello nazionale adeguati sistemi di protezione sociale e misure di sicurezza per tutti, compresi i livelli più bassi, ed entro il 2030 raggiungere una notevole copertura delle persone povere e vulnerabili.

Obiettivo 3. Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età



3.2 Entro il 2030, mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, con l'obiettivo per tutti i paesi di ridurre la mortalità neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini al di sotto dei 5 anni, ridurre la mortalità a non più di 25 su 1.000 nati vivi.

3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere benessere e salute mentale.

3.5 Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui abuso di stupefacenti e l'uso nocivo di alcool.

3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione familiare, l'informazione e l'educazione, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali.

3.8 Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti.

3.9 Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo.

3.a Rafforzare l'attuazione della "Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità" sul controllo del tabacco in tutti i paesi, a seconda dei casi.

3.d Rafforzare la capacità di tutti i paesi, in particolare i paesi in via di sviluppo, per la prevenzione, la riduzione e la gestione dei rischi per la salute nazionale e globale.

Obiettivo 4. Fornire un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti



- **4.1** Garantire entro il 2030 ad ogni ragazza e ragazzo libertà, equità e qualità nel completamento dell'educazione primaria e secondaria che porti a risultati di apprendimento adeguati e concreti.
- **4.2** Garantire entro il 2030 che ogni ragazza e ragazzo abbiano uno sviluppo infantile di qualità, ed un accesso a cure ed istruzione pre-scolastiche così da essere pronti alla scuola primaria.
- **4.3** Garantire entro il 2030 ad ogni donna e uomo un accesso equo ad un'istruzione tecnica, professionale e terziaria -anche universitaria- che sia economicamente vantaggiosa e di qualità.
- **4.5** Eliminare entro il 2030 le disparità di genere nell'istruzione e garantire un accesso equo a tutti i livelli di istruzione e formazione professionale delle categorie protette, tra cui le persone con disabilità, le popolazioni indigene ed i bambini in situazioni di vulnerabilità.
- **4.7** Garantire entro il 2030 che tutti i discenti acquisiscano la conoscenza e le competenze necessarie a promuovere lo sviluppo sostenibile, anche tramite un'educazione volta ad uno sviluppo e uno stile di vita sostenibile, ai diritti umani, alla parità di genere, alla promozione di una cultura pacifica e non violenta, alla cittadinanza globale e alla valorizzazione delle diversità culturali e del contributo della cultura allo sviluppo sostenibile.
- **4.a** Costruire e potenziare le strutture dell'istruzione che siano sensibili ai bisogni dell'infanzia, alle disabilità e alla parità di genere e predisporre ambienti dedicati all'apprendimento che siano sicuri, non violenti e inclusivi per tutti.

Obiettivo 5. Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze



- **5.1** Porre fine, ovunque, a ogni forma di discriminazione nei confronti di donne e ragazze.
- **5.2** Eliminare ogni forma di violenza nei confronti di donne e bambine, sia nella sfera privata che in quella pubblica, compreso il traffico di donne e lo sfruttamento sessuale e di ogni altro tipo.
- **5.6** Garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi, come concordato in base al "Programma d'azione della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo" e la "Piattaforma di Azione di Pechino" ed ai documenti finali delle conferenze di revisione.

Obiettivo 6. Garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile dell'acqua e delle strutture igienico-sanitarie



- **6.3** Entro il 2030, migliorare la qualità dell'acqua riducendo l'inquinamento, eliminando le pratiche di scarico non controllato e riducendo al minimo il rilascio di sostanze chimiche e materiali pericolosi, dimezzare la percentuale di acque reflue non trattate e aumentare sostanzialmente il riciclaggio e il riutilizzo sicuro a livello globale.

Obiettivo 8. Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti



- **8.1** Sostenere la crescita economica pro capite in conformità alle condizioni nazionali, e in particolare una crescita annua almeno del 7% del prodotto interno lordo nei paesi in via di sviluppo.
- **8.5** Garantire entro il 2030 un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per donne e uomini, compresi i giovani e le persone con disabilità, e un'equa remunerazione per lavori di equo valore.
- **8.6** Ridurre entro il 2030 la quota di giovani disoccupati e al di fuori di ogni ciclo di studio o formazione.
- **8.7** Prendere provvedimenti immediati ed effettivi per sradicare il lavoro forzato, porre fine alla schiavitù moderna e alla tratta di esseri umani e garantire la proibizione ed eliminazione delle peggiori forme di lavoro minorile, compreso il reclutamento e l'impiego dei bambini soldato, nonché porre fine entro il 2025 al lavoro minorile in ogni sua forma.

Obiettivo 10. Ridurre l'ineguaglianza all'interno di e fra le nazioni



10.2 Entro il 2030, potenziare e promuovere l'inclusione sociale, economica e politica di tutti, a prescindere da età, sesso, disabilità, razza, etnia, origine, religione, stato economico o altro.

10.3 Assicurare pari opportunità e ridurre le disuguaglianze nei risultati, anche eliminando leggi, politiche e pratiche discriminatorie e promuovendo legislazioni, politiche e azioni appropriate a tale proposito.

10.7 Rendere più disciplinate, sicure, regolari e responsabili la migrazione e la mobilità delle persone, anche con l'attuazione di politiche migratorie pianificate e ben gestite.

Obiettivo 11. Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili



11.1 Entro il 2030, garantire a tutti l'accesso ad alloggi adeguati, sicuri e convenienti e ai servizi di base e riqualificare i quartieri poveri.

11.2 Entro il 2030, fornire l'accesso a sistemi di trasporto sicuri, sostenibili, e convenienti per tutti, migliorare la sicurezza stradale, in particolare ampliando i mezzi pubblici, con particolare attenzione alle esigenze di chi è in situazioni vulnerabili, alle donne, ai bambini, alle persone con disabilità e agli anziani.

11.6 Entro il 2030, ridurre l'impatto ambientale negativo pro capite delle città, in particolare riguardo alla qualità dell'aria e alla gestione dei rifiuti.

11.7 Entro il 2030, fornire l'accesso universale a spazi verdi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili, in particolare per le donne e i bambini, gli anziani e le persone con disabilità.

11.b Entro il 2020, aumentare notevolmente il numero di città e di insediamenti umani che adottino e attuino politiche e piani integrati verso l'inclusione, l'efficienza delle risorse, la mitigazione e l'adattamento ai cambiamenti climatici, la resilienza ai disastri, lo sviluppo e l'implementazione, in linea con il "Quadro di Sendai per la Riduzione del Rischio di Disastri 2015-2030", la gestione complessiva del rischio di catastrofe a tutti i livelli.

Obiettivo 12. Garantire livelli sostenibili di produzione e di consumo



12.2 Entro il 2030, raggiungere la gestione sostenibile e l'uso efficiente delle risorse naturali.

12.4 Entro il 2020, ottenere la gestione ecocompatibile di sostanze chimiche e di tutti i rifiuti in tutto il loro ciclo di vita, in accordo con i quadri internazionali concordati, e ridurre significativamente il loro rilascio in aria, acqua e suolo, al fine di minimizzare i loro effetti negativi sulla salute umana e l'ambiente.

12.5 Entro il 2030, ridurre in modo sostanziale la produzione di rifiuti attraverso la prevenzione, la riduzione, il riciclaggio e il riutilizzo.

Obiettivo 13. Lotta contro il cambiamento climatico. Adottare misure urgenti per combattere il cambiamento climatico e le sue conseguenze



13.2 Integrare nelle politiche, nelle strategie e nei piani nazionali le misure di contrasto ai cambiamenti climatici.

13.3 Migliorare l'istruzione, la sensibilizzazione e la capacità umana e istituzionale riguardo ai cambiamenti climatici in materia di mitigazione, adattamento, riduzione dell'impatto e di allerta precoce.

Obiettivo 16. Promuovere società pacifiche e inclusive per uno sviluppo sostenibile, garantire a tutti l'accesso alla giustizia, e creare istituzioni efficaci, responsabili ed inclusive a tutti i livelli



16.1	Ridurre ovunque in maniera significativa tutte le forme di violenza e il tasso di mortalità ad esse correlato.
16.2	Porre fine all'abuso, allo sfruttamento, al traffico di bambini e a tutte le forme di violenza e tortura nei loro confronti.
16.3	Promuovere lo stato di diritto a livello nazionale e internazionale e garantire parità di accesso alla giustizia per tutti.
16.4	Entro il 2030, ridurre in modo significativo i flussi finanziari e di armi illeciti, rafforzare il recupero e la restituzione dei beni rubati e combattere tutte le forme di criminalità organizzata.
16.5	Ridurre sensibilmente la corruzione e gli abusi di potere in tutte le loro forme.
16.6	Sviluppare a tutti i livelli istituzioni efficaci, responsabili e trasparenti.
16.7	Garantire un processo decisionale responsabile, aperto a tutti, partecipativo e rappresentativo a tutti i livelli.
16.9	Entro il 2030, fornire identità giuridica per tutti, inclusa la registrazione delle nascite.
16.10	Garantire un pubblico accesso all'informazione e proteggere le libertà fondamentali, in conformità con la legislazione nazionale e con gli accordi internazionali.
16.a	Rafforzare le istituzioni nazionali, anche attraverso la cooperazione internazionale, per costruire maggiore capacità a tutti i livelli, in particolare nei paesi in via di sviluppo, per prevenire la violenza e combattere il terrorismo e la criminalità.
16.b	Promuovere e far rispettare le leggi e le politiche non discriminatorie per lo sviluppo sostenibile.

Obiettivo 17. Rafforzare gli strumenti di attuazione e rinnovare il partenariato mondiale per lo sviluppo sostenibile



17.14	Accrescere la coerenza politica per lo sviluppo sostenibile.
17.17	Incoraggiare e promuovere partnership efficaci nel settore pubblico, tra pubblico e privato e nella società civile basandosi sull'esperienza delle partnership e sulla loro capacità di trovare risorse.
17.18	Entro il 2020, rafforzare il sostegno allo sviluppo dei paesi emergenti, dei paesi meno avanzati e dei piccoli stati insulari in via di Sviluppo (SIDS). Incrementare la disponibilità di dati di alta qualità, immediati e affidabili andando oltre il profitto, il genere, l'età, la razza, l'etnia, lo stato migratorio, la disabilità, la posizione geografica e altre caratteristiche rilevanti nel contesto nazionale.

* Il seguente schema riporta i principali Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e relativi Target dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite che risultano più pertinenti rispetto ai temi trattati nel presente Rapporto e alle Raccomandazioni avanzate all'Italia dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza a febbraio 2019.

INDICE

PREMESSA 11

CAPITOLO I - Misure generali di attuazione della CRC in Italia
1. Le risorse destinate all'infanzia e all'adolescenza in Italia 13
2. L'impegno per l'infanzia e l'adolescenza nella cooperazione internazionale allo sviluppo 15
3. Bambini e adolescenti in condizioni di povertà in Italia 18
4. Istituti di Garanzia a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza 22
5. Piano Nazionale Infanzia e altri strumenti nazionali di programmazione 30
6. Legislazione italiana 33

CAPITOLO II - Principi generali della CRC
1. Art. 2 CRC: Il principio di non discriminazione 39
2. Art. 12 CRC (I comma): La partecipazione dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze 42
3. Art. 12 CRC (II comma): L'ascolto del minorenne in ambito giudiziario 45

CAPITOLO III - Diritti civili e libertà
1. Diritto di registrazione e cittadinanza 53
2. Crescere informati: Il diritto all'informazione delle persone di minore età nell'ecosistema digitale 55

CAPITOLO IV - Violenza contro le persone di minore età
1. Abusi e maltrattamenti a danno di bambini e adolescenti 59
2. Le punizioni fisiche e umilianti 63
3. Parità e violenza di genere 65
4. La pedopornografia 68
5. La prostituzione minorile e la tratta 71

CAPITOLO V - Ambiente familiare e misure alternative
1. Ambiente familiare e supporto alla genitorialità 75
2. Figli di genitori detenuti 79
3. Sottrazione internazionale di minorenni 81
4. Minorenni fuori dalla famiglia d'origine 83
   a) Affidamento familiare 84
   b) Le comunità di accoglienza per persone di minore età 87
5. Adozioni nazionali e internazionali 90

CAPITOLO VI - Salute, disabilità e servizi di base
1. Prevenzione e servizi di prevenzione 97
2. I servizi sanitari dell'area pediatrica 103
3. Salute e disabilità 106
4. Consenso informato sanitario della persona di minore età 110
5. Determinanti ambientali della salute in età evolutiva 113
6. Allattamento, salute infantile e responsabilità collettiva 115
7. Salute mentale 117
8. Salute e servizi sanitari per minorenni stranieri 120
9. Minorenni e condotte di abuso 123

CAPITOLO VII - Educazione, gioco e attività culturali

1. Il sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni 131
2. Somministrazione di farmaci a scuola e assistenza sanitaria 133
3. La dispersione scolastico-formativa 135
4. Il diritto all'istruzione per le persone di minore età di origine straniera 138
5. Il diritto all'istruzione delle persone di minore età con disabilità 140
6. Il diritto alla sicurezza negli ambienti scolastici 143
7. Bullismo e cyberbullismo a scuola 145
8. Educazione alla cittadinanza globale 147
9. Diritto al gioco, al riposo, al tempo libero e alla partecipazione alle attività culturali ed artistiche 150
10. Sport, movimento, educazione 154

CAPITOLO VIII - Misure speciali per la tutela dei minorenni

1. Minorenni stranieri non accompagnati – Il diritto alla protezione e all'accoglienza 159
2. Minorenni in stato di detenzione e sottoposti a misure alternative 162
3. Lo sfruttamento economico in Italia: il lavoro minorile 165

CAPITOLO IX - L'attuazione del Protocollo Opzionale sul coinvolgimento delle persone di minore età nei conflitti armati 171

Pubblicazioni del Gruppo CRC 174

PREMESSA

Il 2026 rappresenta per il Gruppo CRC un anno particolarmente significativo. Venticinque anni fa veniva pubblicato il primo Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sull'attuazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Un percorso lungo e costante che ha visto crescere le organizzazioni all'interno di una rete capace di mettere in relazione competenze, esperienze e dare valore e voce ai territori dove operano le varie realtà, con l'obiettivo comune di contribuire alla piena realizzazione dei diritti delle persone di minore età nel nostro Paese.

Per il Gruppo CRC il 20 novembre è soprattutto l'occasione per riflettere sul valore di un impegno condiviso. Le associazioni parte del Network hanno costruito un'esperienza unica di monitoraggio indipendente, capace di coniugare competenze tecniche e ascolto diretto di bambini, bambine e adolescenti. Attraverso la raccolta e l'analisi di dati, l'elaborazione di raccomandazioni, il dialogo con le istituzioni e la diffusione di evidenze, il Gruppo CRC ha contribuito a rendere più visibili i progressi compiuti e le criticità ancora irrisolte nella tutela e nella promozione dei diritti delle persone di minore età.

In questi venticinque anni, l'Italia è profondamente cambiata. Sono mutati il contesto demografico, sociale ed economico; sono emerse nuove vulnerabilità e nuove forme di disuguaglianza; sono emerse questioni inedite legate anche alla trasformazione digitale, ai cambiamenti climatici, all'evoluzione dei fenomeni migratori e agli effetti di crisi globali che hanno inciso direttamente anche sulla vita delle persone di minore età che vivono in Italia. Allo stesso tempo, importanti avanzamenti normativi, a livello europeo e nazionale, testimoniano la crescente attenzione verso la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il monitoraggio svolto dalle associazioni ha consentito di documentare questi cambiamenti nel tempo, costruendo un patrimonio condiviso di conoscenze, evidenze e proposte. Un lavoro che si fonda sul riconoscimento che l'attuazione dei diritti richiede capacità di monitorare con continuità, valutare l'impatto delle politiche e delle norme adottate, l'assunzione di responsabilità da parte delle istituzioni e la partecipazione della società civile al processo.

Il 14° Rapporto CRC si inserisce nel solco di tale esperienza offrendo l'occasione non soltanto di ripercorrere venticinque anni di attività e monitoraggio, ma anche di richiamare l'attenzione sulle questioni che richiedono interventi prioritari.

I dati raccolti nel 14° Rapporto CRC ci ricordano anche che la piena attuazione della Convenzione rimane ancora un obiettivo da raggiungere. Le condizioni di vita di molte persone di minore età continuano a essere profondamente segnate dalle disuguaglianze economiche, sociali, territoriali che attraversano il Paese e dalla disomogenea qualità dei servizi e delle opportunità offerte. Oltre 1,1 milioni di minorenni vivono in condizioni di povertà assoluta; la povertà educativa continua a limitare opportunità e aspirazioni; la qualità e l'accessibilità dei servizi variano in modo significativo tra territori, tra aree urbane, periferiche e interne, tra Nord e Sud. Accanto alle criticità storiche emergono inoltre nuove fragilità che interrogano profondamente il sistema di protezione e promozione dei diritti dell'infanzia: la qualità delle relazioni, la salute mentale, l'isolamento sociale, i comportamenti a rischio e le forme di violenza che si sviluppano anche negli ambienti digitali richiedono risposte integrate e investimenti strutturali. L'intelligenza artificiale e i social stanno ridefinendo gli spazi dell'informazione, della partecipazione e della socializzazione, aprendo opportunità importanti ma anche nuovi rischi che non possono essere affrontati esclusivamente attraverso logiche di controllo ma richiedono consapevolezza, sviluppo di competenze e un coinvolgimento attivo degli studenti e delle studentesse.

Il Rapporto evidenzia inoltre bene come molte delle principali questioni che riguardano l'infanzia e l'adolescenza non possano più essere affrontate in modo settoriale. La povertà minorile, la salute mentale, la qualità dell'educazione, il sostegno alla genitorialità, la tutela dei minorenni fuori famiglia, la protezione dalle varie forme di violenza, l'inclusione delle persone con disabilità, l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati e la lotta alle discriminazioni sono temi tra loro interconnessi. È sempre più evidente la necessità di una visione sistemica, di politiche capaci di superare la frammentazione amministrativa e istituzionale che ancora caratterizza molti degli interventi rivolti alle persone di minore età.

Le difficoltà che emergono durante l'adolescenza non sorgono improvvisamente: il malessere, la dispersione scolastica, le fragilità relazionali, le disuguaglianze e molte delle situazioni di vulnerabilità che incidono sul benessere delle persone di minore età affondano spesso le loro radici nei primi anni di vita. In questa prospettiva, assume particolare rilevanza il valore della prevenzione e dell'intervento precoce perché non ci si può limitare ad intervenire quando i problemi si manifestano in forma conclamata, ma occorre investire precocemente sui contesti di crescita, sul sostegno alla genitorialità, sul sostegno alle famiglie accoglienti, sui servizi per la prima infanzia, sulla scuola, sulla salute e sul rafforzamento delle comunità educanti e delle reti di prossimità attivate dal terzo settore capaci di accompagnare bambini e bambine lungo tutto il loro percorso di sviluppo. Le numerose esperienze positive a livello locale dimostrano come sia possibile costruire politiche più efficaci quando si investe nella collaborazione tra soggetti diversi, nella partecipazione delle comunità e nell'ascolto diretto di bambini e adolescenti.

La pubblicazione del 14° Rapporto CRC assume poi un valore particolare alla luce dei prossimi appuntamenti che attendono l'Italia nel 2027.

In vista delle imminenti elezioni politiche il Rapporto offre infatti l'occasione di riportare al centro del dibattito pubblico e della futura agenda di governo i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, mettendo a disposizione delle forze politiche un patrimonio di evidenze, dati e raccomandazioni utili per la definizione dei programmi elettorali e delle politiche pubbliche.

Parallelamente, il Rapporto si inserisce nel nuovo ciclo di monitoraggio delle Nazioni Unite, avviato con la *List of Issues Prior to Reporting* indirizzata all'Italia, che rappresenta un'importante opportunità di riflessione. Il Gruppo CRC parteciperà al percorso dell'esame dell'Italia da parte del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, attraverso la presentazione di un contributo scritto indipendente e la partecipazione alla *Pre-session* con il Comitato ONU a Ginevra.

Venticinque anni dopo, il valore del monitoraggio indipendente condotto dalla società civile rimane fondamentale per trasformare i dati e l'analisi in conoscenza condivisa, tradurre questa consapevolezza in responsabilità e la responsabilità in azioni e politiche, per rendere effettivi i diritti di tutte le persone di minore età che vivono in Italia.

Con questa consapevolezza il Gruppo CRC rinnova il proprio impegno affinché la CRC continui a rappresentare il quadro di riferimento delle politiche pubbliche, perchè i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano il parametro attraverso cui misurare la capacità di costruire una società più equa, inclusiva, sostenibile e accogliente.

Capitolo I
MISURE GENERALI DI ATTUAZIONE DELLA CRC IN ITALIA

1. LE RISORSE DESTINATE ALL'INFANZIA E ALL'ADOLESCENZA IN ITALIA

Come sottolineato nella precedente edizione di questo Rapporto, **non è semplice fornire una panoramica esaustiva e sufficientemente chiara delle risorse destinate all'infanzia e all'adolescenza nel nostro Paese**. Basti pensare che nel secondo Rapporto di monitoraggio sull'attuazione della Garanzia Infanzia[1], presentato nel marzo 2026, la sezione dedicata ai finanziamenti – che dovrebbe offrire un quadro riassuntivo dei principali fondi che concorrono alla realizzazione della *Child Guarantee* – elenca oltre venti misure differenti. Lo stesso Rapporto evidenzia come tale quadro risulti inevitabilmente parziale, poiché l'erogazione diretta di molti servizi è sostenuta anche da risorse proprie delle Regioni e, soprattutto, dei Comuni, in un sistema fortemente decentrato.

Tra le principali **misure sostenute anche attraverso il PNRR**, approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea il 13 luglio 2021, e distribuite su più annualità, figurano gli interventi per sostenere le capacità genitoriali e prevenire le condizioni di vulnerabilità dei nuclei familiari (84,6 milioni di euro), il Piano per le infrastrutture sportive nelle scuole (349 milioni di euro), il Piano per l'estensione del tempo pieno e delle mense scolastiche (519,2 milioni di euro), il Piano per gli asili nido e le scuole dell'infanzia (4,6 miliardi di euro) e il Piano di messa in sicurezza e riqualificazione dell'edilizia scolastica (5,1 miliardi di euro).

Tra gli strumenti storicamente più rilevanti si colloca il **Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza**, istituito dall'art.1 della Legge 285/1997 ("Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"). Il Fondo è destinato alle 15 città riservatarie, individuate dall'art.1, comma 2, della stessa legge (Venezia, Milano, Torino, Genova, Bologna, Firenze, Roma Capitale, Napoli, Bari, Brindisi, Taranto, Reggio Calabria, Catania, Palermo e Cagliari). A seguito del riordino delle competenze operato dal decreto-legge 12 luglio 2018, n.86, convertito con modificazioni dalla Legge 97/2018, e dei successivi provvedimenti attuativi, la gestione del Fondo è attribuita al Dipartimento per le Politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri. Per il 2024 sono stati stanziati complessivamente circa 27 milioni di euro: un primo decreto ha assegnato ai comuni riservatari circa 26,2 milioni, ai quali si sono aggiunti ulteriori 800 mila euro con un successivo provvedimento[2]. L'ultima Relazione sullo stato di attuazione della Legge 285/1997, pubblicata nel 2023[3], evidenziava come la maggior parte delle risorse fosse destinata ai servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero e ai servizi di sostegno alla relazione genitori-figli, al contrasto della povertà e della violenza e alle misure alternative al ricovero dei minorenni in istituti educativo-assistenziali.

Un pilastro del sistema di welfare è rappresentato dal **Fondo Nazionale per le Politiche sociali**, istituito dall'art. 20 della Legge 328/2000. Nell'ambito della programmazione nazionale dei servizi sociali – definita attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, adottato con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (da ultimo, decreto 2 aprile 2025 per il triennio 2024-2026) – è prevista una quota rilevante delle risorse destinate agli interventi per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie, che nella programmazione recente si attesta intorno al 50%. Sebbene non siano ancora disponibili rapporti di monitoraggio aggiornati, il Fondo ha stanziato complessivamente 410,7 milioni di euro per il 2024 e 390,9 milioni per ciascuna delle annualità 2025 e 2026.

Accanto a tale strumento si colloca il **Fondo per le politiche della famiglia** - istituito dall'art.19 del decreto-legge 223/2006 e successivamente convertito nella Legge 248/2006 – che rappresenta uno strumento importante di sostegno alle famiglie. Il decreto di riparto

[1] Si veda il seguente link.

[2] Si veda il seguente link.

[3] Si veda il seguente link.

del 27 giugno 2025[4] assegna al Fondo una dotazione di circa 87,2 milioni di euro per il 2025, di cui 55,2 milioni destinati alle competenze statali e 32 milioni alle Regioni e agli enti locali. Una parte significativa di queste risorse è destinata al potenziamento dei Centri per la famiglia[5], che dovranno offrire anche servizi di consulenza e alfabetizzazione mediatica e digitale per i minorenni, con particolare attenzione alla tutela dall'esposizione a contenuti pornografici e violenti.

Sul versante del sostegno economico diretto alle famiglie, un ruolo centrale è svolto dall'**Assegno Unico e Universale**, istituito con il decreto legislativo 230/2021, in attuazione della legge delega 46/2021. La misura, operativa dal marzo 2022, ha riunificato una pluralità di misure precedenti. La Legge di bilancio 2026[6] ha ulteriormente incrementato le risorse destinate alla misura: 340,78 milioni di euro per il 2026; 345,93 milioni per il 2027; 352,14 milioni per il 2028; 358,87 milioni per il 2029; 365,7 milioni per il 2030; 372,64 milioni per il 2031; 379,69 milioni per il 2032; 386,94 milioni per il 2033; 394,2 milioni per il 2034 e 401,77 milioni annui a decorrere dal 2035. Analoga crescita riguarda il **Bonus nido**[7], rifinanziato da diversi interventi normativi succedutisi negli ultimi anni. Le risorse disponibili ammontano a 937,8 milioni di euro per il 2025; 1.028,8 milioni per il 2026; 1.105,8 milioni per il 2027; 1.122,8 milioni per il 2028 e 1.139,8 milioni annui a decorrere dal 2029.

Un ruolo centrale nelle politiche per la prima infanzia è svolto dal **Fondo nazionale per il sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita ai sei anni,** istituito dal decreto legislativo 65/2017. Il Fondo finanzia interventi di edilizia, gestione e qualificazione dell'offerta educativa 0-6 anni, sostenendo i servizi educativi autorizzati o accreditati e le scuole dell'infanzia statali e paritarie. Le risorse, erogate ai Comuni sulla base della programmazione regionale, includono una quota minima (almeno il 5%) destinata alla formazione del personale educativo e al funzionamento dei coordinamenti pedagogici territoriali. I criteri di riparto, definiti annualmente in sede di Conferenza Stato-Regioni, tengono conto – tra gli altri – del numero dei bambini residenti, dell'offerta di servizi educativi esistente e delle esigenze di riequilibrio territoriale, con particolare attenzione alle aree con minore copertura di servizi per la fascia 0-3 anni. Per il 2025[8] lo stanziamento complessivo ammonta a 275,7 milioni di euro. Il 20% delle risorse è destinato al riequilibrio territoriale nelle aree con maggiore carenza di servizi educativi per la fascia 0-3 anni; il 40% è ripartito in base agli utenti dei servizi educativi; un ulteriore 20% in base alla popolazione residente tra 0 e 3 anni; il 10% in base alla popolazione tra 3 e 6 anni e il restante 10% in base agli iscritti alle scuole dell'infanzia comunali e private paritarie, comprese le sezioni primavera. È inoltre prevista una quota perequativa di 308.454,81 euro destinata ad Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Puglia e Sicilia.

Ulteriori risorse indirettamente rilevanti per le politiche dell'infanzia provengono dal **Fondo di solidarietà comunale**[9], che la Legge di bilancio 2026 finanzia con 6,88 miliardi di euro per il 2026; 6,93 miliardi per il 2027; 6,98 miliardi per il 2028; 8,26 miliardi per il 2029; 8,21 miliardi per il 2030 e 8,97 miliardi annui a decorrere dal 2031.

La stessa Legge di bilancio ha introdotto nuovi interventi specifici per minorenni e famiglie: un Fondo da 60 milioni di euro annui dal 2026 per attività socioeducative rivolte ai minorenni e finalizzate al potenziamento dei centri estivi, dei servizi socioeducativi territoriali e dei centri educativi e ricreativi; un Fondo da 20 milioni annui destinato a contributi per l'acquisto di libri scolastici per famiglie con ISEE non superiore a 30 mila euro; un contributo fino a 1.500 euro per gli studenti iscritti alle scuole paritarie secondarie, anch'esso rivolto a famiglie con ISEE fino a 30 mila euro e finanziato con 20 milioni di euro per il 2026 e un Fondo

[4] Si veda il seguente link.

[5] Nel 2025 sono stati previsti 28,6 milioni a marzo 2025 per annualità 2024, 32 mil per annualità 2025 e 55 milioni con bando pubblicato ad agosto 2025. Si veda il seguente link.

[6] Si veda il seguente link.

[7] Si veda il seguente link.

[8] Si veda il seguente link.

[9] Si veda il seguente link.

da 2 milioni di euro per il 2027 destinato a sostenere la pratica sportiva dei minorenni presso associazioni sportive dilettantistiche affiliate al CONI.

Infine, il **Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-2027** dispone di una dotazione complessiva superiore ai 4 miliardi di euro tra fondi europei e cofinanziamento nazionale. Nell'ambito della priorità "*Child Guarantee*", il Programma contribuisce al vincolo europeo che impone di destinare almeno il 5% delle risorse del Fondo Sociale Europeo Plus al contrasto della povertà infantile, anche se non è sempre indicata una quantificazione univoca delle risorse effettivamente destinate alla specifica priorità dalle varie amministrazioni coinvolte.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** di procedere alla sistematizzazione e al riordino delle diverse misure destinate all'infanzia e all'adolescenza, assicurando al contempo un monitoraggio trasparente e tempestivo delle risorse impiegate;
2. Al **Governo** di fornire un adeguato supporto agli Enti Locali, al fine di favorire la partecipazione ai bandi e garantire una corretta gestione dei fondi assegnati sul territorio.

2. L'IMPEGNO PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA NELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE ALLO SVILUPPO

Come ribadito dal **Comitato ONU sui diritti dell'infanzia nel Commento Generale n. 5**[10], ogni Stato parte della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) non può venir meno alle attività che coinvolgono interventi in Paesi terzi a protezione e promozione dei diritti dei minorenni. A livello europeo, la **Strategia dell'Unione Europea sui diritti dei minorenni e la Garanzia europea per l'infanzia**[11] continuano a rappresentare un importante quadro di riferimento per gli interventi di cooperazione internazionale di ogni Paese membro. Nel 2024, la Commissione europea ha adottato una **Raccomandazione sul rafforzamento dei sistemi integrati di protezione dell'infanzia**[12], che include esplicitamente riferimenti alla protezione dei minorenni nell'azione esterna dell'UE, rafforzando il quadro di indirizzi entro cui si collocano le scelte di ogni Stato membro.

Il **Documento Triennale di Programmazione e di Indirizzo della Politica di Cooperazione allo Sviluppo (DTPI) 2024-2026** è stato approvato dal Consiglio dei ministri il 20 giugno 2025, con oltre un anno di ritardo rispetto all'avvio del triennio di riferimento — una circostanza che ne riduce significativamente l'efficacia operativa e che le organizzazioni della società civile hanno esplicitamente segnalato come criticità procedurale strutturale. Si prende atto positivamente che il DTPI contenga riferimenti ai minorenni e alle fasce in situazione di vulnerabilità nell'ambito delle priorità settoriali. In particolare, nell'area "Istruzione, formazione e lavoro dignitoso", il documento evidenzia l'impegno italiano a garantire un'istruzione inclusiva e di qualità "a partire dalla prima infanzia" e per i gruppi più vulnerabili, inclusi i minorenni con disabilità; nell'area "Salute", richiama interventi nelle zone remote o interessate da conflitti che impattano direttamente sulle popolazioni minorili.

Tuttavia, il DTPI 2024-2026 non contiene un richiamo

[10] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, Commento Generale n. 5 (2003). Si veda il seguente link.

[11] Strategia dell'Unione Europea sui diritti dei minorenni e Garanzia europea per l'infanzia. Si veda il seguente link.

[12] Commissione europea, Raccomandazione sul rafforzamento dei sistemi integrati di protezione dell'infanzia, 2024.

esplicito e autonomo alla priorità tematica "infanzia e adolescenza", come richiesto già nel 12° e nel 13° Rapporto CRC. I riferimenti ai minorenni rimangono trasversali e impliciti, inseriti all'interno di settori prioritari più ampi — istruzione, salute, sicurezza alimentare, uguaglianza di genere — senza una sezione dedicata che adotti il ***Child Rights Based Approach*** (CRBA) come cornice esplicita dell'intera strategia. Dispiace prendere atto che, nonostante la raccomandazione formulata nei Rapporti precedenti, questa lacuna non sia stata colmata. Il DTPI si inserisce, inoltre, nella cornice del Piano Mattei per l'Africa, con l'obiettivo prioritario di contenimento dei flussi migratori: un'impostazione che rischia di far passare in secondo piano la dimensione dei diritti dell'infanzia rispetto agli interessi di politica estera, invertendo l'approccio incentrato sui diritti che la CRC impone agli Stati parte.

Le **Linee Guida AICS sull'infanzia e l'adolescenza**[13], adottate nel 2021, rimangono lo strumento di riferimento per gli interventi di cooperazione in questo ambito. Ad oggi, tuttavia, non risultano pubblicati dati sistematici sull'applicazione concreta delle indicazioni di aderenza al CRBA e al *Child Rights Based Programming* (CRBP) negli interventi finanziati da AICS. La sezione "**Focus infanzia e adolescenza**" all'interno del portale openaid.esteri.it[14], raccomandata nel nostro 13° Rapporto, non risulta ancora istituita: non è quindi possibile verificare in modo trasparente le risorse effettivamente destinate all'infanzia, né la metodologia di contabilizzazione adottata. Si tratta di una lacuna sul piano della accountability: senza dati disaggregati e pubblicamente accessibili, il monitoraggio promosso dalla società civile degli impegni assunti dall'Italia nella tutela dei diritti dell'infanzia attraverso la cooperazione allo sviluppo rimane di fatto impossibile. Non è quindi possibile formulare valutazioni sull'impatto reale degli interventi di cooperazione sui diritti dei minorenni.

I **dati OCSE sull'Aiuto Pubblico allo Sviluppo** (APS) italiano per il 2024 confermano un trend preoccupante. L'Italia ha fatto registrare un aumento dell'APS del 6,7% rispetto al 2023, risultando tra i pochi Paesi donatori in controtendenza rispetto al calo globale dell'APS del 7,1% registrato nello stesso anno. Tuttavia, il rapporto APS/RNL (reddito nazionale lordo) si attesta allo 0,28%, ben al di sotto dell'obiettivo internazionale dello 0,70% entro il 2030 e della media UE dello 0,47%. A pesare sull'APS italiano rimane la quota relativa ai costi di accoglienza dei rifugiati nel Paese donatore, che rappresenta ancora circa il 26% del totale: una voce essenziale sul piano umanitario, ma che non costituisce un investimento nei Paesi in via di sviluppo e che, come già osservato dall'OCSE[15], gonfia le cifre APS senza produrre benefici nei Paesi partner. L'obiettivo dello 0,70% appare sempre più fuori portata in assenza di un percorso legislativo di incremento progressivo e vincolante degli stanziamenti. Il contesto internazionale aggrava ulteriormente il quadro: le proiezioni OCSE indicano un calo dell'APS globale tra il 9 e il 17% nel 2025, per effetto della sospensione dei fondi USAID e dei tagli annunciati da diversi governi europei, con conseguenze che ricadranno inevitabilmente sui programmi per l'infanzia nei Paesi più poveri. I dati parziali divulgati dall'OCSE il 9 aprile scorso, rilevano un leggero incremento dell'APS dell'Italia nel 2025, che raggiunge lo 0,30% del PIL per complessivi 7,3 mld di dollari.

I **dati** degli ultimi anni resi disponibili dal MAECI per il presente Rapporto[16] presentano un trend positivo per quanto riguarda gli investimenti per i minorenni anche se non sono esplicitati i settori in cui si investe.

ANNO	Erogato AICS totale (Milioni di euro)	Erogato AICS progetti relativi a marker minori (Milioni di euro)	% su totale
2023	569	20	3,5%
2024	790	37	4,7%
2025	1168	56	4,8%

La **Legge di bilancio 2025**[17] non ha previsto stanziamenti specifici per la promozione e protezione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nell'ambito della cooperazione internazionale allo sviluppo, né per il potenziamento dell'applicazione delle Linee Guida

[13] Linee Guida AICS sull'infanzia e l'adolescenza (2021). Si veda il seguente link.

[14] Si veda il seguente link.

[15] OCSE (OECD), Preliminary official development assistance levels in 2024, 2025. Si veda il seguente link.

[16] Dati inviati dall'Ufficio IV, Direzione Generale per la cooperazione allo sviluppo, Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale in data 31 luglio 2026.

[17] Legge 207/2024 (Legge di bilancio 2025).

AICS in questo settore. Le risorse assegnate ad AICS per il triennio 2023-2025 — 622 milioni per il 2023, 645 milioni per il 2024 e 676 milioni per il 2025 — già scontavano, come segnalato nel 13° Rapporto CRC[18], una riduzione di circa 50 milioni rispetto alle previsioni della Legge di bilancio precedente. Non risultano disaggregate, nella programmazione finanziaria di AICS, risorse specificamente destinate all'infanzia per aree tematiche di intervento — protezione, istruzione, salute, nutrizione, tutela da violenza e sfruttamento — come invece sarebbe necessario per garantire un monitoraggio efficace degli impegni assunti dall'Italia. Questa assenza di disaggregazione finanziaria per l'infanzia non è solo un problema di trasparenza: è un ostacolo concreto alla programmazione strategica e alla valutazione di impatto, che indebolisce la credibilità degli impegni assunti sul piano internazionale.

Dal monitoraggio delle **Raccomandazioni del 13° Rapporto CRC** emerge che non sono ancora attuate in quanto: Il DTPI 2024-2026 contiene riferimenti ai minorenni in forma trasversale, ma non riconosce l'infanzia e l'adolescenza come priorità tematica esplicita e autonoma, mentre la sezione "focus infanzia e adolescenza sul portale openaid.esteri.it" non risulta istituita. Non ci sono inoltre aggiornamenti pubblici sull'istituzione del tavolo di scopo in seno al CNTS per la definizione di un protocollo di accoglienza diffusa a tutela dei minorenni fuori famiglia provenienti da contesti di calamità e guerre.

Pertanto, **il Gruppo CRC reitera le seguenti raccomandazioni**:

1. Al **Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale** e all'**Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo** di inserire la priorità tematica "infanzia e adolescenza" in maniera esplicita e autonoma nel prossimo Documento triennale, adottando il *Child Rights Based Approach* come cornice trasversale dell'intera strategia di cooperazione;
2. All'**Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo** di istituire la sezione "Focus infanzia e adolescenza" nel portale openaid.esteri.it, rendendo pubbliche le risorse destinate all'infanzia disaggregate per aree tematiche di intervento (protezione, istruzione, salute, nutrizione, tutela da violenza e sfruttamento) e la metodologia di contabilizzazione adottata;
3. Al **Ministero dell'Economia e delle Finanze** e al **Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale** di prevedere nella prossima Legge di bilancio un percorso di incremento progressivo e vincolante delle risorse APS, con obiettivi intermedi verificabili (0,50% APS/RNL entro il 2027, 0,70% entro il 2030), e di destinare una quota specifica a programmi per l'infanzia e l'adolescenza nei Paesi partner.

[18] Si veda il seguente link.

3. BAMBINI E ADOLESCENTI IN CONDIZIONI DI POVERTÀ IN ITALIA

Osservando il rapporto tra disuguaglianze economiche e benessere minorile in 44 Paesi dell'OCSE e ad alto reddito[19], l'Italia si colloca al 22° posto su 40 per quanto riguarda la disparità di reddito. Per quanto riguarda la povertà minorile, il Paese si posiziona al 30° posto, con il 23% dei bambini italiani che vive in famiglie con un reddito inferiore al 60% della mediana nazionale, uno dei tassi più elevati in Europa[20].

Secondo i dati ISTAT[21], nel 2024 **la condizione di povertà assoluta[22] ha coinvolto oltre 1 milione e 283mila persone di minore età** (il 13,8% dei minorenni residenti nel Paese), confermando la stabilità del valore rispetto al 2023, il più alto da 10 anni a questa parte. La diffusione del fenomeno registra **rilevanti differenze territoriali** tra il Centro (12,1%) e il Mezzogiorno (14,9%), ma anche tra i comuni centro delle aree metropolitane (16,1%) e quelli periferia (10,8%) o di piccole dimensioni (al 12,2% nei comuni fino a 50mila abitanti). Tra le 723mila famiglie che vivono una condizione di povertà assoluta, **l'incidenza aumenta al crescere del numero dei figli** (7,3% per le coppie con un figlio di minore età, 10,6% per quelle con due figli e 20,7% se i figli sono almeno tre) e registra **valori elevati anche tra le famiglie monogenitore** (14,4%).

Ad aumentare nelle famiglie con persone di minore età non è solo l'incidenza della povertà, ma anche la sua intensità (il 21% contro il 18,4% calcolata sul totale delle famiglie), quale ulteriore conferma di una particolare vulnerabilità ascrivibile alla condizione dei bambini nel nostro Paese.

Ulteriori associazioni riguardano **la situazione occupazionale degli adulti di riferimento:** 23,2% di incidenza nelle famiglie con adulto di riferimento disoccupato, 20% se in cerca di occupazione e persistenti segnali di disagio anche tra gli occupati: in particolare, se la persona di riferimento è operaio o assimilato, l'incidenza arriva al 18,7%. Anche la **cittadinanza** è un fattore determinante: l'incidenza si attesta all'8% per le famiglie composte da italiani contro il 40,5% per quelle composte solo da stranieri. Nei dati ISTAT sulla povertà anno 2025 il dato risulta in netto miglioramento. L'incidenza di povertà si attesta al 7,8% per i nuclei composti solamente da italiani e al 31,4% per quelli stranieri. Rispetto al 2024, le famiglie con minori dove sono presenti stranieri registrano comunque una riduzione dei valori dell'incidenza di povertà assoluta. Il **livello di istruzione** degli adulti di riferimento è un altro determinante: si trova a rischio di povertà o esclusione sociale oltre la metà (51,8%) delle persone di minore età con genitori che hanno al massimo la licenza di scuola secondaria inferiore. Si tratta di una percentuale di oltre cinque volte superiore a quella di coloro che hanno almeno un genitore laureato (10,3%)[23]. Rileva infine anche **il titolo di godimento dell'immobile dove si vive**: è in povertà il 32,2% delle famiglie con minorenni in affitto, contro il 6,1% di quelle in case di proprietà.

Anche l'incidenza della povertà relativa resta stabile[24]. Nel 2024, tra le oltre 2,8 milioni di famiglie in condizioni di povertà relativa, l'**incidenza più elevata si registra tra le famiglie con tre o più figli minorenni:** 39,2%, oltre 3 volte sopra la media nazionale del 10,9%, con **forti differenze territoriali** tra Nord, Centro e Mezzogiorno. Possono essere descritte le stesse relazioni osservate per la povertà assoluta rispetto al nesso di povertà relativa e **condizione lavorativa** delle

[19] UNICEF Office of Strategy and Evidence – Innocenti, *Unequal chances: Children and economic inequality, Innocenti Report Card 20*, UNICEF Innocenti, Florence, May 2026.

[20] Ivi, pag. 12. L'analisi presentata si concentra su due misure chiave: 1) la disuguaglianza di reddito, misurata come il rapporto tra il reddito delle persone collocate al 20% della distribuzione dei redditi e quello delle persone all'80% (rapporto P80–P20); 2) il tasso di povertà infantile, basato su una soglia pari al 60% del reddito mediano: la povertà può essere considerata una misura della disuguaglianza «nella parte bassa» della distribuzione.

[21] Si veda il seguente link. Mentre il rapporto era in corso di stampa, sono stati pubblicati i dati ISTAT relativi alla povertà in Italia riferiti all'anno 2025. La situazione dei minori risulta tendenzialmente stabile. I dati sono consultabili al seguente link.

[22] Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia di povertà assoluta (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per regione e per tipo di comune di residenza).

[23] Si veda il seguente link.

[24] Sono classificate come povere in termini relativi le famiglie che hanno una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia di povertà relativa (che si differenzia per numero di componenti). Cfr. ISTAT, report reddito condizioni di vita.

persone di riferimento[25] e in merito alla **cittadinanza**[26].

I dati relativi alle condizioni di vita e reddito delle famiglie per gli anni 2024-25 di Istat[27] rilevano come **l'incidenza del rischio di povertà o esclusione sociale**[28] sia scesa dal 23,1% del 2024 al 22,6% per la media della popolazione. Eppure essa sale dal 22,9% del 2024 al 25,2% per le famiglie dove è presente una persona di minore età, per arrivare al 44,4% dove i minorenni sono tre o più. È da notare anche che la percentuale delle famiglie in situazione di **grave deprivazione materiale e sociale**[29] sale per le famiglie con minorenni, con punte del 17% contro il 10,4% per le famiglie dove i minorenni sono tre o più di tre.

In merito al tema della **insicurezza alimentare**[30], nel 2024 sono quasi 6 milioni le persone che non possono permettersi **un pasto proteico,** ovvero il 9,9% della popolazione. Quasi 432mila **minorenni di 16 anni (il 5,6%) hanno mostrato segnali di insicurezza alimentare** specifica considerati per questa fascia di età.[31] La percentuale è più alta tra le persone minori di 16 anni che vivono nel Mezzogiorno (8,7%, rispetto al 4,8% del Nord e l'1,9% del Centro). Le persone di minore età che vivono con un solo genitore sono a maggior rischio di insicurezza alimentare (7,8%) rispetto a quelli che vivono con entrambi i genitori (5,2%). Significativo nel determinare l'insicurezza alimentare della persona di minore età è anche il livello di istruzione dei genitori: la diffusione dell'insicurezza alimentare arriva al 17,9% nei nuclei con adulti di riferimento con titolo di licenza media inferiore. Si tratta di oltre 14 punti percentuali in più rispetto ai nuclei dove i minorenni vivono con adulti con il diploma di scuola secondaria di secondo grado (3,3%) e 17 punti in più di chi vive con adulti con un titolo di studio terziario (1%). Gli under 16 in condizione di insicurezza alimentare sono il 21,8% di coloro che vivono in famiglie che arrivano a fine mese con grandi difficoltà e il 13,3% dei minorenni che vivono in famiglie a rischio di povertà.

Si evidenzia anche che nei Paesi ad alto reddito, **i bambini che vivono in contesti economicamente svantaggiati sono maggiormente a rischio di sovrappeso e obesità.** Le famiglie a basso reddito, infatti, tendono a sperimentare livelli più elevati di insicurezza alimentare, hanno un accesso più limitato a cibi sani e trovano più accessibili alimenti ad alta densità energetica, ma di scarso valore nutrizionale[32].

Riguardo alle **problematiche connesse alla povertà abitativa,** l'ISTAT nell'aggiornamento degli indicatori sulle condizioni di vita dei minorenni di 16 anni[33], segnala una maggiore frequenza del verificarsi di una condizione di sovraffollamento[34] tra le famiglie con almeno un under 16 rispetto al totale delle famiglie (35,1%, contro 16,6%). Solo in alcuni casi, tale condizione si traduce anche nella percezione di una carenza di spazio nell'abitazione (percepita dall'11,8% delle fa-

[25] L'incidenza più elevata della povertà relativa riguarda le famiglie con persona di riferimento in cerca di occupazione ovvero il 25,5% che sale al 31,6% nel Mezzogiorno. Segnali di persistente disagio si confermano anche per il lavoratore dipendente, soprattutto se operaio o assimilato: 18,5% che sale al 28,9% nel Mezzogiorno.

[26] L'incidenza passa dal 9,0% per le famiglie di soli italiani al 30% per le famiglie con almeno uno straniero.

[27] Si veda il seguente link.

[28] Si definisce rischio di povertà ed esclusione sociale la percentuale di persone che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni: 1) vivono in famiglie a rischio di povertà; 2) vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale (indicatore Europa 2030); 3) vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro (indicatore Europa 2030).

[29] La grave deprivazione materiale e sociale secondo l'indicatore Europa 2030 è la percentuale di persone che registrano almeno sette segnali di deprivazione materiale e sociale su una lista di 13 (sette relativi alla famiglia e sei relativi all'individuo). Si veda il seguente link.

[30] L' insicurezza alimentare è definita come la condizione in cui si trovano le persone che sperimentano qualsiasi limitazione, imposta da vincoli fisici o economici, del diritto di accedere a una alimentazione sana, nutriente, conforme alle proprie preferenze e idonea a sostenere una vita attiva e in buona salute. Si veda il seguente link.

[31] L'insicurezza alimentare specifica per le persone under16 descrive la percentuale di minorenni di età non superiore ai 15 anni che registrano almeno uno dei tre seguenti segnali di deprivazione alimentare (inclusi tra gli item di deprivazione materiale e sociale del modulo ad hoc sulle condizioni dei minorenni): 1) non potersi permettere frutta fresca e verdura una volta al giorno; 2) non potersi permettere carne o pesce, o un equivalente vegetariano, almeno una volta al giorno; 3) non potersi permettere di invitare a volte gli amici per giocare e per fare merenda/spuntino/pranzo/cena, cfr. ISTAT. Si veda il seguente link.

[32] UNICEF Office of Strategy and Evidence – Innocenti, *Unequal chances: Children and economic inequality*, Innocenti Report Card 20, UNICEF Innocenti, Florence, May 2026.

[33] Si veda il seguente link.

[34] In accordo con la metodologia correntemente utilizzata da Eurostat, un'abitazione viene considerata sovraffollata quando non ha a disposizione un numero minimo di stanze pari a: - una stanza per la famiglia; - una stanza per ogni coppia; - una stanza per ogni componente di 18 anni e oltre; - una stanza ogni due componenti dello stesso sesso di età compresa tra i 12 e i 17 anni di età; - una stanza ogni due componenti fino a 11 anni di età, indipendentemente dal sesso.

miglie con under16 rispetto al 9,0% rilevato sul totale delle famiglie).

Proprio in merito alle sfide del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, comprese le condizioni abitative inadeguate, in particolare nelle regioni del Mezzogiorno, si concentra **uno degli interrogativi posti dal Comitato delle Nazioni Unite al nostro Governo italiano**[35].

In merito alla **povertà educativa,** ISTAT ha recentemente chiuso i lavori della Commissione scientifica interistituzionale per giungere a una misurazione che tenga conto sia della povertà di risorse ovvero la carenza di risorse educative e culturali della comunità di riferimento (famiglia, scuola, luoghi di apprendimento e aggregazione) o da una limitazione nelle opportunità di apprendimento per i ragazzi, sia della povertà degli esiti ovvero il non avere acquisito competenze personali, sociali e cognitive necessarie per crescere e sviluppare relazioni con gli altri, coltivare talenti e aspirazioni, sentirsi parte di una comunità, a livello collettivo ed esercitare con consapevolezza il diritto di cittadinanza attiva.

Si segnala che il livello di dispersione esplicita, ovvero l'uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione, si attesta attorno al 9,8%, percentuale ancora estremamente preoccupante[36], Permane inoltre un'alta percentuale di dispersione implicita, pari all'8,7% nelle classi V delle scuole superiori di secondo grado.

Preoccupanti anche gli altri dati in merito alla sfiducia nel futuro, nelle reti amicali o verso se stessi. Il 73% dei quindicenni italiani dichiara una elevata soddisfazione per la vita. Nel 20% con il contesto socio economico più basso, la quota è del 66%; nel 20% più alto sale al 79%[37].

È importante considerare anche il tema della **povertà energetica (PE)[38].** Secondo l'Osservatorio Italiano Povertà Energetica, nel 2024, 2,4 milioni di famiglie, il 9,1%, si trovavano in povertà energetica, valore stabile rispetto al 2023 e il più alto dal 1997[39]. Le famiglie in PE con figli di minore età rappresentano l'11,4% del totale, un dato superiore alla media complessiva, per un totale di almeno **1,1 milione di persone di minore età esposte a questa condizione** (5% in meno rispetto al 2023). Si riduce (-12,5%) anche la quota di famiglie in povertà energetica con adulto di riferimento straniero, mentre resta pressoché invariata la quota delle famiglie con adulto di riferimento italiano (-1,1%). A livello territoriale, si riduce nel Mezzogiorno (- 2%) e nel Centro (- 4%) a fronte di un aumento nel Nord (+ 9%).

È da ricordare poi che le persone di minore età con **disabilità** o bisogni educativi speciali, in **affidamento o comunità** (fuori dalla famiglia d'origine), appartenenti alle comunità **Rom, Sinti e Caminanti** o con background migratorio, spesso affrontano forme di esclusione molteplici e interconnesse, che ne esacerbano lo svantaggio e ne limitano le opportunità di vita.

A questi particolari gruppi vulnerabili di minore età è dedicata una particolare attenzione nel Piano Nazionale per l'attuazione della Garanzia Infanzia e attorno a questi temi il Comitato delle Nazioni Unite pone interrogativi al nostro Paese[40], con specifico riferimento alle misure adottate per facilitare l'accesso ai servizi sociali, alla salute e all'istruzione — in particolare ai servizi educativi e alla cura della prima infanzia e alle misure adottate per garantire che i bambini Rom e le loro famiglie che vivono in insediamenti informali non siano soggetti a sgomberi forzati. Il monitoraggio dell'efficacia delle misure messe in campo anche

[35] Si veda il seguente link.

[36] Per approfondimento si veda il paragrafo "La dispersione scolastico-formativa" del presente Rapporto.

[37] UNICEF Office of Strategy and Evidence – Innocenti, *Unequal chances: Children and economic inequality*, Innocenti Report Card 20, UNICEF Innocenti, Florence, May 2026.

[38] Si tratta di una condizione che la letteratura anglosassone ha efficacemente sintetizzato nell'espressione heat or eat, a indicare il dilemma tra sostenere le spese per il riscaldamento oppure per l'alimentazione. La povertà energetica (cfr. Glossario) è una sorta di moltiplicatore di disagio che non consente alle famiglie l'accesso a servizi energetici essenziali come riscaldare o raffreddare la casa, cucinare, illuminare gli ambienti o utilizzare gli elettrodomestici di base. Il carattere multidimensionale della povertà energetica rende la misurazione complessa e non ancora pienamente consolidata. Cfr. Report annuale ISTAT, la situazione del Paese, pag.96. Si veda il seguente link.

[39] Si veda il seguente link.
Per approfondire modalità di misurazione, si veda il seguente link.

[40] Si veda il seguente link.

grazie alla Strategia nazionale Sinti Rom e Caminanti (2021 - 2031) e il Progetto Nazionale per l'inclusione e l'integrazione delle bambine, dei bambini e degli adolescenti Rom, Sinti e Caminanti (RSC), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali[41] sono complicati da una strutturale mancanza e disorganicità nella raccolta di dati attorno alla popolazione SRC e ai suoi insediamenti,[42]comunque drasticamente ridotti negli ultimi dieci anni[43].

In termini di **risposte organiche di contrasto alla povertà minorile**, ricordiamo in particolare i trasferimenti monetari attraverso l'Assegno Unico e Universale (AUU), strumento strutturale del sistema di welfare familiare, che assicura un sostegno economico mensile ai nuclei con figli a carico, secondo criteri di universalità e progressività e specificatamente utilizza criteri categoriali per individuare la platea dei beneficiari e l'ammontare dell'assegno, valorizzando la presenza di figli di minore età.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** di considerare la necessità di un intervento organico e strutturale di contrasto alla povertà minorile che ne consideri la multidimensionalità e operi con una strategia multilivello, in grado di affiancare ai trasferimenti monetari, servizi e accompagnamento individualizzato, misure di protezione sociale in ambito economico, educativo, sociale e sanitario a tutela del superiore interesse del minore;
2. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, al **Dipartimento per le Politiche della Famiglia** e al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, nel pieno rispetto del principio di sussidiarietà, di valorizzare il ruolo del terzo Settore quale attore fondamentale e imprescindibile per garantire percorsi di sostegno e accompagnamento alle persone di minore età e alle loro famiglie sui territori nel quadro di una comunità educante;
3. Alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri** di incoraggiare una sinergia piena tra i diversi Ministeri coinvolti nella tutela e nella cura delle persone di minore età, ponendo particolare attenzione al realizzarsi di interventi multilivello, che tengano conto anche delle forti disomogeneità geografiche ancora presenti nel Paese tra Nord, Centro e Mezzogiorno e tra aree metropolitane e aree interne, al fine di individuare eventuali correttivi di tali misure nelle politiche di coesione e anche attraverso la Strategia per le aree interne.

[41] Si veda il seguente link.

[42] Si veda il seguente link.

[43] Cfr. Rapporto annuale 2025 Articolo 21.

4. ISTITUTI DI GARANZIA A TUTELA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

In linea con la precedente edizione del Rapporto, si fornisce un aggiornamento sull'attività svolta dall'**Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA)**, con specifico riferimento ai luoghi di confronto con la società civile e con i Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza. Vengono inoltre analizzate l'operatività e la trasparenza nella rendicontazione dell'attività svolta dai Garanti regionali, desumibili dalle Relazioni annuali pubblicate sui rispettivi siti istituzionali, considerate strumenti fondamentali di rendicontazione pubblica come previsto dalle leggi istitutive.

Si richiama in questa sede il posizionamento della Rete europea dei Garanti per l'infanzia e l'adolescenza (*European Network of Ombudspersons for Children – ENOC*) del 2023, dal titolo *Strengthening Independent Children's Rights Institutions and recognising their unique role*, in cui partendo dai principi alla base delle istituzioni indipendenti tra cui indipendenza, autonomia, adeguati poteri e risorse, accessibilità, visibilità e partecipazione, e riconoscendo che hanno il mandato di proteggere e promuovere i diritti di tutte le persone di minore età, vengono indirizzate raccomandazioni sia ai governi, alle istituzioni regionali e locali che agli stessi Garanti per l'Infanzia e l'Adolescenza[44]. In particolare, i Garanti sono chiamati ad agire con indipendenza, in conformità con i principi di Parigi, i principi di Venezia e il Commento Generale n.2 del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia[45].

L'**AGIA** continua a rappresentare il principale organismo nazionale indipendente deputato alla promozione e alla tutela dei diritti delle persone di minore età. La nuova Autorità Garante è stata nominata dal Presidente del Senato della Repubblica e dal Presidente della Camera dei deputati il 14 gennaio 2025, giorno della scadenza del mandato della precedente Autorità. L'attuale Autorità ha presentato la sua prima relazione in Parlamento il 30 settembre 2026[46].

In tale quadro assume particolare rilievo **la Conferenza nazionale per la garanzia dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza,** prevista dalla Legge 112/2011 quale luogo permanente di confronto e coordinamento tra l'AGIA e i Garanti regionali, finalizzato a favorire uniformità di approccio, scambio di buone pratiche e collaborazione sui principali temi riguardanti l'infanzia e l'adolescenza. Nel corso del mandato dell'attuale Autorità Garante la conferenza si è riunita 3 volte: il 2 luglio 2025 in cui si è parlato del rapporto dei minorenni con il digitale e la fragilità dei nuclei familiari; il 12 dicembre 2025 in modalità on line con focus su minorenni stranieri non accompagnati e gli allontanamenti forzosi, e il 20 maggio 2026 in presenza con funzione di coordinamento e aggiornamento[47].

Si evidenzia come buona prassi che il Gruppo CRC ha avuto la possibilità di presentare in videoconferenza, nell'ambito della riunione del 17 dicembre 2025, la pubblicazione "Regioni al centro. Un viaggio nelle disuguaglianze territoriali per promuovere i diritti di bambine, bambini e adolescenti" [48], documento nato dalle presentazioni realizzate a livello regionale della terza edizione del Rapporto "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia – I dati regione per regione"[49].

La **Consulta delle associazioni**, di cui all'art. 8 del DPDM 168/2012, è stata rinominata nel 2025, e a giugno 2026 i componenti hanno ricevuto comunicazione rispetto al tema di lavoro su cui la consulta sarà chiamata a collaborare, relativo a "La povertà relazionale nelle famiglie con figli minorenni". La prima riunione è fissata per il 7 ottobre 2026, e pertanto non è possibile restituire in questa sede un monitoraggio del lavoro di tale organismo. Tuttavia, si evidenzia che sembrerebbe confermata la prassi di avvalersi della Consulta per approfondire e predisporre documentazione in riferimento ad un tema prescelto dall'AGIA, mentre si ritiene che sarebbe prezioso poter valorizzare tale organismo anche per un confronto rispetto all'agenda e le priorità del Paese rispetto all'attuazione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

[44] Adottato dall'ENOC il 21 settembre 2023 alla 27ª Assemblea Generale e Conferenza annuale dei Garanti Europei per l'infanzia e l'adolescenza (ENOC), Si veda il seguente link.

[45] Si evidenzia inoltre lo "Statement" sulla protezione e promozione dei diritti dell'infanzia e adolescenza nelle situazioni di "Alternative care" (2024) e lo "Statement" sulla protezione e promozione del diritto dell'Infanzia alla salute fisica. Tutti i documenti dell'ENOC sono pubblicati al seguente link. Per il Commento Generale n. 2, si veda il seguente link.

[46] Si veda il seguente link.

[47] Si vedano i seguenti link: XXXII Conferenza nazionale per la garanzia dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e XXXIII Conferenza nazionale dei diritti dell'infanzia

[48] Si veda il seguente link.

[49] Si veda il seguente link.

In merito alla promozione della partecipazione dei ragazzi e delle ragazze, come si evince dal sito, l'AGIA ha avviato la **Consulta nazionale delle ragazze e dei ragazzi**[50]**,** che fa seguito alle precedenti esperienze: la Consulta delle ragazze e dei ragazzi, istituita a Roma nel 2018, e il Consiglio nazionale delle ragazze e dei ragazzi (CNRR), realizzato grazie ad un progetto sperimentale che si è svolto nel triennio 2022-2025 e che ha coinvolto circa 50 ragazzi e ragazze provenienti da iniziative di partecipazione organizzate a livello locale o nazionale[51]. La Consulta per il 2026 ha lavorato sul tema "In-dipendenti" rispetto al web e alle sostanze stupefacenti, e a luglio sono state pubblicate sul sito e sui canali social dell'Autorità Garante una serie di raccomandazioni su "dipendenze da sostanze"[52]. Una rappresentanza della Consulta ha partecipato all'edizione 2026 del *Forum Enya (European network of young advisors)* e all'incontro promosso dall'ENOC (*European Network of Ombudspersons for Children*) a Dublino, dedicati al tema della tutela e della promozione dei diritti dei minorenni LGBTQIA+, nonché ai figli di coppie omogenitoriali[53]. Nel corso del 2025-2026 è stata promossa una consultazione relativa a "Guerra e conflitti"[54], che ha suscitato polemiche da parte di alcuni organi di stampa ed educatori a cui l'AGIA ha risposto pubblicamente[55]. Resta fondamentale che l'AGIA mantenga nel tempo un organismo consultivo stabile, che al di là della forma che assume, possa garantire una partecipazione di bambine, bambini e adolescenti autentica come pilastro fondamentale di qualsiasi percorso partecipativo educativo, evitando il rischio del cosiddetto "tokenismo", ovvero la partecipazione puramente simbolica.

Permangono invece criticità legate alla **forte eterogeneità territoriale che continua a caratterizzare il sistema delle garanzie regionali**, sia sul piano normativo che su quello operativo, con differenze significative in termini di autonomia, modalità di nomina o elezione e continuità delle attività svolte.

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti, **tutte le Regioni italiane e le Province autonome si sono dotate di una figura di Garanzia per l'infanzia e l'adolescenza** attraverso specifiche leggi regionali istitutive. Al momento della stesura del presente Rapporto solo in Calabria, la figura del Garante risulta vacante, rischiando di compromettere la continuità delle attività a livello territoriale. Si segnala però che la nomina dei garanti è stata accompagnata in alcuni contesti a polemiche e contrarietà espresse dalla società civile e non solo.

Nonostante tutte le normative regionali prevedano la predisposizione, da parte del Garante, di una **Relazione annuale sulle attività svolte** (nella maggior parte dei casi entro il 31 marzo di ogni anno), permane una significativa disomogeneità rispetto alla pubblicazione e reperibilità di tali documenti. Dalla ricerca effettuata emerge infatti che 13 relazioni sono disponibili online, 5 sono state inviate dai relativi uffici ai fini del presente rapporto, mentre in 3 Regioni (Abruzzo, Sicilia e Umbria) non è stato possibile reperibile alcuna relazione. Si rileva quindi una criticità in termini di rendicontazione dell'attività svolta, che incide sulla possibilità di monitorare in maniera continuativa l'operato dei Garanti territoriali.

Come già proposto nel 13° Rapporto CRC, è stata aggiornata la tabella riepilogativa finalizzata a mettere in evidenza la presenza dei Garanti regionali e la disponibilità delle rispettive Relazioni annuali. Per l'edizione corrente si è deciso di dare rilievo a due elementi di analisi: le modalità di elezione o nomina dei Garanti regionali e l'organizzazione dei corsi per tutori volontari di minorenni stranieri non accompagnati (MSNA), in quanto previsto dalla normativa nazionale (art.11 della Legge 47/2017[56]) e strettamente connessi alle funzioni di tutela attribuite ai Garanti. Si segnala comunque che l'AGIA grazie ai finanziamenti del FAMI ha attivato un progetto di monitoraggio dello stato di attuazione del sistema di tutela volontaria dei minorenni stranieri non accompagnati, che fornisce anche il numero di tutori volontari iscritti negli elenchi istituiti presso i tribunali per i minorenni[57].

[50] Si veda il seguente link.

[51] Si veda il seguente link. Per approfondimenti sul tema si veda paragrafo "Art. 12 CRC (I comma): La partecipazione dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze" del presente Rapporto.

[52] Si veda il seguente link.

[53] Si veda il seguente link.

[54] Si veda il seguente link.

[55] Si veda il seguente link.

[56] L'art. 11 della Legge 47/ 2017 attribuisce ai Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza il compito di selezionare e formare adeguatamente i privati cittadini disponibili ad assumere la tutela di minorenni stranieri non accompagnati, ai fini dell'iscrizione nell'elenco dei tutori volontari istituito presso ogni Tribunale per i minorenni.

[57] Nella dashboard del progetto il dato è aggiornato al 30 giugno

Dall'analisi effettuata emerge che, **ad eccezione della Sicilia**, dove il Garante è nominato dalla Giunta regionale, **in tutte le altre Regioni e Province autonome i Garanti sono eletti o nominati dal Consiglio regionale** (Toscana, Sardegna, Provincia autonoma di Trento, Marche e Calabria). In tal senso, è auspicabile privilegiare procedure di elezione affidate al Consiglio regionale, quale organo rappresentativo dell'insieme delle forze politiche, così da garantire il più ampio consenso istituzionale attorno alla figura del Garante e rafforzarne indipendenza, autorevolezza e autonomia rispetto agli organi esecutivi regionali.

Un ulteriore elemento di eterogeneità riguarda **la durata del mandato** dei Garanti regionali. La normativa regionale prevede infatti soluzioni differenti: in alcune Regioni il Garante resta in carica per tre anni (Veneto e Sardegna), in altre cinque anni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise, Provincia autonoma di Trento, Puglia, Sicilia, Umbria e Valle d'Aosta) o sei anni (Toscana), generalmente con possibilità di una sola rielezione. In altri casi, si prevede che il mandato quinquennale sia indipendente dalla durata del Consiglio regionale, come avviene in Campania; in altre regioni, invece, la durata dell'incarico coincide con quella della legislatura regionale, come in Lombardia, Piemonte e Provincia autonoma di Bolzano.

REGIONE	ULTIMA RELAZIONE ANNUALE DISPONIBILE	MODALITÀ DI ELEZIONE	CORSI PER I TUTORI VOLONTARI (MSNA)
Abruzzo Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza	/	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica cinque anni ed è rieleggibile una sola volta.	/
Basilicata Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza	2025[58]	Il Garante è eletto dal Consiglio Regionale, resta in carica cinque anni e può essere rieletto una sola volta.	Il Garante ha promosso un incontro con i rappresentanti dell'Associazione lucana dei Tutori volontari di minorenni stranieri non accompagnati.
Calabria Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza Al momento della stesura del presente rapporto questa carica risulta **vacante.**	2025[59]	Il Garante è nominato dal Consiglio regionale per un mandato legato alla durata della legislatura, rinnovabile per una sola volta.	Nel febbraio 2025 è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa per la sensibilizzazione e la formazione dei tutori volontari di MSNA.
Campania Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza	2025[60]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica cinque anni, indipendentemente dalla durata del Consiglio regionale, e può essere rieletto una sola volta.	Il 18 marzo 2025 c'è stata l'inaugurazione del 2° corso MSNA e il 20 novembre 2025 la cerimonia di consegna degli attestati di partecipazione al corso della Regione Campania.

[58] Si veda il seguente link.

[59] Si veda il seguente link.

[60] Si veda il seguente link.

Emilia-Romagna Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza	2025[61]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica per cinque anni e non può essere rieletto.	Nel 2025 si è svolta la XII edizione del corso di formazione. 92 sono stati gli aspiranti tutori che hanno confermato la volontà di iscriversi alla formazione, cui si sono aggiunti 5 corsisti che avevano partecipato ai colloqui organizzati negli anni precedenti e che non avevano potuto prendere parte, per un totale di 97, di cui 72 donne e 25 uomini. Dei 90 partecipanti che hanno completato il corso, tutti hanno superato il test finale. 77 di loro hanno formalizzato la volontà di aderire all'elenco delle tutrici e dei tutori volontari detenuto dal TM di Torino.
Friuli-Venezia Giulia Garante regionale dei diritti della persona	2025[62]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica per cinque anni e può essere rieletto una sola volta.	Nel 2025 il Garante ha realizzato la X edizione del percorso di formazione per tutori volontari, svolta in modalità telematica nelle giornate del 1 e 10 aprile e articolata in tre moduli. Dei 64 candidati convocati hanno partecipato in 29 aspiranti Tutori volontari, di cui 27 hanno completato l'intero percorso formativo. Nel corso del 2025, le dichiarazioni di disponibilità all'esercizio della funzione sono state, in tutto, 25. Nel periodo 2017-2025, il Garante ha fornito complessivamente 214 nominativi al Tribunale per i Minorenni di Trieste ma, nel tempo, ne sono stati cancellati almeno 20, in seguito a comunicazioni ufficialmente pervenute.
Lazio Garante regionale dell'infanzia e dell'adolescenza	2023[63]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale con le medesime modalità previste per l'elezione del difensore civico regionale; dura in carica cinque anni e può essere rieletto una sola volta.	La formazione degli aspiranti tutori volontari è stata realizzata attraverso diverse edizioni di un corso. Il percorso formativo della durata di 30 ore è stato articolato in quattro moduli.

[61] Si veda il seguente link.

[62] Si veda il seguente link.

[63] La presente relazione è stata fornita al Gruppo CRC dal Garante ai fini della pubblicazione del presente Rapporto. La relazione attiene alle annualità 2022-2023.

Liguria Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza	2025[64]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale all'inizio di ogni legislatura e resta in carica fino all'insediamento del successore.	Nel 2025 sono stati realizzati due percorsi formativi rivolti ai nuovi tutori: il primo, il 13 e 14 giugno, ha formato 14 tutori; il secondo, organizzato il 17 e 18 ottobre, ha formato 27 tutori. Complessivamente nel 2025 sono stati quindi formati 41 tutori volontari e 38 sono stati iscritti nell'elenco del Tribunale per i minorenni.
Lombardia Garante per la tutela dei Minorenni e delle Fragilità	2024[65]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica per la durata della legislatura in cui è eletto e può essere rieletto una sola volta. In caso di scioglimento anticipato del Consiglio regionale, il Garante cessa dalle funzioni.	Nel 2024 la Commissione ha esaminato 182 candidati tutori volontari di MSNA. La formazione è organizzata in tre moduli per un totale di 26 ore, erogata a distanza in modalità asincrona, e un momento di incontro e confronto in presenza. Alla data del 31 dicembre 2024 si contano 655 tutori iscritti negli elenchi tenuti presso i Tribunali per i Minorenni di Milano e Brescia. Continua ad essere operativa la figura del "tutore referente provinciale", individuata tra tutori senior esperti con funzioni di supporto dei tutori di nuova nomina, in collegamento con il Garante regionale.
Marche Garante regionale dei diritti della persona	2025[66]	Il Garante è nominato dal Consiglio regionale. L'incarico ha durata di cinque anni ed è rinnovabile una sola volta.	Nel 2025 il Garante ha realizzato ad Ancona la VIII edizione del corso di formazione per tutori volontari. Il percorso formativo ha avuto una durata di ventiquattro ore ed era strutturato in tre moduli formativi. I 19 aspiranti tutori partecipanti hanno superato la prova finale e 17 hanno confermato la disponibilità all'iscrizione nell'elenco dei tutori volontari istituito presso il Tribunale per i minorenni di Ancona
Molise Garante Regionale dei Diritti della Persona	2025[67]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale. Il Garante dura in carica cinque anni dalla data del giuramento ed è rieleggibile una sola volta.	L'edizione (2025/2026) del corso di formazione per tutori volontari di MSNA, ha visto la partecipazione di 30 iscritti e si è concluso il 26 febbraio 2026.

[64] La presente relazione è stata fornita al Gruppo CRC dal Garante ai fini della pubblicazione del presente Rapporto.

[65] Si veda il seguente link.

[66] Si veda il seguente link.

[67] La Garante in data 11 luglio 2026 ha inviato ai fini del presente Rapporto una "Sintesi delle attività del garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Molise (giugno-dicembre 2025)" specificando che "Il Garante regionale dei diritti della Persona della Regione Molise è stato nominato con Decreto n.2 del 05/05/2025 del Presidente del Consiglio Regionale del Molise per la durata di 12 mesi […]. Si è, indi, insediato, nello Ufficio presso la Giunta Regionale in via Genova - Campobasso, rimasto scoperto, sino all'esito definitivo del ricorso amministrativo che ha invalidato la nomina del precedente Garante, risalente a 2022. Ciò ha comportato, per la figura oggi in carica, l'onere di riattivare l'Ufficio, rimasto fermo e privo di archivio per circa tre anni."

Piemonte Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza	2025[68]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica per la durata della legislatura regionale ed è rieleggibile una sola volta.	Nel 2025 si è svolta la XII edizione del corso di formazione. Gli iscritti al percorso formativo sono stati 97, di cui 72 donne e 25 uomini. Dei 90 partecipanti che hanno completato il corso (occorreva non eccedere la soglia massima di assenza, fissata al 20% del monte ore complessivo), tutti hanno superato il test finale. 77 di loro hanno formalizzato la propria volontà di aderire all'elenco delle tutrici e dei tutori volontari detenuto dal Tribunale per i minorenni di Torino.
Provincia Autonoma di Bolzano Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza	2025[69]	Il Garante è eletto dal Consiglio provinciale. La sua durata coincide con quella del Consiglio provinciale dal quale è stato eletto. Scaduto il mandato egli continua ad esercitare provvisoriamente le sue funzioni fino alla nomina di un successore.	Al 31 dicembre 2025, erano oltre 50 le tutrici e i tutori attivi iscritti nell'elenco presso il Tribunale per i minorenni di Bolzano. A gennaio si è tenuto un corso base strutturato in un'unica giornata, Hanno partecipato 19 aspiranti tutrici e tutori volontari, 10 hanno fatto richiesta di registrazione presso il Tribunale per i minorenni di Bolzano. Ad ottobre l'Ufficio ha organizzato un corso di approfondimento di una giornata sugli aspetti psicologici e culturali.

[68] Si veda il seguente link.

[69] Si veda il seguente link.

Provincia Autonoma di Trento Garante dei diritti dei minorenni	2024[70]	Il difensore civico è nominato dal Consiglio provinciale non può essere rinominato nella sua carica. Resta in carica cinque anni a decorrere dalla nomina da parte del Consiglio provinciale e continua a esercitare provvisoriamente le sue funzioni fino alla nomina del successore.	L'ufficio del Garante ha organizzato il quarto corso tra febbraio e marzo 2024. Sono stati formati ed inseriti nell'elenco 31 nuovi tutori.
Puglia Garante regionale dei Diritti del Minore	2025[71]	Il Garante per i diritti del Minore è eletto dal Consiglio regionale in seduta plenaria. Riceve un mandato della durata di cinque anni, che è rinnovabile una sola volta.	A gennaio 2025 è stato avviato il corso per aspiranti tutori, volto a fornire gli strumenti giuridici, sociali, psicologici, pedagogici e relazionali utili, e che ha consentito la formazione di 90 tutori volontari. Il corso programmato per il 2026 registra 110 iscritti di cui al 10.09.2026 77 tutori hanno completato il percorso.
Sardegna Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza	2025[72]	Il Garante è nominato dal Consiglio regionale, dura in carica tre anni e può essere rieletto una sola volta.	La formazione nel 2025 ha riguardato 30 nuovi Tutori Volontari per Minorenni Stranieri non Accompagnati, che si aggiungono ai 21 formati nel 2023. Avviata la campagna di sensibilizzazione "Non lasciamoli soli. Scegli di diventare Tutore Volontario", per sensibilizzare la comunità sarda sul valore della funzione volontaria della tutela dei minorenni.
Sicilia Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza	/	Il Garante è nominato dalla Giunta regionale, resta in carica cinque anni e può essere rinominato una sola volta.	/
Toscana Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza	2024[73]	Il Garante è nominato dal Consiglio regionale, resta in carica sei anni e non è immediatamente rieleggibile.	Nel 2024 il Garante ha realizzato il corso di formazione per aspiranti tutori volontari. Il percorso formativo è stato articolato in moduli fenomenologico, giuridico e psicosociale. Il corso, rivolto a un massimo di 50 partecipanti, si è concluso con una prova finale finalizzata ad accertare le competenze necessarie all'esercizio della funzione tutoria. Al termine della procedura, 46 candidati risultati idonei hanno espresso il consenso all'inserimento nell'elenco dei tutori volontari da trasmettere al Tribunale per i minorenni di Firenze.

[70] La presente relazione è stata fornita al Gruppo CRC dal Garante ai fini della pubblicazione del presente Rapporto.

[71] La presente relazione è stata fornita al Gruppo CRC dal Garante ai fini della pubblicazione del presente Rapporto

[72] Si veda il seguente link.

[73] Si veda il seguente link.

Umbria Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza	/	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica cinque anni e non può essere riconfermato.	/
Valle d'Aosta Difensore Civico	2025[74]	Il Consiglio regionale elegge il Difensore civico, resta in carica cinque anni, a decorrere dalla data dell'elezione, e può essere rieletto una sola volta.	I tutori volontari sono in tutto 11 e sono chiamati dal Tribunale dei minorenni di Torino con continuità. È attiva una convenzione con cadenza biennale (ultima valida fino al 31 dicembre 2026), di cooperazione anche con il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Piemonte per disciplinare tutte le azioni necessarie per la selezione e formazione di tutori di MSNA. A settembre 2025, coloro che hanno presentato istanza alla Garante regionale del Piemonte cui spetta la selezione dei candidati, hanno potuto partecipare ad un corso di formazione, per sei sabati consecutivi, con modalità ibrida.
Veneto Garante dei Diritti della Persona	2025[75]	Il Garante è eletto dal Consiglio regionale, resta in carica tre anni ed è rieleggibile.	L'anno 2025 è connotato dall'accesso del Garante al Processo Civile Telematico (P.C.T), che ha enormemente facilitato la procedura di nomina dei tutori volontari. Al 31 dicembre 2025 sono 655 i tutori attivi (63 hanno chiesto nel corso del 2025 la temporanea sospensione). 553 hanno dato la disponibilità ad assumere la tutela di MSNA. Nel 2025 non è stato organizzato un nuovo corso (la sua programmazione è stata posticipata ad aprile 2026), in quanto il numero di risorse già disponibili risultava adeguato a coprire le esigenze del territorio. Si è ritenuto, invece, utile potenziare il supporto ai tutori volontari attivi: consulenze individuali e la realizzazione di specifici incontri in tutto il territorio regionale. È presente una tabella con i dati disaggregati per provincia e analisi casistiche riportate.

[74] Si veda il seguente link.

[75] Si veda il seguente link.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. All'**Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza** di valorizzare la Conferenza nazionale per la garanzia dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, favorendo la collaborazione con i Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza o le figure omologhe attive a livello regionale, e di rendere maggiormente operativa la Consulta delle associazioni affinché rappresenti un luogo di confronto permanente con lo società civile, ed infine di diffondere la conoscenza delle raccomandazioni dell'ENOC;
2. Alle **Regioni** e **Province autonome** di uniformare la normativa per l'istituzione del Garante regionale per infanzia e l'adolescenza: rendendole conformi a quanto previsto a livello nazionale in tema di requisiti di eleggibilità/nomina/incompatibilità e di indipendenza economico/organizzativa; prevedendo meccanismi stabili di consultazione sia dei minorenni che degli enti del Terzo Settore operanti sul territorio, nonché monitorare il rispetto della rendicontazione periodica delle proprie attività.

5. PIANO INFANZIA E ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

Nel documento *List of Issues Prior Reporting (LOIPR)*, il Comitato ONU sui diritti dell'infanzia[76] ha chiesto informazioni dettagliate relativamente al Piano nazionale Infanzia, in particolare sulla partecipazione dei bambini e dei ragazzi nell'elaborazione, sull' attuazione e valutazione del Piano; sulla sua coerenza con la Convenzione e con i Protocolli Opzionali; sulle misure per coinvolgere la responsabilità dei diversi Ministeri ma anche su quelle adottate per garantirne un'effettiva e coerente attuazione da parte delle Regioni e dei Comuni.

Come evidenziato in tutti i Rapporti del Gruppo CRC i Piani Nazionali d'Azione costituiscono strumenti fondamentali per l'attuazione dei diritti dei bambini e degli adolescenti; e si evidenzia che negli ultimi tre anni sono stati rinnovati i Piani direttamente o indirettamente destinati ai bambini ed agli adolescenti che vivono in Italia[77].

Grazie ai lavori dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (ONIA), sempre con l'assistenza tecnica dell'Istituto degli Innocenti, è stato adottato il "**6° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva**" (c.d. Piano nazionale infanzia e adolescenza)[78]. La scelta dell'autorità politica preposta, la Ministra per la famiglia e le pari opportunità, è stata quella di concentrarsi su alcune linee di intervento: Genitorialità, Educazione, Salute, con un'attenzione trasversale alla raccolta dati e all'integrazione tra i tre Piani la cui stesura è coordinata dal Dipartimento Politiche per la famiglia. In sintesi, viene data centralità ai Centri per le famiglie, una positiva attenzione ai preadolescenti ed agli adolescenti, non soltanto ai bambini più piccoli, anche prendendo in considerazione il tema dell'educazione digitale, così come la promozione dell'affidamento familiare, la violenza di genere, l'isolamento sociale, la salute mentale e le dipendenze. In particolare, si evidenzia la centralità accordata all'affidamento familia-

[76] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, List of Issues Prior to Reporting (LOIPR), 2026. Si veda il seguente link.

[77] Gruppo CRC, II Piano Nazionale Infanzia, con riferimento al 2022 e 2023. Si veda il seguente link.

[78] Si veda il seguente link.

re, mentre manca un'altrettanta positiva attenzione al sistema di accoglienza residenziale. Il nuovo Piano contiene, come novità rispetto ai precedenti lavori, la restituzione del monitoraggio realizzato dalle Amministrazioni competenti, dello **stato di attuazione del 5° Piano nazionale infanzia e adolescenza**. Nonostante l'evoluzione positiva, si evidenzia, la necessità che la fase di monitoraggio e valutazione possa precedere la stesura del Piano successivo e che diventi permanente. Nel merito dell'attuazione, sono poche le azioni totalmente realizzate: 13% sono le azioni non realizzate, 19% hanno realizzato prodotti inferiori rispetto a quelli previsti; 36% totalità o quasi totalità delle azioni realizzate, 16% ottenuti maggiori risultati rispetto a quelli previsti.

Va inoltre richiamato il fatto che, proprio la scelta di tali macro tematiche, ha comportato una ridefinizione dei Gruppi di Lavoro in cui si è strutturato il 6° Piano nazionale infanzia e adolescenza, rispetto a quelli del 5°, fattore che ha inciso sulla possibilità di proseguire l'attività di definizione di politiche nel quadro di un solco tracciato, rischiando di compromettere la continuità nelle azioni realizzate nell'ambito di questo strumento di programmazione. Ciò costituisce un elemento che rischia di impattare sulla definizione di politiche per l'infanzia e l'adolescenza effettivamente fondate su una conoscenza e monitoraggio di lungo periodo dei bisogni di bambini e adolescenti: ad ogni nuovo Governo consegue un nuovo approccio alla costruzione del Piano nazionale infanzia e adolescenza.

Si evidenzia, altresì, la mancanza totale di coinvolgimento dei bambini e degli adolescenti nella definizione del Piano, realizzando un arretramento rispetto alla precedente edizione del Piano e un mancato rispetto di quanto previsto dalle "Linee guida per la partecipazione di bambine, bambini, ragazze e ragazzi" formalmente adottate[79], che si auspica possa essere recuperato nella fase di monitoraggio del Piano.

Come anticipato anche gli altri due Piani coordinati dal DIPOFAM sono stati adottati nello stesso periodo temporale, per garantire un approccio integrato e coordinato: il **Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minorenni 2025-2027**, predisposto e approvato dall'Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile[80]; il **Piano nazionale per la famiglia** 2025-2027, predisposto e approvato dall'Osservatorio nazionale sulla famiglia[81].

Sono continuate le attività per dare attuazione al **Piano di Azione Nazionale per l'attuazione della Garanzia Infanzia (PANGI)**[82], in attuazione delle Raccomandazione sulla Garanzia per l'infanzia istituita dal Consiglio dell'Unione europea per individuare approcci innovativi di prevenzione e contrasto della povertà minorile e dell'esclusione sociale. Dopo il primo Rapporto di Monitoraggio realizzato nel 2024[83], nel 2026 è stato prodotto il secondo Rapporto di Monitoraggio[84].

Ruolo chiave dovrebbe averlo la Cabina di Regia[85], che funge da raccordo anche con lo ***Youth Advisory Board*** (YAB), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e affidato all'UNICEF sin dalla fase sperimentale per promuovere l'ascolto e la partecipazione di bambini e ragazzi nel processo di redazione, attuazione e monitoraggio del PANGI. Lo *Youth Advisory Board* (YAB)[86], è composto da ragazzi e ragazze che vivono in Italia, ed è ora divenuto una realtà permanente di affiancamento del percorso della Child Guarantee in Italia[87], grazie al finanziamento strutturale con fondi a valere sul PON Inclusione, mantenendo una cadenza costante di incontri[88] e il raccordo con la dimensione

[79] Si veda il seguente link.

[80] Si veda il seguente link.

[81] Si veda il seguente link.

[82] Si veda il seguente link.

[83] Si veda il seguente link.

[84] Si veda il seguente link.

[85] Si veda il seguente link. Si evidenzia la mancata convocazione regolare di tale Cabina di Regia, così come il mancato adeguato coinvolgimento della società civile organizzata.

[86] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio, grazie al supporto tecnico dell'Istituto degli Innocenti e dell'UNICEF. Si veda il seguente link.

[87] Si veda il seguente link.

[88] Si veda il seguente link.

europea[89]. È prevista inoltre una sperimentazione dello YAB a livello regionale.

Segnaliamo inoltre i seguenti altri Piani Nazionali d'Azione adottati in seno al lavoro di altri Ministeri, che hanno comunque i bambini e gli adolescenti come destinatari, anche se indiretti e alla stesura dei quali partecipa anche la società civile organizzata:

- Il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi sociali 2024-2026[90], coordinato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- Il Piano d'Azione Nazionale su Impresa e Diritti Umani 2021-2026[91], elaborato presso il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale;
- Il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2025-2027[92];
- Il Piano d'Azione su "Donne, Pace e Sicurezza 2025-2029"[93] elaborato presso il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale;
- Il Piano d'Azione su "Giovani, Pace e Sicurezza"2026-2029[94] elaborato presso il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale;
- la Strategia Nazionale per l'inclusione della popolazione Rom e Sinta[95], la cui attuazione è coordinata dall'UNAR;
- Il Piano Nazionale D'Azione contro la Tratta e il grave sfruttamento 2022-2025[96], la cui stesura è facilitata dal Dipartimento per le Pari Opportunità;
- Il Piano d'azione triennale sulla disabilità[97], elaborato presso il Ministero della Disabilità.

Una menzione al latere merita il **Piano nazionale contro il razzismo, la xenofobia e l'intolleranza**. Nel precedente Rapporto avevamo menzionato la necessità della sua adozione alla luce anche delle indicazioni della Commissione europea e del Consiglio d'Europa. Il Piano è stato adottato nel 2025 e si concentra su questi assi: lavoro, abitazione, istruzione, salute, sicurezza e comunicazione, anche se non è chiaro il periodo di vigenza.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Alle **Amministrazioni coinvolte** di rafforzare le azioni sinergiche e il coordinamento nell'attuazione di quanto previsto dai Piani, realizzando puntuali azioni di monitoraggio e valutazione delle azioni attuate sulla base degli obiettivi perseguiti, affinché tali fasi finali possano contribuire alla stesura dei Piani successivi;
2. Alle **Amministrazioni coinvolte**, di garantire sempre il coinvolgimento delle persone di minore età, sia nella fase di elaborazione che di valutazione delle azioni dei Piani loro dedicate;
3. Alle **Amministrazioni coinvolte**, di promuovere il pieno coinvolgimento delle Regioni e degli Enti locali, realizzando attività di diffusione dei Piani, occasioni di formazione congiunte, coinvolgimento nell'attuazione e nel monitoraggio delle azioni previste.

[89] Si veda il seguente link.

[90] Si veda il seguente link.

[91] Il secondo Piano d'Azione Nazionale su Impresa e Diritti Umani 2021-2026 è stato curato e approvato dal Comitato Interministeriale per i Diritti Umani a dicembre 2021. Si veda il seguente link.

[92] Si veda il seguente link.

[93] Si veda il seguente link.

[94] Si veda il seguente link.

[95] I lavori di redazione del c.d. Piano Antirazzismo e della Strategia Nazionale di inclusione sono stati avviati nel 2021 dall'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni razziali del Dipartimento per le Pari Opportunità.

[96] Si veda il seguente link .

[97] Si veda il seguente link.

6. LEGISLAZIONE ITALIANA

In ambito civile

L'istituzione di un unico tribunale denominato «*per le persone, per i minorenni e per le famiglie*», destinato ad occuparsi, nelle sue diverse articolazioni sezionali, di tutte le materie ora ripartite fra tribunale ordinario, tribunale per i minorenni e giudice tutelare, era in origine previsto per ottobre 2024, due anni dopo la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della riforma Cartabia[98]. In questo lasso di tempo si sarebbe dovuto procedere alla revisione delle piante organiche e alle altre misure organizzative necessarie per far partire il tribunale unico; era infatti previsto che fosse istituito in ogni sede di corte d'appello o di sezione distaccata e che fosse articolato in una sezione distrettuale e in una o più sezioni circondariali. La sua attuazione è stata posticipata a causa di difficoltà organizzative e finanziarie e, da ultimo, con il Decreto-legge 117/2025 è stata ufficializzata la proroga all'ottobre 2026, accompagnata da una proposta di revisione strutturale del progetto[99]. **Il rito unico e le norme procedurali per le famiglie sono tuttavia già in vigore dal 28 febbraio 2023.**

Il c.d. **correttivo Cartabia** (d.lgs. 164/2024) è intervenuto ad integrazione della riforma Cartabia con l'obiettivo di **rendere maggiormente efficiente il sistema giudiziario**, con importanti riverberi anche, e soprattutto, in materia familiare e minorile. Come spesso accade con le grandi riforme, la fase di prima applicazione della riforma Cartabia ha fatto emergere criticità interpretative, lacune e incongruenze che il legislatore ha ritenuto necessario sanare.

Tra le modifiche di maggiore rilievo si segnala: **l'art. 473-bis c.p.c.**, che vede, in particolar modo, il mutamento del rito: se un procedimento è stato avviato con modalità non corrette, il giudice potrà **disporre d'ufficio il mutamento del rito** entro la prima udienza, con ciò ottimizzando i tempi processuali e riducendo il rischio di inammissibilità; l'art. 473-bis.15 c.p.c., che stabilisce la competenza del giudice monocratico in materia di **conferma, modifica o revoca dei provvedimenti indifferibili** nonché la reclamabilità dell'ordinanza che conferma, modifica o revoca il provvedimento indifferibile soltanto unitamente all'ordinanza contenente i provvedimenti provvisori e urgenti emessa dal Giudice Delegato ai sensi dell'art. 473 bis. 22 c.p.c. a seguito della comparizione delle parti nel procedimento di merito, l'art. 473 bis. 14 c.p.c. la possibilità di abbreviare i termini di comparizione e i termini per il deposito delle memorie difensive.

Viene chiarito che sono **reclamabili in Corte d'Appello** sia i provvedimenti temporanei e urgenti emessi dal Giudice Delegato ex art. 473 bis. 22 c.p.c. sia i successivi provvedimenti emessi in corso di causa che sospendano o introducano sostanziali limitazioni alla responsabilità genitoriale, nonché quelli che prevedano sostanziali modifiche dell'affidamento e della collocazione dei minorenni o ne prevedano l'affidamento a terzi. Si introduce, all'art. 473 bis. 34 c.p.c. la possibilità di proporre **reclami contro i provvedimenti temporanei anche alle decisioni emesse dalla Corte d'appello**, che deciderà sui reclami stessi ma in composizione diversa.

Si chiarisce meglio, all'art. 473 bis. 38 c.p.c. la questione del **Giudice competente per l'attuazione dei provvedimenti sull'affidamento** sulla base della pendenza del procedimento avente ad oggetto la titolarità o l'esercizio della responsabilità genitoriale.

Il correttivo ha altresì specificato il ruolo del giudice tutelare e dei servizi sociali nell'ambito di applicazione della Legge 184/1983. Complessivamente, l'obiettivo del legislatore è stato quello di **risolvere incertezze applicative e garantire una transizione più fluida al nuovo rito unificato.**

In attesa di sapere se verrà o meno attuata l'istituzione di tribunale unico si sottolinea l'urgenza di superare la frammentazione degli interventi tra le diverse Autori-

[98] D.lgs. 149/2022.

[99] Le criticità che hanno impedito l'avvio della riforma sono profonde e mai risolte. In primo luogo, l'introduzione del nuovo rito unico per tutti i procedimenti inerenti le relazioni familiari, in vigore dal 2023, ha sovraccaricato gli uffici giudiziari. Le nuove procedure d'urgenza hanno assorbito la maggior parte delle energie, causando un inevitabile rallentamento di tutti gli altri procedimenti civili. Questo sovraccarico di lavoro si scontra con il principio dell'invarianza finanziaria che ha impedito di stanziare i fondi necessari per adeguare gli organici. A ciò si aggiungono le difficoltà della digitalizzazione: i sistemi informatici dei tribunali per i minorenni sono obsoleti, non dialogano con quelli dei tribunali ordinari e rendono impossibile un efficiente scambio di fascicoli.

tà giudiziarie per garantire una tutela unitaria, effettiva, tempestiva e integrata dei diritti delle persone di età minore coinvolte **in situazioni di violenza, abuso o grave pregiudizio familiare.**

La Riforma Cartabia e le recenti modifiche normative hanno già introdotto importanti strumenti di sinergia tra le diverse Autorità giudiziarie, prevedendo uno scambio informativo più tempestivo e l'adozione di provvedimenti calibrati sulle esigenze del caso concreto. L'art. 38 delle disposizioni di attuazione del codice civile, che attribuisce al Tribunale ordinario la competenza sui procedimenti ex articoli 330 e 333 del codice civile in presenza di giudizi di separazione o affidamento, rende **indispensabile un raccordo efficace con la Procura minorile,** spesso colei che dà impulso al procedimento dinanzi al Tribunale per i minorenni. Allo stesso modo, l'art. 609-decies c.p. impone alla Procura ordinaria di segnalare tempestivamente alla Procura minorile ogni situazione di violenza, anche assistita, in cui siano coinvolti minorenni, permettendo così l'attivazione immediata di misure di protezione civile accanto alle iniziative penali. Il coordinamento tra le Autorità giudiziarie riveste un ruolo centrale anche nella prevenzione della vittimizzazione secondaria: la condivisione degli atti, il raccordo nell'ascolto del minorenne e il ricorso all'incidente probatorio congiunto evitano duplicazioni e ulteriori traumi, garantendo il rispetto della dignità del fanciullo e consentendo al giudice civile di valorizzare pienamente le risultanze già acquisite in sede penale.

È però necessario, anche attraverso l'adozione di Protocolli[100], rendere effettive tali previsioni, investendo nel potenziamento degli organici e in una formazione multidisciplinare continua di magistrati, avvocati, operatori sociali e consulenti, affinché il sistema giustizia sia realmente "a misura di minore" e capace di rispondere in modo adeguato ai suoi bisogni relazionali e di tutela.

La **Legge 70/ 2024,** mira a rafforzare le misure di prevenzione e intervento, ampliando le tutele previste dalla precedente Legge 71/2017 che si concentrava sulla rimozione dei contenuti online (cyberbullismo), mentre a Legge 70/2024 include in modo più strutturato anche il bullismo "tradizionale"[101].

Con la **Legge 37/ 2026**, il legislatore è intervenuto sulla disciplina dell'affidamento familiare introducendo strumenti di rilevazione, monitoraggio e controllo dei collocamenti dei minorenni, introducendo all'interno della Legge 184/1983, l'art. 5-ter, che prevede l'istituzione, presso il Dipartimento per le politiche della famiglia, del "Registro nazionale delle famiglie affidatarie, delle comunità e degli istituti di assistenza" (termine desueto atteso che la soppressione degli istituti di assistenza all'infanzia risale al 1975) oltre all'Osservatorio nazionale sugli istituti di assistenza pubblici e privati, sulle comunità di tipo familiare e sulle famiglie affidatarie. Il legislatore introduce anche, mediante l'art. 9-bis, registri presso ciascun tribunale per i minorenni e tribunale ordinario e l'istituzione del registro nazionale delle famiglie affidatarie, delle comunità di tipo familiare e degli istituti di assistenza[102].
Occorre qui segnalare che l'attuale contesto normativo prevede già adeguate forme di controllo attraverso l'attività di vigilanza attribuita alle regioni. Inoltre, ai sensi dall'art. 9, comma 3 della Legge183/1984, il procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, può disporre ispezioni nelle comunità e "Può procedere a ispezioni straordinarie in ogni tempo". Non è chiaro inoltre la motivazione inerente l'Istituzione di un nuovo Osservatorio che si andrebbe ad aggiungere a quelli già in funzione (segnatamente l'Osservatorio nazionale Infanzia e Adolescenza Osservatorio famiglia e l'Osservatorio per il contrasto della pedofilia e

[100] Si porta ad esempio il protocollo di coordinamento tra le Procure della Repubblica del Distretto di Corte d'Appello di Torino e la Procura presso il Tribunale per i minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta disponibile al seguente link.

[101] Per approfondimento si veda il paragrafo "*Bullismo e cyberbullismo a scuola*" del presente Rapporto.

[102] Art. 9 bis: La cancelleria annota, per ciascun minore, gli estremi dei provvedimenti di collocamento, le eventuali collocazioni protette, gli incontri con i familiari, nonché i provvedimenti di modifica o revoca. È altresì prevista l'indicazione dell'eventuale qualificazione del minore come portatore di bisogni speciali. La disposizione attribuisce alla cancelleria la responsabilità della tenuta del registro e prevede la trasmissione trimestrale di dati numerici al Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità, ai fini del monitoraggio dei fenomeni di disagio Sul piano finanziario, l'art. 3 della Legge 37/2026 individua specifiche risorse per l'istituzione e il funzionamento dei registri e dell'Osservatorio, a valere sul Fondo per le politiche della famiglia, nonché mediante riduzione di stanziamenti del fondo speciale del Ministero dell'economia e delle finanze. Resta fermo il principio dell'invarianza finanziaria per le ulteriori attività amministrative. Quindi nulla dice in merito all'incremento del personale di cancelleria che per l'attuazione del registro dovrà inevitabilmente essere previsto.

della pornografia minorile).

Si segnalano, infine, le criticità strutturali del **disegno di legge S. 1831** "**Disposizioni in materia di allontanamento del minore"**[103] che introdurrebbe nel codice di procedura civile il nuovo articolo 473-bis.25.1, subordinando l'adozione dei provvedimenti di allontanamento del minorenne ex articoli 330 e 333 del codice civile all'espletamento obbligatorio di una consulenza tecnica d'ufficio collegiale affidata a specifiche figure professionali. Il testo proposto presenta profili di sostanziale **inapplicabilità pratica** e rischi concreti di **paralisi del sistema di protezione dei minorenni**, in contraddizione con gli obiettivi dichiarati.

In ambito penale

Le novità di maggior rilievo sono quelle introdotte con il **Decreto-legge 123/2023** "Misure urgenti di contrasto al disagio giovanile, alla povertà educativa e alla criminalità minorile, nonché per la sicurezza dei minorenni in ambito digitale", cd. "decreto Caivano"[104]. Tale decreto ha inciso sensibilmente sul sistema delle misure cautelari previsto dal DPR 448/88 per i reati commessi dai minorenni, ampliando da un lato il novero delle fattispecie per cui sono consentite le misure cautelari, compresa la custodia in carcere, e prolungando dall'altro la durata massima delle misure stesse[105]; ha disciplinato inoltre in modo più afflittivo l'aggravamento della misura dal collocamento in comunità alla custodia in carcere. Ha introdotto un nuovo istituto denominato "Percorso di rieducazione del minore" su iniziativa del Pubblico Ministero nella fase delle indagini preliminari; la norma che è stata già oggetto di intervento della Corte Costituzionale[106] ha mantenuto comunque una formulazione poco felice e ha trovato scarsa applicazione.

La legge di conversione ha inciso sull'istituto della messa alla prova, escludendone l'applicabilità per alcuni reati[107]; tale modifica è stata fortemente criticata da tutti gli operatori del settore, sia perché in contrasto con il principio – fondamentale nel sistema minorile - di personalizzazione dei provvedimenti e non automatismo delle norme, sia perché l'istituto della messa alla prova è risultato negli anni particolarmente efficace per aiutare il cambiamento e la crescita, anche in situazioni gravi e complesse, con riduzione del rischio di recidiva.

La disposizione modificata relativa al reato di violenza sessuale è stata portata all'attenzione della Corte Costituzionale da diversi Tribunali per i Minorenni e a fine 2025 la Corte si è pronunciata con una sentenza di parziale illegittimità, riaprendo alla possibilità della messa alla prova per il reato di violenza sessuale quando, pur con le aggravanti, si rientri in un caso di minor gravità[108]. Il Decreto Caivano ha anche ampliato la possibilità di trasferire nel circuito penitenziario degli adulti i ragazzi detenuti in IPM condannati per reati commessi da minorenne.[109]

Lo stesso Decreto ha aggravato le pene in materia di armi e ha introdotto, per gli esercenti la responsabilità genitoriale, un nuovo delitto, ex art. 570-ter cp, relativo all' Inosservanza dell'obbligo dell'istruzione dei minorenni.

[103] Si veda il seguente link.

[104] Tale decreto è stato convertito, con modificazioni, con Legge 159/2023.

[105] I termini di durata massima delle misure cautelari previsti dall'articolo 303 del cpp sono ora ridotte di un terzo (era la metà) per i reati commessi da minorenni degli anni diciotto e della metà (era due terzi) per quelli commessi da minorenni degli anni sedici.

[106] V. sentenza della Corte Costituzionale n. 23 del 07/03/2025. Si vedano il seguente link.

[107] Viene esclusa la possibilità di messa alla prova per i "delitti previsti dall'articolo 575 del codice penale, limitatamente alle ipotesi aggravate ai sensi dell' articolo 576, dagli articoli 609-bis e 609 octies del codice penale, limitatamente alle ipotesi aggravate ai sensi dell'articolo 609-ter, e dall'articolo 628, terzo comma, numeri 2), 3) e 3-quinquies), del codice penale." Le ipotesi di maggior rilievo riguardano l'omicidio commesso in danno dell'ascendente, la violenza sessuale e la violenza sessuale di gruppo in danno di persona di età minore.

[108] V. sentenza della Corte Costituzionale n. 203 del 23/09/2025 (depositata il 29/12/2025). Si vedano i seguenti link: link **1** e link **2**.

[109] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Minorenni in stato di detenzione e sottoposti a misure alternative" del presente Rapporto.

L'impostazione dichiaratamente repressiva del decreto ha portato anche **all'ampliamento dei casi di misure di prevenzione**[110] che il Questore può adottare nei confronti dei minorenni, addirittura a partire dai dodici anni di età, senza alcun vaglio circa la personalità e la situazione del ragazzo e senza prevedere alcun coinvolgimento dei servizi sociali, con ciò ponendosi in netto contrasto con i principi del diritto minorile.

Il ricorso a divieti e misure di prevenzione del Prefetto e Questore e all'inasprimento delle sanzioni penali (in particolare in tema di armi bianche) come strategia elettiva per la gestione della devianza minorile è stato confermato anche dal recente **Decreto-legge 23/2026** cd "Sicurezza" (convertito con Legge 54/2026)[111], anche in questo caso, come per le modifiche introdotte con il Decreto Caivano, "senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica", distogliendo così l'attenzione rispetto all'obiettivo di interventi centrati su prevenzione sociale, diritti ed inclusione.

Di segno opposto appaiono invece le modifiche introdotte con la "**Disciplina organica della giustizia riparativa**" della riforma Cartabia[112], che hanno meglio disegnato, ampliandole e precisandone anche gli aspetti applicativi, le interessanti esperienze di giustizia riparativa, nate proprio nell'ambito penale minorile[113] . Nella direzione di interventi non solo repressivi, va segnalata anche la modifica dell'art. 25 del RDL n. 1404/1934 contenuta nella **Legge 70/2024** "Disposizioni e delega al Governo in materia di prevenzione e contrasto del bullismo e del cyberbullismo"[114]. Tale riforma, pur riproponendo la dicitura "misure rieducative", ritenuta superata dalla miglior letteratura pedagogica, ha rivitalizzato lo strumento dei provvedimenti amministrativi del Tribunale per i Minorenni; ha però introdotto una procedura in più fasi e costruita sui casi di bullismo e cyberbullismo, che rischia di indebolire l'incisività e la tempestività di interventi di sostegno, educativi e di cura per adolescenti e preadolescenti in difficoltà.

Da ultimo, si segnala la **Legge 181/2025** "Introduzione del delitto di femminicidio e altri interventi normativi per il contrasto alla violenza nei confronti delle donne e per la tutela delle vittime"[115], che contiene alcune disposizioni di specifico interesse per i minorenni quali il rafforzamento delle tutele per gli orfani di femminicidio e, sul piano processuale, il passaggio al Tribunale in composizione monocratica della competenza sui procedimenti per i reati di maltrattamenti in famiglia (art. 572 cp) e di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti (art. 612 ter cp). chiederebbero un intervento immediato a tutela di quel minorenne.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** di investire risorse nel settore del Welfare e della Giustizia minorile, prevedendo l'implementazione di organici, l'effettiva attuazione di un procedimento telematico unitario presso le autorità giudiziarie e le procure, l'adeguata e continua formazione multidisciplinare di tutti gli operatori del settore.

[110] Oltre al già noto cosiddetto DASPO (Divieto di accesso ai luoghi dove si svolgono manifestazioni sportive) sono stati ampliati per i minorenni i casi di provvedimenti del Questore di divieto di accesso in taluni luoghi o zone urbane o in taluni locali, i casi di avviso orale e di ammonimento del Questore, anche per i dodicenni, con il solo coinvolgimento degli esercenti la responsabilità genitoriale e, in alcuni casi, la comunicazione all'A.G. minorile ma solo a titolo informativo.

[111] In G.U. n. 95 del 24/04/2026 il testo coordinato del DL 23/26 con la Legge di conversione n. 54/26.

[112] cfr. Decreto Legislativo n. 150 del 2022, Titolo IV, artt. 42 e seguenti

[113] In materia si segnalano le Linee di indirizzo del Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità in materia di Giustizia riparativa e tutela delle vittime di reato del maggio 2019. Si veda il seguente link e l'indagine dell'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza, disponibile al seguente link.

[114] La Legge, pubblicata in G. U. n. 125 del 30/05/2024, ha modificato la precedente Legge 71/2017. Con Decreto Legislativo 99/2025 (pubblicato in G.U. n. 150 del 01/07/2025) sono state varate le misure attuative della Legge.

[115] Pubblicata in G.U. n. 280 del 02/12/2025.

CAPITOLO I - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)





Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile











IN SINTESI

Le tematiche affrontate in questo capitolo restituiscono un quadro complesso delle misure generali di attuazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. L'analisi evidenzia la pluralità di risorse, strumenti di programmazione e interventi normativi destinati a incidere sulla condizione e sui diritti delle persone di minore età, ma anche la difficoltà di ricostruirne in modo organico l'effettivo impatto e garantire un efficace coordinamento. Se da un lato l'adozione e l'aggiornamento di importanti strumenti di programmazione nazionale costituiscono un riferimento per comprendere le priorità e le azioni intraprese dalle singole amministrazioni, permangono criticità connesse alla frammentazione delle politiche e alla disponibilità di sistemi di monitoraggio e valutazione adeguati.
Particolare preoccupazione continua, inoltre, a destare l'ampia diffusione della povertà minorile e delle disuguaglianze sociali e territoriali, che incidono concretamente sull'esigibilità dei diritti delle persone di minore età che vivono in Italia.

I DATI RACCONTANO

4 miliardi
PON INCLUSIONE 2021-2027

56 milioni
RISORSE AICS PER MARKER MINORI

1,283* milioni
DI MINORENNI IN POVERTÀ ASSOLUTA NEL 2024

36%
DELLE AZIONI DEL 5° PNIA SONO STATE REALIZZATE

* In corso di stampa sono stati pubblicati i dati ISTAT per il 2025, che registrano oltre 1 milione e 136 mila minorenni in povertà assoluta.

25 ANNI DOPO

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- **2006**: avvio della **serie storica sulla povertà minorile**, che consente di monitorare nel tempo l'evoluzione del fenomeno.
- **2011**: istituzione dell'**Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza** (Legge 112/2011) e progressivo completamento della rete dei Garanti regionali e delle Province autonome.
- **2016**: istituzione del **Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile** e della **Fondazione Con i Bambini**, che sostiene migliaia di progetti in tutto il territorio nazionale.
- **2021**: adozione della **Garanzia europea per l'infanzia (Child Guarantee)** con Raccomandazione (UE) 2021/1004 del Consiglio dell'Unione europea.
- **2022**: introduzione dell'**Assegno Unico e Universale** (d.lgs. 230/2021), che ha accorpato le principali misure di sostegno economico alle famiglie con figli.
- **2023**: istituzione della **Commissione scientifica interistituzionale dell'ISTAT sulla povertà educativa**, finalizzata alla definizione di un sistema di indicatori per monitorarne l'andamento nel tempo.
- **2025-2027** convergenza temporale dei principali strumenti di programmazione nazionale (6° Piano Infanzia, Piano Nazionale per la Famiglia e Piano nazionale contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori).
- **Adozione di importanti norme in specifici ambiti di tutela** (tra cui il contrasto al bullismo e al cyberbullismo, affidamenti familiari, la tutela delle vittime di violenza domestica e di genere e il rafforzamento di alcuni strumenti di giustizia riparativa).

SFIDE

- Difficoltà nel monitoraggio della spesa per infanzia e adolescenza, a causa della frammentazione delle fonti di finanziamento.
- Mancato riconoscimento esplicito dell'infanzia e dell'adolescenza come priorità tematica autonoma della cooperazione italiana allo sviluppo.
- Persistenza di livelli elevati di povertà assoluta minorile.
- Forti disuguaglianze territoriali e sociali, tra Nord e Sud, aree urbane e interne, famiglie.
- Povertà educativa ancora diffusa, nonostante i progressi registrati nella riduzione della dispersione scolastica.
- Disomogeneità tra i Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza, in termini di requisiti, nomina, indipendenza e risorse.
- Limitata partecipazione di bambini e adolescenti ai processi di definizione delle politiche che li riguardano, incluso il 6° Piano Nazionale Infanzia.

LE PRIORITÀ

Al **Governo** di procedere alla sistematizzazione delle diverse misure destinate all'infanzia e all'adolescenza, assicurando un monitoraggio trasparente delle risorse impiegate;

Alla **Presidenza del Consiglio dei ministri** di incoraggiare una sinergia tra i diversi Ministeri coinvolti nella tutela e nella cura delle persone di minore età, ponendo particolare attenzione al realizzarsi di interventi multilivello, che tengano conto anche delle forti disomogeneità geografiche ancora presenti nel Paese tra Nord, Centro e Mezzogiorno e tra aree metropolitane e aree interne, al fine di individuare eventuali correttivi di tali misure nelle politiche di coesione e anche attraverso la Strategia per le aree interne.

Al **Governo** di investire risorse nel settore del Welfare e della Giustizia minorile, prevedendo l'implementazione di organici, l'effettiva attuazione di un procedimento telematico unitario presso le autorità giudiziarie e le procure, l'adeguata e continua formazione multidisciplinare di tutti gli operatori del settore.

Capitolo II
PRINCIPI GENERALI DELLA CRC

1. ART. 2 CRC: IL PRINCIPIO DI NON DISCRIMINAZIONE

L'art. 2 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) sancisce il diritto di ogni persona di minore età a godere di tutti i diritti riconosciuti dalla Convenzione senza discriminazioni di alcun tipo. Per assicurarne la piena attuazione, è necessario adottare una **prospettiva intersezionale**, che riconosca come le discriminazioni possano sommarsi e intrecciarsi, in relazione a origine, identità, lingua, religione, genere, orientamento sessuale, status migratorio, disabilità, condizione economica e sociale e contesto territoriale, producendo svantaggi specifici che incidono concretamente sulle opportunità di vita delle persone di minore età.

Questa prospettiva consente quindi di analizzare non soltanto le discriminazioni dirette, ma anche quelle indirette e strutturali che continuano a incidere sulle opportunità di sviluppo, partecipazione e inclusione delle persone di minore età.

Con riferimento alle **discriminazioni fondate sull'origine etnica**, tra i principali strumenti programmatici recentemente adottati in Italia per il contrasto alle discriminazioni figura il Piano contro il razzismo, la xenofobia e l'intolleranza, adottato dall'UNAR il 23 maggio 2025[1]. Esso prevede un modello di governance multilivello che coinvolge istituzioni pubbliche, parti sociali e società civile per costruire una cultura del rispetto e dell'integrazione, che combina prevenzione, educazione e tutela. Pur considerando positivamente le azioni previste dal Piano, si evidenzia che non avendo previsto un fondo ad hoc per il suo finanziamento si teme, un'applicazione frammentata e parziale di quanto previsto. In assenza di risorse dedicate e stabili, infatti, l'effettiva implementazione degli interventi rischia di dipendere in modo disomogeneo dalle capacità organizzative e finanziarie dei singoli territori.

La condizione economica può essere un fattore di discriminazione rilevante per l'infanzia e l'adolescenza in un paese che non offre servizi universali di welfare di prossimità. Quasi 1,3 milioni di minorenni in Italia nel 2024 risultano in situazione di povertà assoluta, secondo i dati ISTAT[2]. Secondo i dati diffusi dall'ISTAT ad aprile 2026, il 6,5% delle famiglie con almeno un minorenne (pari a una famiglia su 15) è in condizione di grave deprivazione, percentuale che raggiunge il 17% nelle famiglie con tre o più figli minorenni, in crescita di quasi 7 punti percentuali dal 10,4% del 2024. La povertà rappresenta infatti un **fenomeno multidimensionale**, che non riguarda soltanto le condizioni economiche, ma anche l'accesso dei minorenni a opportunità educative, culturali, sociali e sanitarie di qualità. Poiché le iniziative educative e i servizi di welfare a sostegno delle persone minorenni più vulnerabili hanno una diffusione territoriale a macchia di leopardo, vi è una differenza di possibilità di accesso ai servizi.

Per quanto riguarda le **discriminazioni di persone LGBTQIA+**, il recente Report UNAR-ISTAT con questionario elettronico rivolto a persone maggiorenni che si definiscono trans o con identità di genere non binaria, evidenzia come il 66,1% di chi ha studiato mantenendo un'identità di genere visibile ha subito discriminazioni negli ambienti educativi[3]. Il monitoraggio ECRI 2024 riporta che **programmi scolastici** non fanno ancora riferimenti diretti alla promozione della parità in ottica LGBTQIA+[4]. Nel canale di monitoraggio web dell'UNAR, le discriminazioni relative all'orientamento sessuale, all'identità di genere e alla disabilità rappresentano una quota importante degli episodi rilevati" (rispettivamente 2.338 casi, 15,1% e

[1] Si precisa che l'UNAR, pur iscrivendosi tra gli "*Equality Body*" a livello nazionale come previsti dalle Direttive antidiscriminazione dell'UE (2000/43/CE, 2000/78/CE, 2004/113/CE, 2006/54/CE), è un ufficio che opera direttamente presso il Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri UNAR - Relazione al Parlamento sull'attività svolta e sull'effettiva applicazione del principio di parità di trattamento e sull'efficacia dei meccanismi di tutela, Anno 2024.

[2] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Bambini e adolescenti in condizioni di povertà in Italia" del presente Rapporto.

[3] Report ISTAT-UNAR "Indagine sulle discriminazioni lavorative nei confronti delle persone trans e non binarie - Anno 2023", pubblicato a dicembre 2024.

[4] ECRI (*European Commission against Racism and Intolerance*) Rapporto sull'Italia 2024, p.5.

2.312 casi, 14,9% nel 2024)[5]. Come già evidenziato nei precedenti Rapporti del Gruppo CRC, uno degli aspetti più significativi per il mancato riconoscimento identitario da parte delle istituzioni scolastiche riguarda la mancanza di una legge nazionale o di Linee Guida che uniformino la cosiddetta "Carriera Alias" ovvero la possibilità per una persona minorenne in affermazione di genere di usare il nome elettivo in ambito scolastico. Il monitoraggio condotto da una delle associazioni del Gruppo CRC, rileva che solo un certo numero di istituti scolastici ha adottato un regolamento formale per la Carriera Alias, con importanti differenze tra città e piccoli centri e tra le diverse Regioni[6]. Il minorenne è considerato di fatto incapace di esprimere il proprio parere su tutti gli aspetti che riguardano l'affermazione di genere, il proprio corpo e i percorsi terapeutici che possono eventualmente essere intrapresi. Occorre quindi promuovere un approccio maggiormente incentrato sui diritti e sulla partecipazione dei minorenni ai processi decisionali che li riguardano.

I minorenni con disabilità continuano a essere esposti a molteplici forme di discriminazione che incidono profondamente sulla qualità della loro vita, sulla possibilità di partecipare pienamente alla società e sull'effettivo esercizio dei loro diritti, come previsto dall'art. 23 della CRC. Il passaggio da un modello prevalentemente assistenziale a uno fondato sui diritti e sull'inclusione risulta ancora incompleto, nonostante la riforma del 2024 (D. Lgs. n. 62/2024) ponga al centro il "progetto di vita" individuale, da costruire sin dall'infanzia attraverso un coordinamento effettivo tra scuola, sanità e servizi sociali. Una delle principali criticità resta inoltre la frammentazione degli interventi e la presenza di forti disuguaglianze territoriali. In tale contesto, appare necessario definire livelli essenziali delle prestazioni (LEP) specificamente riferiti ai minorenni con disabilità, al fine di garantire standard uniformi di tutela e inclusione su tutto il territorio nazionale.

Si rileva in positivo che la recente riforma della disabilità, attuata con il D.Lgs. 62/2024 in attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ha introdotto una definizione di disabilità coerente con il modello dei diritti umani promosso dalla Convenzione ONU, superando definitivamente l'approccio esclusivamente medico-assistenziale. La riforma introduce ufficialmente il concetto di "accomodamento ragionevole", estende le tutele contro le discriminazioni dirette e indirette e riconosce forme più complesse di discriminazione, comprese quelle "per associazione" nei confronti di una persona perché collegata ad una persona con disabilità. Nello stesso quadro si colloca l'istituzione del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità con il Decreto Legislativo 20/2024, chiamato a vigilare sul rispetto dei diritti delle persone con disabilità e a promuovere il superamento delle barriere e delle discriminazioni.
In ambito scolastico, tuttavia, permangono alcune criticità che si configurano come elementi di discriminazione indiretta, sistemica e per omissione, legate alla discontinuità didattica, alla carenza di docenti specializzati, all'esclusione dalle attività extracurriculari e infine alla mancanza di ausili tecnologici[7]. L'Istat rileva che sono il 41% le scuole accessibili per alunni e alunne con disabilità motoria. Persistono ostacoli anche nell'accesso alle attività culturali, sportive e ricreative, spesso non progettate secondo criteri di accessibilità universale e senza personale dedicato (assistenti alla persona) e adeguato. A fronte di tali criticità, permane una significativa carenza di dati disaggregati e di sistemi di monitoraggio dedicati a minorenni con disabilità, che rende difficile valutare in modo accurato l'entità delle discriminazioni e delle violazioni dei diritti che li riguardano.

La discriminazione legata all'appartenenza etnica o riferita a richiedenti asilo, rifugiati, o con background migratorio è molto elevata in Italia, come testimoniato dai dati Censis[8] e OSCAD[9].

[5] UNAR - Relazione al Parlamento sull'attività svolta e sull'effettiva applicazione del principio di parità di trattamento e sull'efficacia dei meccanismi di tutela Anno 2024.

[6] Il monitoraggio è condotto da 5 anni dall'Associazione Agedo tramite fonti web e contattando le scuole di cui si ha notizia. I risultati sono aggiornati sul sito dell'associazione al seguente link. Al 20 settembre 2026 le scuole pubbliche con regolamento approvato formalmente sono 545, oltre a 5 Istituti paritari. Vi è poi un numero imprecisato di scuole che adotta procedure informali.

[7] ISTAT, Report Inclusione Scolastica Alunni con Disabilità pubblicato a marzo 2025.

[8] Censis, 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, capitolo «Sicurezza e cittadinanza», 2024.

[9] OSCAD, Osservatorio per la sicurezza contro gli atti discriminatori, Monitoraggio dei crimini d'odio, Roma, 31 dicembre 2024, disponibile al seguente link.

Inoltre, in ambito scolastico, nonostante la popolazione straniera e di origine straniera continui ad aumentare, non vi è riscontro sull'attuazione del documento contenente idee e proposte per l'integrazione di alunni e alunne provenienti da contesti migratori diffuso dal Ministero dell'Istruzione[10].

In ambito sportivo, un meccanismo di monitoraggio era stato attivato grazie all'Osservatorio contro le discriminazioni nello sport, promosso dall'UNAR[11]. Dal 2022, tale attività non è stata più finanziata pertanto non si hanno dati aggregati disponibili, ma gli episodi di *hate speech* e altre forme di discriminazione sono presenti in maniera importante a livello giovanile[12]. Per quanto riguarda le persone trasgender e intersex si segnalano molte difficoltà nello svolgere attività sportive a livello agonistico o semplicemente amatoriale.

Per quanto riguarda la **discriminazione verso Rom, Sinti e Caminanti**, dal 2020 al 2025 le segnalazioni all'UNAR riferite all'antiziganismo sono dimezzate. La Strategia nazionale di uguaglianza, inclusione e partecipazione di Rom e Sinti 2021-2030 è già a metà del suo percorso, sebbene mostri ancora carenze sul piano del monitoraggio e della pianificazione, la misura beneficia tuttavia di ingenti risorse stanziate[13]. Un numero crescente di Comuni si sta impegnando nel superamento degli insediamenti e nella riduzione degli sgomberi forzati, mentre iniziative simboliche come l'avvio della prima Settimana nazionale per la promozione della cultura romaní (nel 2024, confermata e ripetuta nel 2025 e 2026) indicano un desiderio di promuovere una maggiore inclusione. Nonostante questo, circa 10.000 persone vivono ancora in condizioni di grave precarietà in insediamenti monoetnici, spesso isolati e privi di servizi essenziali (di cui oltre il 55% ha meno di 18 anni)[14].

A livello scolastico si considera positiva l'istituzione della "**Giornata del Rispetto**", ai sensi dell'art. 4 della **Legge 70/2024** "quale momento specifico di approfondimento delle tematiche del rispetto degli altri, della sensibilizzazione sui temi della non violenza psicologica e fisica e del contrasto di ogni forma di discriminazione e prevaricazione", concepita in memoria di Willy Monteiro Duarte[15].

La prospettiva intersezionale richiede inoltre di considerare le **disuguaglianze territoriali** come un fattore che può concorrere ad amplificare altre condizioni di svantaggio. Come evidenziato nel corso degli anni dai Rapporti Regionali del Gruppo CRC[16], il luogo di nascita e di residenza continua a incidere in maniera significativa sull'effettivo godimento dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Pertanto, il Gruppo CRC raccomanda:

Al **Governo** di definire i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) per i diritti dei bambini con disabilità, al fine di garantirne l'uniformità su tutto il territorio nazionale;

Al **Parlamento** di dare seguito al percorso avviato con la Direttiva (UE) 2024/1499, che prevede, a partire dal 1° gennaio 2027, il rafforzamento degli organismi nazionali per la parità e, per quanto riguarda l'Italia, il superamento dell'attuale sistema di governance dell'UNAR e la sua evoluzione in un soggetto più efficace, autonomo e dotato di reali strumenti di intervento.

[10] Ministero dell'Istruzione, a cura dell'Osservatorio nazionale per l'integrazione degli alunni stranieri e l'educazione interculturale, Orientamenti interculturali, marzo 2022.

[11] L'Osservatorio contro le discriminazioni nello sport era gestito dall'UNAR in collaborazione con le associazioni UISP e Lunaria. Si segnala anche un progetto finanziato da AICS di ricerca sull'*hate speech online* in ambito sportivo, realizzato dal centro CODER dell'Università di Torino che ha prodotto un report "Il barometro dell'odio dello sport", (2023), anche se non prevedeva alcun riferimento specifico alla fascia under 18.

[12] UISP, Discriminazioni nello sport del 16/02/2025; Sport e Salute "Lo sport contro le discriminazioni", 2023.

[13] Fondi stanziati per l'attuazione della Strategia Nazionale di uguaglianza, inclusione e partecipazione di Rom e Sinti 2021-2030 con il PON Inclusione 2021-2027: 20 milioni di euro gestiti dall'UNAR e 40 milioni di euro per Progetto nazionale per l'inclusione e l'integrazione dei bambini Rom, Sinti e Caminanti, promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Si veda il seguente link. Xanthaki, A., 2024, The right to participate in sports, United Nations A/79/299. Si veda il seguente link.

[14] Associazione 21 Luglio, Breve guida alla Strategia Nazionale per l'inclusione di rom e sinti, e Rapporto annuale dedicato alla condizione delle comunità rom e sinte in Italia, 2024.

[15] Giovane con famiglia originaria di Capoverde, brutalmente ucciso nel 2020 per aver difeso un amico in difficoltà. Si veda il seguente link.

[16] Gruppo CRC, I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia – I dati regione per regione 2024, 2024. Si veda il seguente link.

2. ART. 12 CRC (I COMMA) - LA PARTECIPAZIONE DEI BAMBINI E DELLE BAMBINE, DEI RAGAZZI E DELLE RAGAZZE

Dal 2006[17] il Gruppo CRC monitora l'evoluzione dell'implementazione del diritto di partecipazione in Italia che, nel corso degli anni è passato da "novità"[18] a pratica diffusa[19]. Nel Rapporto del Gruppo CRC del 2023[20] si è evidenziato che, sebbene non sia più negletta, la sua piena realizzazione manca di profondità culturale e metodologico-operativa. Invece, perdura la mancanza di sistematicità delle esperienze e delle metodologie che sono talora una "spunta formale" per poter affermare di aver ascoltato le persone minorenni senza reali trasformazioni dei processi decisionali e dei contesti. Quindi, se da un lato si registrano ulteriori esperienze e approfondimenti tematici e metodologici, perdura però il gap di sistematizzazione, tesaurizzazione, circolarità e crescita culturale. In questo quadro frammentato, il documento "***List of Issues Prior to Reporting" (LOIPR)*** adottato dal **Comitato ONU sui diritti dell'infanzia**[21], chiede al Governo italiano informazioni sulla partecipazione con particolare riferimento all'attuazione dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, alla verifica e implementazione dei Piani Nazionali Infanzia e Adolescenza, ai Consigli Comunali dei Ragazzi e delle Ragazze, all'implementazione delle Linee Guida Nazionali sulla partecipazione, all'elaborazione di indicazioni nazionali dei curricula per le scuole primarie e dell'infanzia. Il confronto con il Comitato ONU sarà un'occasione autorevole di riflessione per prospettare le azioni future.

A fronte di varie esperienze positive[22], sia a livello locale che nazionale, mancano spazi di sintesi e perdura la confusione fra partecipazione e ascolto, profilazione di bisogni/istanze, consultazione, ricerca sociale, ricerca-azione e mappature, stakeholder engagement e co-progettazione.

In positivo si rileva la consapevolezza sempre più diffusa di quanto le esperienze afferenti all'universo della partecipazione dipendano da competenze, cultura e risorse di adulti, enti, istituzioni, associazioni e dalla loro disponibilità a mettere in gioco spazi di potere e decisionalità in un quadro di alleanza intergenerazionale e di fiducia nella potenziale "agency" delle persone di minore età.

Si riportano alcuni aggiornamenti rispetto al precedente Rapporto CRC:

- Mappature e Raccolta di esperienze: sul versante del terzo settore è stato realizzato un Competence Center[23] di buone prassi e metodologie (costituito all'interno del sito del Gruppo CRC e connesso ad un Competence Centre europeo, nell'ambito di un progetto europeo dedicato alla promozione della partecipazione di persone di minore età nei processi decisionali che le riguardano[24]), e una Mappatura/Atlante sulla partecipazione[25]. Sul lato istituzionale si segnala lo studio e proposta di strategie dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA)[26], e i riferimenti consolidati del Centro Nazionale di Documentazione per l'infanzia e l'Adolescenza[27] e dell'Istituto degli Innocenti[28].
- Iniziative nazionali a livello istituzionale: lo YAB – Youth Advisory Board[29], nato nel 2021 in relazione all'attuazione della Garanzia Infanzia[30] e finanziato con fondi del FSE+ è diventato strutturale e con prospettiva di declinazione regionale, ed è attivo anche con elaborazioni peer to peer[31]; il progetto DesTEE-Nazione – Desideri in azione, un'iniziativa del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, finanziata nell'ambito del Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, che prevede la costituzione di Spazi multifunzionali di esperienza per ado-

[17] Dal 3° Rapporto CRC 2006-2007, disponibile al seguente link.

[18] Grazie ad esempio alla CRC, alla Legge 285/97, ai suoi Manuali attuativi. Si veda il seguente link.

[19] Per approfondimenti si veda la sezione del sito del Gruppo CRC dedicata a "Il principio di partecipazione e ascolto del minorenne", disponibile al seguente link.

[20] Gruppo CRC, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2023, disponibile al seguente link.

[21] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, *List of Issues Prior to Reporting (LOIPR)*, 2026, e precedenti, disponibili al seguente link.

[22] Si veda, per esempio, il seguente link.

[23] Si veda il seguente link.

[24] Si veda il seguente link.

[25] Si veda il seguente link.

[26] Si veda il seguente link.

[27] Si veda il seguente link.

[28] Si veda il seguente link.

[29] Si veda il seguente link.

[30] Si veda il seguente link.

[31] Guida "Costruiamo il nostro benessere digitale", disponibile al seguente link.

lescenti sul territorio nazionale[32] promuovendo la partecipazione delle persone di minore età; il CNRR – Consiglio Nazionale dei Ragazzi e delle Ragazze[33], iniziativa promossa dall'AGIA nell'ambito del Progetto Voice Now[34] si è conclusa nel 2025[35], ed è seguita la creazione della Consulta nazionale delle ragazze e dei ragazzi[36].

Continua ad essere attiva la piattaforma per la consultazione "Iopartecipo"[37]. Si segnala infine che i *care leavers* aderenti al progetto omonimo, iniziativa centrale nello sviluppo recente della partecipazione nell'ambito dell'*alternative care*, sono stati inclusi nelle Youth Conference[38].

Iniziative nazionali del terzo settore: Younicef[39] (Unicef) e Movimento Giovani di Save the Children[40], reti di esperienze per ragazzi e ragazze dai 14 anni, U-Report Italia di Unicef[41].

Partecipazione e comunità: diverse esperienze di progettazione partecipata finalizzata alla rigenerazione urbana[42], "adozione di" spazi urbani[43], promozione temi ambientali[44] ed educazione al rapporto con il territorio e la natura.

Promozione da parte dell'Impresa sociale Con i Bambini di esperienze sulla Partecipazione dei giovani nei progetti di contrasto alla povertà educativa[45] in diverse occasioni: capacitazione e voce di ragazzi/e[46], sviluppo comunità educante[47], adolescenti come risorsa e non problema[48]; iniziative a livello territoriale: iniziative strutturate per la partecipazione a livello locale e regionale[49].

Si segnala che nel 2025, per la prima volta, **una delegazione di soli ragazzi e ragazze è stata audita dalla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza** in apertura dell'Indagine conoscitiva sull'impatto di internet e delle nuove tecnologie sulla salute psicofisica dei minorenni[50].

Nel 2024, la Legge 104/2024 ha istituito la Giornata nazionale dell'ascolto dei minorenni che cade il 9 aprile ed è stata celebrata per la prima volta nel 2025 e poi nel 2026[51]. Vi è stato, inoltre, un significativo riconoscimento pubblico del valore della partecipazione dei/delle minorenni da parte del Presidente della Repubblica (Alfieri della Repubblica[52]).

In questo quadro è improcrastinabile da una parte tesaurizzare le filiere e le occasioni di partecipazione in un quadro riconoscibile e "navigabile", pena il rischio di dispersione ed estemporaneità, dall'altra di dotarsi, in Italia, anche grazie a tool nazionali ed europei, di modelli di E&A (evaluation-assessment)[53] e strumenti organici di promozione della partecipazione[54].

[32] Si veda il seguente link.

[33] Si vedano i seguenti link:

[34] Documentazione disponibile al seguente link. Podcast con i ragazzi/e disponibile al seguente link; Spotify: Voice Now, la voce delle ragazze e dei ragazzi del CNRR.

[35] Rimane attiva Voice Now, la rete di associazioni che avevano preso parte al progetto coordinata da Defence for Children. Si veda il seguente link.

[36] Si veda il seguente link.

[37] Si veda il seguente link.

[38] www.careleavers.it; www.careleavers.it/il-progetto-sperimentale/gli-organismi/ e www.careleavers.it/la-voce-dei-giovani/

[39] Si veda il seguente link.

[40] Si veda il seguente link.

[41] Si veda il seguente link.

[42] Oltre alle citate nel Rapporto 2023 esperienze di *placemaking*, disponibili al seguente link. Si cita come esempio il progetto "Lavori in corso" di Legambiente, disponibile al seguente link.

[43] Si veda il seguente link.

[44] Si vedano i seguenti link: Fridays for Future Italia e il Canale YouTube di Fridays For Future Italia

[45] Si veda il seguente link.

[46] Si vedano i seguenti link.

[47] Si veda il seguente link.

[48] Si veda il seguente link.

[49] A Milano con i Consigli Municipali Ragazzi Ragazze (ConsigliaMI); in Liguria con gli Stati Generali della Partecipazione; esperienze che attualizzano le "Città amiche dei bambini e delle bambine", dal primo progetto CNR, fino alle Child Friendly Cities. A livello regionale: il Veneto disciplina i CCR e istituisce il Consiglio Regionale dei Giovani (LR 20 maggio 2020 n. 18, disponibile al seguente link. DGR 1546/22 con linee guida CCR; il Piemonte ha legiferato sui CCR con LR 6 giugno 2023 n. 8; l'Emilia-Romagna ha istituito l'Assemblea dei Ragazzi e delle Ragazze dal 2021.

[50] Si veda il seguente link.

[51] Si vedano i seguenti link:

[52] Si veda il seguente link.

[53] CPAT CoE, si veda il seguente link, citato dal Gruppo CRC nel 11° Rapporto.

[54] Si citano tools, piani e dispositivi nazionali, internazionali, accademici risorse CoE, disponibili ai seguenti link: www.coe.int/it/web/compass/children; Child participation; Cittadinanza e partecipazione; Strategy for the Rights of the Child (2022-2027); risorse UE dalla Children Participation Platform, disponibili al seguente link; alla Strategia UE sui Diritti dei Minori e Garanzia Infanzia e la sua declinazione italiana del Pangi, disponibile al seguente link.

Si segnala invece come criticità che le Linee Guida sulla Partecipazione del 2022[55], elaborate dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza in occasione dell'elaborazione del V Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza, non sono state utilizzate per elaborare il VI Piano Nazionale Infanzia.

A livello di politiche scolastiche, i processi di riforma e definizione delle strategie educative[56] raramente prevedono il coinvolgimento strutturato dei minorenni. Evidenze rimarcano come vi sia un significativo divario tra rappresentanza formale e partecipazione effettiva: solo il 28,8% degli studenti ritiene che le proprie opinioni contino nelle decisioni scolastiche, mentre il 36,6% considera il consiglio di istituto una struttura prevalentemente formale e poco incisiva[57]. A fronte di una legislazione articolata e di lunga data[58], si assiste al progressivo svuotamento degli spazi decisionali, fino alla denuncia da parte di studenti, docenti e associazioni di forme di limitazione della libertà di espressione nelle singole scuole e la mancanza di spazi di confronto istituzionale con il MIM[59].

Si conferma inoltre l'utilità di **approfondire la partecipazione delle persone minorenni nell'ambito del più ampio tema dell'Amministrazione Condivisa** (ex art. 55 Codice Terzo Settore[60] e materia dei Beni Comuni[61]), ribadendo che il principio di sussidiarietà e di partecipazione dell'art. 118 della Costituzione[62], unitamente all'art. 18 della stessa (diritto di associazione), può coinvolgere minorenni con forme associative e/o di rappresentanza e/o di ascolto istituzionale[63]. Questo tema torna alla ribalta nelle recenti progettazioni intorno ai temi dell'autogestione di spazi e tempi di vita come processo di apprendimento e di esercizio di cittadinanza effettiva in una logica di fiducia intergenerazionale.

A valle dell'importante percorso fatto in questi anni è opportuno approfondire inoltre il **contributo dei care leavers all'implementazione delle politiche** e le modalità con cui tale patrimonio di esperienze e apprendimenti potrà essere valorizzato in futuro. In questo quadro non si hanno ad oggi certezze di continuità del progetto Care leavers che rimane sperimentale e non sembra orientato a una stabilizzazione strutturale nei LEPS, come del resto la partecipazione minorile a tutto campo.

Si sottolinea infine il livello di maturità che sta raggiungendo l'approfondimento della partecipazione rispetto al contrasto alla Povertà Educativa[64], così come iniziano ad emergere connessioni fra partecipazione e benessere, ad esempio in merito a salute mentale e contrasto al disagio[65]. Si confida che ciò possa arricchire ulteriormente il panorama dei riferimenti e delle occasioni di lavoro per comunità educanti e inclusive.

[55] Si veda il seguente link.

[56] Le "Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione 2025", disponibili al seguente link sono criticate per l'assenza di un processo di consultazione e per la visione che non riconosce i minorenni capaci di contribuire alla comprensione e alla trasformazione della realtà sociale, si veda inoltre il seguente link.

[57] Università degli Studi di Milano-Bicocca e ActionAid, La partecipazione di studenti nella vita della scuola e della società, 2025.

[58] DPR 416/1974 e successivamente Testo Unico dell'Istruzione. Si vedano anche la Campagna Possiamo, al seguente link e le evidenze nel Rapporto 2023 sulla Qualità della Democrazia di ActionAid Italia, disponibile al seguente link

[59] Si veda il seguente link.

[60] Si veda il seguente link e link

[61] "Regolamenti Beni Comuni" e i conseguenti "Patti di Collaborazione" strumenti amministrativi possono legittimare anche persone minorenni – si veda il Rapporto 2023 e materia dell'Amministrazione Condivisa al seguente link.

[62] Si veda il seguente link.

[63] Il tema coinvolge il terzo settore al netto del ritardo della legislazione sul diritto di associazione dei minorenni (Gruppo CRC, si veda il seguente link. Si rimanda al "Documento di studio e proposta" sulla partecipazione di AGIA e IDI, al seguente link.

[64] Il Fondo per la Povertà Educativa compie 10 anni e costituisce un riferimento strutturale in Italia, si veda il seguente link.

[65] Report Card Innocenti - Sfere di influenza (2020) analizza determinanti salute mentale e indica con la partecipazione aumenta soddisfazione e benessere, si veda il seguente link. Condizione infanzia nel mondo 2021 evidenzia come la partecipazione contrasta disturbi di ansia e depressione, si veda il seguente link. *Young people's participation and Mental Health* (2022) analizza come la partecipazione protegga la salute mentale, si veda il seguente link. *Mental Health of Children and Young people* (2024) segnala la necessità di partecipazione attiva nella progettazione delle cure per garantire resilienza e maggiore efficacia nei trattamenti, si veda il seguente link.

A conclusione del presente monitoraggio si sintetizzano i rischi:

- Profilo "decorativo" della partecipazione[66], ovvero che non vi sia un concreto coinvolgimento nel dibattito pubblico di persone minorenni, con conseguente stanziamento di risorse, capacitazione dei processi e degli adulti[67], riorganizzazione dei poteri nei processi politici e amministrativi, con assunzione di linguaggi inclusivi. Alla luce di ciò si teme che il "*children's rights-based approach*" citato dalla "***List of Issues Prior to Reporting***" **(LOIPR)** non venga assunto alla base dei "processi di pianificazione, implementazione e monitoraggio", come richiesto dal Comitato ONU;
- Mancanza di metodologie partecipative coerenti e adeguate con i livelli e i contesti per rendere più competente il panorama, distinguere fra ascolto e partecipazione[68];
- Fatica a "nutrire" la relazione "di fiducia" fra ragazzi e adulti in contesti pubblici e amministrativi (ma anche associativi) e quindi offrire validazione alle persone minorenni come cittadini senza adeguare gli stili, le comunicazioni, le procedure e gli obiettivi di risultato alla presenza non ancillare di persone minorenni.

Pertanto, il Gruppo CRC raccomanda:

- Al **Parlamento** di elaborare una legge quadro nazionale sulla promozione della partecipazione che tenga conto del livello nazionale, regionale e degli Enti Locali, valorizzi le esperienze e le attività efficaci, sviluppi i LEPS e definisca le risorse a disposizione tramite un adeguato Fondo che attivi progettazioni, co-progettazioni, bandi ed esperienze diffuse.
- Al **Ministero del Lavoro** e **delle Politiche Sociali**, attraverso il Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza e in raccordo con l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA), di raccogliere, produrre e diffondere risorse e tools metodologici sulla partecipazione;
- Al **Governo** di procedere all'elaborazione/individuazione/validazione di sistemi di E&A (evaluation e assessment) della partecipazione minorile.

3. ART. 12 CRC (II COMMA) - L'ASCOLTO DEL MINORENNE IN AMBITO GIUDIZIARIO

Con la cd. Riforma Cartabia, attuata con il D. Lgs. 149/2022, sono state apportate importanti modifiche alle modalità di ascolto del minorenne: **l'ascolto assume una funzione centrale e qualificante e costituisce un obbligo per il giudice nei procedimenti che riguardano i minorenni**[69].

L'ascolto del minorenne **è un diritto personalissimo**, proprio della persona minore di età, attraverso il quale è assicurata, a prescindere dall'acquisto della capacità

[66] Roger Hart, si veda il seguente link.

[67] Promozione delle competenze degli adulti, si veda il seguente link.

[68] Tools CoE e UE sopra citati; "Standard per una partecipazione significativa di bambine, bambini e adolescenti negli eventi globali" 2026 che richiamano il Modello Lundy e i 9 Requisiti di base per una partecipazione significativa ed etica dei minorenni, si veda il seguente link.

[69] Più precisamente: nei procedimenti di adottabilità, nei procedimenti di scioglimento, di cessazione degli effetti civili o di nullità del matrimonio, nei procedimenti relativi ai figli di genitori non coniugati, in tutti i procedimenti civili finalizzati all'emissione di provvedimenti relativi all'affidamento ai genitori, nelle azioni di status, nei procedimenti in materia di sottrazione internazionale come previsto dall'art. 11, comma 2, del Reg. CE 2201/200. Anche il giudice tutelare quando deve determinare il luogo dove il minorenne deve essere cresciuto deve procedere "all'ascolto dello stesso minorenne che abbia compiuto gli anni dieci e anche di età inferiore ove capace di discernimento" (art. 371, comma 1 codice civile).

di agire, la libertà di autodeterminarsi, di esprimere la propria opinione e di partecipare in prima persona, e non solo tramite rappresentante, al processo; costituisce al tempo stesso primario elemento di valutazione del superiore interesse del minorenne (cfr. Cass. civ. 437/2024)[70].

Per i giudici di legittimità[71] le convenzioni internazionali ratificate da parte dell'Italia segnano un cambio di passo rispetto alla concezione paternalistica della famiglia e mettono in luce che il minorenne non è un soggetto passivo di una tutela costruita dagli adulti, ma **titolare di diritti suoi propri**, distinti da quelli del nucleo familiare, potendo rappresentare, con sufficiente ragionevolezza, i propri interessi, ove abbia acquisito capacità di discernimento, che il legislatore italiano, presume sussistente **al compimento del dodicesimo anno di età**. Tale presunzione rende doveroso l'ascolto, salvo che ricorrano i casi previsti dalla legge, di cui dare conto in motivazione (ascolto superfluo, pregiudizio per il minorenne). In riferimento **ai bambini di età inferiore**, l'ascolto è dovuto solo nel caso in cui il minorenne, in concreto, risulti capace di discernimento, non sussistendo, dunque, un obbligo generalizzato ed officioso di ascolto del minore di età inferiore ai dodici anni[72].

In base alla pronuncia della Cass. 06.02.2025, n. 2981 "l'ascolto è un diritto del minorenne, che esiste già al di fuori del processo ma si esercita nel processo, quando è il giudice, e non i genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale), a dover adottare decisioni importanti per la sua vita. È per questo che assume rilievo fondamentale l'obbligo di motivazione, a cui deve adempiere il giudice, nel momento in cui non dispone l'ascolto ed anche nel caso in cui stabilisca di non procedere all'ascolto diretto, ma di avvalersi di ausiliari.". Di conseguenza "il mancato ascolto del minorenne determina un vizio della sentenza che si sostanzia in un errore in procedendo, e sottoposto a censura in sede di legittimità ai sensi dell'art. 360, n. 4, c.p.c."[73].

Gli articoli 473-bis.4, 473-bis.5 e 473-bis.6 c.p.c. disciplinano l'istituto dell'ascolto del minorenne, in ambito giudiziario in conformità alle disposizioni della normativa sovranazionale di riferimento[74].

In particolare, l'**art. 473-bis.4, 1 comma, c.p.c.**, prevede che il minorenne che ha compiuto gli anni dodici ed anche di età inferiore ove capace di discernimento[75] è ascoltato dal giudice[76] nei procedimenti nei quali devono essere adottati provvedimenti che lo riguardano (c.d. ascolto diretto)[77], se necessario con l'assistenza di

[70] Secondo Cassazione civile n. 4561/2025, "pur rimanendo un diritto del minorenne, l'audizione di quest'ultimo non può costituire un obbligo assoluto, ma deve essere valutata tenendo conto dell'interesse superiore del minorenne".

[71] Cfr. Cass. 21.11.2023, n. 32290; conforme Cass. 06.02.2025, n. 2981.

[72] Sul punto v. Cass. 09.08.2023 n. 24226. Secondo la pronuncia della Cass., 11.12.2025, n. 32214 "di fronte ad espressa richiesta di procedere a tale incombente, il giudice che decida di non ascoltare il minorenne infradodicenne deve esplicitare le ragioni nella motivazione del provvedimento e, laddove esse attengono alla ritenuta assenza di capacità di discernimento, la motivazione della decisione dovrà essere tanto più argomentata quanto più il minorenne si avvicina all'età che rende l'ascolto obbligatorio; in difetto, la decisione è nulla". (Cfr. anche Cass., 17.05.2025, n. 13143 secondo cui l'ascolto è uno strumento nelle mani del giudice, ma prima ancora è un diritto del minorenne, ovvero uno dei modi con cui si esplicita quell'ampio principio cardine che è l'autodeterminazione minorile. In termini culturali, la categoria dell'ascolto del minorenne è necessaria per consentire di introiettare l'autodeterminazione minorile come elemento fondativo dell'esistenza umana della persona minorenne e, di qui, per la costruzione dell'ordine giuridico di riferimento.

[73] In quanto nullità assoluta, essa è rilevabile anche d'ufficio nel grado di giudizio in cui si verifica, ma, non essendo prevista la rilevabilità in ogni stato e grado del processo, si converte in motivo di gravame ai sensi dell'art. 161 c.p.c..

[74] Cfr. art. 12 CRC); art. 4 Convenzione sulla Protezione dei Minorenni e sulla Cooperazione in materia di adozione internazionale, Aja 1993 ; Convenzione Europea sull'esercizio dei Diritti dei Fanciulli, Strasburgo, 1996, ; Art. 24 Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea del 2000 (c.d. Carta di Nizza) ; Regolamento UE 2019/1111, Bruxelles II ter, c.d. recast (refusione); Linee Guida del Consiglio d'Europa sulla giustizia a misura di minorenne: *"Guidelines on child-friendly justice"*; Convenzione di Lanzarote adottata dal Consiglio d'Europa nel 2007).

[75] È la capacità di elaborare autonomamente concetti ed idee, di avere opinioni proprie, di comprendere gli eventi, di prendere decisioni autonome. Secondo le Convenzioni sovranazionali e la normativa nazionale la capacità di discernimento. (i) riguarda la consapevolezza della persona minore di età delle proprie relazioni personali e l'attitudine ad orientarsi e determinarsi nelle scelte esistenziali. (ii) consente alla persona minore di età di manifestare preferenze, scelte, di esprimere opinioni, che sono soggettive e sono diverse in relazione al livello di maturità, condizionate dall'ambiente, dall'educazione, dall'esperienza, ma dovranno essere ugualmente prese in considerazione dall'autorità pubblica. Se sussistono questi presupposti la persona minore di età capace di discernimento parteciperà direttamente al giudizio in cui si discute del suo futuro, manifestando il suo pensiero con atteggiamento attivo.

[76] La delega all'ascolto conferita dal giudice ad un soggetto terzo è esclusa "stante la delicatezza dei temi su cui il minorenne è chiamato ad esprimersi" (Cfr. pag. 51, Relazione Illustrativa D.L. 149/22).

[77] Dai compiti delegati ai giudici onorari esperti è stata infatti eliminata la possibilità di poter ascoltare i minorenni, ipotesi che nell'esperienza si è dimostrata invece di grande utilità, soprattutto per minorenni in tenera età o con vissuti traumatici (l'ascolto non potrà essere delegabile ex art. 1, comma 23, lett. f).

un ausiliario o esperto in psicologia o psichiatria infantile (c.d. ascolto assistito). La norma dispone che le opinioni del minorenne, in tutte le questioni e le procedure finalizzate a incidere nella propria sfera individuale, debbano essere tenute in considerazione dall'autorità giurisdizionale avuto riguardo alla sua età e al suo grado di maturità[78].

L'articolo 473-bis.4, 2 comma c.p.c., dispone che il giudice non procede all'ascolto, dandone atto con provvedimento motivato, se esso è in contrasto con l'interesse del minorenne o manifestamente superfluo, in caso di impossibilità fisica o psichica del minorenne o se il minorenne manifesta la volontà di non essere ascoltato[79].

Il terzo comma dell'articolo 473-bis.4 c.p.c. prevede (recependo le prassi da tempo in uso presso le autorità giudiziarie) che nei procedimenti in cui si prende atto di un accordo dei genitori, relativo alle condizioni di affidamento dei figli, il giudice procede all'ascolto **soltanto se necessario**: questa norma mira a tutelare l'interesse del minorenne a non essere ulteriormente esposto a possibili pregiudizi derivanti dal rinnovato coinvolgimento emotivo nelle questioni relative alla rottura del nucleo familiare, qualora il giudice prenda atto dell'accordo tra i genitori e ritenga non indispensabile procedere all'ascolto[80].

L'articolo 473-bis.5 c.p.c. dà attuazione a quanto previsto a livello sovranazionale in ordine all'introduzione di una serie di garanzie e di accorgimenti che il giudice dovrà adottare ai fini dell'ascolto, durante il quale potrà farsi assistere da esperti e altri ausiliari: è difatti stabilito che il giudice debba fissare l'udienza tenuto conto degli impegni scolastici del minorenne, ove possibile in locali idonei e adeguati alla sua età, anche in luoghi diversi da Tribunale, rendendolo edotto della natura del procedimento e degli effetti dell'ascolto tenuto conto della maturità e dell'età del minorenne e procedendo all'adempimento con modalità che garantiscano la serenità e la riservatezza del minorenne. Se il procedimento riguarda più minorenni, di regola il giudice li ascolta separatamente.

Di norma, nella prassi, l'ascolto avviene alla presenza solo del giudice, assistito eventualmente dall'ausiliario e con la partecipazione solo del curatore speciale se nominato[81]. Poiché **il curatore speciale** affianca il minorenne avanti l'autorità giudiziaria nel momento del suo ascolto da parte del giudice è necessario che l'ascolto da parte del curatore speciale avvenga prima dell'udienza per raccogliere le sue istanze e per spiegargli come si svolgerà l'incontro con il giudice,

Infine, a norma del **quarto comma** dell'articolo 473-bis.5 c.p.c. il giudice ha il dovere di informare il mino-

[78] La Corte EDU (Causa A.S. e M.S. c. Italia n.48618/22, par. 147), in un caso in cui vari rapporti indicavano che il minorenne era influenzato da sua madre, ha affermato "A questo proposito, la Corte rammenta che il parere di un minorenne non è necessariamente immutabile, e che le obiezioni che quest'ultimo formula, anche se devono essere debitamente prese in considerazione, non sono necessariamente sufficienti per prevalere sull'interesse dei genitori, in particolare sul loro interesse ad avere dei contatti regolari con il loro figlio. Il diritto di un minorenne di esprimere la propria opinione non deve essere interpretato nel senso che conferisce effettivamente un diritto di veto incondizionato ai minorennenni senza che siano presi in considerazione altri fattori e senza che sia condotto un esame per determinare il loro interesse superiore. Inoltre, se un Tribunale basasse una decisione sull'opinione di minorennenni che sono evidentemente incapaci di formarsi ed esprimere un'opinione sui loro desideri – ad esempio a causa di un conflitto di lealtà – una tale decisione potrebbe essere contraria all'articolo 8 della Convenzione (K.B. e altri, sopra citata, par. 143, e I.S. c. Grecia, n. 19165/20, par. 94, 23 maggio 2023)".

[79] Cfr. Cass. Civ., Sez. 1, N. 24626 del 14.08.2023 "In tema di ascolto del minorenne infradodicenne, nelle procedure giudiziarie che lo riguardino, l'audizione è adempimento necessario, a meno che l'ascolto sia ritenuto in contrasto con gli interessi superiori del minorenne medesimo (in ragione dell'età o del grado di maturità o per altre circostanze), come va specificamente enunciato dal giudice, in tal caso restando non necessaria la motivazione espressa sulla preventiva valutazione del discernimento del minorenne".

[80] Disposizione questa che abroga quanto previsto dall'articolo 337 octies del codice civile.

[81] Nelle "Linee Guida sul curatore speciale nei procedimenti civili" adottate dall'UNCM a Lecce e Brindisi (01.02.2024) è espressamente specificato che il curatore è tenuto a partecipare personalmente all'udienza di ascolto del minorenne pena la possibile revoca dell'incarico ai sensi dell'art 473 bis 8 c.p.c.. Nel "Protocollo di intesa per la nomina del curatore speciale e del curatore del minore di età" di Catania (13.02.2025) è specificatamente previsto che il curatore partecipa all'udienza di ascolto del minorenne e provvede personalmente ad ascoltare il minorenne nel corso del procedimento. Il "Protocollo sul curatore speciale del minorenne nei procedimenti giudiziari avanti al Tribunale di Vicenza" del 18.06.2024 prevede che il curatore partecipi all'ascolto intervenendo se necessario affinché l'ascolto non sia condizionato dalla presenza delle altre Parti e dei loro difensori per garantire al minorenne la massima libertà di espressione. Nel "Protocollo sul curatore speciale del minorenne nei procedimenti civili e penali" in uso a Cosenza e Catanzaro del 23.04.2021 è previsto che il curatore speciale partecipi all'udienza di ascolto del minorenne. Il "Protocollo d'intesa nomina del curatore speciale del minorenne durante il procedimento" di Reggio Emilia del 16.12.2024 prevede che il curatore "può chiedere al Giudice di partecipare all'ascolto del minorenne e può sottoporre al giudice temi e argomenti di approvazione per l'ascolto ex art 473 bis 5 c.p.c.".

renne che abbia compiuto i quattordici anni, della possibilità di chiedere la nomina di un curatore speciale ai sensi dell'articolo 473 bis.8 c.p.c.[82].

Dell'ascolto del minorenne è effettuata registrazione audiovisiva. Se per motivi tecnici non è possibile procedere alla registrazione, il processo verbale descrive dettagliatamente il contegno del minorenne[83]. La disposizione relativa alla videoregistrazione **entrerà in vigore quando il Ministero della Giustizia avrà adottato un decreto ministeriale che doti gli uffici degli strumenti tecnologici necessari alla videoregistrazione**: di fatto ad oggi ciò non è avvenuto.

L'Art. 473-bis.6 cpc prevede specifiche modalità nei casi di "**Rifiuto del minorenne a incontrare il genitore**", disponendo che quando il minorenne rifiuta di incontrare uno o entrambi i genitori, il giudice procede all'ascolto senza ritardo[84], assume sommarie informazioni sulle cause del rifiuto e può disporre l'abbreviazione dei termini processuali. Allo stesso modo il giudice procede quando sono allegate o segnalate condotte di un genitore tali da ostacolare il mantenimento di un rapporto equilibrato e continuativo tra il minorenne e l'altro genitore o la conservazione di rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Le sommarie informazioni possono essere assunte da soggetti (ad es. terapeuti, insegnanti, assistenti sociali, educatori etc.) che possano riferire su circostanze utili ai fini della decisione, sulle cause del rifiuto del minorenne ad avere contatti o ad incontrare il genitore, gli ascendenti o altri familiari. Il fondamento della norma deve essere ravvisato **nell'esigenza di garantire una pronta tutela in tutti i casi in cui vi sia il rischio di compromissione del mantenimento della relazione affettiva** tra il minorenne e il genitore o tra il minorenne e gli ascendenti o altri parenti di ciascun ramo genitoriale[85].

Si segnala che **la Corte EDU** ha anche rammentato che gli obblighi positivi non implicano solo che si vigili affinché il minorenne possa raggiungere il genitore o mantenere un contatto con lui, ma comprendono anche tutte le misure propedeutiche che consentono di pervenire a tale risultato[86] (nella preliminare esigenza che **le misure deputate a ravvicinare il genitore al figlio rispondano a rapida attuazione**, perché il trascorrere del tempo può avere delle conseguenze irrimediabili sulle relazioni tra il fanciullo e quello dei genitori che non vive con lui[87].

Al fine di spiegare al minorenne le modalità e lo svolgimento dell'udienza in cui è previsto il suo ascolto da parte del Giudice, il curatore speciale deve incontrarlo. Tale adempimento è **espressamente previsto dallo stesso art. 473-bis. 8 c.p.c. terzo comma c.p.c., introdotto dalla riforma, laddove dispone che "il curatore speciale del minorenne procede al suo ascolto** ai

[82] Disposizione questa che si coordina con l'articolo 473-bis.8 c.p.c. che prevede la nomina da parte del giudice del curatore speciale qualora sia il minorenne quattordicenne a richiederlo.

[83] Cfr. Art. 152-quater disposizioni di attuazione al codice di procedure civile: "Ascolto del minorenne - quando la salvaguardia del minorenne è assicurata con idonei mezzi tecnici, quali l'uso di un vetro specchio unitamente ad impianto citofonico, i difensori delle parti, il curatore Speciale del minorenne, se già nominato, ed il PM possono seguire l'ascolto del minorenne, in luogo diverso da quello in cui egli si trova, senza chiedere l'autorizzazione del giudice prevista dall'art. 473-bis, terzo comma, c.p.c.." e Art. 152-quinquies – disp att cpc Registrazione audiovisiva dell'ascolto - Con provvedimento del Direttore Generale dei sistemi informativi e automatizzati del Ministero della Giustizia sono stabilite le regole tecniche per la registrazione audiovisiva, la sua conservazione e il suo inserimento del fascicolo informatico Legislazione nazionale" Con Provvedimento 7 dicembre 2023 (pubblicato sul Portale dei Servizi Telematici del Ministero della Giustizia in data 11/12/2023) sono state redatte le Regole tecniche per la registrazione audiovisiva dell'ascolto del minorenne, la sua conservazione e il suo inserimento nel fascicolo informatico, ai sensi dell'articolo 473 bis.5, quinto comma,

[84] Cfr. Articolo 7 Convenzione Europea sull'esercizio dei Diritti dei Fanciulli: Obbligo di agire prontamente. Linee Guida 50 - In tutti i procedimenti che coinvolgono i minorenni si dovrebbe applicare il principio dell'urgenza, al fine di fornire una rapida risposta e tutelare l'interesse superiore del minorenne, nel rispetto del principio dello Stato di diritto. La Corte EDU ha anche rammentato che gli obblighi positivi non implicano solo che si vigili affinché il minorenne possa raggiungere il genitore o mantenere un contatto con lui, ma comprendono anche tutte le misure propedeutiche che consentono di pervenire a tale risultato (Corte EDU, 24 giugno 2021, A.T. c/ Italia, n.40910/19, par. 66) nella preliminare esigenza che le misure deputate a ravvicinare il genitore al figlio rispondano a rapida attuazione, perché il trascorrere del tempo può avere delle conseguenze irrimediabili sulle relazioni tra il fanciullo e quello dei genitori che non vive con lui (cfr. Corte EDU, 29 gennaio 2013, Lombardo c. Italia).

[85] Quando il rifiuto nasce da situazioni di maltrattamenti /abusi a cui i figli hanno assistito, gli incontri con il genitore vengono solitamente autorizzati in Spazio Neutro alla presenza di educatori. In caso di bambini piccoli l'accompagnamento è effettuato da un educatore – figura rassicurante in grado di sostenere le eventuali difficoltà del figlio sia prima che dopo l'incontro. La presenza dell'educatore è prevista anche per i più grandi nei casi di maltrattamenti e abusi accertati da pronunce giudiziali. Gli adolescenti vivono con grande sofferenza questi incontri perché solitamente il genitore non è in grado di accogliere la storia del figlio (i suoi ricordi, le sue paure etc) e nega di avere mai posto in essere quelle condotte.

[86] Corte EDU, 24 giugno 2021, A.T. c/Italia, n.40910/19, par. 66

[87] Cfr. Corte EDU, 29 gennaio 2013, Lombardo c. Italia

sensi dell'art. 315 bis, terzo comma, c.c. nei limiti di cui all'art. 473 bis .4 c.p.c."[88]. Questo compito appartiene al ruolo del curatore, che rappresenta gli interessi del minorenne e quindi l'ascolto deve essere effettuato per valutare l'interesse in accordo con il suo assistito, qualora possibile, in considerazione anche dell'età dello stesso. **Il curatore speciale del minorenne è figura processuale**, è soggetto chiamato a rappresentare il minorenne nei casi di conflitto di interessi con i genitori, ovvero nei casi in cui vi sia espressa richiesta del minorenne che abbia compiuto i quattordici anni di età.

Nel corso del primo incontro con il minorenne, il curatore speciale si presenta e spiega la sua funzione, nonché la natura e le ragioni dei procedimenti che lo riguardano utilizzando parole adatte alla sua età[89]. In linea di massima, si ritiene utile che il curatore speciale incontri presto il minorenne, ma in alcune situazioni le esigenze del bambino o del ragazzo possono richiedere tempi più lunghi. In ogni caso **l'incontro con il minorenne non deve essere improvvisato**. Per questo motivo, prima di procedere all'ascolto diretto bisogna conoscere la sua storia: leggere gli atti processuali, le relazioni degli operatori sociosanitari, incontrare gli operatori (SS, educatori, ecc), tutto ciò al fine di avere piena consapevolezza delle sue esigenze e dei suoi reali bisogni.

Per evitare che nel minorenne si crei confusione sui ruoli e le funzioni dei diversi operatori che si occupano di lui è auspicabile che, almeno il primo incontro, avvenga presso lo studio del curatore speciale affinché egli comprenda esattamente la cornice nella quale è collocato il proprio difensore. Successivamente, in caso di minorenni accolti in comunità, potrebbe essere utile che l'incontro avvenga anche nella struttura che lo ospita per una conoscenza diretta del luogo in cui soggiorna e degli educatori.

Nei casi eccezionali in cui gli operatori ritengano necessario che il curatore incontri il minorenne al di sotto dei dodici anni ovvero soggetti particolarmente fragili l'incontro con il curatore speciale potrà essere facilitato dalla presenza di altra figura già nota e di fiducia per il bambino (ad esempio terapeuta, l'assistente sociale, l'affidatario o l'educatore che già lo conosce).

I ragazzi più grandi (ultra dodicenni) generalmente non hanno difficoltà ad incontrare il curatore speciale presso il suo studio, svolgendo il colloquio da soli.

Pertanto, il Gruppo CRC raccomanda:

- Al **Ministero della Giustizia** di istituire un sistema di formazione multidisciplinare obbligatorio e continuo per tutte le figure professionali che lavorano con i minorenni;
- Al **Ministero della Giustizia – Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità**, l'avvio di corsi di formazione specifici per i curatori speciali e l'elaborazione di Linee Guida nazionali per ciò che riguarda l'azione dei curatori-avvocati del minorenne.

[88] Art.315 bis, comma III c.c.: diritto all'ascolto del figlio minorenne che abbia compiuto gli anni dodici, o anche di età inferiore se dotato di discernimento, "in tutte le questioni e le procedure che lo riguardano"; art. 473 bis 4 c.p.c. "…Le opinioni del minorenne devono essere tenute in considerazione avuto riguardo alla sua età e al suo grado di maturità".

[89] Il linguaggio: frasi semplici, adatto alla sua età, non interrompere, ascoltare anche i suoi silenzi. Rispettare i suoi tempi (se vuol giocare, disegnare, etc.) mostrare curiosità, interesse e partecipazione. Al termine fare la sintesi e lasciare aperta la possibilità di nuovi incontri.

CAPITOLO II - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)



Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile



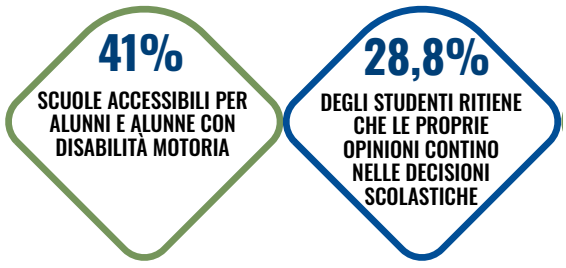
IN SINTESI

La piena attuazione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza continua a misurarsi con una sfida fondamentale: garantire che bambini, bambine e adolescenti siano riconosciuti non soltanto come destinatari di protezione, ma come soggetti titolari di diritti, liberi da discriminazioni e in grado di partecipare ai processi decisionali che li riguardano.

Le evidenze raccolte mostrano come, accanto a importanti avanzamenti normativi e programmi nazionali, persistano disuguaglianze, ostacoli all'inclusione e discriminazioni, nonché limiti nell'effettiva partecipazione delle persone di minore età ai processi decisionali.

Si assiste invece al progressivo consolidamento del diritto all'ascolto del minore in ambito giudiziario, anche se emerge la necessità di rafforzare strumenti e pratiche.

I DATI RACCONTANO



25 ANNI DOPO

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- Il **Piano contro il razzismo, la xenofobia e l'intolleranza**, adottato dall'UNAR nel 2025, anche se non prevede un fondo ad hoc, e lo stanziamento di fondi per l'attuazione della **Strategia Nazionale di uguaglianza, inclusione e partecipazione di Rom e Sinti 2021-2030** con il PON Inclusione 2021-2027;
- La **Direttiva (UE) 2024/1499** che rafforza l'indipendenza, le competenze e i poteri degli organismi nazionali per la parità, con l'obiettivo di migliorare la prevenzione, il monitoraggio e il contrasto delle discriminazioni;
- Lo **YAB** – ***Youth Advisory Board*** operativo dal 2021; il **CNRR – Consiglio Nazionale delle ragazze e dei ragazzi**, iniziativa dell'AGIA dal 2022 al 2025 a cui è seguita la creazione della Consulta dei Ragazzi e delle Ragazze; il programma **DesTEENazione**, – Desideri in azione, un'iniziativa del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che promuove anche la partecipazione delle persone di minore età;
- **La presenza di una vasta gamma di esperienze e di riferimenti teorici sulla partecipazione**, a cui non corrisponde una solida stratificazione culturale, nelle istituzioni così come nel sistema educativo, rispetto la centralità di questo diritto;
- Con la **cd. Riforma Cartabia** (D. Lgs. 149/2022) l'ascolto assume una funzione centrale e qualificante e costituisce un obbligo per il giudice nei procedimenti che riguardano le persone di minore età.

SFIDE

- Manca un sistema di raccolta dati organico e sistematico rispetto alle discriminazioni;
- Manca una mappatura pubblica delle principali esperienze di partecipazione realizzate a livello locale e un sistema di raccolta e diffusione delle risorse e *tools* metodologici sulla partecipazione;
- Manca la tesaurizzazione delle competenze e del *know how* sulla partecipazione con il rischio che sia intesa solo "di facciata" (c.d. "*tokenism*");
- L'Osservatorio contro le discriminazioni nello sport, promosso dall'UNAR, dal 2022 non è stato più finanziato;
- La disposizione della riforma Cartabia relativa alla videoregistrazione entrerà in vigore quando il Ministero della Giustizia avrà adottato un decreto ministeriale che doti gli uffici degli strumenti tecnologici necessari alla videoregistrazione.

LE PRIORITÀ

Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, attraverso il Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza e in raccordo con l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA), di raccogliere, produrre e diffondere risorse e tools metodologici sulla partecipazione;

Al **Parlamento** di adottare una legge quadro nazionale sulla promozione della partecipazione che, nei diversi livelli di governo nazionale, regionale e locale, valorizzi le esperienze e le buone pratiche esistenti, definisca e sviluppi i LEPS, assicuri adeguate risorse finanziarie attraverso un apposito Fondo e promuova progettazioni, coprogettazioni, bandi e interventi diffusi sul territorio;

Al **Ministero della Giustizia** di istituire un sistema di formazione multidisciplinare obbligatorio e continuo per tutte le figure professionali che lavorano con i minorenni.

Capitolo III
DIRITTI CIVILI E LIBERTÀ

1. DIRITTO DI REGISTRAZIONE E CITTADINANZA

Il tema dell'accesso alla cittadinanza per i minorenni di origine straniera cresciuti in Italia continua a presentare rilevanti profili di criticità. La legislazione resta prevalentemente basata sullo *ius sanguinis*, a fronte di una realtà profondamente mutata in cui la presenza di minorenni nati e/o cresciuti in Italia è ormai parte integrante della comunità scolastica e sociale. Si pensi, ad esempio, che nell'anno scolastico 2024-2025 1 studente su 9 (11,9%, 936.359)[1] non aveva la cittadinanza italiana e oltre 6 su 10 di loro (il 64,5%) sono nati nel nostro Paese[2].

Ci sono diversi disegni di legge[3] all'attenzione del Parlamento, che prevedono la modifica della normativa vigente, la Legge 91/1992[4], proponendo sistemi di acquisto della cittadinanza per i minorenni in tempi più rapidi e collegati ad un maggior riconoscimento del percorso scolastico in Italia, ma al momento della stesura del presente Rapporto non appaiono calendarizzati presso la Commissione competente della Camera[5].

Permangono quindi casi di minorenni nati in Italia o all'estero, residenti in Italia sin dalla nascita o da periodi di poco successivi, esposti a rischio di concreta "esclusione" o "limitazione" dei loro diritti fondamentali, derivanti dal mancato riconoscimento – ai fini del diritto di cittadinanza – della loro permanenza continuativa in Italia e della regolare e continuativa frequenza di scuole italiane.

La recente riforma introdotta dalla **Legge 74/2025** ha inoltre ristretto i termini e le possibilità di acquisizione della cittadinanza per i figli nati all'estero da cittadino italiano, prevedendo che il minorenne straniero o apolide, del quale il padre o la madre sono cittadini italiani per nascita, diviene cittadino se i genitori o il tutore dichiarano la volontà dell'acquisto della cittadinanza e ricorre uno dei seguenti requisiti: a) successivamente alla dichiarazione, il minorenne risiede legalmente per almeno due anni continuativi in Italia; b) la dichiarazione è presentata entro tre anni dalla nascita del minorenne o dalla data successiva in cui è stabilita la filiazione, anche adottiva, da cittadino italiano. Oltre all'esclusione di un'ulteriore categoria di minorenni dall'accesso alla cittadinanza, va sottolineato che un'iscrizione tardiva o regolarizzata tardivamente può far slittare il punto di partenza del computo, con esclusione dalla cittadinanza anche di minorenni cresciuti e scolarizzati in Italia.

La restrizione introdotta dalla citata riforma in materia riguarda (art. 14) **anche i minorenni figli di genitori che hanno acquistato o riacquistato la cittadinanza italiana**: se fino a marzo 2025, il presupposto primario per il riconoscimento anche ad essi della cittadinanza italiana era la convivenza continuativa, in seguito alla Legge 74/2025, viene richiesto come ulteriore requisito che il minorenne sia residente legalmente in Italia da almeno due anni, o se di età inferiore a due anni, dalla nascita.

Relativamente ai **minorenni apolidi ed all'accertamento dell'apolidia**[6], permane una normativa non organica e fatte salve le innanzi richiamate modifiche alla normativa vigente non appare che il quadro normativo italiano abbia di fatto recepito le precedenti sollecitazioni formulate dal Gruppo CRC in materia. Ad aggravare la situazione dei minorenni apolidi, ai fini anche dell'adozione di misure concrete alla loro tutela,

[1] Fondazione ISMU ETS, dati elaborati su fonte Istat. Si veda il seguente link.

[2] Per approfondimento si veda paragrafo "Il diritto all'istruzione per le persone di minore età di origine straniera".

[3] Si veda il seguente link.

[4] Quindi ad oggi il minorenne straniero o apolide, nato in Italia, può diventare cittadino se dichiara di voler acquistare la cittadinanza italiana entro un anno dal raggiungimento della maggiore età, ma soltanto se ha risieduto stabilmente in Italia senza interruzioni dalla nascita.

[5] Si veda ad esempio Camera dei deputati, AC0461, 24 febbraio 2026, al seguente link.

[6] Per approfondire la situazione degli apolidi in Italia, inclusi i minorenni, si veda il seguente link.

si evidenzia la carenza di dati relativi al fenomeno, con l'unico dato disponibile fornito dall'ISTAT[7] relativo ai soli soggetti che hanno ricevuto il riconoscimento formale dello status di apolide e privo di disaggregazione per età e territorio.

Permane ancora, inoltre, la delicata situazione relativa all'**acquisto della cittadinanza per le bambine e i bambini adottati all'estero da persone residenti in Italia**, perché non avviene in automatico in seguito alle verifiche da parte della Commissione per le Adozioni Internazionali ai sensi della Legge 476/1998 di ratifica della Convenzione de L'Aja del 1993[8], ma è complicata da una successiva e ulteriore incombenza: su istanza degli adottanti, il Tribunale per i Minorenni verifica ulteriormente i documenti ed emette un ordine di trascrizione della sentenza straniera nei registri dello stato civile a cura dei funzionari degli Uffici dell'Anagrafe. Tale procedura non prevede scadenze di alcun tipo e avviene in tempi variabili (talvolta oltre un anno dall'ingresso in Italia) e con differenze sul territorio nazionale ed evidente disagio per i minorenni che, prima della trascrizione, sono assimilati ai minorenni in affidamento familiare temporaneo e conseguente limitazione della responsabilità genitoriale. Vi è inoltre il rischio – benché per casi residuali di fallimenti adottivi – che i minorenni adottati si trovino in Italia senza avere ancora acquistato la cittadinanza dei genitori che, in base agli accordi tra Stati, dovrebbero essere figli legittimi a carico e sotto la responsabilità delle famiglie adottive anziché essere reimmessi nel sistema di protezione alternativa alla famiglia senza averne mai avuta una nel Paese.

Permangono, altresì, criticità, ferma la situazione normativa italiana rispetto alla **registrazione degli atti di nascita dei minorenni nati all'estero attraverso tecniche di procreazione medicalmente assistista** eterologa e da maternità surrogata, che continuano ad essere discriminati in relazione al diritto alla propria identità. Tutt'oggi manca una disciplina normativa specifica e sulla base della giurisprudenza di legittimità più recente, le indicazioni amministrative convergono sulla intrascrivibilità dell'atto di nascita del minorenne per entrambi i genitori, almeno per quanto riguarda la tecnica della maternità surrogata. Specificamente per tale ultima tecnica di procreazione, in funzione di precedenti decisioni giurisprudenziali ostative, l'unico sistema per la registrazione del minorenne come figlio, resta la procedura di adozione in casi particolari, ex art. 44 Legge 184/1983. Diversamente per le altre tecniche di procreazione medicalmente assistita, e specificamente per le coppie omogenitoriali composte da due madri, la recente sentenza della Corte costituzionale (Sent. n. 68/2025), sottolineando la centralità del superiore interesse del minorenne come criterio guida, ha affermato con chiarezza che il figlio ha diritto a una relazione giuridicamente riconosciuta con entrambi i genitori che lo hanno voluto e cresciuto, indipendentemente dal dato biologico o dall'orientamento sessuale della coppia, aprendo così nuovamente la possibilità di provvedere al riconoscimento del figlio presso gli Uffici di Stato Civile da parte della madre intenzionale oltre che dalla madre biologica. Ciò nondimeno, in assenza di una normativa specifica e puntuale, il minorenne, da un lato, resta esposto al rischio di rifiuto della trascrizione o di procedure di cancellazione del riconoscimento avvenuto, in funzione del territorio in cui si trova e dei relativi orientamenti amministrativi e giurisprudenziali, e dall'altro, si crea un'ulteriore discriminazione tra minorenni nati da diverse tecniche di procreazione assistita.

Pertanto, il **Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento** di approvare una legge organica sull'apolidia, in conformità con gli standard internazionali;
2. Al **Parlamento** di approvare una riforma della Legge 91/1992 che faciliti l'acquisto della cittadinanza italiana per i minorenni di origine straniera in ragione della effettiva permanenza e della frequenza scolastica in Italia;
3. Al **Parlamento** di approvare una modifica della Legge 184/1983 che permetta al minorenne di origine straniera adottato di acquisire la cittadinanza italiana a seguito dell'autorizzazione all'ingresso in Italia da parte della Commissione per le Adozioni Internazionali.

[7] 630 persone apolidi con un permesso di soggiorno valido al primo gennaio 2025. Si veda il seguente link.

[8] Legge 476/1998.

2. CRESCERE INFORMATI: IL DIRITTO ALL'INFORMAZIONE DELLE PERSONE DI MINORE ETÀ NELL'ECOSISTEMA DIGITALE

L'art. 17 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) riconosce l'importante funzione dei *mass media* e impegna gli Stati a garantire l'accesso del minorenne a informazioni provenienti da fonti diverse, orientate alla promozione del suo benessere. La norma, scritta nel 1989 per un ecosistema caratterizzato da pochi emittenti, editori identificabili e fasce protette, si confronta oggi con un panorama radicalmente diverso. L'informazione a cui accedono i minorenni è prodotta da milioni di fonti, distribuita da algoritmi ottimizzati per massimizzare engagement e tempo di permanenza, e sempre più generata su misura da sistemi di intelligenza artificiale. Il diritto all'informazione va riletto su tre livelli: chi produce (frammentazione), chi distribuisce (algoritmi), chi risponde al minorenne (IA generativa). Il **Commento Generale n. 25 del Comitato ONU**[9] (2021) ha fornito una rilettura della CRC e un'interpretazione autorevole rispetto al tema dell'ambiente digitale, riconoscendo il diritto dei minorenni a informazioni di qualità anche online e la necessità di sviluppare competenze critiche. La Strategia UE sui diritti dei minorenni (2021) e l'Agenda 2030 (SDG 4.7, 16.10) completano il quadro.

Già prima dell'IA generativa, l'accesso alle informazioni dei minorenni era fortemente mediato da piattaforme basate su sistemi di raccomandazione algoritmica. Le survey di Generazioni Connesse[10] confermano questo quadro: il 39,9% dei ragazzi si informa tramite social network (in calo dal 43,8%), l'85% ritiene che gli algoritmi influenzino la propria visione del mondo, ma solo il 35% sa cosa sia il machine learning[11]. Il 22,3% dichiara di non usare il web per informarsi (in aumento dal 18,7%): un dato che non segnala necessariamente un minore consumo informativo, ma anche una crescente difficoltà a riconoscere come "informazione" i contenuti fruiti attraverso piattaforme social e intrattenitive. Emergono due rischi opposti: informazione di bassa qualità per chi è iperconnesso, e disimpegno informativo per una quota crescente di minorenni. La personalizzazione algoritmica rischia inoltre di ridurre l'esposizione dei minorenni a fonti diversificate, limitando quel pluralismo informativo che l'art. 17 intende tutelare. Le competenze di lettura critica restano insufficienti: solo uno studente su tre effettua una verifica esterna quando valuta un'informazione online[12].

A questo si aggiunge l'IA generativa come fonte informativa. Secondo l'indagine EU Kids Online 2026[13], l'89% dei 9-16enni italiani ha utilizzato strumenti di IA generativa nel 2025; il 24% li usa per ottenere consigli su questioni personali (18% la media UE). L'IA sta diventando per molti minorenni il primo punto di accesso all'informazione, ma senza una comprensione di base del suo funzionamento: i chatbot non selezionano informazioni verificandone l'attendibilità, ma generano risposte probabilistiche e non sempre usando fonti attendibili. I minorenni spesso non dispongono degli strumenti per distinguere un errore da un fatto attendibile, né per riconoscere i meccanismi di personalizzazione e conferma impliciti nei sistemi di IA generativa (cosiddetta *sycophancy*). Recenti studi sperimentali mostrano inoltre che sistemi come GPT-4 possono risultare significativamente più persuasivi degli interlocutori umani quando dispongono di informazioni sociodemografiche di base sull'utente[14], in processi di *hypersuasion* secondo la definizione proposta da Floridi.

[9] Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia, Commento Generale n. 25 (2021) sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in relazione all'ambiente digitale, CRC/C/GC/25, 2 marzo 2021.

[10] (SID 2024-2025)

[11] Generazioni Connesse / Safer Internet Centre Italia (MIM), indagini condotte da Skuola.net, Università degli Studi di Firenze e Sapienza Università di Roma (CIRMPA) in occasione del Safer Internet Day 2024 e 2025.

[12] Martini C. et al., Disinformazione a Scuola, Report, Università Vita-Salute San Raffaele, 2024, con il supporto del progetto ERC PERITIA. Indagine condotta su 2.214 studenti di 19 scuole secondarie superiori di Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna.

[13] EU Kids Online 2026, febbraio 2026, 25.592 giovani 9-16 anni in 17 paesi europei, di cui 2.170 in Italia.

[14] Salvi F., Horta Ribeiro M., Gallotti R., West R., On the conversational persuasiveness of large language models: A randomized controlled trial, Nature Human Behaviour, 2025 (collaborazione EPFL-FBK). Lo studio rileva che GPT-4, quando dotato di informazioni sociodemografiche di base sull'interlocutore, ha probabilità di persuasione dell'81,2% superiori (higher odds) rispetto a un interlocutore umano.

Le misure di protezione sono importanti, ma da sole non sufficienti a garantire il diritto dei minorenni a un'informazione di qualità. Il quadro normativo europeo è cambiato significativamente: **il *Digital Services Act*** (Reg. UE 2022/2065), applicabile da febbraio 2024, vieta la pubblicità profilata verso le persone di minore età, impone la valutazione dei rischi e prevede feed non personalizzati; a luglio 2025 la Commissione ha pubblicato **Linee guida sulla protezione dei minori**. L'AI Act (Reg. UE 2024/1689) classifica i sistemi di IA per livello di rischio, con implicazioni per i contenuti generati a cui i minorenni sono esposti.

Sul piano nazionale, **la revisione del Codice di autoregolamentazione Media e Minori,** segnalata come necessaria in tutti i rapporti CRC dal 2017 al 2023, ha subito ritardi. Il D.Lgs. 50/2024 fissava la scadenza al 31 dicembre 2024: il nuovo Comitato per l'alfabetizzazione mediatica e digitale (MIMIT) si è insediato nell'ottobre 2024 e ha adottato il Regolamento di funzionamento nel maggio 2025, ma il nuovo Codice non è ancora operativo. Il Codice di Condotta per gli influencer (AGCOM, luglio 2025) equipara i grandi creator ai fornitori di servizi media tradizionali.

Quanto all'***age verification***, l'obbligo introdotto dal Decreto Caivano e dalla delibera AGCOM per i siti che diffondono contenuti pornografici o vietati ai minorenni è stato parzialmente annullato dal TAR del Lazio nell'aprile 2026, per mancata notifica alla Commissione europea. Ne risulta un sistema a due velocità: l'obbligo resta per i siti italiani ed extra-UE, ma per i principali operatori internazionali sarà necessario un percorso europeo.

Le restrizioni basate sull'età non devono sostituire gli obblighi delle piattaforme in materia di progettazione sicura e moderazione efficace dei contenuti[15]: la responsabilità della protezione non può ricadere esclusivamente sui divieti normativi e sulle famiglie, alle quali viene chiesto di monitorare ambienti digitali che spesso non conoscono.

Le nuove Linee guida per l'educazione civica (DM 183/2024), in vigore dall'a.s. 2024/25, includono **la cittadinanza digitale** come nucleo tematico, ma non menzionano l'IA generativa. Le successive Linee guida MIM sull'IA a scuola (DM 166/2025) disciplinano l'uso dell'IA come strumento didattico (policy d'uso, referente IA, formazione docenti), senza integrare l'AI literacy nei percorsi curricolari. La media literacy resta frammentata tra iniziative diverse (Generazioni Connesse, ELISA, Co.re.com, terzo settore, MIMIT), senza un percorso strutturato nel curricolo. La **Consulta dei diritti digitali** prevista dalla Legge 92/2019 non risulta istituita, nonostante le segnalazioni nel 12° e 13° Rapporto: il dibattito si è concentrato su sicurezza e controllo, mentre il linguaggio dei diritti digitali ha perso centralità. È la dimensione promozionale dell'art. 17, il diritto ad accedere a informazioni di qualità e a sviluppare competenze critiche, a richiedere oggi l'attenzione più urgente[16].

[15] UNICEF, Posizionamento sulle restrizioni all'uso dei social media in base all'età, 2025.

[16] Si veda anche Giovani connessi — costruiamo il nostro benessere digitale, gennaio 2026, guida realizzata con e per adolescenti dallo Youth Advisory Board dell'UNICEF sul rapporto tra social media, intelligenza artificiale e benessere, che conferma la domanda dei giovani stessi di strumenti per orientarsi consapevolmente nell'ecosistema digitale.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, di integrare in modo progressivo e trasversale l'*AI literacy* e la *media literacy* nei percorsi curricolari di educazione civica (DM 183/2024), sviluppando competenze di comprensione del funzionamento dei sistemi di IA generativa, di valutazione critica delle informazioni e di consapevolezza dei rischi specifici dell'ecosistema digitale (allucinazioni, personalizzazione, opacità delle fonti, iperpersuasione); di garantire la formazione dei docenti e superare la frammentazione delle iniziative esistenti, assicurando continuità educativa e copertura territoriale uniforme;
2. Al **Ministero delle Imprese e del Made in Italy** e all'**AGCOM**, di completare il nuovo Codice Media e Minori previsto dal D.Lgs. 50/2024 (scadenza già superata), assicurando che includa piattaforme di condivisione video, piattaforme basate su sistemi di raccomandazione algoritmica e sistemi di IA generativa accessibili ai minorenni. Garantire che le misure di *age verification* siano accompagnate dall'obbligo per le piattaforme di adottare misure di progettazione sicura e moderazione efficace dei contenuti, in coerenza con il Digital Services Act, e risolvere l'impasse emersa dalla sentenza TAR aprile 2026;
3. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, di istituire la Consulta dei diritti digitali prevista dalla Legge 92/2019 e mai attivata in sette anni, garantendo che l'approccio centrato su sicurezza e controllo non oscuri la dimensione promozionale dell'art. 17 della Convenzione: il diritto dei minorenni ad accedere a informazioni di qualità e a sviluppare le competenze per orientarsi in modo critico nell'ecosistema digitale.

CAPITOLO III - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)



Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile



IN SINTESI

Mentre il riconoscimento della cittadinanza continua a non riflettere pienamente i percorsi di vita di molti minorenni nati o cresciuti in Italia, il diritto all'informazione si confronta con un ecosistema digitale sempre più plasmato da algoritmi e intelligenza artificiale.

I DATI RACCONTANO

11,9% DEGLI STUDENTI (1 SU 9) NON HANNO LA CITTADINANZA ITALIANA

64,5% DEGLI STUDENTI SENZA CITTADINANZA ITALIANA SONO NATI IN ITALIA (6 SU 10)

89% DEI 9-16ENNI HA UTILIZZATO STRUMENTI DI IA GENERATIVA

39,9% DEI 9-16ENNI SI INFORMA TRAMITE SOCIAL NETWORK

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- Il quadro europeo di tutela nell'ambiente digitale si è rafforzato con il Digital Services Act e l'AI Act;
- La cittadinanza digitale è entrata nelle Linee guida per l'educazione civica, anche se non menzionano l'AI generativa;
- È cresciuta l'attenzione istituzionale ai diritti delle persone di minore età nell'ambiente digitale.

SFIDE

- La Legge 91/1992 che disciplina acquisizione della cittadinanza non è stata modificata e si continua a non dare valore al percorso scolastico svolto in Italia;
- Criticità nel riconoscimento dell'identità dei minorenni nati all'estero tramite Procreazione Medicalmente Assistita eterologa e maternità surrogata;
- Non è ancora stata approvata una legge organica sull'apolidia;
- Il nuovo Codice Media e Minori previsto dal D.Lgs. 50/2024 non è ancora operativo;
- La Consulta dei diritti digitali prevista dalla Legge 92/2019 non è stata ancora istituita.

LE PRIORITÀ

Al **Parlamento** di approvare una riforma della Legge 91/1992 che faciliti l'acquisto della cittadinanza italiana per i minorenni di origine straniera in ragione della effettiva permanenza e della frequenza scolastica in Italia;

Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, di integrare in modo progressivo e trasversale l'AI literacy e la media literacy nei percorsi curricolari di educazione civica.

Capitolo IV
VIOLENZA CONTRO LE PERSONE DI MINORE ETÀ

1. ABUSI E MALTRATTAMENTI A DANNO DI BAMBINI E ADOLESCENTI

In Italia manca ancora un sistema istituzionale organico di **raccolta dati** relativi al maltrattamento e alla violenza contro i minorenni, fondamentale per politiche *evidence-based*, per una prevenzione efficace e per misurarne l'impatto, così come sollecitato dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, che ha inserito tale tema nel documento *List of Issues Prior to Reporting (LOIPR)* indirizzato all'Italia[1]. Le informazioni oggi disponibili restano frammentate tra banche dati differenti e non comparabili. Tra queste si segnala quella attivata dalla Legge 269/1998, volta ad organizzare il patrimonio informativo proveniente dalle diverse amministrazioni per il monitoraggio del fenomeno dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori e della pornografia infantile e delle azioni di prevenzione e repressione ad esso collegate[2], ma che non rappresenta un sistema informativo completo rispetto al fenomeno del maltrattamento.

Non sono neanche disponibili dati relativi a gruppi di minorenni particolarmente vulnerabili, come i minorenni con disabilità e i minorenni LGBTQIA+. La mancanza di dati disaggregati e di monitoraggi specifici impedisce di comprendere l'effettiva dimensione del fenomeno, di individuare fattori di rischio peculiari e di sviluppare interventi adeguati di prevenzione, protezione e presa in carico.

Il **SIUSS**[3] potrebbe rappresentare la base per un sistema integrato di monitoraggio, adottando la classificazione OMS, integrando le fonti esistenti e dialogando con la Cartella Sociale Informatizzata, al fine di fornire dati aggiornati e comparabili a livello internazionale dei percorsi di presa in carico dei Servizi territoriali e della violenza su minorenni.

La **III Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia**[4], promossa dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, continua a rappresentare l'unica raccolta dei principali dati e analisi offrendo un quadro aggiornato e scientificamente solido del fenomeno. Dall'indagine emerge un trend di forte crescita con una evidente debolezza del sistema di prevenzione. Al 31/12/2023 risultano **in carico ai Servizi Sociali 42 minorenni ogni 1.000 residenti di minore età, di cui il 30,4% sono vittime di maltrattamento** con un aumento del +58% in soli cinque anni dalla precedente indagine, e con un incremento particolarmente marcato nel Sud. L'87% delle vittime di maltrattamento subisce maltrattamento all'interno della propria famiglia. Il Neglect, nelle sue varie forme, rappresenta la tipologia di maltrattamento più frequente (37%), seguita dalla Violenza assistita (34%). La Violenza psicologica e il Maltrattamento fisico, invece, incidono rispettivamente per il 12% e l'11%. Percentuali inferiori registrano la Patologia delle cure (4%) e l'Abuso sessuale (2%).

I minorenni stranieri risultano circa tre volte più frequentemente presi in carico per maltrattamento rispetto ai coetanei italiani, una tendenza costante su tutto il territorio nazionale[5]. L'analisi per età mostra una sotto-rappresentazione dei bambini e delle bambine tra 0 e 5 anni in carico ai Servizi Sociali per maltrattamento, 8 su 1.000 contro 15 su 1.000 nella fascia

[1] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, List of Issues Prior to Reporting for Italy (LOIPR), 2026. Si veda il seguente link.

[2] Art. 17, comma 1 bis, della Legge 269/1998 - Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù.

[3] Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali, gestito da INPS, comprende una sezione relativa alle prestazioni sociali erogate per infanzia e adolescenza. In particolare, tale raccolta potrebbe includere informazioni non solo sul numero di minorenni in carico per tipologie di maltrattamento, ma anche rispetto alla sua origine, durata della presa in carico, collocamento, interventi attivati, origine della segnalazione, tempi, esito della chiusura della presa in carico.

[4] Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, CISMAI e Fondazione Terre des Hommes Italia, III Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, 2025. Si veda il seguente link.

[5] Questo dato va letto alla luce di possibili maggiori vulnerabilità socio-economiche, isolamento, difficoltà di integrazione e barriere linguistiche e culturali, che possono aumentare il rischio e ostacolare l'accesso ai servizi, ma anche alla scarsa preparazione dei servizi a un approccio transculturale nella lettura delle situazioni e nella gestione degli interventi.

6-10 anni e 14 su 1.000 tra 11 e 17 anni.
La debolezza del sistema nel **riconoscere e intercettare** precocemente i segnali è confermata anche dalle fonti della segnalazione: medici di base e pediatri, figure cruciali soprattutto nella fascia 0-5 anni[6], segnalano solo nell'1% dei casi[7]; l'Autorità Giudiziaria da sola rappresenta oltre la metà delle segnalazioni ai Servizi Sociali (52%) seguita dalla scuola (14%), mentre le realtà educative extra scolastiche rappresentano solo il 2% delle segnalazioni.
È un sistema di protezione che si attiva tardi, spesso solo quando il danno è già conclamato più attraverso l'azione giudiziaria che tramite una rete preventiva e territoriale solida.
Il riconoscimento e la prevenzione del maltrattamento richiedono un investimento strutturale nella **formazione di tutte le figure che entrano in contatto con i minorenni**: professioni educative, sanitarie e sociali oltre che della scuola e dello sport, sia in ambito pubblico che nel privato. Risulta fondamentale introdurre nei percorsi universitari delle discipline pertinenti[8] contenuti specifici sulla prevenzione, il riconoscimento, la presa in carico e la cura delle situazioni di maltrattamento, nonché promuovere percorsi obbligatori di formazione continua. Particolare attenzione deve essere rivolta anche al rafforzamento del Servizio Sociale Professionale, ancora caratterizzato da forti disomogeneità territoriali. Negli ultimi anni il numero di assistenti sociali è cresciuto del 39,7% ma rimane ancora inferiore agli standard definiti per garantire i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) che prevedono un operatore ogni 5.000 abitanti[9].

Parallelamente, appare **necessario definire delle Linee guida nazionali sulla prevenzione e protezione dalla violenza**, armonizzate con gli standard dell'OMS, al fine di rafforzare l'azione dei servizi sociali, sanitari e ospedalieri e garantire un'effettiva implementazione dei LEPS[10] su tutto il territorio nazionale. In tema di prevenzione è opportuno evidenziare l'importanza dell'**educazione sessuo-affettiva** che non rientra ancora nei programmi scolastici del nostro Paese[11].
Si evidenziano anche forti disuguaglianze territoriali nei sistemi di prevenzione, protezione e cura della violenza su minorenni, con un progressivo indebolimento dal Nord al Sud dove la minore presenza di servizi, professionisti, investimenti sociali incidono sulla capacità di risposta.
L'Italia dovrebbe allargare il prossimo Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori a tutti i tipi di maltrattamento e prevedere l'integrazione degli interventi sociali, sanitari ed educativi[12] secondo quanto suggerito dalle sette strategie del programma INSPIRE[13]. Gli interventi di prevenzione, di assistenza sociosanitaria e cura delle vittime sono già riconosciuti come LEA[14] ma devono ancora poter trovare piena applicazione e sostenibilità in termini economici e di risorse umane in tutto il Paese. È inoltre necessario riconoscere tali interventi anche tra i LEPS, rafforzando i Servizi Sociali territoriali, garantendo personale specializzato, definendo protocolli operativi tra servizi sociali, sanitari, educativi e forze dell'ordine, finanziamento stabile e adeguato, equità e omogeneità degli interventi.
La scarsa allocazione di **risorse** per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento determina un aumen-

[6] I bambini più piccoli, infatti, vivono prevalentemente in un contesto familiare ristretto e hanno poche occasioni di contatto con figure esterne adulte.

[7] Situazione diversa invece per quanto attiene il 4% delle segnalazioni da parte delle strutture ospedaliere in quanto queste segnalano prevalentemente direttamente all'Autorità Giudiziaria senza passare dai Servizi Sociali

[8] In particolare, nelle facoltà di Medicina, Psicologia, Giurisprudenza, Scienze Politiche e Sociali, Scienze dell'educazione e Scienze della formazione.

[9] Si veda il seguente link.

[10] I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali previsti con la Legge 328/2000 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, come strumenti di universalità dei diritti.

[11] Per approfondimento si veda il paragrafo "Parità e violenza di genere" del presente Rapporto.

[12] Il Piano dovrebbe garantire standard nazionali condivisi, percorsi integrati tra servizi sanitari e sociali, formazione obbligatoria degli operatori e il rafforzamento di équipe multidisciplinari specializzate.

[13] Si veda il seguente link.

[14] Livelli Essenziali di Assistenza Art. 24, c 1, lett. m, del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

to dei costi sociali e sanitari legati alla presa in carico delle vittime, alimentando un circolo vizioso in cui il mancato investimento sull'infanzia si traduce in spese future più elevate.

È fondamentale, inoltre, riconoscere il maltrattamento come condizione clinica complessa che richiede competenze specialistiche sviluppando, anche, centri ospedalieri di riferimento, almeno uno per regione, per la **diagnosi del maltrattamento** infantile. Questi potrebbero offrire supporto consulenziale ai servizi territoriali e la gestione dei casi complessi come, ad esempio, la *Shaken Baby Syndrome*[15]. Si segnala nel merito che la **Rete Ospedaliera per la Prevenzione del Maltrattamento Infantile**[16], promossa grazie al supporto di una delle associazioni del Network, ha promosso uno studio per un "Modello di centro ospedaliero per la diagnosi del bambino maltrattato"[17].

Il sistema di accoglienza dei minorenni vittime di maltrattamento e abuso risente ancora delle forti disuguaglianze sul territorio, e solo alcune Regioni prevedono misure e specifici interventi. Rimane però significativa la mancanza di sostegno psicoterapeutico, sostegno nel percorso giudiziario, e sostegno economico ai minorenni vittime di maltrattamento[18].

Un esempio emblematico è relativo ai minorenni rimasti orfani a causa di femminicidi, che rimangono privi di supporto se non per iniziative del privato sociale, ,come il progetto Respiro[19], con differenze sul territorio nazionale.

Bisogna mettere in evidenza, salvo poche esperienze virtuose[20], anche lo scarso coinvolgimento delle persone minorenni in termini di effettivo ascolto e attraverso **percorsi partecipativi** nei progetti di tutela e di vita che li coinvolgono, con il rischio di una vittimizzazione secondaria in percorsi già gravemente penalizzati a causa delle esperienze sfavorevoli vissute in diversi momenti della propria crescita.

Il fenomeno degli abusi su minorenni in **ambito ecclesiastico** rimane poco conosciuto e monitorato, nonostante le sollecitazioni del Comitato ONU. Resta difficoltoso l'accesso a una banca dati condivisa sull'emersione di abusi in ambito ecclesiale, perché le fonti oggi disponibili non sono omogenee in termini di criteri di raccolta dei dati e di periodi di riferimento.

La **Terza rilevazione della CEI**[21], sulla rete territoriale per la tutela dei minori e degli adulti vulnerabili, relativa al biennio 2023-2024, riporta 115 presunte vittime di abusi, di cui 80 minorenni per 69 casi totali, di cui 27 consumati in parrocchia. I presunti autori sono in tutto 67.

Un'altra fonte è il secondo report pubblicato ad ottobre 2025 **dall'associazione Rete l'Abuso**[22] sui casi di violenza sessuale in ambito ecclesiastico (2000-2025), che riporta 4.625 vittime note.

Nel 2024, la **Pontificia Commissione per la Tutela dei Minori** ha inoltre pubblicato il suo primo Rapporto contenente linee guida per la prevenzione e la gestio-

[15] Dossier "NON SCUOTERLO! Prima Indagine sui casi di bambini e bambine vittime di Shaken Baby Syndrome in Italia", a cura della Rete Ospedaliera per la Prevenzione del Maltrattamento Infantile e Terre des Hommes Italia, 2023.

[16] Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, Ospedale Vittore Buzzi di Milano, Azienda Ospedale-Università Padova, IRCCS Istituto Giannina Gaslini di Genova, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS di Firenze, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Giovanni XXIII di Bari, Ospedale Santobono - A.O.R.N. Santobono-Pausilipon di Napoli, Azienda ospedaliera Garibaldi Nesima di Catania.

[17] Terre des Hommes, Azienda Ospedale Università Padova, Modello di centro ospedaliero per la diagnosi del bambino maltrattato, 2025.

[18] Si segnala l'ultimo avviso pubblico pubblicato dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia nel 2025 (con stanziamento di € 6,2 milioni, a sportello per i Centri per le famiglie pubblici) disponibile al seguente link. Anche l'Impresa sociale Con i Bambini sostiene il contrasto alla violenza sui minorenni attraverso specifici bandi e iniziative dedicati alla prevenzione, alla cura e alla protezione dei minorenni, quali "Ricucire i Sogni" e "A braccia aperte".

[19] Un esempio significativo è il Progetto Respiro, finanziato dall'Impresa Sociale Con i Bambini e attivo su 6 regioni dal 2021 al 2025, ed ora rifinanziato. Al 31 agosto 2025 risultavano seguiti 122 orfani speciali; poco sopra il 40% per il range 6/11 anni, 30% per la fascia 0/6, mentre un ulteriore 30% arrotondato per la fascia 12/17. I nuclei familiari colpiti dall'evento traumatico erano in carico solo nel 25% dei casi nonostante il data collection restituisca la presenza di fattori di rischio rilevanti precedentemente all'evento.

[20] Si veda l'esperienza di Agevolando.

[21] "Proteggere, prevenire, formare – terza rilevazione sulla rete territoriale per la tutela dei minori e degli adulti vulnerabili", Aprile 2025. Si veda il seguente link.

[22] Associazione di sopravvissuti agli abusi sessuali del clero. Si veda il seguente link.

ne degli abusi sessuali commessi da membri del clero[23]. In **ambito sportivo** il quadro normativo e organizzativo ha registrato sviluppi rilevanti. L'art. 16 del d.lgs. 39/2021[24] ha previsto, per gli organismi sportivi, linee guida per modelli organizzativi e codici di condotta a tutela delle persone minori di età e per la prevenzione di molestie, violenza di genere e discriminazioni. Inoltre, il CONI[25] nel 2023 ha istituito l'Osservatorio permanente per le politiche di *safeguarding* e definito il quadro di riferimento per gli organismi sportivi.

Sarebbe, invece, da approfondire, riconoscere e contrastare il fenomeno del **maltrattamento istituzionale**, una forma particolarmente insidiosa di violenza che si verifica quando le stesse istituzioni chiamate a tutelare e curare i minorenni finiscono, attraverso pratiche, omissioni o interventi inadeguati, per aggravare il danno già subito, aggiungendo ulteriori esperienze di sofferenza e vittimizzazione a quelle che avevano originariamente determinato la loro presa in carico[26].

Per concludere ci sembra importante evidenziare come, negli ultimi anni, il **contesto sociale**, **culturale e politico** italiano abbia fortemente messo in ulteriore crisi l'alleanza dei servizi dedicati alla tutela delle persone minori di età con le famiglie riducendo così le possibilità di fuoriuscita dalla violenza e di sostegno di minorenni e famiglie.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** di rendere operativo un sistema informativo nazionale stabile di raccolta dati sul maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia in linea con gli indicatori internazionali, attraverso il potenziamento del SIUSS e l'integrazione delle diverse fonti informative esistenti;

2. Al **Governo** di prevedere investimenti stabili per la formazione multisettoriale obbligatoria in tema di maltrattamento e abuso all'infanzia e all'adolescenza;

3. Al **Governo** e alla **Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano** di dare piena attuazione agli interventi previsti dal Livello essenziale di assistenza (LEA) di cui all'articolo 24, comma 1 lettera m, del DPCM 12 gennaio 2017 e di riconoscere formalmente gli interventi di prevenzione e contrasto del maltrattamento su bambini, bambine e adolescenti tra i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) definendo protocolli operativi multisettoriali obbligatori che coinvolgano servizi sociali, educativi, sanitari e forze dell'ordine.

[23] Si veda il seguente link.

[24] Decreto Legislativo 28 febbraio 2021, n. 39 - Attuazione dell'articolo 8 della Legge 86/2019, recante semplificazione di adempimenti relativi agli organismi sportivi.

[25] Delibera Giunta Nazionale Comitato Olimpico Nazionale Italiano, n. 255 del 25 luglio 2023.

[26] Aurea Dissegna, Maltrattamento istituzionale - Criticità del sistema di garanzia dei diritti dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie, Franco Angeli 2025 nuova edizione rivista.

2. LE PUNIZIONI FISICHE E UMILIANTI

L'attualità del tema è determinata dal fatto che le punizioni corporali sulle persone di minore età rappresentano ancora una pratica che snatura l'intento educativo e sfocia nella violenza ingiustificata. **In Italia il divieto esplicito di punizioni corporali rimane parziale.** Le punizioni corporali sono vietate nell'ordinamento scolastico e penitenziario, ma in ambito familiare persiste un vuoto normativo strutturale. Dal 13° Rapporto CRC[27] ad oggi, il Governo non ha avviato alcun iter legislativo volto a colmare tale lacuna, nonostante le reiterate raccomandazioni del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza[28], del Consiglio d'Europa e dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Sul punto, vale la pena evidenziare che lo stato dell'arte ci consegna una vasta gamma di punizioni corporali che dovrebbero essere vietate (quali ad esempio percosse con oggetti, costrizione in posizioni innaturali, schiaffi e pugni, interventi coercitivi e umilianti).

Il contesto internazionale evidenzia il ritardo italiano. Secondo i dati aggiornati al 2024 della *End Corporal Punishment*[29], sono 68 i Paesi che hanno vietato esplicitamente le punizioni corporali in tutti i contesti, compresi quello familiare e scolastico – erano 11 nel 2000. **L'Italia rimane tra i pochi Paesi europei privi di tale divieto**, insieme a Slovacchia, Belgio e Gran Bretagna. L'analisi di una delle associazioni del Gruppo CRC[30] avverte che, mantenendo l'attuale ritmo normativo, l'obiettivo SDG del divieto universale entro il 2030 richiederebbe almeno altri 60 anni. Sul piano scientifico, il rapporto tecnico dell'OMS del 2025[31] conferma che le punizioni corporali non producono alcun beneficio educativo e aggravano nel tempo i problemi comportamentali, riducono lo sviluppo cognitivo, abbassano il rendimento scolastico e aumentano il rischio di disturbi psichiatrici e dipendenze in età adulta[32].

Sul piano giurisprudenziale si registrano sviluppi significativi. A partire dalla storica sentenza Cambria (Cass. pen., sez. VI, n. 4904/1996)[33], la Corte di Cassazione ha ribadito, con le sentenze n. 13145/2022[34] e n. 24876/2023[35], che condotte aggressive sono incompatibili con l'esercizio lecito del potere correttivo e che nessuna finalità educativa può legittimare l'uso della forza fisica.

Tali pronunce, infatti, segnano un progresso rilevante, ma non risolutivo: la giurisprudenza non sostituisce l'intervento normativo e nell'ordinamento italiano il precedente giurisprudenziale non è vincolante; ne consegue che l'assenza di una norma organica mantiene incertezze interpretative, in particolare nella distinzione tra il reato di maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.) – per cui è richiesta l'abitualità – e il più lieve abuso dei mezzi di correzione (art. 571 c.p.).

I dati più recenti confermano l'urgenza di un intervento normativo. La III Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia[36] rileva 374.310 minorenni in carico ai servizi sociali, di cui il 30,4% vittime di maltrattamento.

L'articolo 571 del Codice Penale (abuso dei mezzi di correzione) rimane in vigore nella sua formulazione originaria e non è stato oggetto di alcuna proposta di riforma o abrogazione da parte del Governo. La norma è stata storicamente interpretata come legittimazione implicita di forme lievi di punizione corporale a fini educativi, generando incertezze giuridiche che la giurisprudenza ha progressivamente circoscritto senza eliminarle alla radice. Il Gruppo CRC ribadisce

[27] Gruppo CRC, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2023, si veda il seguente link.

[28] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, Osservazioni Conclusive sull'Italia, CRC/C/ITA/CO/5-6, punto 20, 2019.

[29] End Corporal Punishment, Country report Italy (aggiornamento 2024). Si veda il seguente link.

[30] Save the Children, "Analisi globale sul ritmo di avanzamento verso il divieto universale delle punizioni corporali", maggio 2024. Si veda il seguente link.

[31] OMS, "Corporal punishment of children: the public health impact", agosto 2025. Si veda il seguente link.

[32] OMS, Fact sheet "Corporal punishment and health", agosto 2025, si veda il seguente link.

[33] Corte di Cassazione, sez. VI penale, sentenza n. 4904/1996 del 16 maggio 1996.

[34] Corte di Cassazione, sez. VI penale, sentenza n. 13145 del 3 marzo 2022.

[35] Corte di Cassazione, sez. VI penale, sentenza n. 24876 dell'8 giugno 2023.

[36] Terre des Hommes, CISMAI, AGIA, "III Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia", giugno 2025. Si veda il seguente link. . Per approfondimenti si veda il paragrafo "Abusi e maltrattamenti a danno di bambini e adolescenti" del presente Rapporto.

che l'art. 571 c.p., nella sua attuale formulazione, è incompatibile con gli standard internazionali sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza[37] e che la sua riforma o abrogazione – unitamente all'aggiornamento delle previsioni di pena e alla previsione di percorsi di rieducazione e sostegno alla genitorialità positiva – è precondizione indispensabile per un quadro normativo chiaro, coerente e pienamente conforme alla Convenzione ONU. Pure, resta inequivoca la carenza di tutte le attività previste dalle Convenzioni volte alla sensibilizzazione e alla prevenzione di siffatte condotte. Tale circostanza non può non trovare una ferrea presa di posizione del Gruppo CRC.

Non risultano **campagne nazionali** promosse o finanziate dal Governo italiano per sensibilizzare genitori, insegnanti e operatori socio-assistenziali sul tema delle punizioni corporali e sulla genitorialità positiva. Interventi puntuali sono stati realizzati da organizzazioni della società civile, in assenza tuttavia di un piano strutturale con risorse pubbliche dedicate. I programmi di home visiting e di supporto alla genitorialità restano insufficienti e territorialmente disomogenei.

Il Gruppo CRC ribadisce che una strategia preventiva efficace richiede: campagne di informazione capillari e continuative rivolte alla popolazione; formazione obbligatoria degli operatori educativi, scolastici e sociosanitari; programmi strutturati di supporto alle famiglie fragili; integrazione dell'educazione alla nonviolenza nei percorsi scolastici. Tali misure dovrebbero affiancare l'auspicata riforma normativa. La sola risposta giurisprudenziale è insufficiente: prevenire le punizioni corporali richiede un quadro normativo chiaro, investimenti adeguati e un impegno sistemico nella misurazione dei progressi con il supporto strutturale di un'istituzione pubblica.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento** di adottare una riforma normativa che vieti esplicitamente ogni forma di punizione corporale e violenta in ambito familiare e in tutti i luoghi di cura, abrogando o adeguando l'art. 571 c.p. (abuso dei mezzi di correzione) e prevedendo percorsi di rieducazione e sostegno alla genitorialità positiva;
2. Al **Dipartimento per le politiche della famiglia** e al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di potenziare gli interventi di supporto alle famiglie fragili, inclusi programmi di home visiting e percorsi scolastici di educazione positiva, affinché le punizioni corporali e le altre forme di violenza educativa siano conosciute e riconosciute da tutti gli adulti che si occupano di bambine, bambini e adolescenti;
3. Al **Governo** di impegnarsi a misurare sistematicamente i progressi sul tema, includendo l'indicatore SDG 16.2.1 nelle statistiche nazionali.

[37] Commento Generale n. 8, 2006.

3. PARITÀ E VIOLENZA DI GENERE

In Italia, la violenza di genere è un fenomeno sistemico e trasversale che attraversa spazi privati e pubblici ed è alimentato da disuguaglianze sociali, economiche, culturali e politiche radicate in norme e modelli patriarcali che ne favoriscono la persistenza e la normalizzazione[38]. Circa 6,4 milioni di donne tra 16 e 75 anni (31,9%) hanno subito nel corso della vita **violenza**: il 18,8% **fisica** e il 23,4% **sessuale**[39]. **Tra le giovani di 16-24 anni le vittime passano dal 28,4% al 37,6%, soprattutto per l'aumento della violenza sessuale (dal 17,7% al 30,8%);** da rilevare che circa il 7% dei denunciati per violenza sessuale ha tra 13 e 17 anni.

La **violenza psicologica**, meno visibile ma strutturale, riguarda circa 9 donne su 10 accolte nei centri antiviolenza nel 2023, spesso associata ad altre forme di abuso[40]. Il dato, riferito alle sole donne che accedono ai servizi, suggerisce un ampio sommerso. Lo stalking ne rappresenta un ulteriore indicatore: nel 2024 le donne sono il 52% delle vittime registrate, di cui il 5% ragazze tra 13 e 17 anni[41]. Le persone LGBTQIA+ risultano inoltre maggiormente esposte a discriminazioni familiari, scolastiche e sociali e a disuguaglianze nell'accesso ai servizi[42].

Nelle situazioni di **violenza domestica,** i minorenni sono frequentemente vittime di **violenza assistita**. Nei casi di violenza reiterata, il 62,1% delle madri riferisce che figlie e figli hanno assistito agli episodi (17,8% raramente, 26,2% a volte, 18,1% spesso); nel 19,6% dei casi l'hanno subita direttamente[43]. Tra gli effetti più frequenti: ansie e paure (40%), irrequietezza (28%), disturbi del sonno (18,6%), comportamenti aggressivi (12,5%), difficoltà scolastiche e disturbi alimentari (circa 11%)[44].

Nel 2025 sono stati registrati **85 femminicidi**, il 16% in meno rispetto al 2024[45]. Persistono criticità nella raccolta dei dati sulle **orfane e gli orfani di femminicidio**: manca un sistema ufficiale organico[46], anche la Commissione parlamentare d'inchiesta ricorre a dati elaborati dalla società civile[47]. Risulta necessario rafforzare gli strumenti di monitoraggio e coordinamento degli interventi attraverso un sistema nazionale di raccolta dati, procedure condivise e percorsi continuativi di assistenza e tutela.

Per la **violenza digitale** gli unici dati ufficiali riguardano la diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti (art. 612-ter c.p.): i casi sono passati da 257 nel 2019[48] a 1.485 nel 2024 e riguardano prevalentemente donne[49].

Non esistono dati ufficiali sulle **mutilazioni genitali femminili** (MGF), nonostante la Legge 7/2006[50]. Secondo le stime più recenti, al 1° gennaio 2023 circa 88.500 donne e ragazze over 15 hanno subito MGF, nel 98% dei casi nate all'estero[51]. Le bambine sotto i 15 anni potenzialmente a rischio sono circa 16.000, di cui 9.000 nate in Italia. Per i **matrimoni precoci e forzati**, gli unici dati disponibili riguardano il reato di costrizione o induzione al matrimonio (art. 558-bis c.p.): nel 2024 le persone offese sono state 25, nel 95% dei casi donne, nel 43% minorenni[52]. Sebbene MGF e matrimoni forzati siano inclusi nei Piani nazionali antiviolenza, continuano a mancare attività strutturate di studio, monitoraggio, prevenzione e supporto. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata a donne e ragaz-

[38] ActionAid, Perché non accada. La prevenzione primaria come politica strutturale di cambiamento, 2025.

[39] Istat, La violenza contro le donne, dentro e fuori la famiglia primi risultati 2025, 2025.

[40] Idem.

[41] Istat, Banca dati Violenza. Il percorso giudiziario. Denunce Forze di polizia, 2024.

[42] J. Rafferty, "Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents", in Pediatrics, 142(4), 2018

[43] Istat, 2024, op. cit.

[44] Istat, 2025, op. cit.

[45] Ministero dell'Interno, Dipartimento della pubblica sicurezza, Omicidi volontari, 26 gennaio 2026.

[46] Tra gli sviluppi positivi si segnala il rifinanziamento, con 10 milioni di euro, da parte del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile, del bando A braccia aperte per il sostegno a orfani di femminicidio, accompagnato dal rafforzamento della rete nazionale degli interventi.

[47] Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere, Relazione sugli orfani di femminicidio, 2025, p. 16.

[48] Dato riferito dal 9 agosto 2019, data di entrata in vigore della norma.

[49] ISTAT, op. cit., p. 11.

[50] Sull'applicazione, cfr. ActionAid, Mutilazioni genitali femminili: dalla norma alla pratica. Vent'anni dopo la legge 7/2006: stato dell'arte e prospettive future, 2026.

[51] Università Milano-Bicocca, Mutilazioni genitali femminili: in Italia oltre 88.500 donne. Nel mondo, cala la pratica tra le giovani, 2025.

[52] ISTAT (2025), op. cit., pp. 11-13.

ze migranti e rifugiate, che presentano vulnerabilità specifiche derivanti dall'intersezione tra genere, età e condizione migratoria.

Recenti **indagini della società civile su adolescenti** evidenziano una persistente diffusione di stereotipi di genere, una limitata consapevolezza delle diverse forme di violenza, atti di violenza che colpiscono ragazze e persone LGBTQIA+. Ancora oggi, l'80% di adolescenti dichiara di ricevere aspettative e pressioni legate al proprio genere[53]. Persiste una difficoltà nel riconoscere le forme più evidenti di violenza[54], e le esperienze risultano frequenti: il 48% di adolescenti riferisce di aver subito almeno un episodio di violenza. Emergono significative differenze di genere: il catcalling riguarda il 67% delle ragazze contro il 6% dei ragazzi, mentre le molestie sessuali colpiscono il 45% delle ragazze rispetto al 18% dei coetanei. Le persone non binarie risultano particolarmente esposte (violenza verbale e psicologica 78%, bullismo e catcalling 50% e molestie sessuali 42%)[55]. I dati evidenziano atteggiamenti di normalizzazione della violenza nelle relazioni: il 35% considera normale condividere password e credenziali con il partner e il 24% ritiene accettabile controllarne le frequentazioni[56]. Tali dinamiche rientrano nel fenomeno dell'***Adolescent Dating Violence*** **(ADV)**, che comprende comportamenti di controllo, abuso psicologico, fisico e sessuale nelle prime relazioni affettive[57], con effetti sul benessere, sullo sviluppo relazionale e relazioni in età adulta[58]. Il 38,6% delle giovani dichiara di aver subito almeno una forma di violenza nello sport prima dei 18 anni[59]. Le evidenze confermano inoltre la crescente interconnessione tra dimensione digitale e relazionale: un adolescente su tre riferisce di essere stato geolocalizzato dal partner e oltre 4 su 10 di aver ricevuto commenti o avances sessuali indesiderate, quota che tra le ragazze sale al 50%[60].

Rispetto all'ultimo Rapporto CRC, il quadro delle politiche italiane di contrasto e prevenzione della violenza di genere mostra degli avanzamenti normativi, a fronte del permanere di limiti strutturali sul piano dell'attuazione. Il **Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne e la violenza domestica** continua a rappresentare il principale strumento di coordinamento, ma ha subito una rilevante discontinuità: il Piano 2021-2023 è scaduto e il nuovo Piano è stato adottato solo nel 2025. Sebbene il precedente sia stato formalmente prorogato, si è determinato un vuoto di circa due anni, durante i quali gli interventi si sono concentrati prevalentemente sul sostegno ai servizi antiviolenza e sulle misure di protezione. Il nuovo Piano 2025-2027 richiama un approccio integrato, ma la prevenzione primaria continua a essere declinata soprattutto in termini di sensibilizzazione, senza configurarsi come un intervento strutturale sulle cause culturali e sociali della violenza. Si segnala inoltre una criticità comune ai Piani nazionali: le minorenni e le giovani donne non sono mai state individuate come categoria autonoma di intervento. Tale impostazione limita l'efficacia delle strategie di prevenzione e presa in carico.

A livello normativo, **l'introduzione del reato autonomo di femminicidio** (art. 577-bis c.p.), approvato con la Legge 181/2025, rappresenta un avanzamento sul piano culturale e giuridico, ma conferma un approccio prevalentemente punitivo, che interviene ex post senza incidere sulle cause strutturali della violenza. La stessa legge ha introdotto la possibilità per le vittime minorenni ultraquattordicenni di accedere ai centri antiviolenza senza il consenso dei genitori, rafforzando l'accessibilità ai servizi e l'autonomia delle ragazze. Si lascia, però, scoperta la fascia delle infraquattordicenni.

Resta inoltre aperto il tema della **riforma del consenso**, avviata per allineare l'ordinamento italiano alla Convenzione di Istanbul e affermare il principio

[53] ActionAid, Non ti preoccupare, ti aggiusto io, 2025.

[54] Un ragazzo o una ragazza su cinque non identifica come violenza il contatto sessuale senza consenso. Ipsos per ActionAid, La violenza di genere tra pari, 2023.

[55] Terre Des Hommes, Osservatorio Indifesa, 2026.

[56] Save The Children, Stavo solo scherzando, 2025.

[57] Le stime dell'OMS dichiarano che quasi una ragazza su quattro (24%) che ha avuto una relazione sentimentale subisce violenza fisica e/o sessuale da parte del partner prima dei 20 anni. WHO, *Intimate partner violence against adolescent girls: regional and global prevalence estimates*, 2024.

[58] G. Cucci, E. Confalonieri, M.G. Olivari, E. Borroni e J. Davila, "*Adolescent romantic relationships as a tug of war: The interplay of power imbalance and relationship duration in adolescent dating aggression*" in *Aggressive Behavior*, 46(6), 498–507, 2020.

[59] Nielsen per Sport e Salute, Abusi e violenza nello sport, 2024.

[60] Save The Children, op. cit.

secondo cui ogni atto sessuale deve fondarsi su un consenso libero e consapevole. Il rallentamento dell'iter legislativo evidenzia le difficoltà di consolidare un cambiamento culturale e giuridico che ponga al centro l'autodeterminazione della persona. In particolare, la proposta di sostituire il riferimento al consenso con quello alla "volontà contraria" rischia di indebolire il cambio di paradigma richiesto dalla Convenzione: non basta accertare che la vittima abbia manifestato dissenso, ma occorre riconoscere che, in assenza di consenso libero, attuale e revocabile, ogni atto sessuale costituisce violenza.

Nel passato biennio, si è riaperto il dibattito **sull'introduzione dell'educazione sessuale e affettiva nel sistema scolastico**. L'Italia continua a essere tra i Paesi europei[61] privi di una disciplina in materia, nonostante le numerose proposte legislative[62] e le raccomandazioni formulate dalla società civile e scientifica. In tale contesto, il Gruppo CRC ha contribuito a consolidare la richiesta, producendo un documento di posizionamento[63] a sostegno della *Comprehensive Sexuality Education* (CSE)[64], l'approccio raccomandato dall'UNESCO che integra le dimensioni cognitive, emotive, relazionali e sociali della sessualità e mira a promuovere salute, benessere, relazioni rispettose e tutela dei diritti.

Inoltre, **la Legge 104/2026 sul consenso informato** introduce il divieto di trattare temi legati alla sessualità nella scuola dell'infanzia e primaria e prevede il consenso preventivo delle famiglie per attività educative sui temi affettivi e relazionali negli altri ordini scolastici. Se da un lato tali disposizioni intendono tutelare il principio della responsabilità educativa genitoriale, sancito dalla Costituzione, dall'altro rischiano di limitare l'accesso universale a percorsi formativi fondamentali per lo sviluppo del minorenne. Tale impostazione accentua le disuguaglianze educative, escludendo in particolare i minorenni che vivono in contesti caratterizzati da stereotipi di genere, tabù, disinformazione o situazioni di violenza, e riducendo le opportunità di raggiungere le fasce di età in cui si sviluppano le prime competenze relazionali, affettive e di prevenzione della violenza. Anche le recenti **Indicazioni Nazionali per i curricula scolastici**[65] non recepiscono pienamente l'approccio CSE.

Per contrastare le cause strutturali della violenza di genere, che si radica fin dall'età precoce nei processi di socializzazione, occorre rafforzare la raccolta dati, investire nella prevenzione primaria e garantire percorsi educativi coerenti con standard nazionali.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento**, di modificare la Legge 53/2022 prevedendo la raccolta e la pubblicazione periodica di dati disaggregati su femminicidi, violenza assistita, minorenni vittime della violenza maschile contro le donne e orfani di femminicidio; e al **Governo**, di assicurarne la piena attuazione attraverso un sistema coordinato e continuativo di monitoraggio del fenomeno;
2. Al **Parlamento**, di introdurre l'educazione all'affettività e alla sessualità nei curricula scolastici, in coerenza con le Linee guida UNESCO e OMS e nel rispetto delle diverse età evolutive; e al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, di garantire la formazione del personale docente sull'approccio della CSE e sulla sua applicazione multidisciplinare;
3. Al **Parlamento** e al **Dipartimento per le Pari Opportunità**, di istituire un fondo strutturale e pluriennale per la prevenzione primaria della violenza maschile contro donne, ragazze e bambine, con risorse dedicate a interventi continuativi di promozione dell'uguaglianza di genere nei contesti in cui si formano identità, relazioni e modelli culturali

[61] UNESCO, *Global Education Monitoring Report Team, Comprehensive sexuality education (CSE) country profiles*, 2023.

[62] DDL AS 943, ed abbinati AS 1064, AS 294, AS 579, AS 979, AS 1394, AS 1664, AS 1334.

[63] Gruppo CRC, "Educazione all'affettività e alla sessualità: Perché è importante introdurre la Comprehensive Sexuality Education nelle scuole italiane", 2024.

[64] Unesco, *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach*, 2018.

[65] MIM, Indicazioni Nazionali per il curricolo - Scuola dell'infanzia e Scuole del Primo ciclo di istruzione, 2025.

4. LA PEDOPORNOGRAFIA

L'abuso e lo sfruttamento sessuale online di bambini, bambine e adolescenti sono una gravissima violazione dei diritti dell'infanzia. **La produzione, la circolazione e la fruizione online di CSAM** (acronimo di *Child Sexual Abuse Material* – Materiale relativo all'abuso sessuale sui minori)[66] hanno gravi conseguenze sulle vittime e le caratteristiche di persistenza e replicabilità di questa forma di violenza, e la diffusione transnazionale richiedono un approccio sistemico e strumenti normativi, preventivi e di protezione adattati a una realtà in rapida evoluzione.

Trend e caratteristiche

Il *Global Threat Assessment 2023 e 2025*[67] restituisce un fenomeno che negli ultimi tre anni si è ulteriormente aggravato, con abusi difficili da tracciare, come il grooming nel social gaming, gli abusi in *live streaming* e l'aumento di "contenuti di interesse" per abusanti (non illegali, detti CSEM, acronimo di *Child Sexual Exploitation Material*– Materiale relativo allo sfruttamento sessuale sui minori). Secondo i più recenti rapporti (INHOPE, NCMEC CyberTipline Data; Europol IOCTA[68]) la crescita delle segnalazioni di CSAM è accompagnata da un aumento della quota di contenuti illegali e da una riduzione dell'età delle vittime identificate, con prevalenza di bambine e ragazze, pur in presenza di un maggiore coinvolgimento di bambini e ragazzi in specifiche forme, come la sextortion finanziaria, prevalentemente legata a organizzazioni criminali[69].

I cambiamenti tecnologici comportano inedite forme di abuso, in particolare con la diffusione di contenuti generati o manipolati tramite tecnologie di intelligenza artificiale generativa (i cosiddetti "deepfake" o "deepnude" e altri contenuti sintetici). Tra il 2023 e il 2024, il Centro nazionale degli Stati Uniti per i minori scomparsi e sfruttati (NCMEC)[70] ha registrato un incremento superiore al 1.300% nelle segnalazioni di materiale d'abuso creato o alterato tramite AI[71]. Anche in assenza di un contatto reale o di una vittima, tale materiale può essere utilizzato per fini di adescamento, per sostenere il mercato di materiale relativo e per alimentare la domanda e la cultura della violenza. Con "**AI CSAM**" si intende qualsiasi contenuto sessualmente esplicito che coinvolge minorenni, creato interamente o in parte con strumenti di intelligenza artificiale generativa: immagini completamente sintetiche (generate ex novo); deepfake (immagini o video reali modificati inserendo il volto o il corpo di una persona in contesti sessuali); deep nude (immagini in cui i vestiti di una persona vengono artificialmente rimossi). Altri fenomeni all'attenzione sono la circolazione di contenuti definiti "autoprodotti" da persone di minore età in situazione di coercizione, manipolazione o di pressione sociale, nonché il coinvolgimento di minorenni come autori di reati connessi al CSAM.

Quadro normativo: avanzamenti e criticità

La protezione dall'abuso e dallo sfruttamento sessuale online è presidiata da un articolato sistema normativo. Tuttavia, data la velocità di cambiamento del contesto, il quadro legislativo è in recente e più rapida evoluzione, rispetto agli anni passati. Il fenomeno è al centro della Strategia Europea per una lotta più efficace contro gli abusi sessuali su minori (2020–2025)[72] e della Proposta di Regolamento per prevenire e contrastare l'abuso sessuale su minori (*Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council laying down rules to prevent and combat child sexual abuse*[73], **CSAR**, Commissione Europea, 11/05/22), dal dibattito ancora in corso, con numerose ridefinizioni del testo.

Il regolamento intende principalmente:

a. introdurre misure per i fornitori di servizi digitali (*Internet service provider*) in materia di prevenzione, individuazione e segnalazione dei contenuti di abuso;

[66] Gli acronimi CSAM (*Child sexual abuse material*) e CSEM *(Child sexual exploitation material)* o *CSAEM* vengono ritenuti più appropriati rispetto ai termini "pedopornografia" o "pornografia minorile" per contenuti che sono di fatto relativi all'azione dell'abuso e dello sfruttamento sessuale (Cfr. *Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse*, https://luxembourgguidelines.org/)

[67] Di di *WeProtect Global Alliance*, disponibili ai seguenti link: *Assessing the scale and scope of child sexual abuse online*; *Global Threat Assessment 2025 - WeProtect Global Alliance*)

[68] INHOPE, *Annual Report*, 2025, disponibile al seguente link; EUROPOL, IOCTA, 2024, disponibile al seguente link.

[69] Il fenomeno si manifesta attraverso dinamiche di ricatto emotivo e coercizione, spesso innescate dalla condivisione di contenuti intimi in ambienti digitali apparentemente protetti.

[70] Centro nazionale degli Stati Uniti per i minori scomparsi e sfruttati (US National Centre for Missing and Exploited Children).

[71] *Global Threat Assessment 2025 - WeProtect Global Alliance*.

[72] Si veda il seguente link.

[73] Si veda il seguente link.

b. istituire un Centro Europeo di lotta all'abuso sessuale di minorenni, inteso come un polo di competenze e di coordinamento dei vari Paesi Membri.

Fondamentale è il percorso di *recast* della Direttiva 2011/93/UE[74] per un aggiornamento del quadro europeo di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minorenni, il quale mira a ridurre le differenze tra legislazioni nazionali, rafforzare obblighi di prevenzione, individuazione e supporto alle vittime, rendere più efficace la cooperazione transnazionale[75]. Per quanto riguarda l'AI CSAM, **l'EU AI Act** vieta esplicitamente i sistemi di IA che producono CSAM e impedisce la loro disponibilità nell'UE[76]. A seguito della scadenza della precedente deroga il 3 aprile 2026, il Consiglio dell'UE ha approvato il 23 luglio 2026 il ripristino, fino al 3 aprile 2028, della misura provvisoria che consente ai fornitori di servizi online di continuare a individuare, segnalare e rimuovere volontariamente il materiale di abuso sessuale su minorenni, in attesa dell'adozione di un quadro normativo europeo permanente[77].

Il contesto italiano

In Italia, il monitoraggio e il contrasto dell'abuso sessuale online sono affidati a una pluralità di attori istituzionali, tra cui il **Centro Nazionale per il Contrasto della Pedopornografia Online** (CNCPO), istituito presso il Servizio Polizia Postale ai sensi della Legge 38/2006, e l'Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile istituito dalla Legge 269/1998.
Secondo i dati del Report annuale 2025 della **Polizia Postale e per la Sicurezza Cibernetica** i procedimenti per pedopornografia e adescamento trattati dal CNCPO sono stati 2.574, con 222 arresti. Il monitoraggio dei contenuti CSAM ha riguardato oltre 16.549 siti segnalati, con 2.876 inserimenti in *black list*, *"le indagini si sono inoltre concentrate su ambienti digitali complessi, comprendenti aree della rete non indicizzate e piattaforme caratterizzate dall'utilizzo di sistemi di cifratura che richiedono specifiche competenze tecniche e investigative"*[78]. Il Report registra 428 casi totali di adescamento online: la fascia 14-16 anni rappresenta il 55% delle vittime con 237 casi, seguono i preadolescenti (10-13 anni) con 174 casi, mentre la fascia dei più piccoli (0-9 anni) registra 17 episodi. I casi di sextortion trattati sono stati 220 e indicano un abbassamento della soglia di età del rischio[79].
L'**Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile**[80], a cui è affidato il monitoraggio del fenomeno, ha adottato nel 2025 il Piano nazionale biennale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori 2025-2027[81]. Sul versante dei punti di forza, il Piano riconosce la necessità di rafforzare la Banca Dati istituita presso lo stesso Osservatorio che ha l'obbligo di raccogliere dati da tutte le pubbliche amministrazioni[82]. L'integrazione con il 6° Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza 2025-2027, che prevede un'azione volta alla "*Promozione dell'educazione digitale sui fenomeni emergenti come sexting, morphing, doxing e sharenting*" [83]è un tentativo di approccio sistematico e di lettura integrata al fenomeno.

---

[74] DIRETTIVA 2011/92/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 13 dicembre 2011 relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile. Sintesi della Revisione della direttiva sulla lotta contro l'abuso sessuale dei minori

[75] La procedura legislativa è in corso, con trilogo e negoziati ancora da concludere.

[76] Il Parlamento Europeo, il 26 marzo 2026, ha adottato la propria posizione su una proposta di semplificazione della legge sull'intelligenza artificiale. Tra le novità più rilevanti spicca il divieto delle app di "nudificazione". Il divieto non si applicherà ai sistemi dotati di efficaci misure di sicurezza che impediscono la generazione di tali contenuti, segnando un equilibrio tra innovazione e tutela della persona.

[77] https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2026/07/23/fighting-child-sexual-abuse-online-interim-measure-protecting-children-now-reinstated/

[78] Polizia Postale, 2026, Report annuale 2025 della Polizia Postale e per la Sicurezza Cibernetica, PAG. 28. Si veda il seguente link.

[79] Polizia Postale, 2026, Report annuale 2025 della Polizia Postale e per la Sicurezza Cibernetica, PAGG.30-33. Si veda il seguente link.

[80] Istituito ai sensi dell'articolo 17, comma 1-bis, della Legge 269/1998, con il compito di acquisire e monitorare i dati e le informazioni relativi alle attività svolte da tutte le pubbliche amministrazioni per la prevenzione e la repressione dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori.

[81] Disponibile all'indirizzo: Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile

[82] Nell'ambito delle sue funzioni, l'Osservatorio promuove il raccordo tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti (Ministero dell'Interno, Ministero della Giustizia, Ministero dell'Istruzione, Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, organizzazioni del Terzo Settore) e svolge un'attività di raccolta sistematica di dati che consente di fotografare con maggiore accuratezza l'evoluzione del fenomeno nel contesto nazionale

[83] Azione 9 del Piano https://www.famiglia.governo.it/media/ll5h4ozl/6-piano-nazionale-infanzia-ed-adolescenza.pdf

Un limite del sistema di rilevazione italiano è la frammentazione delle fonti e la difficoltà di pervenire a stime sui casi non denunciati, mancando, ad oggi, studi epidemiologici sistematici. Il Piano 2025-2027 rappresenta un passo nella direzione giusta, ma da solo non basta. **La questione dei dati in Italia continuerà a rimanere critica** finché non si realizzerà un sistema di raccolta integrato e accessibile a operatori, ricercatori e decisori politici; investimenti in ricerca epidemiologica; coordinamento tra tutti i soggetti che producono dati e che implementano iniziative di prevenzione e protezione. In tal senso il momento di confronto **con il Comitato ONU** sui diritti dell'infanzia che nel documento *List of Issues Prior to Reporting (LOIPR)* ha richiesto all'Italia, tra gli altri, anche dati aggiornati su CSAM potrebbe essere un'opportunità per affrontare tale tema[84]. Un contributo rilevante alla conoscenza del fenomeno, alla sensibilizzazione pubblica, alla prevenzione, all'emersione e al supporto alle vittime è offerto anche da numerosi soggetti del Terzo Settore.

Il contrasto all'abuso sessuale online richiede un approccio multi-stakeholder, capace di integrare iniziative repressive con azioni di prevenzione (rivolte non solo ai bambini e alle bambine, ma agli adulti con ruolo educante e ai professionisti del settore); educazione all'affettività e alla sessualità[85]; promozione delle competenze digitali; responsabilizzazione delle piattaforme digitali, efficacia della risposta istituzionale; supporto specialistico alle vittime e alle famiglie; specializzazione dei magistrati e delle forze di Pubblica Sicurezza dedicate al settore e interventi mirati anche sulla recidiva.

Per tale ragione, è determinante convergere verso un'uniformità normativa e coordinamento ordinamentale tra Stati, non solo in ordine alle previsioni di reato, ma anche ai modelli processuali e conseguenti previsioni di condanne, ivi incluse le ipotesi di contesti ed attività rieducative e di messa alla prova.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** in collaborazione con il Ministero della Salute e il Dipartimento per le politiche della famiglia di introdurre l'educazione alla sessualità e all'affettività come materia curricolare fin dalla scuola dell'infanzia; di rafforzare la formazione alle competenze digitali, nelle scuole di ogni ordine e grado, ampliando l'offerta curricolare oltre all'educazione alla cittadinanza digitale compresa nella Legge 92/2019; di prevedere programmi di formazione e sensibilizzazione rivolti anche agli insegnanti e alle famiglie dei minorenni;
2. Al **Dipartimento per le Politiche della Famiglia** di assicurare la regolarità dei lavori dell'Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile con riferimento a: a) implementazione del Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minorenni; b) operatività della Banca Dati per un'ampia conoscenza del fenomeno e orientamento degli interventi;
3. Al **Parlamento** una rapida approvazione della disciplina sull'informazione dei minorenni e sull'accesso ad ambienti digitali, ivi incluso l'accesso ad app, piattaforme, e simili, in linea con la normativa europea e internazionale e di avere un ruolo attivo nelle regolamentazioni in ambito Europeo (*recast* direttiva 2011/93/UE, nuovo regolamento CSAR e EU KIDS ACT).

[84] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, *List of Issues Prior to Reporting for Italy* (LOIPR) (30g), si veda il seguente link.

[85] Gruppo CRC, Educazione all'affettività e alla sessualità: perché è importante introdurre la Comprehensive Sexuality Education nelle scuole italiane. Si veda il seguente link.

5. LA PROSTITUZIONE MINORILE E LA TRATTA

Il Gruppo CRC ha sempre prestato grande attenzione al fenomeno della prostituzione minorile e della tratta, individuando negli anni un progressivo mutamento delle metodologie di adescamento e sfruttamento o destinazione. Il **Rapporto Globale sulla Tratta di Persone 2024**[86], che comprende 156 paesi, rivela correlazione con povertà, conflitti e disastri climatici, eventi che aumentano la vulnerabilità allo sfruttamento.
Negli ultimi anni, la digitalizzazione ha effettivamente trasformato il crimine organizzato, dando origine al fenomeno dell'**e-trafficking** (tratta digitale): le organizzazioni utilizzano le tecnologie digitali per reclutare, adescare, controllare e sfruttare le vittime in modo rapido ed invisibile (sessuale, lavorativo, matrimoni forzati, adozioni illegali e coinvolgimento in attività criminali forzate). Il fenomeno, cresciuto sensibilmente a partire dalla pandemia da COVID-19, costituisce una versione digitale di un reato già esistente in cui la tecnologia può essere presente in ciascuna delle tre fasi della tratta: **reclutamento, sfruttamento e assoggettamento**.
Nel reclutamento digitale, i trafficanti adescano le vittime tramite social media, app di incontri e giochi online, oppure attraverso false offerte di lavoro. Il contatto si sviluppa solitamente in due fasi: prima si instaura una relazione amichevole sui social network, poi la conversazione si sposta su canali privati dove si intensificano controllo e manipolazione psicologica.
Il tessuto normativo italiano conosce il fenomeno dell'adescamento e lo ha espressamente censurato con l'introduzione **dell'articolo 609-undecies del Codice penale**[87]. Il reato è da dirsi compiuto anche se l'adescamento non si conclude con le finalità auspicate dal reo. È la condotta, e non certo il fine, ad essere censurata. Ciò pone l'Italia perfettamente in linea con gli intenti di tutela espressi ripetutamente a più livelli. Orbene, tra le metodologie più diffuse oggi, figurano il **grooming online** — in cui adulti fingono di essere coetanei per instaurare relazioni manipolative — la tecnica dei **lover boys**, basata su dipendenze affettive poi utilizzate per ricattare o sfruttare sessualmente le vittime, e la **gamification**, che presenta attività illecite sotto forma di sfide o giochi per coinvolgere i minorenni. Lo sfruttamento può avvenire attraverso la produzione di contenuti sessuali su piattaforme online, il live streaming degli abusi, oppure in forme ibride in cui l'adescamento avviene online e lo sfruttamento offline, come nel caso di minorenni impiegati in attività criminali. L'assoggettamento si realizza tramite ricatti, sextortion, induzione alla dipendenza da sostanze e sorveglianza digitale.
Non è solo il dark web l'ambiente in cui operano i trafficanti: le piattaforme più comuni sono altrettanto utilizzate per identificare e sfruttare le persone di minore età. Le criptovalute vengono impiegate principalmente per l'acquisto di live streaming di abusi e di materiale CSEM[88].
Il fenomeno della tratta minorile rimane in larga parte sommerso, anche per le difficoltà di raccolta di prove digitali e contrasto del fenomeno su scala transnazionale, soprattutto con riferimento alla geolocalizzazione delle vittime. Il Gruppo CRC auspica un più incisivo impegno nel nuovo Piano Nazionale Antitratta 2026-2028, in corso di approvazione, e nel D.L. 115/2026, decreto di recepimento della Direttiva 1712/2024[89], che indica in modo esplicito le adozioni illegali e il matrimonio forzato come nuove forme di sfruttamento. La questione assume maggior rilievo lì dove si evidenzia la difficoltà di mappatura del fenomeno e di tutela preventiva.

L'identificazione precoce dei minorenni vittime o a rischio di tratta e sfruttamento, nei luoghi di frontiera, nei casi di rintraccio sul territorio e nelle fasi di prima e seconda accoglienza, ha registrato progressi grazie alla collaborazione con la Polizia di frontiera e all'adozione del "**Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di**

[86] United Nations Publication, Global Report on Trafficking in Persons, 2024. Si veda il seguente link.

[87] Articolo 609 undecies c.p. aggiunto dall'art. 4, della Legge 172/2012.

[88] Per approfondimenti si veda il paragrafo "La pedopornografia" del presente Rapporto.

[89] Parlamento europeo e Consiglio dell'Unione europea, Direttiva (UE) 2024/1712 del Parlamento europeo e del Consiglio del 13 giugno 2024 che modifica la direttiva 2011/36/UE relativa alla prevenzione e alla lotta contro la tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime, 2024. Si veda il seguente link.

protezione e di accoglienza", tramite la definizione di procedure operative standard da parte delle Prefetture, nei territori[90].

Rimane tuttavia una delle sfide più complesse del sistema di protezione italiano soprattutto se non coadiuvato da un coerente sistema di studio e di raccolta dati volto a censire e conseguentemente scoraggiare e prevenire il fenomeno, scardinandone i flussi territorialmente stabilizzati. Sul piano della prevenzione poi, è opportuno evidenziare che i minorenni vittime difficilmente si riconoscono come tali: le dinamiche di controllo e manipolazione esercitate dagli sfruttatori, spesso basate su relazioni affettive o di dipendenza, rendono il percorso verso la consapevolezza lungo e non lineare. I colloqui di identificazione avvengano talvolta in presenza di adulti accompagnatori la cui relazione con la persona di minore età non è verificata, con evidenti limitazioni per l'emersione della situazione reale. La mancanza di adeguata sensibilizzazione sul fenomeno, con accessi progettuali anche in ambito scolastico, potrebbe certamente influire sulla diffusione del fenomeno. Così come un'applicazione uniforme del principio di non punibilità per i minorenni coinvolti in attività illecite sotto coercizione contribuirebbe significativamente all'emersione dei casi e al rafforzamento della fiducia nelle istituzioni.

Resta di particolare urgenza intervenire sulle **strutture dedicate a minorenni vittime di tratta**, Centri di accoglienza dedicati con indirizzo segreto e caratteristiche adeguate alla complessità dei loro bisogni che richiedono riservatezza dell'ubicazione, équipe formate su tratta e sfruttamento e percorsi individualizzati per genere, età, caratteristiche culturali e forme di sfruttamento.

Una criticità trasversale riguarda infine il **compimento della maggiore età**: la transizione ai percorsi per adulti avviene spesso in modo discontinuo, in una fase di vulnerabilità acuta in cui il rischio di ri-sfruttamento rimane elevato. In assenza di procedure standard, i casi vengono deferiti ai servizi sociali territoriali, chiamati a intervenire in contesti ad alta complessità, dinamiche di sfruttamento, condizionamento e vulnerabilità multidimensionale, che richiedono competenze specialistiche non sempre disponibili, anche perché strutture e programmi dedicati alle vittime di tratta sono prevalentemente rivolti a soggetti maggiorenni.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Dipartimento per le Pari Opportunità**, quale coordinatore nazionale antitratta, in collaborazione con i soggetti deputati alla governance condivisa, l'implementazione delle misure previste per rafforzare e sistematizzare la tutela dei e delle minorenni vittime di tratta nella direttiva 1712/2024 in particolare per quanto attiene la formazione degli operatori di frontiera e di accoglienza sul riconoscimento degli indicatori di tratta nei minorenni, con attenzione alle forme meno visibili e alle specificità di genere, con particolare attenzione all'approccio *child-friendly*;
2. Al **Ministero dell'istruzione e del Merito**, in collaborazione con il Dipartimento per le Pari Opportunità di prevedere la formazione e sensibilizzazione sui fenomeni di tratta e sfruttamento per personale scolastico, anche in vista dell'emersione di nuove forme di sfruttamento (ad esempio matrimoni forzati) a cui sono particolarmente esposte le minorenni;
3. Al **Ministero dell'Interno** di avviare in via sperimentale centri di accoglienza dedicati specificatamente ai minorenni vittime di tratta, con indirizzo segreto e gestiti da équipe multidisciplinari specializzate nella protezione dei minorenni, in grado di offrire protezione adeguata e supporto olistico adattato all'età, al genere e alle specifiche vulnerabilità di ciascun minorenne, con l'obiettivo di estendere progressivamente questo modello su tutto il territorio nazionale.

[90] Ministero dell'Interno, Vademecum per la rilevazione, referral e presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e accoglienza, 2023, https://www.interno.gov.it/it/stampa-e-comunicazione/pubblicazioni/vademecum-rilevazione-referral-e-presa-carico-persone-portatrici-vulnerabilita-arrivo-sul-territorio-ed-inserite-nel-sistema-protezione-e-accoglienza

CAPITOLO IV - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)



Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile



IN SINTESI

Le diverse forme di violenza, inclusa la violenza di genere, abuso e sfruttamento che colpiscono bambini, bambine e adolescenti costituiscono un fenomeno complesso e multidimensionale, che si manifesta in contesti differenti, da quelli familiari e relazionali fino agli ambienti digitali e alle reti di sfruttamento organizzato. Nonostante alcuni progressi sul piano normativo e istituzionale, persistono significative criticità nella raccolta dei dati, nella prevenzione primaria, nell'individuazione precoce delle situazioni di rischio e nell'accesso a sistemi di protezione e presa in carico adeguati. Emerge pertanto la necessità di rafforzare un approccio integrato, multidisciplinare e fondato sui diritti, capace di prevenire la violenza, promuovere l'emersione dei fenomeni, garantire tutela e supporto alle vittime minorenni e promuovere programmi educativi specifici per gli autori minorenni di atti di violenza.

I DATI RACCONTANO

374.310
MINORENNI IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI, DI CUI IL 30,4% VITTIME DI MALTRATTAMENTO

37,6%
DELLE GIOVANI DONNE 16-24 ANNI HA SUBITO UNA FORMA DI VIOLENZA

85
FEMMINICIDI PER MANO DI UN SOGGETTO RICONDUCIBILE ALL'AMBITO FAMILIARE AFFETTIVO NEL 2025

TRA I
68
PAESI CHE HANNO VIETATO LE PUNIZIONI CORPORALI IN TUTTI I CONTESTI NON C'È L'ITALIA

16.000
LE BAMBINE SOTTO I 15 ANNI POTENZIALMENTE A RISCHIO DI MGF, DI CUI 9.000 NATE IN ITALIA

2.574
CASI TRATTATI DAL CNCPO IN ITALIA NEL 2025

16.549
SITI SEGNALATI PER IL MONITORAGGIO DI CONTENUTI CSAM

428
CASI TOTALI DI ADESCAMENTO ONLINE NEL 2025 IN ITALIA

+1.300%
SEGNALAZIONI DI MATERIALE DI ABUSO SESSUALE CREATO O ALTERATO TRAMITE AI PREVENUTE AL NCMEC NEL 2024

25 ANNI DOPO

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- **3 Indagini nazionali dell'AGIA** sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia dal 2013 al 2025
- **3 Rapporti della CEI**: Proteggere, prevenire, formare
- **Piani programmatici**: dal 2017 periodica elaborazione del Piano Strategico Nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica in Italia; adozione periodica del Piano nazionale biennale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori; Piano Nazionale Antitratta 2026-2028
- Il fenomeno è al centro della **Strategia Europea** per una lotta più efficace contro gli abusi sessuali su minori (2020–2025), della relativa Proposta di Regolamento per prevenire e contrastare l'abuso e lo sfruttamento sessuale su minori (CSAR) e del recast della Direttiva 93/2011.
- Dal 2018 ad oggi si segnala un incremento dei **finanziamenti** destinati al sostegno di donne e ragazze sopravvissute alla violenza maschile contro le donne del 251,6%.

SFIDE

- Mancanza di dati raccolti a livello istituzionale su maltrattamento e abuso e violenza di genere con conseguenti limiti nella programmazione delle politiche di protezione e prevenzione.
- La Legge 104/2026 sul consenso informato ha introdotto il divieto di trattare temi legati alla sessualità nella scuola dell'infanzia e primaria e prevede il consenso preventivo delle famiglie per attività educative sui temi affettivi e relazionali negli altri ordini scolastici.
- L'Italia continua a essere tra i pochi Paesi europei privi di un percorso strutturato di educazione all'affettività e alla sessualità nei curricula scolastici, in coerenza a quanto previsto le Linee guida UNESCO e OMS e nel rispetto delle diverse fasi dell'età evolutiva.
- Criticità rispetto l'individuazione precoce delle situazioni di rischio, la formazione degli operatori e la garanzia di un accesso uniforme sul territorio a servizi specializzati per la protezione, il supporto e il recupero delle vittime.

LE PRIORITÀ

Al **Parlamento**, di introdurre l'educazione all'affettività e alla sessualità nei curricula scolastici, in coerenza con le Linee guida UNESCO e OMS e nel rispetto delle diverse età evolutive;

Al **Governo** di rendere operativo un sistema informativo nazionale stabile di raccolta dati sul maltrattamento di bambini e adolescenti e i fenomeni di violenza di genere quali femminicidi, violenza assistita, minorenni vittime della violenza maschile contro le donne e orfani di femminicidio, in linea con gli indicatori internazionali;

Al **Governo** investimenti stabili per la formazione multisettoriale obbligatoria in tema di maltrattamento e abuso all'infanzia e all'adolescenza, l'identificazioni di protocolli operativi condivisi a livello nazionale ed il rafforzamento dei sistemi di protezione e presa in carico

Capitolo V
AMBIENTE FAMILIARE E MISURE ALTERNATIVE

1 AMBIENTE FAMILIARE E SUPPORTO ALLA GENITORIALITÀ

L'ambiente familiare è contesto di crescita e apprendimento, qui si radicano le competenze cognitive, emotive e relazionali, e resta protettivo in adolescenza, in un quadro relazionale che si amplia all'esterno delle famiglie e ai gruppi di pari, anche online. Sebbene fattori socioeconomici, quali reddito, istruzione, condizioni abitative e vulnerabilità specifiche, incidano sulle opportunità di crescita, le evidenze scientifiche indicano che la qualità delle relazioni familiari plasma gli esiti evolutivi a lungo termine. Perciò la responsività genitoriale è stata inclusa tra le componenti del *Nurturing Care*, riferimento internazionale per lo sviluppo infantile[1].

L'esperienza genitoriale è oggi più fragile e solitaria per via delle **trasformazioni demografiche e sociali** degli ultimi anni, tra cui il calo delle nascite (-3,9% rispetto al 2024), la diffusione di nuclei con un solo figlio (49,8%), la genitorialità tardiva (l'età media del parto sale da 32,6 a 32,7 anni) e l'indebolimento delle reti informali di supporto[2]. È, quindi, centrale il ruolo delle politiche pubbliche nel sostenerla e nel promuovere contesti di vita favorevoli alla crescita[3]. Il sostegno alla genitorialità è ambito strategico delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza e richiede un approccio integrato e continuativo, al fine di tutelare il diritto ad una buona crescita per tutte le bambine, i bambini e adolescenti.

L'ambiente familiare beneficia delle informazioni e opportunità offerte dai **contesti territoriali**. La disponibilità di servizi educativi, sanitari, sociali e culturali accessibili, sapere dove sono e come funzionano, così come la presenza di comunità inclusive e partecipative, contribuiscono alla costruzione di sistemi di protezione e promozione della crescita. Si devono, quindi, rafforzare modelli di intervento integrati, proattivi e di prossimità, capaci di anticipare o intercettare precocemente le attese delle famiglie e di accompagnarle nelle diverse transizioni. Nel contesto italiano, purtroppo, le politiche di sostegno alla genitorialità risentono ancora di una cultura riparativa, con azioni orientate a condizioni di vulnerabilità socioeconomica conclamata. Questo limita la capacità preventiva delle politiche pubbliche e tende a trascurare situazioni di fragilità latenti, che possono emergere anche in nuclei non portatori di svantaggio specifico. La diffusione di programmi universalistici di promozione delle competenze genitoriali resta limitata, mentre alcuni cambiamenti di prospettiva sono stati innestati all'interno di programmi con target specifici. L'approccio promozionale si trova, ad esempio, nel **Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.)**, LEPS dal 2021, attivato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per innovare e uniformare le pratiche di intervento sociale nei confronti delle

[1] La *nurturing care* è importante per promuovere lo sviluppo precoce e protegge anche dai peggiori effetti degli eventi avversi, riducendo il livello di stress e incoraggiando i meccanismi emotivi e cognitivi per farvi fronte. Per bambini e bambine con difficoltà dello sviluppo e disabilità è fondamentale, così come per prevenire maltrattamenti. Esistono strategie *evidence-based* che si rivolgono al contesto più ampio nel quale i bambini vengono maltrattati, con una maggior attenzione alla genitorialità responsiva e a un approccio non violento, per creare interazioni positive. OMS, *Nurturing Care Framework for Early Child Development (NCF), 2018*. Si veda il seguente link.

[2] La denatalità è strutturale nel 2025 si registrano 355.000 nati (con una diminuzione del 3,9% sul 2024) e un ulteriore calo della fecondità (1,14 figli per donna). Si osserva una costante diminuzione della dimensione media familiare e un aumento delle famiglie monogenitore, che rappresentano oggi una famiglia su 10. Si tratta principalmente di madri sole (8,6%), ma sono evidenti anche casi di padri soli con figli (2,2%). ISTAT, *Report Indicatori demografici 2025*, marzo 2026. Si veda il seguente link.
Nel 2024, secondo i dati Eurostat, tra le famiglie italiane con figli (22% delle famiglie italiane), la percentuale di quelle con un solo figlio è del 49,8%. Si veda il seguente link.

[3] In Italia la vita da neogenitore è percepita come difficile dalla maggioranza (79% delle donne e 63% degli uomini) e un elemento centrale di questa fatica è la solitudine genitoriale, che colpisce soprattutto le madri: il 65% delle donne dichiara di sentirsi sola o isolata (contro il 40% degli uomini) e il 44% percepisce una scarsa condivisione della cura con il partner. UNICEF Italia (2026), *Eppur siam soli. La salute mentale dei genitori nella prima infanzia: una questione di salute pubblica e di diritti di bambine e bambini*. Si veda il seguente link; il 79,2% dei genitori pensa che oggi essere genitore sia più difficile rispetto al passato, Censis Rapporto Essere genitori oggi, maggio 2026. Si veda il seguente link.

famiglie in condizione di vulnerabilità[4]. Va in direzione universalistica l'investimento promosso dal Dipartimento per le Politiche della famiglia sui **Centri per la Famiglia**, che, come hub di innovazione sociale e di coordinamento sul territorio, si occupano delle esigenze delle famiglie lungo tutto il ciclo di vita[5].

Il modello storico delle politiche familiari in Italia tende, inoltre, a preferire misure di sostegno economico e fiscale, rispetto allo sviluppo sistematico dei servizi territoriali[6]. Strumenti di welfare monetario, come l'Assegno Unico e Universale per i figli a carico (AUU), l'Assegno di Inclusione (ADI), bonus nuovi nati, bonus mamme, indennità di congedo, sono un importante supporto per le famiglie, ma vanno estesi e non possono sostituire interventi strutturali finalizzati a rafforzare la responsività genitoriale fin dall'inizio[7]. I dati mostrano che misure automatiche come l'AUU hanno un potenziale di universalità, ma i trasferimenti monetari non sono sufficienti senza spazi per stare assieme, tempi, servizi e politiche integrate, incluse quelle del lavoro[8].

A tale proposito, il punto 21 del documento *List of Issues Prior to Reporting (LOIPR)* del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia[9] chiede all'Italia di indicare le misure previste per estendere a tutti i tipi di configurazioni familiari la durata del congedo parentale e per ampliare il sostegno alle famiglie con figli di età superiore ai 14 anni. Il punto 42 della LOIPR richiede, inoltre, di fornire dati disaggregati sul numero e sulla percentuale di famiglie e minorenni che ricevono servizi di sostegno economico e di altro tipo, compreso il **congedo parentale**. Su quest'ultimo è dovere segnalare la persistenza di disuguaglianze nell'accesso e nella durata, specie sul coinvolgimento dei padri e l'estensione delle tutele a tutte le tipologie di lavoro e a tutte le configurazioni familiari. Dopo la bocciatura alla Camera nel febbraio 2026 della proposta di legge per un congedo paritario ben retribuito ed esteso, si segnala ancora l'assenza di misure migliorative dei congedi destinati ai padri dalla nascita o dall'entrata in famiglia per affidamento o adozione[10].

Va dedicata precisa attenzione a modificare la visione del supporto alle famiglie, a partire dallo sviluppo di servizi precoci, proattivi e di prossimità, capaci di avviare il sostegno in continuità con i punti nascita, e con formule in grado di affiancare anche le varie transizioni familiari. Le disuguaglianze nello sviluppo hanno origine precoce e si accumulano nel tempo, perciò, **i primi mille giorni di vita,** dalla gravidanza ai due anni, sono cruciali. In questo periodo la responsività genitoriale – la capacità dei genitori di rispondere in modo adeguato, affettuoso e sensibile ai bisogni dei figli – rappresenta un fattore protettivo durevole e, perché ciò avvenga, va data adeguata attenzione al benessere mentale dei genitori. Perciò, nei primi mille giorni sono efficaci i programmi di accompagnamento con visite domiciliari integrate tra ambito sanitario e socioeducativo e spazi di confronto tra genitori per la condivisione di esperienze e pratiche educative, come, ad esempio, "Le

[4] PIPPI è diventato LEPS con il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, confermato e finanziato a regime con le successive Leggi di Bilancio. Si veda il seguente link.

[5] Tali indicazioni sono contenute nel Piano nazionale per la famiglia 2025-2027 e nel Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025-2027.

[6] Misure economiche nazionali disponibili sul sito INPS. Si veda il seguente link.

[7] L'AUU mostra un tasso di adesione molto elevato, con oltre 10 milioni di minorenni raggiunti e circa 6 milioni di nuclei beneficiari, con una copertura sostanzialmente universale. La distribuzione geografica, con importi più alti nel Mezzogiorno rispetto a Nord e Centro, riflette la concentrazione di famiglie con ISEE più basso. Diversa la situazione del bonus mamme, con circa 667 mila beneficiarie, una copertura ridotta, limitata dalla condizione lavorativa e dall'età dei figli o delle figlie.

[8] Il Rapporto Censis *Essere Genitori* evidenza che: l'83,8% dei padri e il 68,3% delle madri vorrebbe più tempo per stare con i figli; il 56,4% dei padri e il 71,5% delle madri vorrebbe aver avuto fiducia nelle sue capacità di genitore; il 51,5% dei padri e il 57,3% delle madri risorse culturali per vivere la genitorialità; il 44,7% dei padri e il 62% delle madri più collaborazione col partner. Si veda il seguente link.

[9] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, *List of Issues Prior to Reporting for Italy (LOIPR)*, 2026. Si veda il seguente link.

[10] L'Italia non è tra i primi posti in Europa nemmeno per durata del congedo di maternità (pagato, tra l'altro, al 100%, come in molti Paesi europei, solamente dove è intervenuta la contrattazione collettiva) e resta agli ultimi posti per i congedi riservati ai padri: 10 giorni (il minimo previsto dalla direttiva UE sulla conciliazione 2019/1158). Si veda il seguente link.

cure che nutrono", progetto promosso dal Comune di Bologna a supporto e accompagnamento dei genitori, per favorire la continuità delle cure dopo la dimissione dall'ospedale e costruire reti di prossimità[11].

Oggi perdurano **disomogeneità territoriali** che rendono complessa l'attuazione di filiere di servizi integrate in molte aree del Paese, nonostante la disponibilità di risorse[12]. Specie nel Mezzogiorno e nelle aree interne, l'offerta di servizi e di interventi integrati di sostegno alle famiglie resta insufficiente. La loro attuazione è affidata a diversi livelli istituzionali – Regioni, Ambiti Territoriali Sociali e Comuni – con capacità amministrative e dotazioni differenti, con il rischio di ampliare ancora i divari territoriali.

A livello centrale si osserva, inoltre, **una programmazione settoriale**, non concertata, in cui ciascun dicastero promuove piani e interventi di settore con relativi fondi: il Ministero della Salute promuove il Piano Nazionale della Prevenzione (con azioni di home visiting integrata perinatale, medicina territoriale, continuità ospedale territorio, ecc.); il Dipartimento per le politiche della famiglia (DIPOFAM) la rete dei Centri per la famiglia con Il Piano nazionale per la famiglia e il 6° Piano nazionale infanzia e adolescenza (con azioni specifiche di integrazione socio-sanitaria); il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS) il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali; il Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM) promuove il Piano di azione Nazionale Pluriennale anche per il sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 anni (con esplicito invito ai Coordinamenti Pedagogici Territoriali – CTP di attivare collaborazioni intersettoriali). Va inoltre menzionato il Fondo per il Contrasto alla Povertà Educativa Minorile gestito dall'impresa sociale Con i Bambini (CiB) che ha dato respiro alle progettualità locali e che prosegue con risorse statali ridotte[13]. **La ricomposizione dei fondi disponibili sui territori è quindi complessa**.

Per rafforzare l'efficacia e l'omogeneità degli interventi non bastano le risorse economiche, bisogna **investire sulle dotazioni e sulle competenze professionali e organizzative dei territori valorizzando altresì le espressioni della società civile**[14]. Va qui menzionato il lavoro svolto dal MLPS, che ha affiancato agli interventi sociali proprio il rafforzamento dello staff operativo (equipe multidisciplinari) e tecnico amministrativo destinato agli ATS tramite concorso e assegnazione. Per quanto riguarda la formazione del personale, si rammenta che i bisogni di bambini, bambine e adolescenti richiedono competenze integrate tra ambito sanitario, educativo e sociale. Investire nella formazione multidisciplinare e multisettoriale del personale rappresenta, quindi, una condizione essenziale per promuovere linguaggi e approcci condivisi e per favorire il lavoro coordinato, come avvenuto, ad esempio, in ComeTE e PRIMI PASSI a rete dei servizi sociali per genitori e bambini nei primi mille giorni", sperimentazioni in cui il MLPS ha avviato importanti investimenti formativi[15].

[11] "Le cure che nutrono" è promosso dal Comune di Bologna, in particolare, dal Centro per le famiglie, in collaborazione con MondoDonna e Cuore di Mamma e finanziato con risorse PN Metro Plus e Città Medie Sud 2021-2027. Si veda il seguente link.

[12] Si ricordano in particolare il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza istituito con la Legge 285/1997 e il Fondo per le attività socioeducative a favore dei minori attualmente gestiti dal DIPOFAM; il Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-2027 gestito dal MLPS, che include una specifica linea per attuazione della *Child Guarantee;* Tramite il Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) vengono stanziati i fondi Contrasto alla povertà educativa. Si veda il seguente link.

[13] Il contributo statale, escluso dalla Legge di Bilancio 2025 poi reintrodotto con un intervento parlamentare bipartisan, è stato fissato a 3 milioni di euro l'anno per il triennio 2025-2027 (erogato sotto forma di credito d'imposta per le Fondazioni di origine bancaria). Si tratta di una cifra molto ridotta rispetto alle dotazioni precedenti, che ammontavano a 25-55 milioni di euro all'anno fino al 2023.

[14] Il ragionamento sulle dotazioni di personale e sulla sua formazione deve includere il rafforzamento delle équipe multidisciplinari e la disponibilità di personale tecnico e amministrativo in grado di sostenere la programmazione, l'attuazione e il monitoraggio degli interventi con continuità.

[15] Le equipe multidisciplinari nel contesto delle politiche sociali italiane, e in particolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS), sono state istituite e potenziate attraverso una serie di provvedimenti normativi legati al contrasto della povertà e all'integrazione dei servizi, consolidandosi nei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali). Riferimenti normativi: Decreto-legge 4/2019 (convertito in Legge 26/2019); Decreto-legge 48/2023 (convertito in Legge 85/2023); Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026: Riconosce formalmente l'equipe multidisciplinare come strumento metodologico fondamentale e LEPS. Il MLPS ha emanato diverse linee guida operative per la costruzione di reti di servizi e per la valutazione multidimensionale (Patti per l'inclusione sociale), definendo la composizione e le modalità operative delle equipe.

In conclusione, **le politiche pubbliche vanno orientate verso un modello di sostegno alla genitorialità universalistico progressivo, precoce, preventivo, integrato e territoriale**. La piena realizzazione di questo modello richiede investimenti strutturali di lungo periodo, un rafforzamento della governance interistituzionale e una diffusione più ampia di programmi basati su evidenze scientifiche. Gli strumenti di programmazione nazionale disponibili offrono un quadro favorevole allo sviluppo dei servizi per le famiglie, che sono, però, limitati dalla permanenza di una frammentazione istituzionale tra le politiche dedicate alla famiglia, all'infanzia, all'educazione e al sociale, sviluppate attraverso strumenti di programmazione e governance separati.

È quindi necessario **rafforzare i meccanismi di coordinamento tra i diversi livelli di governo** e tra i settori coinvolti, anche dotandosi di luoghi interistituzionali appositamente creati, al fine di garantire maggiore coerenza e continuità nelle politiche di sostegno alla genitorialità. Solo attraverso un approccio sistemico e coordinato sarà possibile garantire a tutti i bambini, bambine e adolescenti il diritto di crescere in un ambiente familiare adeguatamente sostenuto da una rete di servizi efficace.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero della Salute**, al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, al **Dipartimento per le Politiche della Famiglia**, di prevedere la creazione di una sede istituzionale permanente di confronto interministeriale per la concertazione e il monitoraggio dell'implementazione di misure coordinate multisettoriali e multiprofessionali di sostegno alla genitorialità e alla vita delle famiglie;
2. All'**Osservatorio Nazionale sulla Famiglia** e all'**Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza** presso il Dipartimento per le politiche della Famiglia, di prevedere la definizione e il monitoraggio, di modalità di concertazione degli interventi al livello ministeriale e dei relativi piani di stanziamento delle risorse a supporto delle famiglie per evitare dispersione di risorse e sovrapposizioni;
3. Al **Parlamento**, di legiferare per estendere i congedi di paternità nella prospettiva di giungere progressivamente ad equiparare, nella durata, quelli di maternità, oltre che estendere sin da subito il congedo a tutte le categorie di lavoro.

2. FIGLI DI GENITORI DETENUTI

La questione dell'infanzia che incontra il carcere va letta alla luce del superiore interesse del minore, sancito dall'articolo 3 della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza e dell'articolo 9, che tutela il diritto del bambino e dell'adolescente al mantenimento e alla continuità della relazione con il genitore anche in stato di detenzione.

I principi sottesi in questi articoli non sembrano trovare corrispondenza nella normativa italiana che considera prioritaria la sanzione penale riservata agli adulti, e comporta per il bambino, vivere in carcere con la madre oppure la privazione di una figura genitoriale di riferimento e, per il genitore, la riduzione, se non la negazione, dell'esercizio del proprio ruolo genitoriale.

Il legame con entrambe le figure parentali, seppure con differenze sostanziali a seconda che si tratti della madre o del padre in carcere, è centrale anche rispetto alle conseguenze e ai potenziali rischi derivanti dall'esporre i bambini, coinvolti loro malgrado, a situazioni che compromettono il loro sviluppo psicoaffettivo[16].

Le tappe fondamentali dell'evoluzione normativa prendono avvio dall'**Ordinamento Penitenziario (1975)** e **dalla Legge Gozzini** (Legge 663/1986), per poi intervenire sulle condizioni dei bambini che vivono in carcere con le madri con la **Legge Finocchiaro 40/2001**, seguita dal necessario perfezionamento della **Legge 62/2011**.

È stato poi affrontato il tema dei bambini coinvolti dalla detenzione del genitore con la firma della prima "**Carta dei diritti dei figli di genitori detenuti**" del 21 marzo del 2014[17], divenuta modello per la Raccomandazione del Consiglio d'Europa dell'aprile 2018[18].

La stima dei bambini che vivono separati dal proprio genitore detenuto è oltre centomila in Italia e **settecentomila** in Europa[19]. In Italia non ci sono dati ufficiali perché le stime si basano su un auto dichiarazione resa dai genitori quando entrano in carcere e non è prevista una disaggregazione dei dati in base ai figli minorenni o maggiorenni. Al 31 marzo 2026 **le madri detenute con figli minori di tre anni erano 35 e 38 bambini[20].**

A seguito dell'adozione della "Carta dei diritti dei figli di genitori detenuti", sopra citata, si sono sviluppate alcune ***best practices***., tra cui: le decisioni relative ad ordinanze, sentenze ed esecuzione della pena e i permessi premio per eventi significativi, come primo giorno di scuola, compleanni, ricorrenze religiose (art.1); la formazione della polizia penitenziaria che opera nel ricevimento e visita delle famiglie dei detenuti e dei loro figli (art. 4); case famiglia protette e gli ICAM (Istituti a custodia attenuata per detenute madri) (art. 7).

Il citato modello di formazione della polizia penitenziaria ha avuto nel biennio 2025- 2026 una estesa attuazione su tutte le carceri italiane, col progetto europeo del programma Erasmus+ "**CHILD TRUST – Bambini in visita ai genitori: formazione del personale carcerario dell'UE**", attualmente in corso[21].

[16] Il quadro dei diritti si fonda sugli articoli 2, 3 e 9 della CRC: non discriminazione, superiore interesse del minore, diritto al legame familiare. Tali diritti non devono essere posti in contrapposizione alla sanzione penale: il bambino non è destinatario della pena e non deve subire la privazione della figura genitoriale come conseguenza non valutata della condanna dell'adulto.

[17] Il 21.03.2014viene firmata a Roma (ultimo rinnovo 08.06.2026) la "Carta dei diritti dei figli di genitori detenuti" dal Ministero della Giustizia, l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza e l'Associazione Bambinisenzasbarre, a tutela dei diritti dei bambini e adolescenti che ogni anno entrano nelle carceri italiane.

[18] **Il 4 aprile 2018,** a Strasburgo, il **Comitato dei ministri** adotta la **Raccomandazione CM/Rec (2018)5** che contiene le linee guida sulle politiche per i suoi **47 Stati membri** miranti a tutelare i diritti e gli interessi dei bambini di genitori detenuti. Si veda il seguente link.

[19] Si veda il seguente link.

[20] Dati ufficiali del DAP, 31 marzo 2026. Icam Lauro in Campania: 5 madri e 7 bambini; Roma - Rebibbia femminile sez. nido: 2 mamme e 3 bambini; Milano - Bollate 1 mamma e 1 bambino; Milano - Icam San Vittore: 7 mamme e 8 bambini; Torino - Icam Lorusso e Cotugno: 6 madri e 6 bambini. Gli Istituti a Custodia Attenuata per detenute Madri (ICAM) attualmente sono: a Torino "Lorusso e Cutugno"; a Milano "San Vittore". Nelle 2 uniche case protette previste dalla Legge 62/2011 sono presenti: Roma - Casa di Leda, 5 madri, 8 bambini; Milano - Casa Ciao, 3 madri e 3 bambini. Dall' applicazione della Legge 62/2011 le madri detenute nelle sezioni nido dedicate al 31 gennaio 2026 negli Istituti di pena in Italia erano 42 con 46 figli.

[21] *Child Trust* è il primo progetto di formazione della Polizia Penitenziaria in Europa. L'obiettivo è creare e diffondere un modello standardizzato di formazione del personale degli istituti penitenziari in tutta Europa, per sostenere i figli di genitori detenuti. Si veda il seguente link.

Sulla spinta delle linee guida della *Carta* si è attivato il "**Sistema Spazio Giallo**" che non rappresenta una semplice sala d'attesa, ma un modello di accoglienza e mediazione tra il mondo esterno e quello penitenziario. Si sono inoltre moltiplicate le **Aree Verdi** e gli **spazi all'aperto** che permettono gioco, movimento, contatto fisico, riduzione del clima custodiale. Sempre più significativa è anche la diffusione della "**Partita con mamma e papà**"[22], che ha avuto un incremento costante (da 12 carceri nel 2015, a 113 nel 2025).

La questione delle **madri detenute con figli** rappresenta una sfida cruciale per la giustizia e la tutela dei diritti umani. Sebbene l'Ordinamento Penitenziario e la Legge Gozzini prevedano benefici per scontare la pena fuori dal carcere, l'accesso è spesso ostacolato dalla mancanza di residenza stabile o legami sociali, penalizzando soprattutto cittadine straniere e Rom.

Le **Sezioni Nido** ospitano madri detenute con figli fino a tre anni di età. Sul territorio italiano ne esistono tredici, inserite nelle Sezioni Femminili degli Istituti di Pena. Al loro interno tutti i sistemi di sicurezza sono visibili: sbarre, porte blindate, agenti in divisa. Non sono pensate come luogo di tutela dei bambini, ma come spazio detentivo: le offerte ricreative, ludiche e di socializzazione sono minime o inesistenti, così come la presenza di professionisti dedicati ai nuclei mamma-bambino. La "**sindrome da istituzionalizzazione**" vi risulta particolarmente accentuata.

Gli ICAM (Istituti a Custodia Attenuata per Madri) ospitano madri detenute con figli fino a 10 anni. In Italia ne esistono cinque: Milano, Torino, Venezia, Lauro e Cagliari. Sono collocati all'interno delle cinte murarie delle carceri, ad eccezione dell'ICAM di Milano, afferente a San Vittore ma situato altrove, che si distingue anche per un'équipe educativa finanziata dal Comune di Milano. I minorenni frequentano la scuola e attività sul territorio; le madri lavorano, studiano e partecipano ad attività trattamentali.

Pur rimanendo strutture penitenziarie dove la logica della sicurezza è preponderante, i sistemi di sicurezza sono poco visibili e gli agenti in borghese.

La Legge 62/2011 ha promosso le **Case Famiglia Protette** come alternativa alla detenzione per madri con figli minori sotto i 10 anni. Tuttavia, la sua attuazione è rimasta incompiuta: i fondi previsti nella Legge di bilancio del 2023 non sono stati rinnovati e sul territorio esistono solo due strutture protette, a Roma e Milano, con una conseguente disomogeneità territoriale nell'accesso a questa misura. Al contrario dell'ICAM, la Casa Famiglia Protetta offre un modello comunitario gestito dal terzo settore, con fondi dell'Ente Locale, volto a promuovere la tutela psico-fisica del minorenne in un contesto di normalità assistita.

Il Decreto-legge 92/2025 ha eliminato l'obbligatorietà del differimento della pena per le donne in gravidanza e le madri di figli sotto un anno, rendendolo facoltativo e rimettendolo alla discrezionalità del giudice. Ciò aumenta il rischio di permanenza dei minorenni nel circuito detentivo o di separazioni precoci. L'assenza di un adeguato supporto degli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) e di soluzioni alternative accessibili rischia di produrre esiti disomogenei. Si rilevano in positivo, **le pronunce della Corte Costituzionale** che hanno eliminato automatismi lesivi: la sentenza 52/2025 tutela il diritto del padre alla detenzione domiciliare speciale; la sentenza 85/2024 ha rimosso i limiti ai colloqui ex art. 4-bis; la sentenza 85/2025 ha dichiarato incostituzionale la sospensione automatica della responsabilità genitoriale. Sempre in positivo si evidenzia che le modifiche al regolamento penitenziario[23] hanno aumentato telefonate e videochiamate mensili.

La situazione italiana appare dunque significativamente ambivalente: avanzata sul piano culturale ma ancora diseguale nell'attuazione concreta. L'Italia ha sviluppato strumenti innovativi, alcuni riconosciuti anche a livello europeo ma, **persistono criticità strutturali**: assenza di un monitoraggio e rilevazione del numero dei bambini con genitore detenuto, disomogeneità territoriale, insufficiente applicazione delle misure alternative, mancanza di standard vincolanti per spazi e procedure.

[22] La Partita con mamma e papà è parte di un più ampio sistema di interventi che accompagna le famiglie dentro e fuori il carcere, promuovendo continuità affettiva e supporto psicopedagogico ed è **un momento significativo per la tutela del diritto alla relazione tra bambini e genitori detenuti.** Si veda il seguente link.

[23] Si veda il seguente link.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento** di prevedere nella Legge di bilancio la copertura finanziaria per mettere a sistema il sostegno delle case famiglia protette, per limitare al massimo l'accesso di bambini al carcere, superando il ricorso ai nidi ancora presenti negli Istituti penitenziari, assicurandosi che, anche qualora i bambini siano residenti in ICAM, venga loro obbligatoriamente garantito il diritto all'asilo esterno e un programma educativo personalizzato;
2. Al **Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria**, di monitorare in maniera adeguata la situazione familiare delle persone detenute ed in particolare di rilevare se i detenuti hanno figli minorenni, e conseguentemente di prevedere forme di collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, al fine di coordinare gli interventi e programmare politiche di sostegno efficaci, anche con il supporto del privato sociale.

3. SOTTRAZIONE INTERNAZIONALE DI MINORENNI

La materia della sottrazione internazionale di minorenni è disciplinata dalla Convenzione dell'Aja del 25 ottobre 1980 sugli aspetti civili della sottrazione internazionale di minorenni, ratificata dall'Italia con la Legge 64/1994, integrata per i rapporti tra Stati membri dell'Unione europea (con l'eccezione della Danimarca), dal Regolamento (UE) 2019/1111 relativo alla competenza, al riconoscimento e all'esecuzione delle decisioni in materia matrimoniale e in materia di responsabilità genitoriale e alla sottrazione internazionale di minorenni. È applicabile altresì la Convenzione dell'Aja del 19 ottobre 1996, ratificata con Legge 101/2015, in funzione complementare, soprattutto con riferimento al riconoscimento delle misure di protezione del minore.

Nel periodo 2023-2026 il fenomeno sottrattivo sembra essersi stabilizzato rispetto al triennio precedente. Secondo i dati dell'**Autorità Centrale italiana** presso il Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità ai sensi della Convenzione dell'Aja del 1980 pubblicati il 6 febbraio 2026[24], nel 2025 sono pervenute 202 nuove istanze (istanze di ritorno e esercizio diritto di visita) di cui 110 relative a casi attivi e 92 a casi passivi, un numero quasi pari all'anno 2024 in cui sono state registrate 204 istanze totali (passivi 83, attivi 121), mentre nel 2023 sono state registrate 235 istanze totali (passivi 96, attivi 139).

Con riferimento alla distribuzione geografica, nei casi pervenuti nel 2025 la Germania risulta il Paese maggiormente coinvolto nelle sottrazioni (13 casi attivi, 12 passivi), se si considerano invece i casi pendenti nel 2025 la Romania ha 45 casi totali, la Germania ha 28 casi.

È tuttavia opportuno evidenziare come i dati disponibili forniscano una rappresentazione solo parziale del fenomeno, essendo riferiti alle sole domande, attive e passive, proposte con l›assistenza dell›Autorità Centrale italiana. I dati sopra riportati non tengono infatti conto delle istanze presentate

[24] Analisi delle istanze pervenute, pendenti e trattate dall'Ufficio delle Autorità Centrali per Convenzione e Regolamento dati relativi all'anno 2025.

direttamente agli Uffici giudiziari competenti ai sensi dell'art. 29 Convenzione Aja 1980, in quanto non è possibile, allo stato attuale, raccogliere in Italia i dati dei Tribunali per i Minorenni e all'estero degli organi competenti in materia. Parallelamente al Ministero della Giustizia anche il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI), attraverso l'Annuario Statistico 2025, ha raccolto i dati riferiti a minori contesi italiani, segnalando che nel 2024 i casi complessivi di assistenza da parte del MAECI sono stata pari a 352 (di cui 67 per sottrazione e 12 per prevenzione della sottrazione). Ancora una volta, tuttavia, non essendovi alcun confronto tra i dati raccolti dall'una o dall'altra autorità, non è possibile comprendere l'effettiva e definitiva entità del fenomeno sottrattivo[25].

In ambito penale è tuttora in vigore in Italia l'art. 574-bis c.p. "Sottrazione e trattenimento di minore all'estero". Da tempo si auspica una riforma organica della materia, anche alla luce dei disegni di legge attualmente pendenti in Parlamento. Tra questi, il DDL S. 404, presentato il 12 dicembre 2022, è stato approvato dal Senato il 15 gennaio 2025 e trasmesso alla Camera come C. 2198, dove risulta assegnato, ma non ancora esaminato. Il testo propone l'abrogazione degli artt. 574 e 574-*bis* del Codice penale e l'introduzione dell'art. 605-*bis* del Codice penale volto a disciplinare il reato di sottrazione o trattenimento di minori anche all'estero. La proposta normativa prevede lo spostamento della fattispecie di reato dai delitti contro l'assistenza familiare a quelli, punibili in modo più incisivo, contro la libertà personale; prevede inoltre la procedibilità a querela di parte con l'estensione della legittimazione a proporla oltre che all'esercente la responsabilità genitoriale anche al tutore e al curatore del minore ai sensi dell'art. 424 c.c. e l'inasprimento delle pene con possibilità di riduzione fino ad un terzo a favore di chi si adoperi prima del giudizio efficacemente affinché il minore possa rientrare nel territorio dello Stato.

In tema di **mediazione familiare transfrontaliera**, si segnalano importanti sviluppi istituzionali, in attuazione del Regolamento (UE) 2019/1111. In particolare, il 26 maggio 2025 è stato stipulato il Protocollo d'intesa tra il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità – Autorità Centrali e le associazioni specializzate FIAMeF, ICALI e REUNITE e, in data 11 marzo 2025, il Protocollo d'intesa iCare2, sottoscritto tra l'Autorità Centrale, Defence for Children International Italia e il Dipartimento di Scienze Politiche e Internazionali dell'Università di Genova[26].

Permangono, nondimeno, criticità nei rapporti con taluni Stati extra-UE che, pur avendo formalmente aderito alla Convenzione dell'Aja, presentano difficoltà nell'attuazione delle decisioni di rientro del minorenne e nel riconoscimento dell'affidamento condiviso. Tali problematiche sono state altresì evidenziate nell'atto di sindacato ispettivo del marzo 2026 relativo al Giappone[27].

Inoltre, il rapporto iHOPE 2025[28] segnala criticità strutturali in ventidue Paesi arabi, nei quali la mancata adesione alla Convenzione dell'Aja (fatta eccezione per Marocco e Tunisia) e la persistente divergenza tra modelli giuridici di matrice occidentale e sistemi fondati sulla Sharia rendono particolarmente complesso il recupero dei minorenni.

In tale contesto, in Siria si è registrato un incremento dei casi di sottrazione a seguito della transizione politica del 2024, mentre in Libano la grave crisi di sicurezza e i bombardamenti connessi al conflitto nel biennio 2025-2026 hanno, in taluni casi, favorito soluzioni bonarie, inducendo i genitori autori della sottrazione a consentire il rientro dei minorenni in Paesi ritenuti più sicuri, al fine di garantirne l'incolumità.

[25] La Relazione XXXII relativa all'anno 2024, pubblicata dal Commissario Straordinario del Governo per le Persone Scomparse, evidenzia 34 denunce di scomparsa di minori riconducibili a una possibile sottrazione da parte di un genitore o altro congiunto. Di tali casi, 19 hanno avuto esito con il ritrovamento del minore, mentre 15 risultano ancora da rintracciare.

[26] Si veda il seguente link.

[27] Legislatura 19ª - Atto di Sindacato Ispettivo n. 4-02823, pubblicato il 3 marzo 2026, nella seduta n. 394; risposta pubblicata il 1° aprile 2026 nel fascicolo n. 136.

[28] iHOPE, organizzazione specializzata nel supporto alle famiglie coinvolte in sottrazioni internazionali di minori con sede in Libano, ha redatto un rapporto strategico sul fenomeno sottrattivo nei Paesi arabi, di cui solo Marocco e Tunisia hanno aderito alla Convenzione dell'Aja del 1980.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento,** di completare la regolamentazione della professione del mediatore familiare internazionale, integrando il decreto ministeriale 151/2023 con obblighi formativi specifici alla materia trattata;
2. Al **Parlamento,** di procedere all'approvazione del DDL "Modifiche al codice penale in materia di sottrazione o trattenimento anche all'estero di persone minori o incapaci", nella formulazione approvata dal Senato in data 15 gennaio 2025.

4. MINORENNI FUORI DALLA FAMIGLIA D'ORIGINE

Premessa relativa ai dati

I dati utilizzati in questo Rapporto sono tratti dai "Quaderni della Ricerca Sociale 66 – I minorenni e i neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti nei servizi residenziali" raccolti attraverso i dati SIOSS del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali[29].

Occorre innanzitutto rilevare l'evidente e significativo **miglioramento** della rilevazione sia in riferimento alla tempistica della rilevazione stessa sia per la pluralità e la qualità dei dati disponibili. Si tratta di un processo avviato a partire dal 2023 incrementato negli anni.

Si ritiene utile partire dal **numero di minorenni in carico al Servizio Sociale professionale** così da consentire una riflessione ampia della condizione minorile in Italia e del sistema di protezione e tutela.

Al 31 dicembre 2024 sono **345.083 i minorenni (inclusi i MSNA) in carico al servizio sociale territoriale pari al 40,1 per mille dei residenti 0-17 anni**[30], con punte superiori al 70 per mille in Piemonte e Emilia-Romagna, superiori al 60 per mille in Valle D'Aosta, Liguria, Toscana, Umbria. I valori più bassi relativi alla presa in carico si registrano in Sicilia (22,8 per mille) e Calabria (19,4 per mille).

Relativamente all'età, i minorenni in carico ai servizi sociali territoriali **inclusi i MSNA** sono il 6,1% nella fascia di età 0-2, il 12,3% nella fascia di età 3-5, il 28,2% nella fascia di età 6-10, il 27,5% nella fascia di età 11-

[29] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link. Ai fini del presente report vengono indicati solo alcuni dati coerenti con le analisi specifiche del capitolo con particolare attenzione all'analisi dei dati riferiti ai minorenni fuori famiglia d'origine in affidamento familiare o in strutture di accoglienza residenziale sollecitando contestualmente una lettura completa dei dati riportati nella pubblicazione "Quaderni della Ricerca Sociale 66".

[30] Il dato aumenta a 374.327 (pari al 43,5 per mille) se consideriamo tutti i minorenni seguiti nell'arco del 2024 inclusi i dimessi nell'arco dell'anno.

14 e il 26% nella fascia di età 15-17[31].

I neomaggiorenni in carico ai Servizi Sociali territoriali sono **26.052** compresi i MSNA[32] con un tasso pari al **14,9** per mille sui residenti 18-20 anni. Al netto dei neomaggiorenni migranti risultano in carico ai servizi sociali territoriali **21.841**[33] **neomaggiorenni** pari a 12,5 per mille. I neomaggiorenni **in affidamento familiare sono 821** con tasso pari allo 0,5 per mille[34], mentre **3.112** risultavano accolti in strutture residenziali con tasso pari 1,8 per mille[35].

I minorenni fuori famiglia d'origine – considerando l'accoglienza in affido familiare o in comunità per almeno 5 notte settimanali e **al netto dei MSNA** – sono complessivamente **33.325** pari al 3,9 per mille[36], la percentuale più bassa rispetto ad altri Paesi Europei[37]. Di questi, **12.733** (pari a 1,5 per mille) sono in affidamento familiare (diventano 15.075 se consideriamo anche le forme di affido diurno, di fine settimana ecc.)[38], mentre 20.592 (pari al 2,4 per mille)[39] sono in comunità residenziale. I minorenni accolti in comunità diventano 30.237 se consideriamo anche i MSNA.

Significativo è il dato relativo alla **durata delle accoglienze,** sia in affidamento familiare che in strutture residenziali, che, in molti casi, superano i 24 mesi normativamente previsti tali da richiedere importanti riflessioni.

Come già anticipato, si riconosce la ricchezza e la pluralità di dati contenuti nei "Quaderni della Ricerca sociale 66", ivi compresa la rilevazione relativa alla reale produzione del progetto quadro di competenza e responsabilità del servizio sociale e del Progetto educativo individualizzato (PEI) di competenza e responsabilità del servizio di accoglienza residenziale, così come si apprezza la rilevazione delle **comunità "genitori-bambini"**, seppur ancora parziale e da incrementare con dati specifici circa la tipologia dell'accoglienza (affido, comunità familiare, comunità socio educativa), l'età dei minorenni accolti, la durata e l'esito dell'accoglienza.

Allo stesso modo si ritiene utile che vengano rilevate le **motivazioni dell'allontanamento** dalla famiglia di origine a scopo di tutela e protezione stante che l'ultima rilevazione in proposito risale a 31 dicembre 2016[40], così come sarebbe utile adottare modalità di raccolta dati che consentano l'incrocio tra i tempi di permanenza in comunità o in affido e la natura dei provvedimenti (in particolare consensuali o giudiziari).

4a) Affidamento familiare

Al 31 dicembre 2024[41] **i minorenni in affidamento residenziale (per 5 o più notti a settimana), inclusi i MSNA, erano 15.870**[42] a fronte dei 345.083 in carico al Servizio sociale professionale[43]. Solo il 5% degli affidati erano MSNA e il 21,8% stranieri[44]. Questo dato conferma la scarsa applicazione della Legge 47/2017 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati" nella parte in cui si

[31] Al netto dei MSNA, le percentuali si modificano come segue: 6,3% nella fascia di età 0-2, 12,7% nella fascia di età 3-5, il 29,4% nella fascia di età 6-10, il 28,4% nella fascia di età 11-14 e il 23,2% nella fascia di età 15-17.

[32] Considerando anche il numero dei dimessi nell'arco del 2024 (9.699) i neomaggiorenni in carico i servizi sociali territoriali sono stati complessivamente 35.752 pari a un tasso del 20,5 per mille sui residenti 18/20.

[33] Considerando i dati nel corso dell'anno il numero sale a 28.136 (pari a 16,1 per mille).

[34] I neomaggiorenni in affidamento erano 1.158 nell'arco del 2024 (0,7 per mille). I tassi più elevati in Umbria e Piemonte e tassi più bassi in Campania e Basilicata. La Valle d'Aosta è pari a 0.

[35] I neomaggiorenni accolti in comunità nell'arco del 2024 erano 6.556 (3,8 per mille). I valori più consistenti si registrano in Toscana (5,2 per mille) in Emilia-Romagna (4,1 per mille). Seguono Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Umbria (tra 3,8 e 3,3 per mille). Sul fronte opposto troviamo Calabria e Marche con valori pari o inferiori a 0,5 per mille.

[36] Il tasso relativo agli allontanamenti è in crescita. Era pari al 3,4 per mille nel 2022 e al 3,5 per mille nel 2023. Il tasso più elevato si registra in Liguria (6,5 per mille), in Umbria (5,8 per mille), in Molise (5,3 per mille). Sardegna, Piemonte e Provincia Autonoma di Trento hanno valori compresi tra il 4,6 e il 4,9 per mille. Sul fronte opposto con valori inferiori al 3 per mille si collocano Calabria e Veneto.

[37] Dai dati comparativi – rilevazione del Consiglio Europeo – L'Italia si conferma il Paese con la percentuale più bassa (pari al 3,9 per mille) di minorenni fuori famiglia d'origine. Infatti in Francia siamo al 10,4 per mille, in Germania al 10,5 per mille, in Inghilterra al 6,1 per mille, in Spagna al 4,4 per mille.

[38] Gli affidi diurni di fine settimana sono pari a 2.342.

[39] L'accoglienza in strutture residenziali registra un incremento pari al 12,5%.

[40] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 42. Affidamenti familiari e collocati in comunità al 31.12. 2016 – indagine campionaria. Si veda il seguente link.

[41] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link.

[42] *Ivi*, p.17, tab.4.

[43] *Ivi*, pg,12-13 tab.1.

[44] Tab. A.8.pg.118.

stabilisce che per i MSNA l'affido familiare è la misura di accoglienza da preferire in assoluto.

Al netto dei MSNA, il 46,6 % erano **affidamenti eterofamiliari** e il 37,8 % erano intrafamiliari (cioè a parenti fino al IV grado) per 5 o più notti a settimana. A questi vanno aggiunti il 15% per quelli eterofamiliari e lo 0,6% intrafamiliari, con meno di 5 notti a settimana o diurni.

L'alta percentuale, al netto dei MSNA, di **affidamenti giudiziari (**76,2%)[45] conferma il ricorso all'affidamento come intervento "tardo riparativo", già evidenziato nei precedenti Rapporti CRC[46].

Rispetto all'età degli affidati, al netto dei MSNA, il 5,5 % sono nella fascia 0-2 anni; il 10,8% in quella 3-5, 28,5 % in quella 6-10; 29,7% in quella 11-14 e 25,5% in quella 15-17[47]. Si rileva purtroppo che la percentuale dei piccoli nella fascia 0-5 anni presenti alla stessa data nelle strutture residenziali è decisamente superiore[48]: l'11,3 % nella fascia di età 0-2 e il 14,4 % in quella 3-5[49].

I minorenni con "disabilità, disturbi /BES totale e per genere inclusi" erano il 17,1 %, che arrivano al 17,9% includendo i MSNA[50].

La durata degli affidamenti era per il 19,3% inferiore all'anno; da 1 a 2 anni il 24%, da 2 a 4 anni; il 24,3% e oltre i 4 anni il 32,4%.[51] Com'è noto la riforma Cartabia[52] ha stabilito che l'affidamento "non può superare la durata di ventiquattro mesi ed è prorogabile, dal tribunale per i minorenni, su richiesta del pubblico ministero e nel contraddittorio delle parti, qualora la sospensione dell'affidamento rechi grave pregiudizio al minore […]". È evidente tuttavia che, con l'alta percentuale di affidamenti giudiziari, già evidenziata nel precedente Rapporto CRC[53], diventa difficile prospettare il rientro in famiglia dopo due anni di affidamento; così come diventa difficile per i servizi sociali richiederne per tempo la proroga.

In effetti, al netto dei MSNA, **a conclusione dell'affidamento, solo il 47,1% dei minorenni è rientrato nella famiglia di origine,** il 17,8 % è stato collocato in affidamento preadottivo, il 7,8% è passato ad altro servizio territoriale, il 20,1% in struttura residenziale e il 7,2% ha raggiunto una vita autonoma[54]. Consistente resta la percentuale dei neomaggiorenni ancora affidati che, al netto dei MSNA, è costituita dal 78% di italiani e dal 22% di stranieri[55]. Appare pertanto necessario rafforzare le misure di accompagnamento verso la vita adulta e sostenere percorsi graduali di autonomia, valorizzando il ruolo delle famiglie affidatarie, delle reti territoriali e delle relazioni significative anche oltre la

[45] *Ivi*, p. 63, fig. 31.

[46] *Ivi*, p. 78. A conferma di questa preoccupante situazione va sottolineato che "il 60,5% degli enti attuatori (cioè quelli che gestiscono gli interventi relativi agli affidamenti, n.d.r.) indica che l'accesso al servizio avviene su provvedimento dell'autorità giudiziaria; l'attivazione dell'affidamento basato su un progetto condiviso dalla famiglia o su richiesta della stessa registra una quota del 54%; l'intervento in emergenza ex art. 403 c.c. viene indicato come modalità di accesso al servizio dal 53,3% degli enti attuatori".

[47] *Ivi*, p.61, tab. 32.

[48] Legge 184/1983 e s.m. art. 2, comma 2: "Ove non sia possibile l'affidamento […] è consentito l'inserimento del minore in una comunità di tipo familiare […]"

[49] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link. P. 91, tab. 43. Il Piano nazionale infanzia 2025-2027 evidenzia invece che "La letteratura scientifica evidenzia che tanto più è tempestivo l'intervento, tanto è maggiore la possibilità di reinserimento nella famiglia di origine e, al contempo, minori sono le conseguenze pregiudizievoli per il minorenne anche in futuro. In tal senso, un esempio è offerto dagli affidamenti consensuali e precoci di neonati o di bambini molto piccoli, che presentano migliori esiti a lungo termine. Agire tempestivamente consente di tutelare il benessere del bambino e di attivare un supporto immediato alla famiglia di origine, favorendo un maggior coinvolgimento della stessa e una più attiva partecipazione al processo di recupero delle capacità genitoriali e aumentando, di conseguenza, le possibilità di rientro del bambino in famiglia".

[50] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link. P. 59, tab 30.

[51] *Ivi*, p. 65, tab. 30. Questo preoccupante dato è ripreso anche nel paragrafo "Le comunità di accoglienza per persone di minore età" del presente Rapporto.

[52] Legge 206/2021 (Delega al Governo per l'efficienza del processo civile e per la revisione della disciplina degli strumenti di risoluzione alternativa delle controversie e misure urgenti di razionalizzazione dei procedimenti in materia di diritti delle persone e delle famiglie nonché in materia di esecuzione forzata); D. Lgs.149/2022 (Attuazione della Legge 206/2021).

[53] Gruppo CRC, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, pagg. 83, 84, si veda il seguente link.

[54] *Ivi*, pag.123, Tab. A 1.5.

[55] *Ivi*, pag. 124, Tab. A.16.

conclusione formale dell'affidamento[56].

Sul versante istituzionale va segnalato che l'8 febbraio 2024 sono state emanate le **Linee di indirizzo nazionali per l'affidamento familiare**[57]; ad esse è seguito, nello stesso anno, a cura del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, un Piano nazionale diretto alla disseminazione delle stesse; ciò nonostante, solo poche regioni le hanno recepite o fatte rientrare nelle proprie leggi regionali[58]. Sempre nel 2024 è stato pubblicato "Percorsi di intervento nell'affidamento familiare e nell'accoglienza residenziale"[59]. Il Dipartimento per le politiche della famiglia ha pubblicato nel luglio 2025 il **VI Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva**. Nel Piano sono previste anche azioni dedicate all'affidamento ed in particolare: la promozione della cultura dell'accoglienza valorizzando la sussidiarietà orizzontale e le esperienze innovative (Azione n.4); il miglioramento e la semplificazione dell'accesso ai servizi e alle prestazioni per i minorenni in affidamento, (n.5) nonché la valorizzazione della funzione preventiva dell'affidamento (n. 6) per poi concludere con l'Azione diretta alla elaborazione di una progettualità sull'impatto dell'affido (n. 7).

È ora urgente l'attuazione di tali azioni e piani, indispensabile per il rilancio degli affidamenti familiari, che si rende necessario alla luce dei dati precedentemente riportati[60]. Una particolare attenzione per raggiungere questo obiettivo andrà posta **all'ascolto e alla partecipazione dei minorenni nelle decisioni che li riguardano**[61] e al coinvolgimento delle famiglie di origine e delle famiglie affidatarie da parte dei Servizi nella costruzione, nel monitoraggio e nella valutazione dei progetti di affidamento.

Si rileva ancora una costante **campagna mediatica tesa alla delegittimazione del sistema di protezione** e al rinforzo della narrazione degli allontanamenti intesi come "sottrazione" dei minorenni alle loro famiglie[62]. Tutto questo richiede una sensibilizzazione rivolta al mondo della comunicazione affinché l'affido venga descritto con competenza e completezza.

La promozione degli affidamenti è invece oggetto di un rinnovato e continuativo impegno delle organizzazioni del terzo settore, a partire da quelle del Tavolo Nazionale Affidamento[63], e si segnala che per valorizzare questa scelta di accoglienza sono stati avviati nuovi progetti[64].

Sul versante scolastico significative iniziative sono state assunte per implementare **le Linee Guida per il diritto allo Studio delle alunne e degli alunni fuori dalla famiglia di origine**[65], strumento fondamentale per il benessere di bambini e ragazzi a scuola, ma la loro applicazione resta disomogenea e spesso affidata alla sensibilità dei singoli nonostante le iniziative delle Associazioni operanti nel settore.

---

[56] Maggiore attenzione va posta alla transizione all'età adulta dei minorenni che raggiungono la maggiore età che non coincide con il conseguimento di una piena autonomia abitativa, relazionale, formativa e lavorativa. In tale prospettiva, il tema del *leaving care* dovrebbe essere considerato parte integrante dei percorsi di tutela e non una fase successiva e separata dagli stessi. Per approfondimenti si veda il paragrafo "Le comunità di accoglienza per persone di minore età" del presente Rapporto.

[57] Si veda il seguente link.

[58] Ad oggi risultano: Lazio, Calabria, Liguria, Campania e Basilicata.

[59] Si veda il seguente link.

[60] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link. P.84. I dati raccolti nel 2024, in continuità con le annualità precedenti, indicano che, su base nazionale, i sostegni più diffusi sono rappresentati dai rimborsi spese per interventi e servizi specifici con una quota solo del 37,2%; seguono i contributi indiretti con una quota del 32,3% e infine le agevolazioni con un valore pari al 23,4%. Rispetto ai dati rilevati nel 2023, tutte e tre le forme di sostegno registrano una riduzione, più alta per quanto concerne le agevolazioni.

[61] In coerenza con la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza e con le recenti Linee di indirizzo nazionali per l'affidamento familiare.

[62] In merito agli allontanamenti dei minorenni va segnalata l'avvio della discussione in Senato del DDL n. 1831 presso la Commissione Giustizia: si rinvia per approfondimenti al paragrafo "Legislazione italiana" del presente Rapporto, anche in merito alla Legge 37/2026 che ha introdotto nuove Disposizioni in materia di tutela dei minori in affidamento.

[63] Si veda il seguente link.

[64] Si segnalano, tra gli altri: il Progetto nazionale CASA finanziato dal Ministero del Lavoro delle Politiche Sociali realizzato dal Forum delle Associazioni Familiari nazionale al fine di divulgare e intensificare l'apertura all'affido e all'adozione: i Progetti attivati grazie al Fami (FONDO ASILO MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE) dal Ministero dell'Interno; il Progetto nazionale "Inviolabili - Crescere Bambini Ben-trattati", co-organizzato dal Coordinamento CARE. Rispetto all'impegno per incrementare gli affidamenti dei MSNA, si segnala "TERREFERME: famiglie che accolgono, approdi che curano" – CNCA edizioni, che raccoglie esperienze significative di accoglienza dei minorenni soli.

[65] Un richiamo in merito è contenuto anche nel Piano nazionale di azione, già citato (v.pg.52, Azione 5).

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** e al **Dipartimento per le Politiche della Famiglia** la piena attuazione della normativa vigente, delle Linee nazionali e delle Azioni contenute nel 6° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, assicurando congrui investimenti sia in termini di risorse che di organici dei Servizi socio assistenziali e sanitari;
2. Alle **Regioni e agli Enti locali** il recepimento delle linee nazionali e delle azioni del Piano nazionale infanzia, privilegiando in un'ottica preventiva, gli affidamenti familiari consensuali, quelli dei bambini più piccoli, nonché dei bambini con disabilità e dei minori stranieri, compresi i MSNA, fornendo adeguati sostegni ai neo maggiorenni attraverso progetti di autonomia per il loro inserimento lavorativo e sociale e ,rendendo obbligatorio il rimborso delle spese agli affidatari, indipendentemente dal reddito quale riconoscimento sociale del loro impegno di volontari.

4b) Le comunità di accoglienza per persone di minore età

È necessario contrastare la narrazione negativa che colpisce il sistema di accoglienza. Bisogna riaffermare con forza e professionalità una rete nata per proteggere i minorenni e le loro famiglie in situazione di temporanea vulnerabilità. Occorre superare il pregiudizio che riduce l'accoglienza ad una risposta residuale e "ultima spiaggia" da cui difendersi, per favorire una rilettura dei contesti di accoglienza.

Le comunità non sono luoghi di sottrazione o istituzionalizzazione, al contrario rappresentano un bene comune, un'infrastruttura essenziale per la coesione sociale.

I dati raccolti nei Quaderni della ricerca sociale 66[66] indicano che al 31 dicembre 2024 **le persone di minore età inserite in comunità residenziale sono 20.592**, pari al 2,4 per mille dei minorenni presenti in Italia (+12,5% rispetto al 31 dicembre 2023). I minorenni accolti diventano 30.237 comprendendo anche i minorenni migranti soli, che sono quindi 9.645 registrando anche in questo caso un incremento. Le comunità di accoglienza sono un mondo vitale eterogeneo: il 46,8% dei minorenni è di nazionalità italiana, il 21,3% è di famiglie migranti, il 31,9% è minorenne migrante solo[67]. **Relativamente all'età,** dai dati[68] emerge che il 49,3% è nella fascia di età 15-17 (scende al 28,2% per i minorenni italiani)[69] e il 16,9% nella fascia di età 11-14 (sale al 23% per italiani), raggiungendo il 66,2% nella fascia preadolescente e adolescente (scende al 51,2% per italiani), nella fascia 0-2 sono il 7,8% (sale 11,3% italiani), nella fascia 3-5 sono il 9,9% (sale al 14,4% italiani), nella fascia 6-10 sono il 16,1% (23,1% italiani).Questi dati rendono evidente - seppur con le differenze segnalate rispetto alla cittadinanza - la presenza in comunità di percentuali ancora alte di bambini e bambine nella fascia 0-5, in contraddizione a quanto normativamente previsto circa la priorità dell'affido familiare per minorenni in questa fascia d'età (il dato non ci consente di sapere se questi ultimi sono accolti in comunità familiari con adulti residen-

[66] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link.

[67] Da quanto emerge in "Quaderni della Ricerca Sociale 66", sopra citato, al 31.12.2024 la quota di minorenni migranti soli è in aumento rispetto agli anni precedenti (29,6% nel 2023, 26,7% nel 2022). A livello regionale la presenza di MSNA supera il 50% in Friuli-Venezia Giulia e Molise, seguono Sicilia, Abruzzo, Liguria e Lazio con valori compresi tra il 41% e il 47%. Si collocano sul fronte opposto con valori inferiori al 10% la Calabria (7,2%), le Marche (7%) e la Sardegna (3,7%).

[68] Relativamente all'età si è scelto di evidenziare il dato comprendente i minorenni migranti soli, e di indicare tra parentesi il dato relativo ai soli minorenni italiani, al fine di poter fornire un quadro il più possibile esaustivo del contesto.

[69] Dall'annualità 2024 è possibile analizzare i dati al netto dei MSNA che pesano per più del 30% e che per il 94% hanno un'età compresa tra 15 e 17 anni. Escludendo i MSNA si registra, a livello nazionale, una riduzione di 21 punti percentuali passando quindi da 49,3% al 28,2% in riferimento ai minorenni italiani.

ti)[70]. **Relativamente al genere**, si registra una netta prevalenza maschile (65,6% compresi i minorenni migranti soli), mentre per i soli minorenni italiani i maschi sono il 51,1% e le femmine il 48,9%.
Al 31 dicembre 2024 erano accolti in comunità **3112 neomaggiorenni** (nell'arco del 2024 erano 6556 i neomaggiorenni accolti, di questi 3444 sono stati dimessi). La presenza di neomaggiorenni in comunità impegna l'intero sistema a prevedere e attuare politiche attive di sostegno ai percorsi di avvio all'autonomia[71]. Appare significativo anche il dato relativo ai **minorenni accolti nei servizi residenziali con disabilità/disturbi/BES** pari al 15% al netto dei minorenni migranti soli e pari al 10,7% se inclusi. In riferimento, invece, ai neomaggiorenni, al netto dei neomaggiorenni migranti, il dato sale al 19,8% ed è pari al 10,1% se inclusi. Relativamente ai **tempi di permanenza** dei minorenni in comunità, al netto dei minorenni migranti soli, i dati evidenziano che per il 31,1% la durata è inferiore all'anno, mentre il 30,0% si colloca tra uno e due anni, il 24,6% da due a quattro anni e il 14,1% oltre i quattro anni. Tali dati si modificano significativamente se consideriamo anche i minorenni migranti soli: il 37,9% ha una durata inferiore all'anno, il 31,3% tra uno e due anni, il 20,0% tra due e quattro anni, mentre il 10,8% oltre i quattro anni.

Un altro dato importante è quello relativo al **"post comunità"**[72]. I dati (al netto dei minorenni migranti soli) **indicano che il 45,2% rientra nella propria famiglia d'origine** quale segno dell'importante e qualificato lavoro condotto dalle comunità di sostegno, di riattivazione e cura delle reti familiari. Il 4,9% si evolve in affidamento preadottivo (i minorenni accolti nei servizi residenziali e dichiarati adottabili sono il 3,1%), il 5,2% viene accolto in altro servizio residenziale, il 10,0% è accolto in affidamento familiare, mentre il 9,5% raggiunge la vita autonoma. Permane un dato - significativamente alto e certamente da meglio comprendere - pari al 25,2% di "altro" quale destinazione ignota del post comunità.

La struttura di accoglienza è necessariamente uno snodo del sistema di protezione e tutela di ogni minorenne presente a qualunque titolo sul territorio italiano. In tale contesto è necessario garantire **corresponsabilità** da parte di tutti i soggetti coinvolti, a partire dall'Ente locale titolare della responsabilità che è tenuto quindi alla redazione del **progetto quadro** a favore del minorenne e della sua famiglia d'origine e, contestualmente, la struttura residenziale è tenuta alla redazione del **Progetto educativo individualizzato (PEI)**, in accordo con il progetto quadro. I dati raccontano, però, una situazione ancora carente: nel **65,3% viene redatto sempre il progetto quadro** (lievemente in crescita rispetto al 2023 che era 62,8%, ma in diminuzione rispetto al 2022 67,2%) e per l'8,4% mai, **mentre il PEI viene redatto nel 78,7% dei casi** (in crescita rispetto al 2023 che era 75,4% e con pari dato rispetto al 2022) e nel 5,4% dei casi mai[73]. Il numero dei servizi residenziali per minorenni (comprese tutte le tipologie) è pari a **4836** per un totale di **28.701** posti di accoglienza di cui **3.078** di pronta accoglienza pari al 10,7%[74].

[70] Legge 184/1983 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" e ss.mm.ii. Legge 149/2001 "Modifiche alla l. 184/83 in materia di adozione e affidamento" e Legge 173/2015 "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n.184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare".

[71] A tale proposito si rimanda al successivo sottoparagrafo che fornisce un approfondimento specifico sui Neomaggiorenni.

[72] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link. Il rientro in famiglia è pari o superiore al 70% in Abruzzo e Umbria; in Valle D'Aosta, Marche e Calabria tra il 20% e il 25% dei dimessi inizia un percorso di affidamento familiare; in Valle d'Aosta, Lazio e Campania più del 10% dei dimessi inizia un percorso di affidamento preadottivo. Le quote più elevate di minorenni che raggiungono la vita autonoma si registrano in Calabria e Sicilia, in Basilicata il 20% dei dimessi passa a un altro servizio territoriale.

[73] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link. Su base regionale, la redazione del PEI è meno frequente in Sicilia e Basilicata (71%), in Basilicata non viene redatto nel 22% dei casi.

[74] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Quaderni della Ricerca Sociale 66. I minorenni e neomaggiorenni in carico ai servizi sociali, in affidamento familiare e accolti in servizi residenziali attraverso i dati SIOSS, 2025. Si veda il seguente link. "In relazione alla tipologia di strutture, la comunità socio-educativa rappresenta il tipo di servizio residenziale più diffuso (27,1% delle strutture e 34,6% di posti letto; seguono le comunità di tipo familiare (22,9% delle strutture e 19,8% posti letto) e i servizi per l'accoglienza genitori bambini (21,9% delle strutture e 18,6% dei posti letto), gli alloggi di alta autonomia (10,5% delle strutture e 8,2% posti letto)".

Riteniamo importante segnalare che in "Quaderni della ricerca sociale 66" sono evidenziate l'incidenza e le modalità di accoglienza per **genitori-bambini**[75].

Neomaggiorenni

Il dato relativo ai neomaggiorenni accolti o in uscita dai percorsi di tutela continua a rappresentare uno degli elementi più delicati del sistema di protezione dell'infanzia. Purtroppo non esistono dati ufficiali sui care leavers ma è possibile stimarli dalla presenza in accoglienza di adolescenti prossimi alla maggiore età.

I dati sopra riportati evidenziano come la transizione alla vita adulta costituisca una delle principali sfide del sistema di accoglienza. La forte presenza di adolescenti prossimi alla maggiore età nelle comunità residenziali – il 49,3% degli accolti ha tra i 15 e i 17 anni – impone di considerare il leaving care parte integrante della presa in carico educativa fin dall'ingresso in comunità. Il compimento dei 18 anni non può coincidere automaticamente con la conclusione della protezione. I bisogni dei care leavers riguardano principalmente le dimensioni relazionale, abitativa e formativo-lavorativa, cui si aggiunge la necessità di un accompagnamento emotivo e identitario capace di prevenire solitudine, precarietà abitativa, interruzione dei percorsi formativi e vulnerabilità sociale. Ciò richiede un investimento specifico del PEI sulle competenze per l'autonomia e la piena partecipazione dei ragazzi e delle ragazze alle decisioni che li riguardano.

Nel 2018 l'istituzione del Fondo Care Leavers[76] e la successiva sperimentazione avviata nel 2019 hanno rappresentato un passaggio storico importante, riconoscendo per la prima volta a livello nazionale il diritto dei neomaggiorenni in uscita dai percorsi di tutela a un accompagnamento verso l'autonomia. Tuttavia, la sperimentazione si avvia alla conclusione senza essere stata trasformata in una misura strutturale.

Permangono inoltre forti esclusioni, in particolare per i neomaggiorenni di origine migratoria, che continuano a incontrare ostacoli significativi nell'accesso alle misure di accompagnamento, nonostante rappresentino una quota rilevante dei giovani accolti. Restano altresì insufficienti le risposte dedicate ai giovani con disabilità, fragilità psicologiche o percorsi segnati dal circuito penale minorile.

Occorre quindi superare definitivamente la logica sperimentale e garantire continuità, omogeneità territoriale ed esigibilità dei diritti attraverso una misura nazionale stabile. Parallelamente, è necessario investire nei percorsi di semi-autonomia abitativa, nel tutoraggio sociale, nel mentoring e nelle alleanze territoriali con il mondo della formazione, del lavoro e dell'abitare.

Il tempo dell'autonomia non può essere definito da una scadenza anagrafica o amministrativa: deve essere un tempo educativo, relazionale e personalizzato. Accompagnare un care leaver significa riconoscere che diventare adulti senza una famiglia alle spalle richiede più tempo, più responsabilità pubblica e più giustizia sociale.

Le comunità terapeutiche

Dal punto di vista storico, si ricorda che le Comunità terapeutiche (da qui in poi CT) per minorenni esistono in Italia dal 1986 ed erano inizialmente gestite dalla psichiatria perché la UONPIA non esisteva come servizio autonomo.

Come noto, le CT per adolescenti, pur avendo fattori comuni, possiedono caratteristiche specifiche che differiscono dalle CT per adulti per diversi motivi. L'invio in CT non è scelta autonoma dei soggetti di minore età, ma avviene su invio dei servizi specialistici di NPIA che ne determinano anche il periodo di trattamento e le dimissioni, normalmente al compimento dei 18 anni.

Trattandosi di soggetti di minore età, permangono le questioni molto delicate e complesse afferenti alla responsabilità clinica/sanitaria e legale che comportano necessariamente una connessione e un dialogo virtuo-

[75] Dai dati presenti nel Report del MLPS a cui il testo del paragrafo fa riferimento, emerge la netta prevalenza dell'accoglienza in servizi comunitari residenziali (28,1% con punte superiori al 40% in Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte), mentre per l'accoglienza familiare si registra lo 0,9% a livello nazionale.

[76] Il Progetto Care Leavers nasce dalla Legge 205/2017 (art. 1, commi 250-251), che ha istituito una sperimentazione nazionale finanziata attraverso il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, finalizzata ad accompagnare all'autonomia i giovani che raggiungono la maggiore età fuori dalla famiglia di origine in esecuzione di un provvedimento dell'autorità giudiziaria. La sperimentazione è stata disciplinata dal Decreto Direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 523 del 6 novembre 2018.

so, oltre che con la rete familiare e dei servizi invianti, anche con la magistratura minorile, l'avvocatura, i servizi della giustizia minorile (CGM/USSM), al fine di costruire processi concreti di corresponsabilità agita.

Permangono in tale contesto elementi critici quali:

- la durata della permanenza di un minorenne in CT. In tale contesto è fondamentale che la rete curante espliciti al minorenne e alla famiglia prima dell'ingresso i tempi massimi previsti;
- la dotazione di risorse umane con particolare riferimento a professionisti sanitari e socio-educativi (Terapeuti, Neuropsichiatri, Infermieri, Educatori sanitari);
- il riconoscimento economico, al fine di rendere sostenibile la qualità dell'offerta e un adeguamento reale all'incremento del costo della vita e del lavoro;
- la frammentazione delle norme, regole, costi e standard gestionali che ancora governano il sistema delle CT a livello regionale.

In questo 14esimo report riteniamo, altresì, necessario esprimere la nostra grande preoccupazione relativamente all'avvenuta approvazione della **Legge 37/2026**[77] il cui articolato deriva da manifesta sfiducia nel sistema complessivo di cura, protezione e accoglienza e all'avvenuta presentazione del DDL 1831[78] che evidenzia chiari profili di rischio[79].

Richiamiamo ancora in questa sede la necessità di sostenere il lavoro sociale a fronte dell'evidente e perdurante carenza di operatori sociali attraverso un impegno costante da parte degli esercenti le responsabilità pubbliche capace di garantire - insieme ad adeguati investimenti di risorse economiche finalizzate alla buona tenuta del sistema di accoglienza - politiche attive e continuative capaci di dare dignità, riconoscimento e valore al lavoro professionale di cura, evitando sfiducia e improprie delegittimazioni.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** di definire i LEP per il sistema di accoglienza residenziale nel Piano degli interventi e servizi sociali 27/29 così come avvenuto per l'affidamento familiare nel Piano degli interventi e dei servizi sociali 24/26, avvalendosi del contributo dei coordinamenti nazionali e garantendo in tutte le Regioni il diritto alla piena integrazione sociale e sanitaria;
2. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** di rendere strutturale il fondo Care Leavers a sostegno dei percorsi di autonomia per neomaggiorenni e garantirne l'accesso a tutti i neomaggiorenni di origine migratoria e ai ragazzi/e sottoposti a procedura penale;
3. Alla **Conferenza delle Regioni e delle Province autonome** di garantire in tutte le Regioni la ratifica delle Linee di indirizzo nazionali per "l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni" - approvate l'8/02/2024 ed elaborate dal MLPS - quale garanzia di superamento delle disuguaglianze e di esigibilità del diritto alla non discriminazione, così come sancito dalla CRC.

5. ADOZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

L'adozione nazionale, sebbene si configuri come un ambito rilevante del sistema di protezione dell'infanzia, resta oggi scarsamente osservabile sul piano statistico a causa della mancata disponibilità di dati aggiornati. Secondo **i dati del Ministero della Giustizia**, aggiornati al 2022[80] e non ulteriormente pubblicati, si registrano 536 affidamenti preadottivi, 755 sentenze di adozione nazionale e 295 sentenze di adozione in casi particolari (art. 44, lett. d). La discontinuità informativa limita la capacità di monitorare l'evoluzione del fenomeno e di programmare politiche pubbliche coerenti con i reali

[77] Legge 37/2026 – "Disposizioni in materia di tutela dei minori in affidamento" (26G00054).

[78] Disegno di legge S. 1831 – XIX Legislatura – Disposizioni in materia di allontanamento del minore", attualmente in discussione al Senato – 2° Commissione Giustizia

[79] Questo tema sarà meglio chiarito nel paragrafo "Legislazione italiana" del presente Rapporto.

[80] Ministero della Giustizia, Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità, Dati statistici relativi all'adozione, 2022.

bisogni. Tale mancanza rappresenta, per altro, una priorità, come evidenziato anche dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che ha richiesto al Governo italiano di assicurare sistematica raccolta dati sul tema. Permane, inoltre, **la mancata operatività della banca dati nazionale**[81] **dei minorenni dichiarati adottabili e delle coppie aspiranti all'adozione**. Tale assenza riduce la possibilità per i Tribunali per i minorenni di individuare tempestivamente la migliore famiglia per le persone di minore età, determinando un sistema frammentato e meno efficace nel garantire il diritto dei minorenni a crescere in un contesto familiare adeguato[82]. Nello stesso tempo si riduce la disponibilità di dati omogenei e aggiornati utili alla programmazione e alla valutazione delle politiche.

Si rileva una crescente complessità dei percorsi adottivi. La **sentenza della Corte Costituzionale n. 183/2023** è intervenuta sull'art. 27 Legge 184/1983 e ha chiarito che, nell'ambito dell'adozione piena, il giudice può prevedere, quando ciò corrisponda al preminente interesse delle persone di minore età, il mantenimento di significative relazioni socio-affettive con componenti della famiglia di origine[83]. Tuttavia, le prassi risultano ancora disomogenee sul territorio e emerge un bisogno crescente di formazione prima e accompagnamento poi delle famiglie adottive, nonché di adeguamento delle competenze dei servizi territoriali chiamati a gestire tali processi. A fronte della richiesta dei Tribunali per i minorenni di individuare famiglie disponibili sia all'adozione aperta sia a quella in casi particolari, molte famiglie si trovano spesso smarrite e lasciate sole nell'affrontare esperienze per le quali non sono adeguatamente formate. Permangono inoltre applicazioni differenziate tra i Tribunali per i minorenni, con modalità che spaziano da incontri diretti con le famiglie di origine a forme più mediate come comunicazioni periodiche. I servizi territoriali, infine, appaiono spesso non pienamente "attrezzati" per governare questo cambiamento, sia nella preparazione delle coppie che nell'accompagnamento in un contesto relazionale complesso e in evoluzione.

Per quanto riguarda **l'adozione internazionale**[84], nel 2025 si registra una lieve flessione del numero delle adozioni, con 664 minorenni autorizzati all'ingresso in Italia (erano 691 nel 2024), un'età media di 6,8 anni e una quota molto elevata di minori con bisogni speciali (70%). I dati relativi al 2025[85] evidenziano un andamento sempre più contenuto delle adozioni concluse e la presenza di un numero significativo di procedure pendenti, che segnalano la persistenza di tempi procedurali ancora lunghi – 50 mesi i tempi medi delle procedure concluse - e incerti.

Le serie storiche[86] mostrano una **progressiva riduzione della disponibilità all'adozione nazionale** che è passata da oltre 16.538 nel 2006 a 7.970 nel 2021, con una riduzione superiore al 50%. Ancora **più marcata è la contrazione nell'adozione internazionale**, dove le domande di disponibilità e le relative idoneità sono diminuite da circa 7.786 nel 2006 a poco più di 2.000 nel 2021. Il dato evidenzia un cambiamento strutturale, riconducibile a fattori demografici, sociali e culturali, ma anche alla crescente complessità dei percorsi adottivi e alla carenza di adeguati strumenti di sostegno alle famiglie.

[81] Art. 40, Legge 149/2001.

[82] I minorenni adottabili non adottati con bisogni speciali presenti nelle strutture residenziali al 31/12/2024 erano 206 come indicato in Senato dal viceministro della Giustizia in risposta il 16/10/2026 ad atto ispettivo della Senatrice Castellone, su istanza del Coordinamento CARE.

[83] La Corte è intervenuta a partire dalle sollecitazioni provenienti dalla Corte EDU ed evidenziando che nella stessa legge adozioni sono presenti indici ermeneutici che consentono di individuare situazioni in cui è interesse del minore preservare relazioni socioaffettive con i componenti della famiglia di origine. La Corte costituzionale ha così affermato il principio secondo cui in termini generali e astratti si possa presumere che con l'adozione sia interesse del minore interrompere anche i rapporti di fatto con la famiglia di origine e non solo quelli giuridico-formali, ma che tale presunzione possa essere vinta, trattandosi di presunzione iuris tantum, ogni volta che il Giudice verifichi in concreto l'esistenza di gravi motivi che inducano a ritenere pregiudizievole recidere una relazione socioaffettiva con chi in passato ha intessuto con il minore relazioni positive che hanno rappresentato un punto di riferimento affettivo nel suo processo di crescita e nella sua memoria.

[84] Dati e Statistiche. I numeri dell'adozione internazionale nel 2025 in Italia. Report Commissione Adozioni Internazionali. A cura Istituto degli Innocenti.

[85] Statistiche adozioni suddivise per paese (agg. 30/06/2025). Commissione Adozioni Internazionali.

[86] Ministero della Giustizia, Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità, Serie Storiche fino al 2021.

Questo fenomeno sollecita un ripensamento complessivo delle politiche pubbliche in materia adottiva che investa sul sostegno alle famiglie, in particolare nei casi di adozione di minorenni con bisogni speciali[87], come si è iniziato a fare per l'adozione internazionale[88]. **Nell'ambito dell'adozione internazionale, la necessità di riforma è al centro del dibattito**. La CAI ha avviato il confronto con gli enti autorizzati promuovendo 4 tavoli di lavoro su tematiche specifiche: i costi dell'adozione internazionale, l'accoglienza di bambini con special need, la cooperazione all'estero e i rapporti istituzionali. Gli enti autorizzati, a loro volta, nel corso dell'Assemblea generale degli enti autorizzati[89], si sono fatti promotori del Manifesto "Per ogni bambino che aspetta", documento in dieci punti, che traccia un'agenda di lavoro rivolta alla CAI, al Governo e al Parlamento[90].

Sul piano normativo, **la sentenza della Corte costituzionale n. 33/2025** ha dichiarato l'illegittimità dell'esclusione delle persone singole dalla possibilità di adottare minorenni stranieri residenti all'estero, ampliando la platea dei potenziali adottanti nell'ambito dell'adozione internazionale. Tale innovazione richiede adeguamenti normativi, procedurali e organizzativi per garantire uniformità applicativa e condizioni effettive di pari accesso sul territorio nazionale.

Permangono inoltre **criticità rilevanti nella fase successiva all'ingresso in famiglia** anche sul piano amministrativo.

Per quel che riguarda l'adozione nazionale vanno segnalati elementi di disuguaglianza nell'accesso ai congedi parentali e ai diritti connessi alla genitorialità. L'attuale interpretazione normativa limita, infatti, la fruizione di questi diritti nei casi di collocamento provvisorio: il congedo di maternità è fruito in modo frazionato, tre mesi all'inserimento in famiglia e due mesi successivi alla sentenza di adozione. Questo genera un trattamento differenziato rispetto alla genitorialità non adottiva e alla adozione internazionale, incidendo negativamente sui percorsi di inserimento e attaccamento.

Sempre nei casi di affidamento preadottivo e collocamento provvisorio, emergono ulteriori criticità amministrative legate alla impossibilità di utilizzare il codice fiscale del minorenne, necessario per garantire la riservatezza. Le prassi regionali sono disomogenee e producono condizioni di forte disuguaglianza territoriale. In alcuni contesti questa situazione ostacola l'iscrizione al SSN, l'accesso alle attività sportive o ai bonus e incentivi pubblici. Le famiglie si trovano così, a seconda del territorio di residenza, a dover sostenere costi aggiuntivi o a rinunciare, temporaneamente, a servizi essenziali.

La disciplina dei congedi per malattia del figlio risulta altresì particolarmente penalizzante per le famiglie adottive, soprattutto in considerazione dell'età media più elevata dei minorenni adottati e dei loro bisogni di cura spesso più complessi. In ambito sanitario, tali limiti possono tradursi in ritardi nell'accesso alle cure, alle valutazioni diagnostiche e ai percorsi specialistici necessari. In questo quadro, emerge anche l'urgenza di rafforzare la formazione specifica dei pediatri e degli operatori sanitari sulle peculiarità dell'adozione.

Più in generale appare necessario un adeguamento dei dispositivi che, pur riconoscendo alle famiglie adottive l'accesso a benefici, misure di sostegno o agevolazioni, continuano a prevedere criteri di fruizione parametrati alla nascita e non all'ingresso in famiglia.

Per quel che riguarda l'adozione internazionale, poi, ulteriori criticità emergono dalla trascrizione della sentenza straniera di adozione da parte dei Tribunali per i minorenni. I ritardi, talvolta significativi, incidono sull'acquisizione della cittadinanza e sulla piena titolarità dei diritti da parte della persona di minore età[91].

[87] Se nell'ambito dell'adozione internazionale sono stati attivati specifici dispositivi di sostegno economico, misure analoghe non risultano tuttavia attuate in modo strutturato per l'adozione nazionale, nonostante quanto previsto dall'art. 6, comma 8, della Legge 184/1983, che consentirebbe allo Stato, alle Regioni e agli enti locali di intervenire con specifiche misure (unica eccezione la Regione Piemonte).

[88] Per quel che riguarda l'Adozione Internazionale sono stati infatti approntati una serie di interventi ordinari e straordinari per incentivare l'avvio delle nuove procedure, sostenere le procedure pendenti e a copertura di spese riguardanti la formazione post incarico agli Enti Autorizzati, le adozioni di minorenni con bisogni speciali. Si veda il seguente link. Tali sostegni vanno nella direzione della gratuità delle procedure di adozione internazionale ma non sono ancora previste a sistema, stabilmente.

[89] Si veda il seguente link.

[90] Si veda il seguente link.

[91] Per approfondimento si veda il paragrafo "Diritto di registrazione e cittadinanza" del presente Rapporto.

La fase successiva all'ingresso in famiglia rappresenta un momento cruciale del percorso adottivo, che richiede un investimento specifico in termini di sostegno, servizi e riconoscimento dei diritti. In questo senso, appare necessario assumere una prospettiva analoga a quella dei cosiddetti "primi mille giorni" dalla nascita del bambino, riferendola ai **primi mille giorni dall'ingresso del minorenne nella famiglia adottiva**. Si tratta, infatti, di un periodo particolarmente delicato per la costruzione dei legami familiari, il processo di attaccamento e l'inserimento nei contesti di vita.

Anche il sistema scolastico risulta tutt'ora non adeguatamente preparato ad accogliere alunni e studenti con storia adottiva evidenziando la necessità di rafforzare la formazione del personale e di promuovere pratiche inclusive e attente alla storia dei bambini e delle bambine. Nonostante l'enorme sforzo formativo portato avanti dall'associazionismo familiare[92] resta necessario garantire formazione continua agli insegnanti. In tal senso, potrebbero venire coinvolti gli Atenei che curano i percorsi abilitanti affinché inseriscano materiali ad hoc sul tema nei percorsi.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero della Giustizia** di rendere pienamente operativa la banca dati nazionale prevista dalla Legge 149/2001, collegando tutti i Tribunali per i minorenni e pubblicando annualmente dati disaggregati su: minorenni dichiarati adottabili, non adottati, adottati; età, genere, fratrie, disabilità/bisogni speciali, tempi dei procedimenti, affidamenti preadottivi non conclusi in adozione, adozioni ex art. 44, collocamenti provvisori, adozioni "aperte", esiti e crisi adottive. Contestualmente di pubblicare Linee di indirizzo nazionali che, tra le altre cose, circoscrivano l'ambito di intervento della adozione "aperta" e "in casi particolari" con criteri chiari;
2. Alla **Commissione per le Adozioni Internazionali**; al **Dipartimento per le politiche della famiglia** di intervenire tempestivamente sulle criticità del sistema dell'adozione internazionale, confermando il supporto pieno e stabile alle famiglie adottive, anche dal punto di vista economico ed approntando misure concrete e urgenti per far sì che il sistema delle adozioni internazionali rimanga qualitativamente elevato ma anche efficace e sostenibile, in cui l'ente autorizzato possa efficacemente esercitare la sua funzione pubblica, nell'interesse superiore dei bambini e dei ragazzi e per il benessere delle famiglie adottive;
3. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali** di adottare per i congedi, sostegni e accesso ai servizi il paradigma dell'ingresso in famiglia e non quello della nascita, introducendo un pacchetto nazionale sui "primi mille giorni dall'ingresso in famiglia" che includa: congedo pieno e non frazionato dal momento del collocamento/affidamento preadottivo; congedi per malattia del figlio parametrati all'età d'ingresso e ai bisogni di cura; accesso uniforme a codice fiscale che non ostacoli l'accesso al SSN, alle attività sportive, ai bonus e prestazioni anche nel collocamento provvisorio; fondo strutturale per il post-adozione nazionale, almeno per ultra-dodicenni, fratrie, disabilità e bisogni speciali.

[92] Il Ministero dell'Istruzione e del Merito, su richiesta del Coordinamento CARE, ha richiamato le Linee di indirizzo per il diritto allo studio delle alunne e degli alunni che sono stati adottati nelle Indicazioni Nazionali – primo ciclo.

CAPITOLO V - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)



Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile



IN SINTESI

Per garantire i diritti delle persone di minore età occorrono politiche capaci di accompagnarne la crescita e di sostenere le famiglie nelle diverse fasi della vita. Ciò significa promuovere la genitorialità, prevenire l'emergere delle vulnerabilità e assicurare adeguate misure di protezione e accoglienza quando necessario.

Si rileva ancora una narrazione negativa del sistema di tutela e accoglienza, tesa alla delegittimazione del sistema sociale e di protezione, e sarebbe quindi necessario favorire una rilettura dei contesti di accoglienza evitando sfiducia e delegittimazione.

Nell'adozione, la crescente complessità dei percorsi rende necessario rafforzare la preparazione e l'accompagnamento delle famiglie nel tempo, garantendo servizi e sostegni omogenei sul territorio nazionale.

I DATI RACCONTANO

-3,9% DELLE NASCITE RISPETTO AL 2024

49,8% NUCLEI FAMILIARI CON UN SOLO FIGLIO

345.083 I MINORENNI (INCLUSI I MSNA) IN CARICO AL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

33.325 MINORENNI FUORI FAMIGLIA DI ORIGINE AL NETTO DEI MSNA (3,9 PER MILLE)

12.733 MINORENNI IN AFFIDAMENTO FAMILIARE E 20.592 IN COMUNITÀ RESIDENZIALE AL NETTO MSNA

100.000 STIMA DEI BAMBINI CHE VIVONO SEPARATI DAL PROPRIO GENITORE DETENUTO

35 MADRI DETENUTE CON FIGLI MINORI DI TRE ANNI E **38** BAMBINI

202 CASI DI SOTTRAZIONE INTERNAZIONALE

755 SENTENZE DI ADOZIONE NAZIONALE E 295 SENTENZE DI ADOZIONE EX ART. 44, LETT. D), NEL 2022

664 MINORENNI IN ADOZIONE INTERNAZIONALE NEL 2025, IL 70% CON BISOGNI SPECIALI

25 ANNI DOPO

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- La **Legge 149/2001**, ha previsto la chiusura degli istituti per minori entro il 31 dicembre 2006
- **Legge 62/2011** ha istituito gli ICAM (Istituti a Custodia Attenuata per Madri) e le Case Famiglia Protette
- Legge n. 173/2015 sul diritto alla continuità affettiva dei minori in affido familiare
- Il Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (**P.I.P.P.I.**) è LEPS dal 2021
- Il **SIOSS** (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali) è diventato pienamente operativo nel 2021 comportando un significativo miglioramento nella rilevazione dei dati rispetto ai minori fuori dalla famiglia di origine
- Le **Linee di indirizzo nazionali per l'affidamento familiare** adottate nel 2012 con successivi aggiornamenti, tra cui ultimo nel 2024
- Le **Linee di indirizzo nazionali sul sistema di accoglienza residenziale** adottate nel 2017 e successivamente aggiornate nel 2024
- Le **sentenze della Corte costituzionale** n. 183/2023 e n. 33/2025 hanno riconosciuto, rispettivamente, la possibilità di mantenere significative relazioni socio-affettive con la famiglia di origine nell'adozione piena e l'accesso delle persone singole all'adozione internazionale.

SFIDE

- La necessità di garantire un **accompagnamento pubblico continuativo alle famiglie nei primi mille giorni, comprese le famiglie adottive** a partire dall'ingresso in famiglia, e sostegni adeguati alle situazioni più complesse
- L'Italia resta agli ultimi posti per i **congedi riservati ai padri**: 10 giorni (il minimo previsto dalla direttiva UE sulla conciliazione 2019/1158)
- L'attuazione della Legge 62/2011, che ha promosso le **Case Famiglia Protette** come alternativa alla detenzione per madri con figli minori sotto i 10 anni, è rimasta incompiuta in quanto i fondi previsti nella Legge di bilancio del 2023 non sono stati rinnovati e sul territorio esistono solo due strutture protette;
- **Migliorare ulteriormente il sistema raccolta dati minorenni fuori famiglia di origine**: rilevare le motivazioni dell'allontanamento dalla famiglia di origine a scopo di tutela e protezione (ultima rilevazione risale al 31 dicembre 2016) e adottare una modalità di raccolta dati che consenta l'incrocio tra i tempi di permanenza in comunità o in affido e la natura dei provvedimenti, nonchè affinare la rilevazione quali-quantitiva delle comunità genitori-bambini;
- La forte presenza di **adolescenti prossimi alla maggiore età nelle comunità residenziali** (49,3% degli accolti ha tra i 15 e i 17 anni) impone di considerare il leaving care parte integrante della presa in carico educativa fin dall'ingresso in comunità
- La mancata operatività della **banca dati nazionale prevista dalla Legge 149/2001** e l'assenza di dati aggiornati e sistematici sull'adozione nazionale, ancora fermi al 2022.

LE PRIORITÀ

Al **Dipartimento per le politiche della Famiglia** di prevedere la definizione e il monitoraggio, di modalità di concertazione degli interventi al livello ministeriale e dei relativi piani di stanziamento delle risorse a supporto delle famiglie per evitare dispersione di risorse e sovrapposizioni;

Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** di definire i LEP per il sistema di accoglienza nel piano degli interventi e servizi sociali 27/29 e rendere strutturale il fondo Care Leavers a sostegno dei percorsi di autonomia per neomaggiorenni;

Al **Ministero della Giustizia** di rendere pienamente operativa la banca dati nazionale prevista dalla Legge 149/2001 e garantire la pubblicazione annuale di dati disaggregati sulle adozioni nazionali, comprese le diverse forme e gli esiti dei percorsi adottivi.

Capitolo VI
SALUTE, DISABILITÀ E SERVIZI DI BASE

1. PREVENZIONE E SERVIZI DI PREVENZIONE

SCREENING NEONATALE

Gli screening di popolazione rappresentano un intervento fondamentale di prevenzione sanitaria che permette la diagnosi precoce di un ampio spettro di malattie.

Lo scopo di tali programmi è quello di diagnosticare tempestivamente condizioni per le quali sono disponibili interventi terapeutici specifici o di presa in carico assistenziale che, se intrapresi prima della manifestazione dei sintomi, sono in grado di migliorare in modo significativo la prognosi della malattia e la qualità di vita dei pazienti, evitando gravi disabilità e, in alcuni casi, anche il decesso.

In ambito pediatrico, sebbene l'attenzione si sia storicamente concentrata sullo screening neonatale, l'avanzamento delle conoscenze mediche e tecnologiche ha permesso di ampliare l'offerta diagnostica a condizioni rilevabili anche in età successive.

Al consolidato modello neonatale si affianca oggi l'innovativo programma di **screening pediatrico** istituito dalla Legge 130/2023, volto all'individuazione precoce di diabete di tipo 1 e celiachia nella popolazione tra 1 e 17 anni. L'Italia è il primo paese al mondo ad istituire per legge nazionale uno screening anticorpale sistematico di popolazione per queste due condizioni[1]. Il protocollo, che ha già superato con successo una fase di progetto pilota[2] in quattro regioni, è ora in fase di estensione nazionale.

Oltre allo screening neonatale e anticorpale, un pilastro insostituibile della prevenzione è costituito dai **Bilanci di Salute** effettuati dai Pediatri di Libera Scelta. Tali controlli periodici rappresentano un nucleo fondamentale di prevenzione non solo secondaria, attraverso lo screening clinico di patologie quali obesità infantile, disturbi del neurosviluppo, anomalie della crescita e vizi refrattivi, ma anche primaria (DPCM 12 gennaio 2017, art. 4)[3]. Essi costituiscono infatti il momento privilegiato per l'educazione familiare, orientata alla promozione di stili di vita sani, alla corretta nutrizione e alla prevenzione dei fattori di rischio ambientali, consolidando l'alleanza terapeutica tra sistema sanitario e famiglia sin dai primi mesi di vita. Lo strumento dei bilanci di salute è stato valorizzato anche nel 6° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025-2027 che incentiva lo sviluppo di un sistema di monitoraggio sui maltrattamenti dei minorenni attraverso i dati contenuti nei bilanci di salute e l'inserimento di una sezione dedicata alla salute mentale[4].

Relativamente allo **screening neonatale**, l'obbligatorietà e la gratuità per tutti i nuovi nati è garantita in Italia dal 1992. Negli ultimi decenni, questo fondamentale strumento di prevenzione è stato oggetto di una significativa evoluzione normativa[5] che ne ha ampliato il pannello diagnostico garantendo oggi la diagnosi precoce per circa 50 malattie metaboliche ereditarie, oltre allo screening audiologico e visivo per la sordità e la cataratta congenita. Quanto all'attuazione pratica di tali norme sul territorio nazionale, **il rapporto tecnico del 2024 della Società Italiana per lo Studio delle Malattie Metaboliche Ereditarie e lo Screening Neo-**

[1] Bosi E, Catassi C. *Screening type 1 diabetes and celiac disease by law The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2023; 12, 12-14.

[2] Vincentini O, Pricci F, Silano M, et al. *Study protocol of D1Ce Screen: A pilot project of the Italian national screening program for type 1 diabetes and coeliac disease in the paediatric population*. PLoS One. 2025;20(8):e0328624. 2025. doi: 10.1371/journal.pone.0328624.

[3] Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15).

[4] 6° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025-2027. Si veda il seguente link.

[5] Al nucleo storico di patologie individuate dalla Legge 104/1992 (fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito e fibrosi cistica), si è aggiunto lo Screening Neonatale Esteso (SNE), reso obbligatorio dalla Legge 167/2016. Quest'ultima, integrata dal DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) e dai successivi decreti ministeriali (es. DM 13 ottobre 2020 e aggiornamenti 2023-2024).

natale (SIMMESN) fotografava un sistema nazionale solido con una copertura del 100% per tutti i nati vivi nel 2024 relativamente alle oltre 40 patologie previste dal DM 13 ottobre 2016[6]. Tuttavia, per le malattie da accumulo lisosomiale, per l'adrenoleucodistrofia X-linked, l'atrofia muscolare spinale, l'immunodeficienza combinata grave (SCID) comprensiva di ADA e PNP SCID, la copertura nazionale si attestava intorno al 20%[7]. Lo screening di tali condizioni risultava disomogeneo sul territorio nazionale in quanto vincolato alla presenza di progetti pilota o delibere regionali. Con il Decreto del Ministero della Salute del 3 agosto 2026 (pubblicato in G.U. n. 227 del 30 settembre 2026), che reca il primo aggiornamento dei LEA (già Atto del Governo n. 391), sono stati definiti tariffe e codici per lo screening neonatale anche delle condizioni per cui esisteva difformità regionale: un passaggio decisivo volto a uniformare lo screening di queste malattie su tutto il territorio nazionale[8].

La complessità delle nuove tecnologie di screening impone che vengano selezionati pochi laboratori con personale adeguatamente formato **integrati nel contesto di centri clinici di riferimento in grado di ricevere il paziente richiamato, offrire l'assistenza e il supporto medico adeguato ai bambini e alle loro famiglie sin dal momento del primo contatto**. È indispensabile che l'operatore sanitario riceva formazione adeguata e abbia consapevolezza dell'impatto emotivo che il richiamo da screening genera sul nucleo familiare. Il centro di richiamo deve inoltre essere in grado di delineare prontamente un percorso di conferma diagnostica (anche genetica), di presa in carico assistenziale e di cura o follow-up.

L'eterogeneità clinica delle condizioni soggette a screening, che spaziano dall'ambito endocrinologico a quello metabolico o immunologico, impone **la definizione di un profilo specialistico pediatrico di presa in carico** (es. il pediatra endocrinologo o quello specialista in malattie metaboliche o l'immunologo pediatra) come le figure coordinatrici del percorso di richiamo, dell'accoglienza della famiglia, della conferma diagnostica e della presa in carico assistenziale con un percorso di cura e follow-up.

Mentre si lavora per uniformare ed estendere l'accesso ad un sistema di prevenzione con screening neonatale egualitario per tutti i nati sul territorio nazionale, avanzano in ambito medico-scientifico **nuove opportunità di screening neonatale su base genetica.** L'avvento del sequenziamento genomico (HT-NGS) sta rivoluzionando questo settore, ponendo nuove sfide etiche e mettendo in discussione il paradigma tradizionale dei criteri OMS di Wilson e Jungner (1968), che limitava i test solo se la malattia rappresentava un problema di salute rilevante, con una storia naturale nota e per la quale esistesse un trattamento efficace e sicuro. La maggiore accessibilità a metodiche di sequenziamento genico ad elevato output offre oggi la possibilità di delineare programmi di screening a partire direttamente dal sequenziamento genico con però il rischio di identificazione di varianti di significato incerto (VUS) difficilmente interpretabili o di condizioni non trattabili. Al momento restringere l'analisi ai cosiddetti "*actionable genes*", ossia a quei geni legati a patologie prevenibili o curabili tempestivamente, permette di limitare l'incertezza del risultato. Rimangono tuttavia aperti diversi interrogativi etici sul trattamento dei dati relativi al rischio in età adulta. I primi progetti pilota, come il Progetto Genoma Puglia, stanno dimostrando un'elevata accuratezza diagnostica e pochissimi falsi positivi; tuttavia, la mancanza di uno standard operativo uniforme rende ancora premature conclusioni definitive. La vera sfida sarà coniugare l'innovazione genetica con l'etica e la sostenibilità economica del sistema sanitario.

VACCINAZIONI

La prevenzione in età pediatrica rappresenta uno degli investimenti più efficaci per la salute dell'individuo lungo tutto l'arco della vita. Intervenire precocemente nella vita di una persona con le vaccinazioni consente non solo di ridurre il rischio di malattie infettive, ma anche di prevenire complicanze, disuguaglianze e costi sanitari futuri, vuol dire proteggere le persone di minore età e la società di cui fanno parte. In questo

[6] Rapporto SIMMESN 2024, Screening neonatale in Italia: tra eccellenze e disparità regionali, pubblicato da Osservatorio Screening il 21 maggio 2024. Si veda il seguente link.

[7] *Ibidem.*

[8] Decreto del Ministero della Salute del 3 agosto 2026, "Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza", Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 227 del 30 settembre 2026.

contesto, le vaccinazioni costituiscono uno degli strumenti più sicuri, costo-efficaci e misurabili di sanità pubblica, con benefici documentati sia a livello individuale sia collettivo.[9]. I programmi vaccinali si fondano su un duplice obiettivo integrato: la tutela del singolo e quella della collettività. Il primo si traduce nella protezione dei soggetti più vulnerabili, il secondo nel controllo della circolazione degli agenti infettivi attraverso elevate coperture vaccinali. Questo equilibrio, sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana, trova applicazione concreta nella pianificazione vaccinale nazionale e nei livelli essenziali di assistenza. Il **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023–2025**[10] declina tali principi in obiettivi operativi: mantenere lo stato polio-free, eliminare morbillo e rosolia, aumentare la copertura per HPV, rafforzare la sorveglianza e ridurre le disuguaglianze. Il raggiungimento di questi obiettivi dipende da elementi concreti quali l'accessibilità dei servizi, l'organizzazione delle reti territoriali, la capacità di intercettare i soggetti a rischio e la qualità della comunicazione. **La tutela del singolo richiede l'identificazione attiva dei soggetti fragili**. Ad esempio, i bambini immunocompromessi o con patologie croniche richiedono spesso schedule vaccinali intensificate e invece, spesso, non ricevono le adeguate vaccinazioni[11]. Le possibilità vaccinali per questi bambini spesso non sono sufficienti e le principali barriere includono complessità delle raccomandazioni, mancanza di coordinamento tra specialisti e pediatri di famiglia, e servizi territoriali, mancata percezione dei rischi legati alla suscettibilità infettiva per la condizione di base, preoccupazioni riguardo gli effetti collaterali[12]. Non si tratta solo di pazienti con patologie croniche o immunodeficienze, ma anche di bambini e adolescenti che vivono in condizioni di vulnerabilità sociale, come povertà estrema, recente migrazione, difficoltà linguistiche o marginalità sociale. Una revisione sistematica europea ha identificato che i bambini e gli adolescenti migranti, in particolare rifugiati, richiedenti asilo e migranti recenti, sono tra i gruppi più a rischio di sotto-immunizzazione, le barriere sistemiche includono difficoltà linguistiche, mancanza di servizi di interpretariato, analfabetismo sanitario, alloggi precari, cambi frequenti di indirizzo, esclusione digitale, e paure legate allo status legale[13]. Il tema assume ancor più rilevanza nel contesto internazionale attuale, caratterizzato da conflitti e crisi umanitarie che determinano continue interruzioni dei programmi vaccinali nei paesi d'origine e la conseguente riduzione delle coperture)[14]. Questa situazione aumenta il rischio di focolai epidemici[14], specialmente per morbillo, varicella ed epatite A; Per contrastare questi fenomeni sono necessarie strategie vaccinali multilivello e integrate. Garantire l'accesso alle vaccinazioni per bambini e adolescenti rifugiati e migranti rappresenta quindi non solo un imperativo etico, ma anche una misura essenziale di sanità pubblica. Infatti, l'efficienza collettiva delle vaccinazioni richiede il mantenimento di elevate coperture vaccinali in tutte le popolazioni.

I dati più recenti del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità[15] mostrano che, in Italia al 31 dicembre 2024, le coperture per il ciclo base a 24 mesi di vita si attestano intorno al 94% per molte regioni in particolare per le vaccinazioni obbligatorie, in linea

[9] Zhou F, Jatlaoui TC, Leidner AJ, Carter RJ, Dong X, Santoli JM, Stokley S, Daskalakis DC, Peacock G. *Health and Economic Benefits of Routine Childhood Immunizations in the Era of the Vaccines for Children Program - United States*, 1994-2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024 Aug 8;73(31):682-685. doi: 10.15585/mmwr.mm7331a2. PMID: 39116024; PMCID: PMC11309373.; Carrico J, La EM, Talbird SE, Chen YT, Nyaku MK, Carias C, Mellott CE, Marshall GS, Roberts CS. *Value of the Immunization Program for Children in the 2017 US Birth Cohort. Pediatrics*. 2022 Sep 1;150(3): e2021056007. doi: 10.1542/peds.2021-056007. PMID: 35821603.

[10] Si veda il seguente link.

[11] Pittet LF, Posfay-Barbe KM. *Vaccination of immune compromised children-an overview for physicians*. Eur J Pediatr. 2021 Jul;180(7):2035-2047. doi: 10.1007/s00431-021-03997-1. Epub 2021 Mar 5. PMID: 33665677; PMCID: PMC8195953.

[12] *Ibidem.*

[13] Crawshaw AF, Farah Y, Deal A, Rustage K, Hayward SE, Carter J, Knights F, Goldsmith LP, Campos-Matos I, Wurie F, Majeed A, Bedford H, Forster AS, Hargreaves S. *Defining the determinants of vaccine uptake and undervaccination in migrant populations in Europe to improve routine and COVID-19 vaccine uptake: a systematic review*. Lancet Infect Dis. 2022 Sep;22(9):e254-e266. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00066-4. Epub 2022 Apr 13. PMID: 35429463; PMCID: PMC9007555.

[14] Bigouette JP, Henderson E, Traoré MA, Wassilak SGF, Jorba J, Mahoney F, Bolu O, Diop OM, Burns CC. *Update on Vaccine-Derived Poliovirus Outbreaks - Worldwide*, January 2021-December 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023 Apr 7;72(14):366-371. doi: 10.15585/mmwr.mm7214a3. PMID: 37022974; PMCID: PMC10078846.

[15] Si veda il seguente link.

con gli obiettivi OMS. Questo dato medio nazionale seppur positivo nasconde alcune criticità rilevanti: **preoccupanti differenze tra regioni** in particolare per le vaccinazioni non obbligatorie (ad esempio la copertura per meningococco C ha un range interregionale ampio tra il 41,15% e il 90,43%), ritardi nei richiami e una **significativa riduzione delle coperture in particolari fasce di età, come quella adolescenziale**. I richiami per difterite-tetano-pertosse a 16 anni mostrano coperture significativamente inferiori ai target, con una media nazionale intorno al 65%, con differenze regionali preoccupanti[16]. Ad esempio, per il tetano il range interregionale è tra il 25,49% e l'87,54%[10]. La copertura per HPV, in particolare, evidenzia ancora una distanza rilevante dall'obiettivo del 95%, con un valore nazionale di copertura del 70,58% (range interregionale 40,24%-83,97%) per le ragazze e 60,05% (range interregionale 30,73%-79,25%) per i ragazzi[17]. Ancora per quanto riguarda la fascia adolescenziale l'opportunità di protezione per meningococco B appare totalmente disomogenea e lasciata alle possibilità delle singole regioni. Questo dato riflette non solo un problema epidemiologico, ma anche organizzativo e culturale: la popolazione oltre la prima infanzia è meno intercettata dai servizi sanitari. Per questo la vaccinazione non può dipendere esclusivamente dall'iniziativa familiare, ma deve essere promossa attivamente dal sistema sanitario attraverso la verifica sistematica dello stato vaccinale in ogni contatto con i servizi (pediatra, ricoveri, pronto soccorso, visite specialistiche). Ogni accesso può rappresentare un'opportunità per proporre le vaccinazioni raccomandate ed evitare occasioni mancate di protezione.

La promozione della cultura vaccinale richiede una formazione continua degli operatori sanitari, essenziale per garantire competenze adeguate e prevenire messaggi incerti che favoriscono l'esitazione vaccinale. Accanto ai servizi sanitari, anche la scuola svolge un ruolo strategico sia come sede di interventi vaccinali organizzati, già efficaci in diversi contesti internazionali, sia come luogo di educazione sanitaria[17]. **L'educazione alla salute nelle scuole può contribuire a sviluppare consapevolezza e responsabilità, contrastando disinformazione e resistenze.** In conclusione, i programmi vaccinali sono in potenza un forte strumento di prevenzione, ma è la capacità del sistema sanitario e sociale di raggiungere efficacemente tutta la popolazione che rende la vaccinazione uno strumento ad alto impatto per la popolazione stessa. Accessibilità facilitata, integrazione dei servizi, formazione degli operatori e riduzione delle disuguaglianze rappresentano le principali leve operative. In prospettiva, un investimento sistematico nell'educazione sanitaria potrebbe rappresentare un atto di prevenzione proattiva e rendere l'adesione vaccinale sempre più consapevole e spontanea. In una popolazione informata, il ricorso all'obbligo potrebbe progressivamente ridursi, lasciando spazio a una partecipazione responsabile.

LEA – LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Nel 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il DPCM 12 gennaio 2017, recante **la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, che ha sostituito integralmente il precedente DPCM 29 novembre 2001[18]. Tale provvedimento ha ridefinito in modo organico le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o con partecipazione alla spesa, secondo principi di equità, appropriatezza ed efficacia[19]. Per l'età pediatrica è stato introdotto il potenziamento dell'offerta vaccinale, gli screening neonatali per malattie metaboliche ereditarie, sordità e cataratta congenite, il rafforzamento dei percorsi per i disturbi dello spettro autistico, l'ampliamento delle patologie croniche e rare con diritto all'esenzione.

[16] *Ibidem.*

[17] Cuccaro PM, Choi J, Gabay EK, Wilkerson JM, Santa Maria D, Misra SM, Aguilar McBride M, Vernon SW. *Lessons Learned from All for Them: Best Practices for a Cross-Collaboration Approach to HPV Vaccination in Public Schools.* Vaccines (Basel). 2023 May 5;11(5):946. doi: 10.3390/vaccines11050946. PMID: 37243050; PMCID: PMC10223857.

[18] Ministero della Salute. Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Gazzetta Ufficiale n. 65, 18 marzo 2017.

[19] Ministero della Salute. Decreto 26 novembre 2024, Aggiornamento delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica (cd. "Decreto tariffe"), Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana; 2024.

Il primo aggiornamento successivo, in vigore dal 30 ottobre 2026, è affidato a due provvedimenti, il decreto del Ministro della Salute del 3 agosto 2026[20] e il DPCM del 7 agosto 2026[21]. In ambito pediatrico lo screening neonatale esteso si amplia di ulteriori nove malattie (immunodeficienze combinate gravi, iperplasia surrenalica congenita, mucopolisaccaridosi di tipo 1, adrenoleucodistrofia legata all'X, malattie di Fabry, Gaucher e Pompe, oltre all'atrofia muscolare spinale), mentre diventano esenti sette nuove malattie rare, tra cui le encefalopatie di sviluppo ed epilettiche, la malattia di Kawasaki (classi di rischio AHA III, IV e V) e la spina bifida nelle forme di meningocele e mielomeningocele. Si aggiungono inoltre l'erogazione del NIPT per le gravidanze a rischio e la fornitura di dispositivi medici monouso per le persone con malattia rara.

Il monitoraggio dell'erogazione dei LEA è affidato al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), istituito con il DM 12 marzo 2019[22], che valuta tre macro-aree: prevenzione, assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale. Ciascuna area riceve un punteggio da 0 a 100, calcolato sulla base di indicatori "CORE" e "NO CORE"[23]; l'erogazione si considera adeguata al raggiungimento della soglia di 60 punti per area, senza possibilità di compensazione tra aree. Il NSG include inoltre indicatori di contesto — tra cui uno sulla prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini — e indicatori di equità sociale sulla rinuncia alle prestazioni sanitarie. I percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) monitorati riguardano esclusivamente patologie croniche dell'adulto, lasciando scoperte condizioni a prevalente insorgenza pediatrica come il diabete di tipo 1 o i disturbi del neurosviluppo.

I dati più recenti, riferiti al 2023 e pubblicati nel 2025[24], confermano un ulteriore miglioramento e un consolidamento del recupero post-pandemico. **Tredici Regioni raggiungono la soglia di sufficienza in tutte e tre le macro-aree**, mentre persistono criticità in alcune Regioni: Valle d'Aosta, Abruzzo e Sicilia mostrano difficoltà in più aree; Bolzano, Liguria e Molise solo nella prevenzione; Basilicata e Calabria nell'assistenza distrettuale.

Nell'area della prevenzione, le coperture vaccinali obbligatorie a 24 mesi mostrano un recupero post-pandemico, ma rimangono al di sotto del target OMS del 95% in numerose Regioni. La soglia di sufficienza per il ciclo base (P01C) è superata in 14 Regioni, mentre la copertura MPR (P02C) raggiunge il punteggio massimo solo in cinque. Gli indicatori "no core" rivelano criticità più ampie: la copertura anti-pneumococcica a 24 mesi si ferma al 91,6% e quella anti-meningococcica C all'83,8%. La copertura anti-HPV nelle bambine nel 12° anno di vita raggiunge appena il 45,4% nazionale, con la maggior parte delle Regioni meridionali al di sotto del 35%. **L'indicatore composito sugli stili di vita** (P14C) registra una media nazionale del 39,5% di comportamenti a rischio, in lieve peggioramento, con valori critici nelle Regioni meridionali (Campania 49,0%, Calabria 46,0%, Sicilia 45,1%), riflettendo indirettamente l'efficacia degli interventi di promozione della salute rivolti alle famiglie e alla popolazione giovane.

Nell'area distrettuale persistono le criticità più rilevanti per la pediatria. L'indicatore CORE D04C — tasso di ospedalizzazione per asma e gastroenterite in età pediatrica — presenta valori sotto soglia in sei Regioni del centro-sud, evidenziando difficoltà della rete territoriale nel gestire condizioni cliniche trattabili in ambito ambulatoriale. Gli indicatori NO CORE amplificano questa lettura: il tasso di accessi al Pronto Soccorso di minori con codice bianco o verde raggiunge una

[20] Decreto del Ministro della Salute del 3 agosto 2026, Aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

[21] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026, Modifiche e integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza.

[22] Ministero della Salute. Decreto 12 marzo 2019. Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 90 del 18 aprile 2019.

[23] Gli indicatori CORE sono indicatori valutativi che misurano le prestazioni chiave nelle tre aree fondamentali: prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera. Diversamente, gli indicatori NO-CORE svolgono una funzione prevalentemente informativa e conoscitiva e permettono alle istituzioni di analizzare contesti sanitari più complessi, monitorare specifici percorsi di cura e sperimentare nuove metriche che, in futuro, potrebbero entrare a far parte dei CORE.

[24] Ministero della Salute. Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2023. Roma: Ministero della Salute; 4 agosto 2025.

media nazionale di 15,4 per 1.000 abitanti minori nei giorni feriali e di 21,3 nelle ore notturne e festive. L'assistenza domiciliare ai minorenni è pressoché assente in ampie aree del Paese, con valori prossimi allo zero in Lazio, Sicilia, Sardegna e Molise. Il tasso di ospedalizzazione psichiatrica in età minore si attesta su una media nazionale di 140,7 per 100.000 abitanti minori: in assenza di indicatori sull'accesso ai servizi di neuropsichiatria infantile territoriale, questo dato segnala un ricorso all'ospedalizzazione che potrebbe riflettere l'insufficienza dell'offerta ambulatoriale e domiciliare.

Sul versante della **sicurezza perinatale**, tre indicatori NO CORE meritano attenzione: il 12,5% dei parti fortemente pre-termine avviene in strutture prive di Unità di Terapia Intensiva Neonatale; risultano ancora attivi 45 punti nascita con meno di 500 parti senza deroga alla chiusura; la proporzione di parti pre-termine tardivi (34–36 settimane) si attesta al 4,7% nazionale, con i valori più elevati in Sardegna (6,4%) e Puglia (5,4%). Questi dati indicano una rete dei punti nascita non pienamente allineata agli standard di sicurezza vigenti.

L'indicatore di contesto CO02, basato sui dati OKkio alla SALUTE (bambini 8–9 anni, dati 2019), mostra che **il 19,0% dei bambini è in sovrappeso e il 9,8% è obeso** — valori tra i più elevati in Europa. Il gradiente Nord-Sud è netto: la Campania registra le prevalenze più alte (sovrappeso 24,6%, obesità 18,6%), mentre le Province Autonome di Bolzano e Trento si attestano sui valori più favorevoli. Promuovere e sostenere un'educazione alimentare in ambito scolastico potrebbe contribuire all'acquisizione di conoscenze e atteggiamenti responsabili, contrastando comportamenti nutrizionali e abitudini alimentari non adeguati alla salute.

Anche **l'assistenza odontoiatrica,** nonostante il DPCM 2017 ne abbia ridefinito le condizioni di erogabilità, presenta una significativa eterogeneità regionale: i trattamenti pediatrici sono tra quelli meno erogati e il costo delle prestazioni preventive continua a gravare sulle famiglie[25].

L'assenza di qualsiasi indicatore dedicato nel sistema di monitoraggio nazionale rende questo LEA formalmente garantito, ma di fatto invisibile alla valutazione comparativa.

Le cure palliative pediatriche costituiscono un ambito di particolare rilevanza nei LEA: il DPCM 2017, recependo la Legge 38/2010, include esplicitamente tra le prestazioni garantite dal SSN l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in età pediatrica, in ambito domiciliare e in strutture dedicate. I dati dello studio PalliPed 2022-2023[26] evidenziano tuttavia un significativo scarto tra bisogno e offerta: si stima che tra 20.540 e 32.864 minorenni necessitino di cure palliative specialistiche, a fronte di una copertura che, pur in crescita — i pazienti seguiti sono passati da 1.209 nel 2019 a 2.734 nel 2023 — resta ancora insufficiente. Il monitoraggio AGENAS[27] evidenzia che nel 2024 la maggior parte delle Regioni ha presentato piani di potenziamento, con l'obiettivo di raggiungere il 90% della popolazione eleggibile entro il 2028; tuttavia cinque Regioni — Calabria, Campania, Piemonte, Sicilia e Valle d'Aosta — non hanno trasmesso il piano, con Calabria e Campania inadempienti anche per l'anno precedente. I piani presentati mostrano inoltre diffuse lacune nella definizione degli interventi, nell'analisi dei costi e negli strumenti di monitoraggio.

Nel complesso, **i dati NSG 2023 fotografano un sistema sanitario in ripresa, ma ancora attraversato da disuguaglianze strutturali che pesano in modo particolare sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza**. Il divario territoriale Nord-Sud nell'assistenza distrettuale, le lacune nel monitoraggio vaccinale, l'assenza di indicatori su ambiti cruciali come l'odontoiatria e la neuropsichiatria infantile, e la copertura ancora insufficiente delle cure palliative pediatriche definiscono un'agenda di priorità chiara: rafforzare la pediatria territoriale, completare l'infrastruttura informativa vaccinale ed estendere il perimetro valutativo del NSG agli ambiti oggi non monitorati, così da rendere la garanzia dei LEA non solo formale, ma effettiva e mi-

[25] Consiglio Superiore di Sanità, Sezione I, Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel SSN, Ministero della Salute, Roma, 12 ottobre 2022.

[26] Benini F, Mercante A, Di Nunzio S, Papa S and the PalliPed 2022-2023 *Working Group. Specialized pediatric palliative care in Italy: where are we going?* The Palliped 2022–2023 study. Italian Journal of Pediatrics (2025) 51:15. Si veda il seguente link.

[27] Risultati dell'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative per le Regioni/P.A. e lo stato di attuazione riferite all'anno 2024 – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) 2024.

surabile per tutti i bambini, indipendentemente dalla Regione in cui vivono.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero della Salute** di garantire l'uniformità dell'offerta su tutto il territorio nazionale, e alle Regioni di promuovere la centralizzazione in centri di riferimento coordinati da pediatri specialisti;
2. Al **Ministero della Salute** in collaborazione con le **Regioni** di promuovere le vaccinazioni nei contesti più difficili e con più basse percentuali di copertura;
3. Alle **Regioni** di rafforzare l'assistenza territoriale pediatrica e la presa in carico precoce, riducendo le disuguaglianze regionali con supporto mirato alle aree in difficoltà.

2. I SERVIZI SANITARI DELL'AREA PEDIATRICA

Nel confronto internazionale l'Italia continua a mostrare, in alcuni ambiti della salute infantile, risultati di rilievo. Tuttavia, questo dato non deve oscurare una criticità ormai evidente: il problema principale dell'assistenza pediatrica non è l'assenza di competenze o di centri di eccellenza, ma la crescente fragilità della rete ordinaria che dovrebbe garantire prossimità, tempestività, appropriatezza e continuità delle cure a tutti i bambini e adolescenti, indipendentemente dalla Regione di residenza e dalla condizione socioeconomica della famiglia[28] . Quando l'accesso diventa diseguale, discontinuo o tardivo, non è in gioco solo l'efficienza del sistema sanitario, ma l'effettività del diritto alla salute sancito dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Una prima criticità riguarda la **carenza di pediatri e il progressivo indebolimento dell'assistenza pediatrica territoriale e ospedaliera**. La carenza dei Pediatri di Libera Scelta interessa ormai l'intero territorio nazionale, con situazioni in cui si intrecciano problemi organizzativi delle ASL, carichi assistenziali molto elevati e, in diversi casi, l'impossibilità per le famiglie di iscrivere i figli a un pediatra di riferimento, con rischi particolarmente seri per i bambini più piccoli e più fragili[29] . Al 1° gennaio 2024, circa il **17,1% dei bambini tra 6 e 13 anni risultava assegnato a un medico di medicina generale**[30], anziché a un pediatra di libera scelta, non soltanto per effetto della normativa vigente, ma anche per l'oggettiva carenza di pediatri di famiglia in alcune Regioni[31]. Lo stesso documento sottolinea che molti pediatri lavorano in deroga ai massimali, rendendo più difficile costruire una relazione continuativa, fiduciaria e strutturata con le famiglie; e che, quando non si riesce ad assegnare un pediatra di libera scelta, aumentano gli accessi impropri in pronto soccorso.

Questa fragilità del territorio si riflette anche sull'ospedale. I dati nazionali più recenti disponibili indicano che, nel **2021, circa il 26% dei pazienti di età 0–18 anni ricoverati negli ospedali generali è stato assistito in reparti per adulti,** per un totale di **oltre 112.000 minorenni**. Il fenomeno risulta particolarmente marcato nella fascia adolescenziale, dove **tra i 15 e i 18 anni i ricoveri in reparti per adulti raggiungono circa il 70%**[32]. Il progressivo ridursi degli organici e delle competenze specialistiche pediatriche porta con crescente frequenza bambini e adolescenti a essere indirizzati verso specialisti dell'area dell'adulto. **Il problema si aggrava nella fascia adolescenziale**, che oggi resta in una sorta di zona grigia assistenziale: sul territorio l'obbligo di assistenza pediatrica riguarda la fascia 0-6 anni, mentre fino ai 14 anni è possibile il passaggio al medico di medicina generale; in ospedale, invece, i limiti anagrafici sono variabili da struttura a struttura e spesso oscillano tra 14 e 16 anni, più raramente si estendono fino ai 18 anni e spesso solo per alcune patologie croniche. Le società scientifiche indicano quindi come priorità l'estensione dell'assistenza pediatrica fino ai 18 anni, sia sul territorio sia negli ospedali, per evitare che

[28] Associazione Culturale Pediatri APS, L'accesso alle cure primarie per bambini e bambine in Italia: a che punto siamo? 25 febbraio 2024. Si veda il seguente link.

[29] Fondazione GIMBE, 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, 8 ottobre 2025. Si veda il seguente link.

[30] Fondazione GIMBE. Si veda il seguente link.

[31] Gruppo CRC, I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia – I dati regione per regione 2024, 2024.

[32] FIARPED, Libro Bianco "I bambini in ospedale", su elaborazioni Fondazione ABIO Italia di dati Ministero della Salute, triennio 2019–2021. Si veda il seguente link.

gli adolescenti restino privi di un riferimento coerente in una fase critica dello sviluppo. In termini di diritti, ciò significa contrastare un vuoto di presa in carico che oggi colpisce una fascia di popolazione ancora pienamente compresa nell'età evolutiva.

Una seconda criticità riguarda l'**appropriatezza prescrittiva, in particolare l'uso degli antibiotici in età pediatrica**. La popolazione pediatrica è tuttora fortemente esposta alla prescrizione farmacologica: circa 4,6 milioni di minorenni, pari al 50,9% della popolazione pediatrica, hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, con prevalenze che superano il 65% nella fascia 1-5 anni[33]. In questo quadro, gli antibiotici sistemici rappresentano ancora la categoria più prescritta, con il 45,1% del totale, e mostrano nel 2024 un incremento del 6,2% rispetto all'anno precedente. Il dato più critico, però, non è solo quantitativo ma qualitativo: l'amoxicillina-clavulanato continua a essere il farmaco più prescritto della categoria, nonostante l'amoxicillina semplice resti il trattamento di scelta per gran parte delle infezioni batteriche in età pediatrica; nello stesso tempo crescono antibiotici che dovrebbero essere riservati a indicazioni più selezionate, come azitromicina e claritromicina. Persiste la necessità di interventi diffusi per promuovere un uso più razionale della terapia antibiotica e armonizzare le pratiche prescrittive sul territorio nazionale. Il Rapporto AIFA "L'uso degli antibiotici in Italia. Anno 2023", sottolinea un aumento della variabilità regionale nell'uso delle penicilline ad ampio spettro, segno di una crescente divaricazione tra regioni nelle scelte prescrittive. Le criticità sono particolarmente rilevanti al Sud, dove vengono più spesso preferite molecole a maggior impatto sulle resistenze batteriche.

Ma il problema dell'inappropriatezza non si limita agli antibiotici. Analizzando la prescrizione delle diverse classi terapeutiche per fascia di età, si evidenzia in tutte le fasce d'età una maggiore prevalenza d'uso degli steroidi inalatori. A livello regionale si osserva una marcata variabilità nell'esposizione della popolazione pediatrica italiana ai farmaci respiratori. Le Regioni del Centro e del Sud registrano una prevalenza d'uso e dei consumi maggiori rispetto a quelle del Nord, mentre le Regioni del Nord e del Centro hanno osservato le riduzioni maggiori (-17,2%)[34]. L'elevata prevalenza di utilizzo di questi farmaci solleva interrogativi sull'appropriatezza prescrittiva. Considerando che la prevalenza dell'asma nella popolazione pediatrica è stimata intorno al 9% in Europa, la quota di bambini che riceve almeno una prescrizione di farmaci per i disturbi respiratori appare significativamente superiore alla prevalenza attesa.

Ne emerge una criticità di sistema: l'appropriatezza pediatrica non può essere ridotta al singolo atto prescrittivo, ma richiede linee condivise, audit, formazione continua e una vera *stewardship* (gestione responsabile) antibiotica e terapeutica. In assenza di questi strumenti, aumentano il rischio di trattamenti inutili, la pressione selettiva sull'antimicrobico-resistenza e la variabilità ingiustificata delle cure.

Una terza criticità è rappresentata da **liste d'attesa, ricorso improprio al pronto soccorso e debolezza della continuità assistenziale territoriale**. Nel 2024 il 9,9% della popolazione ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, per un totale di oltre 5,84 milioni di persone, in forte aumento rispetto al 2023; tra queste, circa 4 milioni hanno rinunciato a visite specialistiche o esami per i lunghi tempi di attesa, con un incremento del 51% rispetto all'anno precedente[35]. Anche se il dato è riferito all'intera popolazione e non solo all'età pediatrica, esso fotografa un contesto che pesa inevitabilmente anche sui minorenni: quando visite ed esami non sono disponibili in tempi compatibili con il bisogno clinico, le famiglie si spostano verso il privato, rinviano le cure oppure utilizzano impropriamente i servizi di emergenza[36].

È bene evidenziare **il nesso esistente tra indebolimento delle cure primarie e accessi impropri al pronto soccorso:** la mancata assegnazione del pediatra di libera scelta aggrava il fenomeno degli accessi impropri così come è certamente influente la ridotta reperibilità dei PLS in alcune fasce orarie, l'assenza di continuità

[33] AIFA, L'uso degli antibiotici in Italia Rapporto 2024 Rapporto Nazionale Anno 2023. Si veda il seguente link.

[34] Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2025. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2026, https://www.aifa.gov.it/documents/20142/3941839/AIFA_Rapporto_OsMed_2025.pdf

[35] Fondazione GIMBE, 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Bologna, 8 ottobre 2025. Si veda il seguente link.

[36] *Ibidem*

assistenziale e la difficoltà di ottenere visite domiciliari[37]. Occorre promuovere il lavoro in équipe multiprofessionali, i servizi di diagnostica di prossimità, la telemedicina, un'assistenza territoriale H12 e una copertura territoriale almeno prefestiva, così da ridurre l'invio improprio dei codici bianchi e verdi in pronto soccorso e garantire maggiore continuità di cura[38].

L'attivazione diffusa delle Case della Comunità o della Salute sarebbe coerente con la logica del DM 77/2022, ma proprio su questo versante emergono ritardi significativi. I monitoraggi Agenas mostrano infatti una realizzazione ancora molto parziale della riforma territoriale. Al 30 giugno 2025, a fronte di 1.723 Case della Comunità programmate, solo 660 risultavano dichiarate con almeno un servizio attivo; inoltre, lo standard del DM 77/2022 prevede una presenza medica H24 per 7 giorni su 7 nelle Case della Comunità hub e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana nelle spoke[39]. Anche a fine 2025, pur con un miglioramento, le strutture con almeno un servizio attivo risultavano 781 su 1.715 programmate[40]. Questo significa che la riforma territoriale procede, ma ancora in misura insufficiente e molto disomogenea, particolarmente in Abruzzo, Basilicata, Campania, PA di Bolzano, Puglia, Calabria, PA di Trento, Molise e Sicilia. Per l'assistenza pediatrica il nodo è decisivo: senza una rete territoriale realmente funzionante, la continuità assistenziale nei fine settimana, nei prefestivi e nei festivi resta debole, e la pressione sui pronto soccorso continua a essere alimentata da bisogni che dovrebbero trovare risposta altrove.

Una quarta criticità riguarda le **diseguaglianze regionali, la migrazione sanitaria e il definanziamento della sanità pubblica**, che in ambito pediatrico producono effetti particolarmente iniqui. Le disuguaglianze territoriali, sanitarie e sociali costringono molte famiglie a migrare verso altre Regioni per garantire ai figli cure ritenute migliori o semplicemente accessibili, anche a causa dell'impossibilità di ottenere le prestazioni necessarie o delle lunghe liste d'attesa nella Regione di residenza[41]. Si tratta di una diseguaglianza sostanziale che compromette l'equità nell'accesso alla tutela della salute tra chi dispone di risorse economiche, reti familiari e capacità organizzativa e chi non le possiede e rischia di rimanere intrappolato in un'offerta insufficiente.

Questo fenomeno si inserisce in una frattura strutturale del SSN. Nel 2023 risultavano adempienti ai LEA solo 13 Regioni, mentre 8 restavano inadempienti, con criticità particolarmente evidenti nelle aree della prevenzione e dell'assistenza distrettuale[42]. Sul versante della **mobilità sanitaria pediatrica,** nel 2022, ultimo anno disponibile, il 9,5% dei ricoveri ospedalieri ha riguardato pazienti residenti in una regione diversa da quella di ricovero. Le criticità maggiori si riscontrano al centro-sud, in particolare in Molise, Basilicata, Calabria e Umbria, che registrano i tassi di fuga più elevati (tra il 21,2% e il 47,1%). Complessivamente, queste quattro regioni hanno generato oltre 7.400 ricoveri fuori sede, rappresentando il 17,1% dell'intera mobilità extra-regionale nazionale.[43] La mobilità sanitaria si divide in due tipologie: quella dettata dalla vicinanza geografica, dall'attrattività di centri ad alta specializzazione o da mancanze legate alla residenza anagrafica, e quella causata dalla scarsa qualità delle cure e dalle lunghe liste d'attesa. È proprio quest'ultima a generare profonde disuguaglianze, richiedendo interventi urgenti per ripristinare l'equità del sistema. È un indicatore chiaro del fatto che il luogo di residenza continua a condizionare in misura rilevante le opportunità di accesso alle cure e le attese di salute. In pediatria questo dato è ancora più problematico, perché colpisce soggetti in età evolutiva e famiglie che devono affrontare

[37] Associazione Culturale Pediatri APS, L'accesso alle cure primarie per bambini e bambine in Italia: a che punto siamo?, 25 febbraio 2024. Si veda il seguente link; Fondazione GIMBE, 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Bologna, 8 ottobre 2025. Si veda il seguente link.

[38] Associazione Culturale Pediatri APS, L'accesso alle cure primarie per bambini e bambine in Italia: a che punto siamo?, 25 febbraio 2024.

[39] Agenas, Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022. I semestre 2025. Si veda il seguente link.

[40] *Ibidem*

[41] *Ibidem*

[42] Per un approfondimento sull'attuazione dei LEA si veda il paragrafo "Prevenzione e servizi di prevenzione" del presente Rapporto.

[43] Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - DATI SDO 2022. Si veda il seguente link.

costi economici, logistici e psicologici aggiuntivi proprio nei momenti di maggiore vulnerabilità [44].

Le disuguaglianze garantite dal diritto alla salute e il peso economico della mobilità interregionale sono la prova di una distribuzione dei LEA tutt'altro che omogenea.

A monte di tali squilibri vi è anche una questione di finanziamento. Pur a fronte di un aumento nominale del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) nel periodo post-pandemico, l'incidenza del FSN sul PIL si è attestata al 6,1% nel biennio 2024-2025, con una prospettiva di riduzione al 5,8% nel 2028 secondo gli andamenti programmatici; nello stesso tempo, i criteri di riparto rimangono ancora poco sensibili ai bisogni di salute di bambini, adolescenti e giovani adulti[45]. In altre parole, il definanziamento relativo della sanità pubblica e l'insufficiente correzione redistributiva contribuiscono a rendere più fragili proprio i segmenti del sistema che dovrebbero proteggere l'infanzia: cure primarie, prevenzione, continuità assistenziale, reti territoriali, presa in carico delle cronicità e accesso uniforme alle competenze pediatriche.

In conclusione, **l'assistenza pediatrica italiana mostra oggi criticità strutturali che incidono direttamente sull'esercizio dei diritti di bambini e adolescenti**. Le questioni prioritarie sono almeno quattro: la carenza di pediatri e la debolezza della rete territoriale; l'inappropriatezza prescrittiva, soprattutto antibiotica; le liste d'attesa con conseguente ricorso improprio all'emergenza; le diseguaglianze regionali, aggravate da mobilità sanitaria e sottofinanziamento pubblico. Queste criticità dovrebbero essere lette non come problemi settoriali, ma come segnali di una progressiva riduzione dell'universalismo effettivo del sistema. Per questo le priorità di policy appaiono nette: rafforzare la pediatria territoriale, garantire continuità assistenziale anche nei prefestivi e nei festivi, estendere in modo uniforme la presa in carico pediatrica fino ai 18 anni nei passaggi più critici, ridurre la variabilità prescrittiva, accelerare l'attuazione del DM 77/2022 con una chiara declinazione pediatrica e contrastare le diseguaglianze regionali attraverso criteri di programmazione e finanziamento più equi.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero della Salute** di garantire un finanziamento adeguato e strutturale delle politiche per l'infanzia e dell'assistenza pediatrica, incrementando progressivamente la quota di spesa sanitaria pubblica destinata ai servizi territoriali, alla prevenzione, alla pediatria territoriale e alla continuità assistenziale, e introducendo criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale maggiormente orientati ai bisogni di salute di bambini e adolescenti e al contrasto delle diseguaglianze regionali;
2. Alle **Regioni** di rafforzare la rete territoriale pediatrica e la continuità assistenziale, assicurando la presenza uniforme di Pediatri territoriali, l'estensione omogenea della presa in carico pediatrica fino ai 18 anni e l'attuazione del DM 77/2022 con una chiara declinazione pediatrica, comprese Case della Comunità realmente operative, servizi H12/H24, diagnostica di prossimità e telemedicina;
3. Al **Ministero della Salute** di promuovere programmi nazionali di appropriatezza prescrittiva in età pediatrica, con particolare attenzione all'uso degli antibiotici e dei farmaci respiratori, attraverso linee guida condivise, audit clinici, formazione continua e sistemi di stewardship antibiotica, al fine di ridurre trattamenti inappropriati, antimicrobico-resistenza e variabilità regionale delle cure.

3. SALUTE E DISABILITÀ

Gli scenari delle politiche italiane sulla disabilità stanno subendo cambiamenti importanti a seguito della riforma introdotta con il **Decreto legislativo 62/2024**[46], in attuazione della legge delega 227/2021 e collegata

[44] Per un approfondimento sull'attuazione dei LEA si veda anche paragrafo "Prevenzione e servizi di prevenzione" del presente Rapporto. Si veda anche Campi R, Bonati M. Migrare per essere uguali. Recenti Prog Med 2023; 114: 486-490; Campi R, Bonati M. Minori in viaggio per farsi curare Medico e Bambino 2024; 43: 27-32.

[45] Fondazione GIMBE, 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, 8 ottobre 2025. Si veda il seguente link.

[46] D.lgs. 62/2024, pubblicato in G.U. n. 114 del 17 maggio 2024.

al PNRR[47]. La riforma modifica profondamente il sistema di riconoscimento della disabilità, dei sostegni e della progettazione degli interventi, con effetti significativi anche sui minorenni e sulle loro famiglie. Una delle **innovazioni più rilevanti è il cambiamento del concetto di disabilità che finalmente, anche sul piano normativo, è ora allineato al modello bio-psico-sociale**[48], coerente con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità[49]. La nuova valutazione **considera infatti in forma integrata la condizione sanitaria, il contesto sociale e l'ambiente di vita**. Per bambini e adolescenti significa che la presa in carico da parte delle istituzioni preposte dovrà considerare, oltre agli aspetti clinici, anche l'ambiente familiare, il contesto materno infantile, quello scolastico, la partecipazione sociale e le eventuali barriere educative o ambientali. Tra le molte novità la riforma introduce un **procedimento unico di accertamento** che accorpa diverse valutazioni che prima erano separate [50]. Per i minorenni e le famiglie, questo dovrebbe tradursi in meno visite ripetute, tempi più rapidi e, soprattutto, una riduzione della burocrazia. Viene inoltre disciplinato il procedimento utile all'elaborazione del **progetto di vita**, un progetto individuale, personalizzato e partecipato che, partendo dai desideri e dalle aspettative e preferenze della persona con disabilità, è diretto ad individuare i sostegni utili a consentirle di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare ad essi in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri. Il diritto al progetto di vita può essere esercitato dalla persona con disabilità accertata in ogni momento della sua vita ed a qualsiasi età, quindi anche per le persone di minore età. Un altro importante passo avanti previsto dal DL 62/2024 è l'introduzione di un **linguaggio più inclusivo**. Vengono eliminati termini come "handicappato" o "portatore di handicap" adottando ufficialmente l'espressione "persona con disabilità", mettendo al centro la persona secondo i principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Il processo di attuazione della riforma prevede **una fase di sperimentazione in alcune province italiane** con l'obiettivo di divenire valida su tutto il territorio nazionale nel 2027 [51]. La nuova legge è da considerarsi un significativo cambiamento di prospettiva anche sul piano culturale e sociale, coerente con l'auspicio richiamato nel 13° Rapporto CRC[52] ed in linea con l'interesse superiore del bambino[53] e in generale con lo spirito olistico con cui la CRC riconosce a tutti i bambini e gli adolescenti la titolarità degli stessi diritti.

Venendo agli impegni e alle azioni di miglioramento richiesti al Governo attraverso le raccomandazioni del 13° Rapporto CRC[54] si segnala ancora una volta l'inadempienza circa i provvedimenti necessari per definire senza approssimazione **i dati quantitativi e qualitativi sui minorenni con disabilità** nel nostro Paese, riferiti in particolare alla fascia 0-5. Sarebbe opportuno un miglior coordinamento tra tutte le istituzioni scolastiche, sanitarie e sociali attive in questa fascia d'età e l'aumento delle attività di formazione in particolare per il personale secondo la logica di rete così come prevista dalla Legge 107/2015. Il problema è stato segnalato dal 2011[55] e richiamato anche nel 13° Rapporto CRC. La richiesta di spiegazioni circa tale negligenza rientra nel documento *List of Issues Prior Reporting (LOIPR)*, redatto dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia[56]. Si ritiene particolarmente grave che, nonostante le reiterate sollecitazioni del Gruppo

[47] Missione n. 5 Inclusione e Coesione.

[48] Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.* Science, 196(4286), 129–136

[49] Nazioni Unite, Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, adottata il 13 dicembre 2006, entrata in vigore il 3 maggio 2008

[50] Decreto Legislativo 3 maggio 2024 n. 62, in attuazione della Legge 22 dicembre 2021 n. 227, introduce un procedimento unico di accertamento della disabilità.

[51] Decreto Legislativo 62/2024, attuativo della Legge 22 dicembre 2021 n. 227, stabilisce una fase iniziale di sperimentazione in specifici ambiti territoriali, con applicazione su tutto il territorio nazionale prevista entro il 2027.

[52] Gruppo CRC, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2023, p. 23, dove si richiama la necessità di un cambiamento culturale e sistemico orientato all'inclusione e alla piena attuazione dei diritti. Si veda il seguente link.

[53] Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, adottata il 20 novembre 1989, art. 3 (principio dell'interesse superiore del minore).

[54] Gruppo CRC, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2023. pag. 106. Si veda il seguente link.

[55] Per approfondimenti si veda la sezione tematica nel sito del Gruppo CRC al seguente link.

[56] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, *List of Issues Prior to Reporting (LOIPR)*, 2026. Si veda il seguente link.

CRC nel corso degli anni, in Italia non sia ancora stato istituito un sistema nazionale unico, pubblico e organico di raccolta e sistematizzazione dei dati relativi ai minorenni con disabilità, in sostituzione degli attuali sistemi di rilevazione amministrativa e statistica, tuttora frammentati e affidati a diverse istituzioni. Si segnala tuttavia in positivo che l'indagine campionaria sui servizi educativi per l'infanzia realizzata in base ad accordo tra il DIPOFAM, Istat e l'Università Ca' Foscari[57] anche per l'anno 2023/2024 consente di **stimare la partecipazione al sistema educativo 0-2 anni dei bambini con disabilità.** La percentuale di iscritti con disabilità sul totale dei bambini frequentanti è pari al 7,6 ogni 1.000 iscritti (7,7 ‰ il dato 2022/2023), che sale al 10,7 per mille per i servizi pubblici, fino a raggiungere gli 11,7 per mille per i nidi e sezioni primavera pubblici a gestione diretta.

Parimenti, si porta ancora una volta all'attenzione del Governo l'annoso problema delle **disomogeneità territoriali del processo di presa in carico dei minorenni con disabilità**, già oggetto di precedenti raccomandazioni da parte del Gruppo CRC[58]. Nonostante il fenomeno sia conosciuto e riguarda sia le differenze nei tassi di presa in carico, sia nella disponibilità di servizi e nella capacità dei sistemi regionali di welfare e sanità di farvi fronte attraverso adeguate politiche e investimenti, si segnala anche in questo caso l'assenza di indicatori comuni nazionali di accesso ai servizi che impediscono così la definizione di un quadro preciso e aggiornato del processo. Ad esserne penalizzati sono sempre più spesso **le famiglie che non dispongono delle risorse economiche necessarie per accedere alle prestazioni attraverso i servizi privati** che si stanno divulgando a macchia d'olio in ambito sanitario e socio-sanitario anche nell'offerta no profit. Molte testimonianze e alcune indagini[59] provenienti dalle famiglie di minorenni con disabilità testimoniano proprio **l'incremento del ricorso a servizi privati** per diagnosi precoci, terapie, riabilitazione e assistenza a causa di carenze, liste d'attesa o copertura parziale dei servizi pubblici. Al riguardo si possono anche segnalare i risultati del sondaggio nazionale "**Criticità nella continuità dei trattamenti, ricorso al privato e disomogeneità territoriali: evidenze da una rilevazione nazionale sui percorsi ABA**" che mostrano come quasi la metà dei minorenni con disturbi del neurosviluppo subisca interruzioni nei percorsi terapeutici e come la prosecuzione degli interventi avvenga nella maggior parte dei casi solo a titolo privato. Inoltre, il 65% delle interruzioni si concentra tra i 6 e i 14 anni, una fase dello sviluppo in cui il bisogno di sostegno resta elevato, se non crescente[60]. Anche questo aspetto è richiamato nel documento *List of Issues Prior Reporting (LOIPR)*, redatto dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia[61] e indirizzato al governo.

Questo fenomeno produce inevitabilmente **forti disuguaglianze sociali**, perché solo alcune famiglie possono sostenere i costi. In tale contesto si inserisce buona parte del fenomeno dei minorenni di origine straniera che insieme alle loro famiglie rischiano di rimanere sempre più emarginati rispetto al sistema di riconoscimento e cure. Appare pertanto auspicabile l'individuazione e l'applicazione di indicatori comuni per la presa in carico a livello nazionale, superando l'attuale frammentazione degli strumenti di rilevazione, distribuiti tra sistemi informativi differenti (sanità, scuola, servizi sociali e altre istituzioni), che nella maggior parte dei casi non risultano integrabili.

Si riporta nuovamente all'attenzione il **collegamento tra la condizione di disabilità con la situazione di povertà economica** che si associa sovente a quella interculturale e sociale. Le evidenze mostrano una relazione bidirezionale tra disabilità e povertà[62]in cui la condizione di disabilità aumenta il rischio di povertà

[57] ISTAT, DIPOFAM e Università Ca' Foscari Venezia, I servizi educativi per l'infanzia in Italia. Si veda il seguente link.

[58] Gruppo CRC, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2023. pag. 106. Si veda il seguente link.

[59] Istituto Nazionale di Statistica, La spesa per consumi delle famiglie – Anno 2024, Statistica Report, 2025; Istituto Nazionale di Statistica, Spesa dei Comuni per i servizi sociali – Anno 2022, 2025, che evidenziano persistenti differenze nell'accesso ai servizi sanitari e socio-assistenziali e il ricorso a prestazioni private in presenza di carenze o attese del sistema pubblico.

[60] Si veda il seguente link.

[61] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, *List of Issues Prior to Reporting (LOIPR)*, 2026. Si veda il seguente link.

[62] Istituto Nazionale di Statistica, Condizioni di vita e reddito delle famiglie – Anni 2024-2025, Statistica Report, 2026, che evidenzia come il rischio di povertà o esclusione sociale sia significativamente più elevato nei nuclei con presenza di persone con limitazioni gravi o disabilità, confermando la relazione tra svantaggio economico e condizioni di salute. Per approfondimenti si veda il paragrafo "Bambini e adolescenti in condizioni di povertà in Italia" del presente Rapporto.

familiare così come la povertà aumenta il rischio di esiti peggiori della condizione di salute a partire dal ritardo delle diagnosi e delle cure e disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Quando disabilità e povertà si combinano, gli effetti sono spesso cumulativi ritardando, insieme agli interventi sanitari, anche quelli educativi e sociali. In questo caso i ritardi e le discontinuità delle cure, unitamente al ritardo e all'abbandono scolastico, aumentano in modo rilevante le difficoltà di partecipazione alla vita comunitaria generando l'isolamento sociale del minore e della sua famiglia. Si evidenzia inoltre la necessità di rafforzare l'inclusione scolastica, anche attraverso una piena e coerente attuazione dei Piani Educativi Individualizzati (PEI), garantendo continuità tra sistema scolastico, servizi sanitari e sociali[63].

Un ulteriore elemento critico riguarda **il carico di cura delle famiglie**, che continua a rappresentare una risorsa fondamentale, in assenza di un adeguato riconoscimento e sostegno del ruolo del caregiver familiare. Tra i differenti temi conosciuti e emergenti su cui si concentrano le preoccupazioni delle famiglie in particolare di adolescenti con disabilità vi è quello della **transizione all'età adulta** che contempla il passaggio dalla scuola al mondo del lavoro e alla vita indipendente. Dopo la scuola dell'obbligo è diffuso il **"vuoto di servizi" di accompagnamento all'adultità** che si traduce prevalentemente in una presa in carico non strutturata e in gran parte a carico delle famiglie. A tale criticità si associa frequentemente l'assenza di percorsi sistematici e continuativi di preparazione alla transizione, sia sul piano delle competenze funzionali e dell'autonomia, sia sul piano del supporto psico-sociale, con particolare riferimento alla progressiva acquisizione di abilità necessarie all'età adulta. Il "**durante Noi"** non è a caso uno dei temi più discussi anche nell'ambito delle associazioni familiari ormai divenuto prodromico del più conosciuto "Dopo di Noi".

Sul piano sanitario si denuncia la grave carenza nei percorsi di passaggio tra i servizi di Neuropsichiatria Infantile a quelli della salute mentale adulti così, come sul piano sociale, sono molti gli ostacoli che le famiglie devono affrontare per ottenere dai Comuni di residenza gli aggiornamenti e i sostegni del progetto di presa in carico personalizzato della persona ai sensi dell'art.14 della Legge 328/2000[64]. In attesa che la riforma della disabilità introduca i cambiamenti rispetto a questo modello, il rischio per le famiglie è quello di entrare in un vortice in cui le istituzioni preposte si rimbalzano le responsabilità.

Per quanto riguarda **il tema del lavoro**, permane uno dei nodi più discussi e irrisolti del percorso di crescita degli adolescenti con disabilità. I dati relativi al quadro normativo, regolato principalmente dalla **Legge 68/1999**[65], mostrano un forte divario di opportunità in particolare a scapito dei giovani con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo. Le principali criticità del sistema italiano si rilevano anche in questo caso nella frammentazione dei servizi coinvolti, nelle disuguaglianze territoriali e, soprattutto, nell'offerta limitata delle opportunità da parte delle aziende e ancor prima, dei percorsi di orientamento e formazione. Risulterà determinante anche in questo caso l'attuazione dei progetti di vita e la concreta messa a disposizione del budget di progetto, per questo sarà opportuno il monitoraggio delle sperimentazioni che si stanno attuando nelle province italiane.

[63] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Il diritto all'istruzione delle persone di minore età con disabilità" del presente Rapporto.

[64] Legge 328/2000, art. 14, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che disciplina il progetto individuale per le persone con disabilità.

[65] Legge 68/1999, che introduce il sistema del collocamento mirato e le misure per favorire l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** di garantire l'uniforme applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per i minorenni con disabilità su tutto il territorio nazionale, anche in relazione alla fase di attuazione del Decreto legislativo 62/2024, assicurando che la sua implementazione avvenga in modo omogeneo superando le attuali disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e riabilitativi, investendo sulle risorse professionali indispensabili per la presa in carico precoce, globale e continuativa;
2. Al **Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità** e al **Ministero della Salute** di rafforzare i percorsi di presa in carico multidisciplinare e integrata, assicurando il coordinamento tra servizi sanitari, sociali ed educativi, e sviluppando modelli strutturati per la transizione dall'età evolutiva ai servizi per adulti, per garantire l'accesso a trattamenti farmacologici avanzati, nonché a percorsi integrati che comprendano riabilitazione, supporto psicologico e interventi socio-educativi, in linea con un approccio globale alla disabilità e alla qualità della vita;
3. Al **Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità** e al **Ministero della Salute** di istituire un sistema informativo nazionale integrato sulla disabilità in età evolutiva, che consenta la raccolta sistematica, omogenea e disaggregata dei dati per età, territorio e tipologia di disabilità, al fine di supportare il monitoraggio degli interventi e promuovere la ricerca clinica, e la continuità assistenziale.

4. CONSENSO INFORMATO SANITARIO DELLA PERSONA DI MINORE ETÀ

La persona di minore età, così come la persona adulta, prima di essere sottoposta a un intervento medico – assunzione di terapie, interventi chirurgici, esami strumentali – ha diritto a essere informata in maniera coerente rispetto alla propria capacità di comprensione.

Il processo di informazione e comunicazione su procedure, rischi e benefici, alternative disponibili è necessario perché la persona possa esprimere la propria volontà riguardo all'intervento. Nel caso di persona di età minore, la decisione finale spetta ai genitori o a chi (in casi particolari) rappresenti legalmente la persona.

Rispetto all'ultimo Rapporto CRC, non vi sono novità di sostanza rispetto ai criteri da seguire nel processo di informazione e di acquisizione del consenso informato ai trattamenti sanitari del minorenne, che continua a non prevederne una partecipazione attiva.

Come si è premesso negli altri Rapporti, il consenso informato è una condizione necessaria per legittimare l'atto sanitario nel rispetto del diritto soggettivo della persona di autodeterminazione e di mantenimento della propria integrità psicofisica, come sottolinea il Comitato nazionale per la Bioetica (CNB)[66]. Il consenso può essere espresso in forma esplicita o implicita[67], scritta oppure orale.

Ciò che è stato reso recentemente pacifico dalla **Corte di Cassazione** è che **il consenso informato è un "atto complesso"** che si perfeziona non solo per effetto di una dichiarazione del paziente (o di chi lo rappresenta), ma in esito ad un procedimento partecipativo che vede impegnata anche la competenza del medico e la sua responsabilità professionale ed incide sul diritto personalissimo alla scelta dei trattamenti sanitari del paziente, che sono espressione di scelte personali, legati all'identità dell'individuo ed alla sua unicità; iden-

[66] Comitato Nazionale di Bioetica, "Informazione e consenso all'atto medico".

[67] Il consenso può anche essere implicito, quando si considera compreso o sottinteso, purché non sussista dubbio che con il proprio comportamento il paziente abbia voluto comunicare il consenso. Nella pratica corrente, per esempio, alla richiesta della visita medica da parte del paziente e nel rilascio della ricetta contenente le prescrizioni terapeutiche, o all'atto di sottoporsi ad accertamenti sanitari e trattamenti sanitari di routine.

tità, che nel caso del figlio, i genitori non devono considerare equivalente alla propria[68].

La relazione tra età, capacità di comprensione e capacità decisionale è affrontata in diversi ambiti, da quello più strettamente etico a quello giuridico-legale.

La CRC stabilisce il diritto del minorenne a "esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa e le opinioni del fanciullo debbono essere debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità"[69].

La normativa italiana, Legge **219/2017,** art. 3, riconosce che **la volontà della persona di minore età riguardo a un trattamento sanitario deve essere tenuta in debita considerazione** dai genitori (o da chi rappresenta legalmente la persona), in base all'età e al grado di maturità della persona stessa[70].

Se dai 12 anni si può supporre un'espressione di volontà progressivamente consapevole, dai sedici anni la persona è considerata in grado di autodeterminarsi e di compiere alcuni atti personalissimi[71].

Se c'è divergenza di volontà o di opinione tra genitori e figlio di minore età, o tra genitori e personale sanitario, o tra i due stessi genitori riguardo al consenso al trattamento sanitario possono entrare nel merito il Giudice tutelare, il Tribunale Ordinario, il Tribunale per i minorenni[72]. È comunque ora pacifico che adire il giudice specializzato per la limitazione o sospensione della responsabilità genitoriale, qualora l'unico compito genitoriale non adeguatamente assolto sia quello di decidere sullo specifico intervento / trattamento sanitario del figlio, sarebbe una duplicazione, potendo entrare nel merito e sostituire tale specifico consenso dei genitori il giudice tutelare, ai sensi dell'art. 3, Legge 219/2017[73].

Si ribadisce **l'opportunità di linee guida** che affrontino la complessità dell'espressione del consenso informato sui trattamenti dei minorenni, tra cui i possibili criteri di progressività decisionale rispetto all'età, quali strategie e modalità informative da adottare da parte del personale sanitario, come porsi nei rapporti tra genitori e persone di minore età e come coinvolgere al meglio le famiglie.

Istituire **comitati interdisciplinari per l'etica clinica negli ospedali pediatrici** – come raccomanda il CNB – potrebbe essere utile per affrontare gli aspetti sopra discussi. Esistono infatti comitati simili, per esempio il Nucleo etico per la pratica clinica per l'ambito materno-infantile e per la salute della donna presso l'IRCCS materno infantile Burlo Garofolo di Trieste[74] o il Comitato di etica clinica istituito nel 2021 presso il Bambino Gesù[75], che possono essere considerati buone prassi ed entrambi hanno ruolo consultivo e finalità anche di formazione e sensibilizzazione.

La partecipazione ai processi decisionali nell'ambito

[68] Cass. civ. n. 2549/2025 (punti 2.1 e 14.1).

[69] Art. 12 CRC.

[70] "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Legge 219/2017.

[71] Il minorenne ultra sedicenne può contrarre matrimonio (con autorizzazione del tribunale per i minorenni, ex art. 84, c.c.), riconoscere un figlio (art. 250), esprimere il consenso al trattamento dei dati personali (art. 8, Reg. EU 679/2016), così come può intraprendere una attività lavorativa. Sotto il profilo sanitario, la ragazza ultra sedicenne può interrompere la gravidanza sulla base della sola propria decisione, anche in difformità al parere dei genitori o senza il coinvolgimento dei medesimi, essendo il provvedimento del giudice tutelare, eventualmente adito, autorizzativo non del trattamento in sé ma del potere della minorenne ad assumere la decisione per sé (art. 12, 3° comma, Legge 194/1978).

[72] La competenza spetta al Tribunale ordinario, qualora il contrasto sorga tra genitori sulle decisioni sanitarie del figlio minore (ai sensi dell'art. 316, II e III comma, c.c. – Trib. Minorenni Torino, 1.10.2021); qualora la divergenza si crei tra i rappresentanti legali del minore ed il personale sanitario, si applicherebbe invece de plano l'art. 3, V comma, Legge 219/2017, che prevede la rimessione della decisione, anche nel merito, al giudice tutelare (Trib. Modena, 8.02.2022). Al Tribunale per i minorenni rimarrebbe in via residuale la competenza a decidere sugli aspetti sanitari del minore, mediante la sospensione o la limitazione della responsabilità genitoriale dei genitori, quando il rifiuto delle cure appropriate facciano parte di un più ampio quadro di trascuratezza o abuso della responsabilità genitoriale qualora il contrasto si traduca altresì in un 'cattivo' esercizio della responsabilità genitoriale e sia già pendente un procedimento de potestate innanzi al Tribunale per i minorenni (Cass. civ. n. 2549/2025, punto 8).

[73] Cass. civ. n. 2549/2025.

[74] Si veda il seguente link.

[75] Si veda il seguente link.

della propria salute può riguardare anche la partecipazione a **sperimentazioni cliniche**, che possono venire proposte in contesto medico-ospedaliero. Anche in questo caso la persona di minore età deve essere informata da chi conduce la sperimentazione – o dai membri del gruppo esperti nel trattare con persone di minore età - in forma adeguata alla sua età e maturità intellettiva, anche attraverso materiale informativo ad hoc. La persona deve inoltre essere coinvolta nel processo decisionale e di acquisizione del consenso informato, che spetta anche in questo caso ai genitori o al rappresentante legalmente designato. Se la persona di minore età raggiunge la maggiore età durante lo studio, per poter continuare a partecipare dovrà obbligatoriamente dare il proprio consenso informato alla sperimentazione[76].

Nei diversi processi informativi **il coinvolgimento delle famiglie è fondamentale** e per raggiungere questo obiettivo è particolarmente importante il ruolo dell'intero team di operatori sanitari che cura la persona di minore età.

Si rileva che a livello locale e regionale persiste la mancanza di dati accessibili rispetto a quali pratiche e norme vengano implementate negli ospedali pediatrici. Singoli ospedali pediatrici rendono disponibili sui propri siti informazioni sulle procedure e le norme interne e hanno sezioni dedicate al tema del consenso informato delle persone di età minore, ma molte strutture non forniscono informazioni in merito.

Rendere manifeste da parte degli ospedali pediatrici prassi e procedure interne – ove presenti – oltre a fornire informazioni su come è organizzata e quali politiche mette in atto la struttura, può aumentare la consapevolezza sulla complessità di questi aspetti e, in caso tali prassi non siano formalizzate, può stimolare un confronto interno per discutere ed eventualmente formalizzare ciò che viene attuato nella pratica quotidiana.

Il rispetto della volontà della persona di età minore riguardo ai trattamenti medici e la questione del consenso informato alle cure chiamano in causa aspetti etici, giuridici, sociali. Nel mettere in atto strumenti e azioni per affrontare questi aspetti non si può prescindere da un contesto culturale più ampio, che deve favorire il rispetto e l'attenzione all'autonomia e all'inviolabilità della libertà della persona nell'assistenza sanitaria perché questi interventi abbiano valore.

La partecipazione della persona di minore età al processo decisionale sui trattamenti sanitari è strettamente legata al **diritto a una informazione adeguata**, come indicato anche nella Legge 219/2017[77].

La decisione di sottoporsi a un trattamento medico condivisa con il medico di riferimento, sulla base dei vantaggi e degli svantaggi del trattamento stesso, e dei propri valori è un approccio sostenuto e dibattuto da decenni, ma ancora spesso disatteso.

I motivi possono essere molteplici, tra cui aspetti culturali, mancanza di spazi e tempi adeguati, la complessità e la mancanza di strumenti per avviare un confronto di questo tipo. Se questo è complesso quando si tratta di adulti, lo è ancora di più quando la decisione riguarda persone di minore età. **Condividere la decisione medica con una persona di minore età, insieme ai genitori o alle persone che fungano da tutori, è altrettanto importante e necessario.**

Per facilitare questo approccio, ci sono strumenti e modalità atte a favorire un dialogo partendo dai bisogni informativi della persona, dalle sue capacità e caratteristiche, in modo da supportare una partecipazione efficace e significativa al processo decisionale.

Gli strumenti decisionali (*decision aids*) sono costruiti per fornire informazioni sul trattamento di interesse, chiarendone vantaggi e svantaggi, presentare le alternative disponibili, e guidare la persona nel percorso di decisione, sulla base dei propri valori e in supporto al dialogo col medico. In ambito pediatrico riguardano in particolare condizioni croniche. Ci sono esempi di strumenti per condizioni come l'asma pediatrico, l'obesità infantile o il diabete di tipo 1, sviluppati in Stati Uniti, Australia, Canada.

[76] Si vedano più approfonditamente, Le linee di indirizzo per la raccolta del consenso informato alla partecipazione a sperimentazioni cliniche redatto dal Centro di coordinamento Nazionale dei Comitati etici, 2020, 10 e s. e il Regolamento UE n. 536/2014 sulla "sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la Direttiva 2001/20/CE", artt. 31 e 32.

[77] L'art. 3, 1° comma, Legge 219/2017 dispone: "la persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà".

Secondo uno studio in questi ambiti[78] gli strumenti di supporto alla decisione medica condivisa aumentano la conoscenza sulla condizione e sul trattamento di interesse, la soddisfazione rispetto alla decisione, e il sentirsi coinvolti nella scelta medica. È necessario però porre attenzione alle fasce vulnerabili, come ad esempio i minorenni in situazione di svantaggio economico e sociale.

A fronte del crescente interesse riguardo agli strumenti decisionali anche in età pediatrica, sarebbe necessaria una ricerca su quali siano i modelli più efficaci, in particolare per le fasce svantaggiate, e le ricadute nella pratica.

Pertanto, **il Gruppo CRC reitera le seguenti raccomandazioni**:

1. Al **Ministero della Salute** di definire criteri e standard minimi, uniformi, da seguire nel processo di informazione e di acquisizione del consenso dalle persone di minore età, coinvolgendo nella loro stesura i diversi stakeholder competenti in una dimensione multidisciplinare e multi-professionale, favorendone – anche con interventi formativi – e monitorandone l'implementazione nelle strutture pubbliche e private;
2. Al **Ministero della Salute** di prevedere finanziamenti per programmi di ricerca che permettano di individuare le modalità migliori per un consenso informato delle persone di età minore (contesto, spazi, forme di comunicazione, processi, struttura);
3. All'**Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza** e ai **Garanti regionali** di farsi parte attiva nella promozione e nella implementazione a livello regionale di eventuali linee guida nazionali, al fine di favorire la partecipazione attiva della persona di minore età e la comprensione della sua condizione per poter valutare e decidere riguardo le scelte che la riguardano.

5. DETERMINANTI AMBIENTALI DELLA SALUTE IN ETÀ EVOLUTIVA

Dal 2009, anno in cui il tema delle correlazioni tra ambiente e salute è stato incluso per la prima volta nei Rapporti CRC ad oggi, la situazione dei minorenni in Italia non è molto migliorata. Gli obiettivi prioritari del *Children's Environment and Health Action Plan for Europe*(CEHAPE) approvato dai ministri dei paesi europei al termine della quarta conferenza ministeriale indetta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su ambiente e salute a Budapest nel 2004, non sono stati finora soddisfatti.

Prevenzione e riduzione delle conseguenze di incidenti ed infortuni sulla salute, prevenzione e riduzione delle patologie respiratorie causate dall'inquinamento outdoor e indoor, riduzione del rischio di malattie e disabilità conseguente all'esposizione ad inquinanti chimici sono ancora degli obiettivi prioritari.

Gli incidenti stradali rappresentano in Italia ancora **una delle prime cause di morte nell'età di 1-17 anni.** Nel 2024 21.163 bambini e adolescenti sono rimasti feriti in incidenti stradali, con 109 decessi[79].

L'inquinamento atmosferico, di cui sono noti da tempo gli effetti sullo sviluppo del feto, dei neonati e dei bambini, è un ulteriore grosso problema. Negli ultimi anni si è osservata una riduzione dell'inquinamento dell'aria, ma rimane preoccupante la lentezza con cui ciò avviene[80]. Ancor oggi ben il **73% dei capoluoghi di provincia italiani non rispetta il limite previsto per il PM2,5 al 2030**.

Segnaliamo positivamente la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale il 2 agosto del 2025 del **Piano d'Azione per il Miglioramento della Qualità dell'Aria 2025–2027**[81]. Si evidenzia però con rammarico la recente **scelta del Governo di ridurre drasticamente, già dal 2026, le risorse destinate al Fondo per il miglioramento della qualità dell'aria nel bacino padano**, notoriamente una delle zone più inquinate del nostro paese in cui vivono più di 4 milioni di minorenni[82].

[78] Wijngaarde RO, Hein I, Daams J, Van Goudoever JB, Ubbink DT. *Chronically ill children's participation and health outcomes in shared decision-making: a scoping review*. Eur J Pediatr. 2021 Aug;180(8):2345-2357. doi: 10.1007/s00431-021-04055-6. Epub 2021 Apr 5.

[79] Si veda il seguente link.

[80] Legambiente, Mal'aria di città 2026. Si veda il seguente link.

[81] Si veda il seguente link.

[82] Si veda il seguente link.

L'inquinamento è anche un importante cofattore del cambiamento climatico, i cui effetti si ripercuotono ancora una volta soprattutto sulle popolazioni più vulnerabili come i bambini. **Il 2024 e il 2025 si sono dimostrati gli anni più caldi di sempre**, con un costante aumento delle ondate di calore con effetti estremamente negativi sulla salute della popolazione[83]. Le ondate di calore, assieme ai disastri naturali, all'accesa variabilità delle precipitazioni, alla variazione dei modelli di infezione delle malattie trasmesse da insetti e all'allungamento delle stagioni polliniche, sono i principali meccanismi con cui si manifestano gli effetti negativi del cambiamento climatico. Lo stress da calore aumenta il rischio di esiti avversi alla nascita, natimortalità e problemi di salute cronici. L'esposizione della donna incinta a temperature elevate è associata ad una riduzione del peso alla nascita e ad un maggior rischio di difetti congeniti nella prole[84].

L'inquinamento dell'aria si riflette anche sulle caratteristiche dell'**aria interna agli edifici**, dove i bambini e ragazzi italiani trascorrono la maggior parte del tempo. Qui l'aria è generalmente più inquinata di quella esterna. Numerosi studi effettuati in ambienti scolastici hanno dimostrato come ciò sia nocivo per la salute degli studenti, ma anche come sia possibile intervenire positivamente in questo contesto[85].

Un altro fattore di rischio ambientale è rappresentato dall'**inquinamento da sostanze chimiche**. Circa il 73% di tutte le sostanze chimiche prodotte nell'Unione Europea è classificato come pericoloso per la salute umana e/o per l'ambiente[86]. Tutte queste sostanze possono diffondersi nell' aria, nell'acqua, e nel terreno e le persone possono venirne a contatto direttamente o tramite il consumo di acqua contaminata e la catena alimentare. Tra le più nocive ricordiamo i metalli pesanti, le sostanze per- e poli-fluoroalchiliche (PFAS), le diossine e i PCB, molti pesticidi, i plasticizzanti. Queste sostanze sono diffuse in tutto il territorio italiano, anche se esistono delle aree a maggior pericolosità. In alcune zone d'Italia, come ad esempio Taranto e i comuni dell'area veneta interessati dalla contaminazione da PFAS, nelle provincie di Vicenza, Verona e Padova, il cibo è contaminato da PFAS, pesticidi, diossine, metalli pesanti a livelli che possono contribuire ad alterare lo sviluppo neurocognitivo, le funzioni del sistema immunitario ed iniziare un processo di bioaccumulo nocivo[87]. La punta dell'iceberg è rappresentata dai Siti di Interesse Nazionale (SIN) e dai Siti di interesse regionale, aree del territorio italiano estremamente contaminate e pericolose, i cui lavori di bonifica sono fermi da molto tempo[88]ma concentrazioni elevate di contaminanti si ritrovano anche al di fuori di queste aree[89]. Molte di queste sostanze sono cancerogene, mutagene, nocive per il sistema nervoso. Alcune sono note come interferenti endocrini e sono in grado di alterare le funzioni del sistema ormonale.

I piani climatici[90] orientano politiche con effetti diretti sulle nuove generazioni. Integrare i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza è quindi essenziale, sia in termini di protezione sia di partecipazione e protagonismo dei ragazzi e ragazze. Tuttavia, tali aspetti restano marginali, richiedendo un approccio più inclusivo e attento alle vulnerabilità dei minorenni. Le consultazioni pubbliche dei piani climatici in Italia risultano poco accessibili e non adeguate alla partecipazione di bambini e adolescenti, a causa di linguaggi e modalità non inclusivi. È necessario riformare tali meccanismi, adottando strumenti partecipativi idonei. I Piani dovrebbero, inoltre, riconoscere esplicitamente i minorenni come gruppo vulnerabile e prevedere interventi dedicati.

[83] Si veda il seguente link.

[84] BONELL, Ana, et al. *An expert review of environmental heat exposure and stillbirth in the face of climate change: clinical implications and priority issues.* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2024, 131.5: 623-631.

[85] GRASSIE, Duncan, et al. *Impact of indoor air quality, including thermal conditions, in educational buildings on health, wellbeing, and performance: a scoping review.* Environments, 2025, 12.8: 261.

[86] V. Murgia, Le sostanze chimiche di sintesi: conseguenze ambientali di prodotti strategici per la vita moderna ilmedicopediatra 2023;32(4):10-17; doi: 10.36179/2611-5212-2023-18.

[87] Renzetti S, et al. *The effects of the exposure to neurotoxic elements on Italian schoolchildren behavior.* Sci Rep. 2021 May 10;11(1):9898; Zamboni M, Biggeri A et al. Sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) negli alimenti dell'area rossa del Veneto [*Perfluoroalchilic food contamination in the PFAS high-risk area of the Veneto Region (Northern Italy)*]. Epidemiol Prev. 2021 Sep-Oct;45(5):387-394. Italian.

[88] Si veda il seguente link.

[89] Si veda il seguente link.

[90] Ai fini del presente paragrafo si prendono in esame il Piano Integrato Energia e Clima (PNIEC) e il Piano Nazionale di Adattamento ai Cambiamenti Climatici (PNACC). Un esercizio a parte andrebbe fatto sulla *National Determined Contribution (NDC)* negoziata e presentata a livello UE. Anche se meno ambiziosa in termini di obiettivi, l'ultima revisione della NDC europea, secondo un'analisi dell'UNICEF, ha un punteggio pieno (4/4) in termini di *child sensitivity.*

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti** e al **Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica** di migliorare le condizioni di mobilità, sicurezza e qualità della vita nelle aree urbane, riducendo il traffico soprattutto in vicinanza delle strutture scolastiche e promuovendo la mobilità ciclo pedonale;
2. Alle **Regioni** e agli **Enti locali** di programmare interventi di riqualificazione e ampliamento degli spazi verdi, al fine di mitigare le "isole di calore", migliorare la qualità dell'aria e favorire il contatto dei minorenni con la natura e garantire la corretta gestione e manutenzione del verde pubblico e scolastico;
3. Al **Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica** di garantire la partecipazione significativa dei minorenni alla definizione dei piani climatici, di riconoscere esplicitamente i minorenni come gruppo vulnerabile, di prevedere indicatori monitorabili e assicurare adeguati stanziamenti finanziari per interventi dedicati.

6. ALLATTAMENTO, SALUTE INFANTILE E RESPONSABILITÀ COLLETTIVA

Permane di particolare rilevanza **il tema del marketing dei sostituti del latte materno,** intesi come qualunque alimento ritenuto idoneo per i neonati fino a 6 mesi, e il suo impatto sull'effettivo godimento del diritto alla salute e a un'alimentazione adeguata di bambine e bambini, così come sancito dagli articoli 24 e 27 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)[91]. Le evidenze prodotte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità[92] e dall'UNICEF, a partire dal rapporto del 2022 e dai successivi aggiornamenti, confermano la diffusione di pratiche promozionali sempre più pervasive e sofisticate, in particolare attraverso canali digitali e social media, con un impatto significativo sulle scelte delle famiglie.

Nel contesto italiano, persistono rilevanti criticità nell'attuazione e nel monitoraggio del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno[93]. **L'ottava edizione del rapporto "Il Codice Violato"**, pubblicata da una delle associazioni del Gruppo CRC[94], documenta la continuità e l'evoluzione delle violazioni, con particolare riferimento al marketing digitale, all'utilizzo di nuove tecnologie – inclusa l'intelligenza artificiale – che, attraverso specifici algoritmi intercettano le famiglie in un momento di particolare fragilità. A questo si uniscono i conflitti di interesse all'interno del sistema sanitario. Tali dinamiche contribuiscono a ostacolare la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento, evidenziando ancor più rispetto agli anni passati la necessità di garantire ambienti sanitari e professionali liberi da interferenze commerciali.

La promozione dell'allattamento nei contesti pubblici e comunitari richiede un approccio sistemico che superi la dimensione della scelta individuale, riconoscendola come responsabilità collettiva. In tale prospettiva, l'ambiente urbano e i servizi territoriali svolgono un ruolo determinante nel favorire o ostacolare l'allattamento. Esperienze quali i Baby Pit Stop[95] rappresentano esempi di buone pratiche orientate alla creazione di spazi accessibili, accoglienti e conformi ai principi del Codice, contribuendo alla riduzione dello stigma nei confronti dell'allattamento in pubblico e delle barriere pratiche.

Un'importante prospettiva culturale del 2025 è stata l'integrazione del sostegno all'allattamento nei piani di emergenza pubblica, per garantire che i contesti pubblici di accoglienza temporanea siano attrezzati per le necessità di madri e neonati. Nel dicembre 2025 si è

[91] Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (artt. 24 e 27).

[92] Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF, "*How marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding*", 2022. Si veda il seguente link.

[93] Organizzazione Mondiale della Sanità, Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, 1981, e successive risoluzioni WHA.

[94] IBFAN Italia, "Il Codice Violato", 8ª edizione, 2025. veda il seguente link.

[95] La Leche League Italia, Baby Pit Stop, dal 2004. Si veda il seguente link.

svolto infatti il workshop internazionale online "***Infant Feeding in Emergencies: Strengthening Baby-Friendly Communities for Resilience and Preparedness***"[96], organizzato nell'ambito della *Joint Action* (JA) *PreventNCD*, Task 6.5 "*Baby-Friendly Community and Health Services Implementation*"[97], che ha riunito esperti di sanità pubblica, personale sanitario e umanitario, ricercatrici e ricercatori e rappresentanti di organizzazioni internazionali con l'obiettivo di approfondire il ruolo dell'alimentazione infantile nelle emergenze come componente essenziale della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (NCDs) e della resilienza dei sistemi sanitari. In questo contesto si inserisce il ruolo strategico delle ***Baby Friendly Initiative*** **(BFI)**[98], quale modello strutturato e validato a livello internazionale per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento. In particolare, nell'ambito della *Joint Action PreventNCD*, le attività del Task 6.5 hanno evidenziato come l'implementazione degli standard *Baby Friendly* nei servizi sanitari e nelle comunità rappresenti una leva fondamentale per rafforzare la preparedness e la resilienza dei sistemi, anche in situazioni di emergenza. In Italia, le strutture "Amiche delle bambine e dei Bambini" riconosciute da UNICEF continuano a svolgere un ruolo cruciale[99], garantendo ambienti assistenziali qualificati, liberi da interferenze commerciali e orientati al sostegno attivo delle famiglie. Attraverso l'applicazione dei Dieci Passi, compreso il Codice Internazionale, tali strutture contribuiscono non solo al miglioramento degli esiti di salute materno-infantile, ma anche alla riduzione delle disuguaglianze e al rafforzamento della sicurezza alimentare nei primi 1000 giorni, configurandosi come un presidio essenziale di sanità pubblica anche nei contesti più fragili.

A livello nazionale, l'istituzione del **Tavolo tecnico sulla nutrizione nei primi mesi di vita presso il Ministero della Salute**[100] costituisce un'opportunità per rafforzare il coordinamento tra istituzioni, società scientifiche ed enti del terzo settore. Tuttavia, si evidenzia da un lato la scomparsa della parola allattamento, con tutte le implicazioni di relazione e non di semplice alimento che portava con sé, e dall'altra la necessità che il Tavolo produca esiti concreti, misurabili e verificabili nel tempo, attraverso l'adozione di indicatori chiari, sistemi di monitoraggio trasparenti e una rendicontazione pubblica periodica dei risultati raggiunti.

Permangono inoltre criticità in relazione alla **formazione del personale e all'integrazione tra servizi sanitari, educativi e territoriali.** È necessario garantire il diritto delle madri ad allattare anche nei contesti educativi, promuovendo al contempo competenze adeguate tra il personale dei servizi per l'infanzia in relazione all'allattamento e alle pratiche di alimentazione complementare.

Risulta altrettanto prioritario **promuovere un'alimentazione complementare responsiva**, basata su cibi freschi preparati in casa e privi di prodotti ultra-processati. Tale approccio è essenziale per educare il gusto, garantire un apporto nutritivo ottimale e prevenire l'insorgenza di patologie croniche legate all'eccesso di zuccheri e additivi industriali.

Infine, si evidenziano alcune criticità emergenti in materia di **sicurezza alimentare** e salute infantile. Frequenti episodi di contaminazione di formule per neonati richiamano l'attenzione sulla necessità di rafforzare i controlli e garantire informazioni corrette sulle modalità di preparazione. Parallelamente, si registra un **progressivo abbassamento dell'età di insorgenza dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione:** nello specifico, nel 2024, l'età di insorgenza più bassa rilevata è stata intorno ai due anni; le condizioni più frequenti in questa fascia d'età consistono in disagi alimentari di carattere selettivo e restrittivo[101]. Ciò rende prioritario l'investimento in interventi preventivi precoci, a partire dai primi mille giorni di vita, con particolare attenzione alla relazione genitore-bambino e ai contesti educativi. In questo senso, prevenire significa aiutare genitori e operatori a riconoscere i segnali di alterazione del rapporto dei bambini con il cibo, per impedire che queste possano portare a Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA) conclamati e a malnutrizione ("Bimbi a Tavola"[102]).

[96] *Workshop 2025: Infant Feeding in Emergencies: Strengthening Baby-Friendly Communities.*

[97] *Joint Action PreventNCD – Task 6.5 Baby-Friendly Community.*

[98] UNICEF, Programmi "Insieme per l'Allattamento" e Baby Friendly Initiative.

[99] Si veda il seguente link.

[100] Ministero della Salute, Tavolo tecnico nutrizione primi mesi di vita.

[101] Osservatorio Pollicino. Si veda il seguente link.

[102] Si veda il seguente link.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. **Al Ministero della Salute**, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, le autorità competenti per la vigilanza e il controllo delle comunicazioni commerciali, gli ordini professionali e le aziende sanitarie, di garantire un'applicazione piena ed efficace del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, includendo il marketing digitale e le nuove tecnologie, attraverso sistemi di monitoraggio indipendenti, sanzioni adeguate e misure stringenti per prevenire i conflitti di interesse nel sistema sanitario;
2. **Al Ministero della Salute, Regioni e province autonome** di sviluppare politiche integrate per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento, adottando un approccio sistemico e intersettoriale che garantisca ambienti favorevoli all'allattamento nei servizi sanitari, educativi, nelle comunità e nei contesti di emergenza, valorizzando e ampliando le *Baby Friendly Initiative* e altre buone pratiche su tutto il territorio nazionale;
3. Al **Ministero della Salute** in collaborazione con il Ministero dell'Università e della Ricerca di consolidare il coordinamento istituzionale (anche attraverso il Tavolo tecnico nazionale), di investire nella formazione obbligatoria del personale sanitario ed educativo nel rispetto del Codice e di sviluppare strategie di prevenzione precoce, garantendo sicurezza alimentare, informazione corretta alle famiglie e interventi nei primi mille giorni per prevenire disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

7. SALUTE MENTALE

La condizione della salute mentale in età evolutiva in Italia attraversa una fase di crisi strutturale che impone un radicale mutamento di paradigma nelle politiche di welfare e sanità, passando da una logica emergenziale a una visione di sistema integrata e permanente. Se nei precedenti cicli di monitoraggio il Gruppo CRC aveva segnalato un trend di crescita del disagio, nel presente Rapporto si registra il consolidamento di un'emergenza psicopatologica che colpisce in particolare la fascia pre-adolescenziale e adolescenziale, determinando una violazione di fatto dell'Art. 24 della Convenzione ONU, che garantisce il diritto al miglior stato di salute possibile.

I dati più recenti delineano un panorama allarmante, soprattutto qualitativo: si stima che oggi circa **un minorenne su cinque soffra di un disturbo mentale**, con una crescita prevalente nella fascia 12-18 anni nelle ragazze[103]. Ma il dato più critico riguarda la mutazione qualitativa delle patologie, con un'esplosione di condotte autolesive, ideazione suicidaria, ritiro sociale e **Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA).** Nello specifico, i DNA in adolescenza costituiscono un'emergenza clinica primaria. I dati Ministero della Salute/ISS 2023 mostrano un'incidenza in crescita del 30% nell'ultimo triennio e una prevalenza in ascesa nella coorte 12-17 anni. Preoccupa l'anticipazione dell'esordio: il 30% insorge sotto i 14 anni, con casi documentati anche in età prepubere (<10 anni)[104]. Il principale fattore prognostico positivo è la drastica riduzione della latenza tra esordio sintomatologico e presa in carico multidisciplinare. Occorre pertanto implementare gli interventi di prevenzione per un'intercettazione precoce nei setting scolastici e familiari, abbattendo le liste d'attesa e strutturando protocolli di accesso rapido alle cure specialistiche territoriali.

[103] Documento approvato dalla Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza nella seduta del 3 dicembre 2025.

[104] Ministero della Salute e ISS, 2023 J. Le Foll (et al.), Disturbi alimentari nei bambini piccoli (0-5 anni), EMC - AKOS - Trattato di Medicina, Volume 25, Issue 1, 2023, pp. 1-6. Si veda il seguente link.

In aumento è anche il ritiro sociale (**Hikikomori**), con circa 100.000 casi stimati in Italia[105], vero e proprio sintomo di una frattura profonda tra l'adolescente e le istituzioni, che spesso non possiedono gli strumenti per intercettare il malessere pre-cronicizzazione. A ciò si aggiunge l'impatto di media e social network, che agiscono da catalizzatori per ansia sociale e disforia corporea, inducendo confronti disfunzionali con standard irrealistici[106].

Tuttavia, l'attenzione alle criticità adolescenziali non deve far trascurare **la fase neuroevolutiva primaria: la coorte 0-3 anni**. Durante tali "periodi critici", l'elevata neuroplasticità rende lo sviluppo cerebrale e i network di regolazione emotiva estremamente permeabili agli stimoli ambientali. Di conseguenza, le esperienze avverse precoci (traumi, deprivazione, esposizione alla violenza) generano alterazioni neurobiologiche con un elevato impatto a lungo termine. Parimenti, le medesime finestre di vulnerabilità del neurosviluppo costituiscono il timing ottimale per implementare precoci interventi clinici e preventivi.

Nonostante l'evidenza delle sequele a lungo termine, l'epidemiologia psichiatrica della **prima infanzia (0-5 anni)** è ancora lacunosa e la nosografia DC:0-5, *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*[107], sebbene fondamentale, risulta sottoutilizzata. Nella coorte 1-7 anni la stima della prevalenza media è 20% (range 14-26%)[108]. Entro i 4 anni solo il 2% riceve diagnosi con l'incidenza che cresce anagraficamente con pattern distinti: disturbi alimentari, comportamentali e sociali in età più precoce; quadri autistici e ADHD nelle fasi successive. Rilevante il tasso di comorbilità (18%) e l'impatto di fattori di rischio pre/perinatali (giovane età materna, paternità avanzata, fumo gestazionale, sesso maschile, prematurità e ritardo di crescita intrauterino).

L'Istituto Superiore di Sanità raccomanda un **Monitoraggio della Salute Mentale Perinatale** per individuare precocemente fattori di rischio come disturbi affettivi materni (ansia, depressione, stress) post-natali, seppur spesso già presenti nel pre-natale: la produzione di cortisolo e la trasmissione transplacentare di effetti di tossicità possono avere esiti a lungo termine sullo sviluppo del bambino/a.

Un approccio efficace alla salute mentale in età evolutiva deve essere multidimensionale, integrando prevenzione, trattamento precoce e presa in carico riabilitativa e abilitativa. La complessità psicopatologica in età evolutiva richiede **modelli di sviluppo fortemente improntati secondo una prospettiva evolutiva**, rigettando i paradigmi adultomorfi. Attualmente, i disturbi psichiatrici e neurologici pediatrici afferiscono strutturalmente allo spettro del neurosviluppo; tale inquadramento ottimizza l'accuratezza diagnostica infantile e chiarisce le traiettorie cliniche in età adolescenziale e adulta.

Si impone l'urgenza di **potenziare l'identificazione precoce e l'epidemiologia,** implementando strategie preventive integrate di prevenzione e intervento tempestivo nella primissima infanzia. È prioritario incrementare gli investimenti per la presa in carico anche tramite interventi non farmacologici *evidence-based*. In tale cornice, risulta dirimente la formazione degli educatori e il potenziamento dei servizi educativi (asili nido). L'indagine su eziologia, fattori di rischio e prodromi è cruciale per calibrare strategie preventive e trattamenti focalizzati sui bisogni neuroevolutivi e sul *setting* socio-familiare, valorizzando i pattern di attaccamento e soppesando l'impatto neuropsicologico delle disgregazioni familiari.

È mandatorio supportare i nuclei fragili, promuovere le competenze cognitivo-emotive in età evolutiva e rafforzare il supporto genitoriale mediante équipe multidisciplinari di prossimità. La reale tutela della

[105] L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato i risultati di un'indagine rivolta alla cosiddetta "generazione Z", focalizzandosi sui giovani tra gli 11 e i 17 anni. Lo studio si concentra sugli studenti delle scuole medie e superiori, e rivela l'esistenza di circa 66.000 hikikomori, con una prevalenza leggermente maggiore tra gli 11 e i 13 anni. Si veda il seguente link. Questi dati si avvicinano a quelli forniti dal CNR, che stimava circa 54.000 casi tra i 15 e i 19 anni, suggerendo una stima complessiva per la popolazione studentesca italiana di hikikomori in fase iniziale tra i 50.000 e i 100.000. Si veda il link.

[106] Per approfondimento si veda il paragrafo "Minorenni e condotte abuso" del presente Rapporto.

[107] La DC:0-5 è il sistema nosografico ufficiale creato da Zero to Three per la classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo dalla nascita fino ai 5 anni d'età: *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Si veda il seguente link. Zero to Three (2016). DC:0-5: Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia. Giovanni Fioriti Editore, 2018.

[108] Vasileva et al., 2021.

salute mentale pediatrica è inequivocabilmente subordinata a un approccio clinico integrato, precoce e longitudinale.

I **Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)** devono assicurare percorsi diagnostico-terapeutici tempestivi per prevenire cronicizzazioni, comorbilità e istituzionalizzazioni, favorendo la ripresa del percorso di crescita. Tuttavia, **l'iper-settorializzazione specialistica rischia di frammentare gli interventi,** imponendo il ripristino di una visione unitaria e integrata e il potenziamento strutturale dell'intera rete.

Persiste inoltre **una severa difformità regionale** nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con una netta dicotomia Nord-Sud. Nel Sud, il deficit strutturale di presidi NPIA, centri diurni semiresidenziali e consultori alimenta un'ingente mobilità sanitaria ("viaggi della speranza") o, in alternativa, la rinuncia alle cure.

Persiste **la totale inapplicazione degli standard territoriali della Conferenza Unificata Stato-Regioni**, i quali indicano "almeno 6 dirigenti NPIA e Psicologo ogni 10.000 abitanti di fascia 1-17 anni e almeno 10 professioni sanitarie ogni 10mila ab. 1-17, nei servizi territoriali"[109]. A tal proposito, si sottolinea l'indispensabile **dimensione completa multiprofessionale** dei servizi NPIA.

A livello ospedaliero permane critica la carenza di posti letto NPIA (<400 in tutta Italia)[110], con un'asimmetria distributiva che induce "ricoveri inappropriati" in psichiatria adulti o pediatria generale, setting clinici inidonei e potenzialmente traumatici o privi del personale adeguatamente formato. Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ministeriali 2021 sui minorenni registrano 43.816 dimissioni neuropsichiatriche, così ripartite: 21.212 (48,4%) da Pediatria; 9.274 (21,2%) da NPIA; 1.229 (2,8%) da Psichiatria; 12.101 (27,6%) da Altre[111].

Risulta critico il **progressivo aumento degli accessi in Pronto Soccorso (PS)** per quadri neuropsichiatrici e conseguenti fabbisogni di interventi. Solo una quota costituisce una reale emergenza acuta, da gestire in PS o mediante ospedalizzazione nei reparti NPIA (gli unici clinicamente appropriati, da potenziare). La restante casistica include accessi impropri, derivanti da un insufficiente filtro territoriale. Inoltre, sovente l'acuzie in età evolutiva e adolescenza esita da un mancato intervento precoce, confermando la necessità strategica di investimenti strutturali sull'intera rete (PANSM, 2025).

Risulta dunque particolarmente dirimente **la rete di cui i servizi NPIA fanno parte o si pongono in continuità:** sanitaria (pediatrica, servizi per l'età adulta) e non sanitaria (enti sociali e scuola).

Nel biennio 2023-2024, **la scuola ha assunto un ruolo centrale nella tutela della salute mentale.** La risposta istituzionale deve superare l'uso di sussidi temporanei come il "Bonus Psicologo" che, pur intercettando il bisogno di circa 70.000 cittadini, resta un intervento riparativo e privatistico che non incide sulle disuguaglianze sistemiche. Risulta mandatoria **la stabilizzazione della psicologia scolastica,** con funzione strutturale di prevenzione primaria, agendo come filtro clinico per la NPIA, limitando l'invio ai soli quadri patologici e deflazionando le liste d'attesa che attualmente superano i 12-18 mesi. La scuola deve rendersi promotrice attiva del benessere psicofisico degli studenti. Due leve risultano particolarmente efficaci in tale prospettiva. La prima concerne la **formazione strutturata del personale** (docente e non), fondamentale per l'intercettazione precoce del disagio. Il personale necessita di competenze per identificare e gestire i bisogni psicologici attraverso un approccio coordinato a livello di consiglio di classe, indirizzando ai servizi competenti quando necessario. A ciò si somma la conoscenza di metodologie didattiche pro-benessere e il supporto agli alunni già inseriti in un percorso di cura. La seconda leva riguarda **il diritto degli studenti a essere soggetti attivi della propria salute mentale**. L'implementazione di programmi di *peer-education* (sensibilizzazione tra pari), supervisionati da professionisti della NPIA e psicologi scolastici, fornisce ai giovani strumenti per riconoscere il disagio proprio e altrui. Ciò ottimizza il supporto reciproco, riduce lo stigma e promuove la cultura della richiesta d'aiuto nei contesti quotidiani.

Nel continuum di cure longitudinale, **la transizione cli-**

[109] Documento Agenas del 21-12-2022, con allegato, con accordo in Conferenza Stato Regioni, su standard personale multidisciplinare in Salute Mentale, parte dedicata a NPIA.

[110] PANSM 2025-2030.

[111] Rapporto annuale SDO 2021 del Ministero della Salute.

nica ai servizi psichiatrici per adulti al 18° anno risulta critica: si registra un *drop-out* terapeutico >60%[112] poiché i giovani non trovano nei Centri di Salute Mentale (CSM) risposte adatte alla loro specifica fase evolutiva, vanificando gli interventi precedenti.

È essenziale che la riforma del sistema preveda **protocolli di presa in carico congiunta tra servizi minori e adulti per la fascia 16-24 anni**, incrementando significativamente gli investimenti per la presa in carico dei disagi anche mediante terapie non farmacologiche *evidence-based*.

In conclusione, si evidenzia come **neurosviluppo e salute mentale debbano diventare il fulcro di un'alleanza sanità-scuola-terzo settore**, supportata da un reclutamento straordinario di medici neuropsichiatri, psicologi e professionisti riabilitativo-educativi, elevando gli stanziamenti dedicati dal 3% ad almeno il 5% del Fondo Sanitario Nazionale. Solo una rigorosa governance centrale e fondi strutturali renderanno il diritto alla salute pediatrica in Italia un'effettiva garanzia clinica e non una mera dichiarazione d'intenti.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero della Salute** di istituire un monitoraggio nazionale, sistematico e continuo, che raccolga dati epidemiologici su patologie neurologiche, psichiatriche e del neurosviluppo nella fascia 0-17 anni e sulle relative risposte sanitarie e non, con particolare attenzione alla fascia di età 0-5 anni, nella quale i fattori di vulnerabilità e protettivi hanno un chiaro e forte impatto sulla salute mentale in età evolutiva e adulta, e alla fascia di transizione 16-24 anni;

2. Al **Ministero della Salute:** di favorire una migliore programmazione della rete dei servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPIA) con immediata attenzione al progressivo adeguamento agli standard di personale AGENAS, deliberati in Conferenza Unificata Stato Regioni (in una dimensione completa multiprofessionale) e al numero di posti letto NPIA;

3. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di promuovere e sostenere, in collaborazione col Ministero della Salute, la formazione specifica sulla salute mentale infantile di tutte le figure professionali che, a vario titolo, operano a contatto con i minorenni, al fine di favorire il riconoscimento precoce dei bisogni psicologici, la prevenzione del disagio e la costruzione di interventi coordinati ed efficaci; di promuovere inoltre iniziative atte a favorire il benessere psicofisico e la salute mentale di adolescenti e giovani a scuola (compreso l'uso degli strumenti digitali).

8. SALUTE E SERVIZI SANITARI PER MINORENNI STRANIERI

I minorenni arrivati a seguito dei percorsi migratori dei genitori, ricongiunti a distanza di anni con gli stessi o nati in Italia, costituiscono una presenza strutturalmente inserita nel contesto sociale del paese. L'Istat riporta che **al 1° gennaio 2025 sono presenti in Italia 1.440.000 minorenni di origine straniera**, il 19,3% del totale dei residenti stranieri (calati nell'ultimo decennio di circa 1%). Nello stesso arco di tempo i minoren-

[112] BMJ Mental Health, pubblicazione 2025 e rapporto della Società Italiana di Psichiatria, Congresso Nazionale SIP 2025.

ni stranieri residenti sono calati del 4,5% soprattutto nelle fasce di età più giovani: le donne straniere, infatti, vanno acquisendo stili di vita riproduttivi assimilabili a quelli delle donne italiane[113]. Il calo percentuale è legato anche alle acquisizioni di cittadinanza (circa 45.000 negli ultimi 3 anni), indice di stabilità delle famiglie. Questi dati non comprendono i minori stranieri non accompagnati (MSNA), quelli arrivati in Italia per adozione internazionale e quelli appartenenti ad etnie minoritarie (Rom, Sinti, Caminanti). I minorenni arrivati in Italia a seguito della guerra in Ucraina, accompagnati e non, titolari di permessi per protezione temporanea al 31.12.2025 risultano essere 2.963 di cui circa il 50% di genere femminile e sotto i 6 anni[114].

Questo universo eterogeneo di persone di minore età rappresenta una sfida continua alle politiche finalizzate alla loro tutela e anche al diritto alla salute.

Le norme sono determinanti di salute così come la posizione giuridica della famiglia, poiché il possesso o meno del titolo di soggiorno e la sua tipologia, condiziona l'accesso ai servizi sanitari[115].

A partire dall'Accordo Stato Regioni del 2012 c'è stata una interpretazione inclusiva delle norme vigenti, dando la **possibilità di iscrizione al SSN, ai bambini di famiglie non in regola con le norme sul soggiorno**[116]. Il decreto sui LEA del 2017 ha poi previsto **la presa in carico ordinaria di tutti i minorenni non comunitari**, a parità di trattamento con quelli italiani[117].

Tuttavia, il mancato allineamento da parte di diverse regioni ha reso l'iscrizione al SSN dei minori frammentaria e disomogenea. Gli ostacoli burocratici all'iscrizione al SSR in assenza del codice fiscale dei bambini non comunitari nati all'estero sarebbero superabili grazie alla risoluzione n.25/E 2022 dell'Agenzia delle Entrate Nazionale, ma in assenza di specifici protocolli tra le locali Agenzie Regionali e le Aziende Sanitarie, persistono ancora impedimenti non più giustificabili in diverse regioni[118].

Restano esclusi da questo percorso i **minorenni neocomunitari**, non espressamente menzionati, in violazione del principio di non discriminazione sancito dall'articolo 2 della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC). Questi minorenni, prevalentemente di nazionalità rumena, appartengono spesso a fasce sociali deboli e, sono a maggior rischio di marginalizzazione sociale e sanitaria. La Legge di bilancio del 2024 (213/2023)[119] , inoltre, ha innalzato il contributo per l'iscrizione volontaria al SSN a 2000 euro annui, valevole per anno solare e non frazionabile. Questo provvedimento discrimina i neocomunitari precludendo la possibilità di presa in carico ordinaria da parte del SSN soprattutto nei casi di patologie croniche. La possibilità di esenzione ticket per i minori fino ai 6 anni di età e per le prestazioni specialistiche in favore dei MSNA ha rappresentato un ulteriore passo avanti, ma, a fronte di questi interventi virtuosi la ricaduta sui profili di salute resta ancora insoddisfacente.

L'ISTAT riporta che in una coorte di 7.148.378 bambini individuati sul totale della popolazione nazionale, appartenenti alla fascia di età 1-13 anni, osservati nell'arco di 10 anni (2012-2022), tutti **i tassi grezzi di mortalità** sono diminuiti, eccetto le cause perinatali e che i decessi registrati dal 2004 sono azzerati se non per complicanze legate a gravidanza e parto. La coorte era composta per il 90.3% da bambini italiani e per il 9.7% stranieri.

I tassi grezzi di mortalità dei bambini mostrano valori vicini alla media nazionale di 6.5/100.000 tra Nord, Centro e Sud del paese, ma la stratificazione per cittadinanza fa emergere i divari con valori di mortalità progressivamente superiori per bambini di cittadinanza asiatica, centro-sud americana, nord africana e cen-

[113] Istat (2025), Indicatori demografici – Anno 2024, comunicato stampa, 31 marzo 2025, Roma.

[114] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione, Rapporto di approfondimento semestrale sulla presenza dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia - Dati al 31 dicembre 2025, Roma, febbraio 2026.

[115] Decreto Legislativo 286/1998, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, in G.U. 18 agosto 1998, n. 191.

[116] Accordo 20 dicembre 2012, n. 2544 (Rep. Atti), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013.

[117] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Supplemento ordinario n. 15.

[118] Agenzia delle Entrate, Risoluzione n. 25/E del 7 giugno 2022.

[119] Legge 213/2023. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.

tro-sud africana con valori calcolati, per questi ultimi, del 14,7%[120].

Relativamente alla **mortalità infantile**, nonostante l'Italia vanti uno dei tassi più bassi nel mondo, persistono disuguaglianze sia in termini geografici, tra Nord e Sud del paese, che tra bambini italiani e stranieri. Il tasso di mortalità neonatale per l'anno 2020 è stato di 1,76 decessi per mille nati vivi rappresentando circa il 70% della mortalità infantile complessiva ed è risultato superiore del 55% nei bambini stranieri rispetto ai bambini italiani. Questo tasso risulta più elevato per i bambini stranieri per quasi tutte le principali cause di morte. Evidentissimo il divario Nord -Sud sia per i nati italiani che stranieri, con tassi di mortalità infantile superiore di circa il 70% rispetto ai residenti del Nord, (2,34 contro 1,35 per mille)[121]. Questi dati allontanano il target dell'Obiettivo 3, Salute e Benessere dell'Agenda 2030[122].

Tali disuguaglianze sono riconducibili anche alle difficoltà alle quali vanno incontro **le madri con background migratorio** già nelle prime fasi della gravidanza. Dal report CeDAP risulta che il 9,8% delle donne straniere effettua la prima visita oltre il primo trimestre, rispetto all'1,7% delle donne italiane e il 10% delle donne accede tardivamente alla prima visita, a fronte del 3% delle donne con un livello di scolarità elevato, con una correlazione negativa rispetto al titolo di studio[123].

L'80% delle adolescenti di origine straniera non ha mai effettuato una visita ginecologica, versus il 30% delle coetanee italiane con conseguenti criticità rilevate rispetto alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) e delle gravidanze indesiderate. I tassi di abortività, sebbene significativamente ridotti in particolare tra le donne straniere, registrano tassi superiori, fino a tre volte, tra le fasce di età più basse rispetto alle coetanee italiane[124].

Criticità significative emergono anche in relazione alla salute mentale dei minori di origine straniera. In età evolutiva, le esperienze negative assumono un impatto ancora più rilevante. Il neurosviluppo non segue traiettorie lineari, ma deriva dall'interazione dinamica tra vulnerabilità biologiche e neurobiologiche, esperienza migratoria diretta o indiretta, caratteristiche individuali, fase di sviluppo e contesto post-migratorio. Questi fattori, determinano esiti eterogenei, associati a diversi livelli di rischio per la salute mentale.

In Italia si stimano quasi 1,3 milioni di bambini in povertà assoluta[125], fenomeno che incide in modo particolare sui minori con background migratorio. La povertà va intesa non solo come deprivazione economica, ma anche come precarietà abitativa, limitato accesso ai servizi e ridotte opportunità educative[126]. Le barriere linguistiche, culturali ed economiche nell'accesso ai servizi sanitari, espongono al rischio di sottodiagnosi o diagnosi tardive[127]. Le difficoltà scolastiche erroneamente attribuite allo svantaggio linguistico o socio-culturale, rendono più complessa la fase diagnostica. L'esposizione ad eventi traumatici e fattori stressogeni aumenta il rischio di sviluppare disturbi psicopatologici ma, in presenza di adeguati fattori protettivi, possono emergere anche traiettorie di resilienza[128]. Non si possono inoltre non considerare i minori stranieri che presentavano problematiche del neurosviluppo già nel paese di origine e che aumentano la suscettibilità agli eventi traumatici nel paese di migrazione. Nel complesso, **la popolazione migrante in età evolutiva presenta quadri multifattoriali caratteriz-**

[120] Simeoni, S., Pappagallo, M., Grande, E., Orsi, C., Frova, L. (2025). Disuguaglianze sociali nella mortalità in età pediatrica. Progetti di ricerca tematica, Istat.

[121] *Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities.* Silvia Simeoni1*, Luisa Frova1 and Mario De Curtis 2 Italian Journal of Pediatrics. Si veda il seguente link.

[122] Nazioni Unite, Trasformare il nostro mondo: L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. (Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 25 settembre 2015). 2015, New York.

[123] Ministero della Salute, Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2024. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo e della Statistica, 2025, Roma.

[124] Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/1978), 2023.

[125] Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). (2025). La povertà in Italia. Anno 2024.

[126] Caritas Italiana, Fuori campo. Lo sguardo della prossimità. Rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia 2025, 2025, Edizioni Palumbi.

[127] UNICEF (2024), *The State of Children in the European Union 2024: Addressing the needs and rights of the EU's youngest generation*, Bruxelles.

[128] UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. (2025). *Prospects for children in 2025: Building resilient systems for children's futures*. UNICEF.

zati da vulnerabilità cliniche, sociali e culturali[129].

In chiusura si sottolinea la mancanza di percorsi sicuri per l'esecuzione della **Circoncisione Rituale Maschile (CRM)**[130] nel contesto del SSN con l'obiettivo di impedire pratiche "clandestine", eseguite in contesti non idonei e causa di complicanze di vario grado, che possono arrivare anche alla morte. Per quanto meritorie le delibere che diverse regioni hanno adottato negli ultimi anni per garantire la CRM, persistono ancora ampi margini di variabilità e disuguaglianze negli accessi e nei percorsi assenti nella stragrande maggioranza delle regioni italiane[131]. La creazione di percorsi dedicati all'interno dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) per la CRM, con partecipazione alla spesa sostenibile dalle famiglie e in un'ottica di "riduzione del danno"[132], permetterebbe di raggiungere l'obiettivo sanitario garantendo la tutela della salute pediatrica e riducendo il rischio di complicanze in acuto e sequele a distanza, l'obiettivo economico minimizzando i costi diretti e indiretti associati alla gestione di complicanze e l'obiettivo di equità permettendo alle famiglie con basso reddito l'accesso a pratiche sicure[133].

Pertanto, il **Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero della Salute** e alle **Regioni** di implementare e monitorare, nei rispettivi ambiti, l'applicazione dei LEA per quanto attinenti all'iscrizione al SSN dei minorenni stranieri, indipendentemente dalla condizione amministrativa e giuridica dei genitori, ivi compresi i minori comunitari in possesso di codice ENI, nel rispetto del principio di non discriminazione
2. Al **Ministero della Salute** di predisporre direttive nazionali univoche per garantire alle famiglie che ne fanno richiesta, la pratica della CRM attraverso percorsi sicuri individuati dalle Regioni, efficaci, efficienti e con oneri sostenibili per le famiglie;
3. Al **Ministero della Salute** e alle **Regioni** di rimuovere le barriere di natura burocratico-amministrativa che ritardano l'accesso e la presa in carico precoce del disagio psichico tra i minori stranieri e favorire, attraverso azioni di sistema intersezionali, il superamento delle criticità su base culturale promuovendo il coinvolgimento attivo delle figure di mediazione nei servizi interessati, al fine di distinguere tra DSA/DSL e difficoltà di natura sociale, culturale e di competenze linguistiche.

9. MINORENNI E CONDOTTE DI ABUSO

ALCOL

Il consumo di alcol rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute pubblica a livello globale. Secondo l'OMS, l'alcol è responsabile di almeno 40 patologie, tra cui disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e sette tipi di tumore. In Italia, le stime Global Burden of Disease (GBD) aggiornate al 2023 attribuiscono all'alcol più di 15.000 decessi, pari al 2,3% del totale.

L'impatto dell'alcol si manifesta lungo tutto il ciclo di vita: già in epoca prenatale può determinare disturbi dello spettro feto-alcolico, con conseguenze perma-

[129] UNICEF (2024), *The State of Children in the European Union 2024: Addressing the needs and rights of the EU's youngest generation*, UNICEF, Bruxelles.

[130] Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'adolescenza: "Relazione sulle problematiche connesse alle pratiche di circoncisione rituale dei minori", 7 luglio 2021.

[131] SIP–GLNBM "Monitoraggio GLNBM SIP sulla Circoncisione Rituale Maschile (CRM): l'esperienza nelle diverse realtà regionali", 2019

[132] Gandolfi, C., Calacoci, M., Da Riol, R. M., Ena, F., Carbone, M. C., La Placa, S., Marceca, M., & Mazzetti, M. (Gruppo di Lavoro Minori Migranti della SIMM). (2022). *Position paper: Circoncisione rituale maschile*. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

[133] Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza: Protocollo N.0000872/2019 del 15/04/2019 "Segnalazione ai sensi dell'art. 3 comma 1, legge n.112 del 2011. Circoncisione Rituale maschile"; Commissione Parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza: Audizione di esperti in pediatria in relazione all'esame dell'affare assegnato sulle problematiche connesse alle pratiche di circoncisione rituale dei minori (n. 216) - 25 luglio 2019; Ministero della Salute e FIMP "Protocollo d'intesa per la prevenzione della circoncisione rituale clandestina", 18/09/2008.

nenti, mentre nella fascia di età 20-24 anni è associato a circa un decesso su quattro[134]. In questo contesto, il consumo di alcol tra i minorenni assume una particolare rilevanza. **L'esposizione precoce è associata ad un aumentato rischio di sviluppare dipendenza, danni cognitivi e disturbi mentali[135].**

Nonostante il divieto di vendita alle persone di minore età, i livelli di consumo restano significativi. Secondo l'indagine multiscopo ISTAT sulle famiglie, nel 2024 il 16% dei ragazzi e il 13% delle ragazze tra gli 11 e i 17 anni ha consumato alcolici, mentre circa il 2% ha riferito episodi di *binge drinking* (consumo eccessivo in un'unica occasione)[136]. Dati più preoccupanti emergono dalla sorveglianza HBSC: il 38% degli 11-17enni italiani dichiara di aver consumato alcol negli ultimi 30 giorni; inoltre, oltre un terzo dei quindicenni e più della metà dei diciassettenni riferiscono episodi di *binge drinking* nell'ultimo anno[137].

Il sistema ESPAD® permette di effettuare un confronto a livello europeo e mette in luce come, nel 2025, il consumo di alcol nell'ultimo mese fosse dichiarato rispettivamente dal 41% dei quindicenni e dal 53% dei sedicenni italiani[138], rispetto a una media del 44% tra i 15-16enni dei 37 Paesi partecipanti[139].

Tutti e tre i sistemi di sorveglianza consentono di apprezzare una sensibile riduzione negli ultimi due decenni, suggerendo una certa efficacia delle misure di prevenzione introdotte progressivamente fino ad un divieto di vendita ai minorenni a partire dal 2013.

SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI

Nel 2025, oltre 950mila studenti e studentesse tra i 15 e i 19 anni **(39%)** riferiscono **di aver consumato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della vita**: **640mila (26%) lo hanno fatto nell'ultimo anno**. È questa la fotografia che emerge dalla Relazione al Parlamento 2026 sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia[140], basata sui dati dello studio ESPAD® Italia 2025[141].

Il fenomeno riguarda più i ragazzi (30%) che le ragazze (22%). Dopo la flessione osservata tra il 2022 e il 2024, l'andamento appare in aumento; incremento da imputare, principalmente, a una maggior diffusione di sostanze quali stimolanti, cocaina, NPS e oppiacei/oppioidi.

La **cannabis** si conferma la sostanza più diffusa: quasi **600mila studenti e studentesse (24%) l'hanno provata almeno una volta nella vita**, poco meno di 450mila (18%) ne riferiscono l'uso nell'ultimo anno e circa 56mila (2,3%) un consumo frequente (20 o più volte nel mese). La prevalenza cresce con l'età ed è più alta tra i ragazzi. Sei consumatori su dieci l'hanno utilizzata per la prima volta tra i 15 e i 17 anni, mentre il 34% lo ha fatto a 14 anni o prima.

Sono **oltre 250mila gli studenti e le studentesse (10%) che hanno utilizzato almeno una Nuova Sostanza Psicoattiva (NPS)** nella vita e 140mila (5,7%) lo hanno fatto nel corso del 2025. Nell'ultimo anno, le NPS più diffuse sono state i cannabinoidi sintetici (3,6%), gli oppioidi sintetici (1,6%) e la ketamina (1,2%). I consumi aumentano con l'età, con prevalenze più elevate tra i 18enni. Si nota che i ragazzi presentano livelli di consumo superiori alle ragazze, con una peculiarità relativa ai consumi di oppioidi sintetici per i quali la differenza tra maschi e femmine si riduce sensibilmente e, fatta eccezione per i cannabinoidi sintetici per i quali si osserva solo un lieve incremento, i consumi nell'anno risultano in netto aumento.

[134] Scafato et al. Rapporto ISTISAN 26/4. Istituto Superiore di Sanità, 2026.

[135] Chudley et al. CMAJ 2005; 172(5 Suppl): S1-S21.

[136] Scafato et al. Rapporto ISTISAN 26/4. Istituto Superiore di Sanità, 2026.

[137] HBSC Report, 2022. Si veda il seguente link.

[138] ESPAD® Italia 2025 – "Adolescenti senza filtri. Consumi, comportamenti e vita digitale degli studenti italiani", 2026. Si veda il seguente link.

[139] ESPAD Data Portal, 2026. Si veda il seguente link. https://data.espad.org/Map/

[140] Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per le politiche contro la droga e le altre dipendenze, Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2026, 2026. Si veda il seguente link.

[141] ESPAD® Italia 2025 – "Adolescenti senza filtri. Consumi, comportamenti e vita digitale degli studenti italiani", 2026. Si veda il seguente link.

Quasi 160mila studenti e studentesse (6,3%) riferiscono di aver usato stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA) almeno una volta nella vita: 67mila (2,7%) nell'ultimo anno e quasi 29mila (1,2%) almeno 10 volte negli ultimi 30 giorni. L'uso nell'anno coinvolge soprattutto i ragazzi, in particolare raggiunta la maggiore età.

La **cannabis è la sostanza percepita come più accessibile**: il 32% degli studenti ritiene di poterla reperire facilmente. L'accessibilità diminuisce al 9,3% per la cocaina, al 7% per gli allucinogeni, al 6,3% per gli stimolanti e al 3,8% per gli oppiacei. Oltre il 60% degli studenti indica la strada e i luoghi all'aperto come luoghi dove poter reperire le sostanze, mentre il 17% individua il web come luogo di reperimento. Il quadro si modifica sensibilmente se si analizza la facilità di reperimento fra i consumatori: raddoppia infatti la percentuale di studenti a cui risulta facilmente reperibile cannabis (70%) e si moltiplica quella a cui risultano facilmente reperibili sostanze come cocaina (48%), allucinogeni (62%), stimolanti (34%) e oppiacei (34%).

DIPENDENZE TECNOLOGICHE

L'interazione con i media digitali è un elemento che oggi può essere considerato non solo una presenza costante nei contesti di crescita di bambine, bambini e adolescenti, ma una componente tipica e abituale delle loro traiettorie evolutive. I media talvolta riportano dati allarmanti su "tempi di connessione" e "sessioni di videogaming", ma i dati scientifici internazionali e nazionali, insieme ai più recenti report nazionali sulle abitudini d'uso, suggeriscono di **superare una lettura di rischio basata unicamente sul "tempo-schermo". La quantità di tempo trascorsa online o in interazione con le tecnologie è solo un indicatore,** certamente utile ma non sufficiente né necessariamente il più rilevante per comprendere il rischio. Ciò che differenzia, infatti, un uso intenso da un uso problematico o da una vera e propria *addiction* non è solo il tempo. In termini evolutivi, **la differenza riguarda soprattutto quanto le tecnologie siano divenute assorbenti e centrali nel rispondere a specifiche funzioni psicologiche, relazionali e regolative nella vita quotidiana**: compensazione di fragilità emotive, strategie di coping non ottimali, ricerca di appartenenza, sperimentazione identitaria, supporto alle relazioni, fino alla compensazione di sintomatologia internalizzante e/o esternalizzante. In questa luce vanno letti i dati ESPAD® Italia 2025, che segnalano come tra studenti e studentesse di 15-19 anni, **il 14,9% presenti un profilo di rischio nell'uso della Rete, con una prevalenza femminile più alta** rispetto a quella maschile (17,4% contro 12,3%). Spesso, la problematicità nell'uso di Internet si associa a un quadro di malessere diffuso: minor qualità di relazioni interpersonali con i pari e nella famiglia, rendimento scolastico inferiore, rischio di uso di sostanze , e comportamenti antisociali [142].

Allo stesso modo, anche le attività di **gaming** richiedono una lettura complessa e non superficiale: ESPAD® Italia 2025 riporta un **profilo di gioco a rischio nel 15,3% degli studenti, con una maggior prevalenza maschile,** ma studi italiani sulla struttura dell'*Internet Gaming Disorder* – così come definito dal DSM-5 TR – evidenziano un dato noto da tempo in letteratura, vale a dire che il rischio non coincide con il solo tempo di gioco. Di particolare rilevanza nelle traiettorie evolutive di gaming a rischio risultano infatti la perdita di controllo su tempi e modi di gioco, l'utilizzo stesso del videogame come strategia di coping disfunzionale e gli intrecci con il funzionamento personale, relazionale e scolastico[143]. Particolare attenzione va anche posta ai minorenni che vivono condizioni di potenziale vulnerabilità evolutiva, come ad esempio gli studenti con background migratorio. Quando infatti la condizione migratoria si intreccia con strategie di coping di evitamento e con una minore qualità delle relazioni interpersonali, emerge un quadro di particolare rischio additivo nell'interazione tecnologica. Al contrario, una buona qualità delle relazioni interpersonali agisce da fattore protettivo[144].

Il fenomeno della dipendenza tecnologica va necessariamente intrecciato con altre dimensioni che presentano altrettante criticità, vale a dire **il gioco d'azzardo e la monetizzazione del gioco stesso**. Uno studio ita-

[142] CNR-IFC, Anticipazione dati ESPAD Italia 2025, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Fisiologia Clinica, 2025.

[143] Milani, L., & Gentile, D. A. (2024). *Factorial structure of the Internet Gaming Disorder questionnaire in the Italian setting: a single-factored ailment or a multifaceted condition? European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 2657-2668.

[144] Valtolina, G. G., Boerchi, D., & Milani, L. (2026). *Internet Gaming Disorder and Internet Addiction: Comparing Italian and Migrant Children and Adolescents. Pediatric Reports*, 18(2), 53.

liano su dati ESPAD® Italia 2023 evidenzia come il gioco elettronico, il gambling, le microtransazioni in-game e le loot boxes siano strettamente intrecciati tra loro, identificando profili di sovrapposizione tra i meccanismi di gioco d'azzardo e le risposte individuali delle bambine e dei bambini che presentano particolari vulnerabilità in termini di impulsività, *sensation seeking*, ricerca della ricompensa e regolazione emotiva[145]. Tali dati risultano confermati nell'ultimo rapporto ESPAD 2026[146]. È evidente, dunque, come la struttura di *design* stesso degli ambienti digitali vada a intersecarsi con le vulnerabilità individuali, esponendo chi è più fragile ad un aumentato rischio di permanenza incontrollata nell'ambiente di gioco.

In termini generali, le *tech addictions* non agiscono "nel vuoto", quanto piuttosto nel contesto di profili problematici di relazionalità e talvolta di tutela della sicurezza: cyberbullismo, *phubbing*, *ghosting*, *sexting*, esposizione precoce a contenuti sessuali e condivisione di immagini intime. Anche in questo caso non è solo il "quanto" si usa la tecnologia a sostenere il rischio, ma il "come"[147].

Complessivamente, dunque, risulta limitante considerare le tecnologie come meri "fenomeni neutri" rispetto alle diseguaglianze e ai profili di rischio individuali dei minorenni. Al contrario, in determinate situazioni di fragilità, un utilizzo disregolato e additivo delle tecnologie – sostenuto da precise scelte di *design* degli ambienti digitali – rischia di **generare forme di dipendenza** e **aggravare condizioni di povertà educativa, diseguaglianze e atipicità nelle linee di sviluppo**.

GIOCO D'AZZARDO

Giocare d'azzardo significa scommettere del denaro o beni di valore su eventi caratterizzati da esito incerto, determinato prevalentemente o interamente dal caso, sui quali il giocatore non ha un controllo effettivo. Oggi **l'Italia è al primo posto in Europa per offerta di giochi d'azzardo e spesa pro capite**[148].

Nel 2003 l'*American Psychiatric Association* ha catalogato il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) tra i "Disturbi correlati alle sostanze e dipendenze"[149]. Molte ricerche evidenziano che i danni causati dal GAP non si limitino al solo giocatore problematico, ma coinvolgono il benessere emotivo, sociale ed economico di tutto il suo contesto affettivo/familiare; più si è esposti precocemente al gioco con vincite in denaro, più è probabile l'insorgere di disturbi ad esso legati in futuro. Considerando anche il **gioco d'azzardo passivo**, circa il 40% della popolazione è coinvolta nella compromissione finanziaria generata da esso con: accumulo di debiti; disagio psichico; peggiori prospettive lavorative e/o scolastiche.

Nel 2023[150] gli italiani hanno speso circa 20,7 miliardi in giochi d'azzardo legali sia fisici che telematici[151]: in 10 anni si registra un incremento totale del 78%, trend confermato dai primi dati del 2025[152].

Le misure attuali per il contrasto al gioco d'azzardo minorile sono inadatte e insufficienti: il 64,4% degli studenti e studentesse di età compresa tra i 15 e i 19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella propria vita (M=71,5%; F=57,6%), il 59,8% ha giocato d'azzardo almeno una volta nel corso dei 12 mesi precedenti la rilevazione (M=67,8%; F=52,1%)[153]. Dalla precedente rilevazione emergeva che il 60% del campione dichiarava di aver speso 10€ o meno nell'ultimo

[145] Mosconi, G., Canale, N., Potente, R., Colasante, E., Baroni, E., Gallus, S., & Molinaro, S. (2026). *Gaming and gambling behaviours among Italian adolescents: A cross-sectional study. The Lancet Public Health*, 11(1), e8-e16.

[146] ESPAD® Italia 2025 – "Adolescenti senza filtri. Consumi, comportamenti e vita digitale degli studenti italiani", 2026. Si veda il seguente link.

[147] Save the Children Italia & Ipsos, Gli adolescenti e la sessualità, 2025. Istat, Bullismo e cyberbullismo nei rapporti tra i ragazzi. Anno 2023, 2025. Per approfondimento si veda anche il paragrafo Il diritto delle persone di minore età all'accesso a informazioni appropriate: minorenni, media e nuovi media in Italia e La pedopornografia del presente Rapporto.

[148] Libro Nero dell'Azzardo Edizione 2025. Si veda il seguente link.

[149] "La Sorveglianza HBSC-Italia 2022 *Health Behaviour in School-aged Children*: i comportamenti di dipendenza" cfr pag. 8. Si veda il seguente link.

[150] Libro Blu 2023 Agenzia Dogane e Monopoli, 2025. Si veda il seguente link.

[151] "Non così piccoli. La diffusione dell'azzardo online nei piccoli Comuni italiani. Seconda edizione 2025" Offre un'analisi dei dati aggiornati al 2024. Si veda il seguente link.

[152] "In termini di Raccolta, le tendenze di crescita più significative si sono registrate per: scommesse a quota fissa su eventi simulati (+21,2% nel 2023, +18% nel 2024 e +9,2% nel 2025); giochi di sorte a quota fissa e di carte in solitario, (13,5% nel 2023, +13,1% nel 2024 e +12,9 nel 2025)"; cit pag 33, RELAZIONE SUL SETTORE DEI GIOCHI PUBBLICI (Anno 2025). Si veda il seguente link.

[153] Adolescenti senza filtri. Consumi, comportamenti e vita digitale degli studenti italiani. ESPAD®Italia 2025 pag. 129.

mese[154] in giochi d'azzardo in presenza, e il 56% online.

I **giochi d'azzardo** più praticati dai minorenni si riconfermano[155]: il gratta e vinci (76%), popolare per la facilità di acquisto, il prezzo contenuto e variabile, il risultato immediato, la veste grafica accattivante, innocua, e le scommesse calcistiche (36%), sempre più pervasive e socialmente accettate come pratica aggregativa e sportiva. Anche i luoghi ad esso dedicati restano: la casa, propria o di amici (49%); bar, tabacchi e pub (37%); sale giochi (15%).

La vicinanza dei luoghi per il gioco d'azzardo resta un tema sensibile: il 55% del campione ne conosce uno raggiungibile a piedi dalla propria scuola.

Il gioco d'azzardo online è molto accessibile: **tra i 15 e i 17 anni lo praticano il 20% degli studenti,** con una prevalenza maggiore tra i maschi. I formati più diffusi sono: le scommesse sportive, i casinò virtuali e i vari tipi di lotterie istantanee e non. I luoghi di gioco più frequenti, dopo le case, sono: bar e sale giochi (36%); piazze e parchi (28%); scuola (26%); mezzi di trasporto (11%). L'85% gioca con lo smartphone e il 60% usando un account personale, il 32% usando quello di un conoscente over 18 e il 18% ha usato le credenziali di un genitore.

Rispetto ai **profili di gioco**, la ricerca evidenzia nell'11% degli studenti tra i 15 e i 19 anni presenti comportamenti con pattern di gioco d'azzardo a rischio (6,3%; 9%M; 3,4%F) o problematico (4,8%; 7,4%M; 1,8%F), trend in crescita dal 2021.

Gli studenti con un profilo problematico presentano una maggiore inclinazione verso comportamenti a rischio, come osservato anche in letteratura[156].

A spingere gli studenti a giocare d'azzardo sono una concomitanza di fattori sia individuali (credenze e aspettative di vincita; qualità del rapporto e del dialogo con i genitori; qualità delle relazioni con i pari; soddisfazione per la propria vita), sia ambientali (vicinanza e accessibilità ai luoghi dell'azzardo; esposizione ai messaggi pubblicitari; politiche nazionali di regolamentazione; mancati controlli).

FUMO

Mentre l'uso delle sigarette tradizionali continua a diminuire in Italia, il consumo complessivo di prodotti contenenti nicotina è in sensibile aumento, sostenuto dalla diffusione di prodotti a tabacco riscaldato e sigarette elettroniche. L'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità nei primi mesi del 2026[157] su 12.000 studenti italiani ha evidenziato che **oltre 850 mila adolescenti tra 14 e 17 anni** (37,1%) **ha consumato prodotti contenenti tabacco o nicotina nell'ultimo mese**. Dichiarano un maggior consumo di prodotti contenenti nicotina le femmine (44,2%) rispetto ai maschi (30,3%). Il 22,3% consumava sigarette tradizionali, il 22,8% prodotti a tabacco riscaldato e il 30,8% sigarette elettroniche. Inoltre, circa 93 mila ragazzi/e tra gli 11 e i 13 anni (5,9%) hanno consumato prodotti contenenti tabacco o nicotina nell'ultimo mese. Anche in questo caso il consumo era maggiore nelle femmine (6,9%) rispetto ai maschi (4,8%). Il 2,4% ha usato sigarette tradizionali, il 2,5% prodotti a tabacco riscaldato e il 5,2% sigarette elettroniche.

[154] È possibile che una percentuale rilevante di studenti abbia riportato una spesa inferiore rispetto a quella realmente sostenuta, ad esempio, per fornire una risposta più socialmente accettabile (Wood & Williams, 2007; Weinstock et al., 2004)." "ESPAD 2024 Sotto la superficie - Le nuove sfide dell'adolescenza tra rischi e quotidianità. Rapporto di Ricerca sulla diffusione dei comportamenti a rischio fra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado." Pag, 123-148 "Gioco d'azzardo". Si veda il seguente link. pag. 143

[155] Gruppo CRC, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. Si veda il seguente link.

[156] Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2025, pag. 50 cap. 2: "Nuove dipendenze e comportamenti a rischio fra i giovani". Si veda il seguente link. "Gli studenti appartenenti a queste categorie presentano una maggiore inclinazione verso comportamenti a rischio, tra cui furti, atti vandalici, conflitti con le Forze dell'Ordine e consumo di sostanze legali e illegali, rispetto ai coetanei che non praticano il gioco d'azzardo" e ancora "Gli studenti che presentano un profilo a rischio o problematico riportano più spesso condotte violente o fuorilegge. Questa tendenza, osservata anche in letteratura, denota la particolare fragilità di questi soggetti. La stessa tendenza si può osservare nella propensione all'uso di sostanze. (Emond & Griffiths, 2020, Riley et al., 2021, Díaz & Pérez, 2021)" cit. ESPAD2024 pag. 144.

[157] Si veda il seguente link.

Queste stime sono coerenti con quelle trovate da altri sistemi di sorveglianza, inclusi HBSC[158], GYTS[159], e ESPAD®[160].

Quest'anno per la prima volta l'indagine ISS[161] ha monitorato l'uso tra gli studenti di 14-17anni delle bustine contenenti nicotina (***nicotine pouches***)[162], il 9,1% dichiara di averle provate almeno una volta nella vita, il 3,3% negli ultimi 30 giorni. In termini di consumo tra femmine e maschi questo è l'unico prodotto che viene consumato maggiormente da questi ultimi con un 4,5% tra i ragazzi rispetto al 2,1% delle ragazze.

Oltre alla crescente diffusione sul mercato di questi nuovi prodotti, **desta particolare preoccupazione l'aumento del policonsumo.**

Permane la necessità di contrastare la vendita dei prodotti da fumo e da nicotina[163] alle persone di minore età, in quanto come rivela l'indagine ISS l'acquisto da parte di minorenni avviene in tabaccheria, in aperta violazione della legge che ne vieta la vendita. Tema ancora più spinoso sono gli acquisti sul web, illegali ma difficilmente contrastabili nonostante esistano norme ben precise che ne regolamentano l'acquisto.

I dati sul benessere degli studenti intervistati mettono in risalto uno stato di disagio diffuso, evidenziano un'associazione tra consumo di nicotina, maggiore frequenza di consumo di alcol e ubriacature, livelli più elevati di ansia e depressione e minore benessere psicologico.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** di rafforzare i controlli e le sanzioni relative al divieto di vendita di alcol ai minorenni e al contempo di implementare una strategia nazionale continuativa di prevenzione del *binge drinking*, integrata tra scuola, famiglia e comunità;
2. Al **Ministero della Salute** e al **Dipartimento per le Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze** di adottare una strategia nazionale dedicata alla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive tra i minorenni, assicurando interventi strutturali e omogenei sul territorio nazionale, nonché sistemi di monitoraggio periodico in grado di rilevare tempestivamente i fenomeni emergenti, in particolare quelli connessi alle nuove sostanze psicoattive, al poliutilizzo e all'abbassamento dell'età di primo consumo;
3. Al **Governo** di promuovere una strategia nazionale integrata di educazione e tutela digitale, rivolta a studentesse e studenti, famiglie, scuola e servizi, che superi la sola logica del contenimento del tempo online e lavori sulla qualità dell'uso: alfabetizzazione critica, riconoscimento dei segnali di uso maladattivo, rafforzamento delle relazioni protettive e regolazione delle piattaforme, con particolare attenzione a monetizzazione, *loot boxes* e design di gioco con profili affini al *gambling*;
4. Al **Governo** di introdurre il divieto di pubblicità del gioco d'azzardo legale con vincite in denaro sia per il canale fisico che per quello telematico, con particolare attenzione al mondo delle sponsorizzazioni alle gare e alle squadre sportive e agli *skill games*;
5. **Al Ministero della Salute** in sinergia con il Ministero dell'Istruzione e del Merito di adottare le indicazioni della *Milan Declaration* 2026 sottoscritte nella *European Conference on Tabacco or Health* (ECToH) 2026; di adottare programmi e campagne di informazione/sensibilizzazione anche all'interno delle scuole, per cambiare l'immaginario collettivo che si è creato negli ultimi anni rispetto ai prodotti alternativi alle sigarette tradizionali e di aggiornare le azioni di contrasto in base alle strategie dell'industria del tabacco e della nicotina, che propone sempre nuovi prodotti a base di nicotina per un target di consumatori sempre più giovane.

[158] Si veda il seguente link.

[159] Si veda il seguente link.

[160] Si veda il seguente link.

[161] Si veda il seguente link. Giornata Mondiale senza Tabacco 2026 *claim:* "smascherare l'appeal dei prodotti del tabacco e della nicotina", soprattutto tra i più giovani, 29 maggio 2026 - XXVIII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale.

[162] I sacchetti di nicotina (*nicotine pouches*) non sono SNUS, sono sacchetti traspiranti, simili a piccole bustine da tè e non contengono tabacco ma dosi variabili di nicotina in Sali oltre a riempitivi e aromi. Si inseriscono tra il labbro e la gengiva e rilasciano gradualmente la nicotina nella mucosa orale. I sacchetti di nicotina non sono prodotti farmaceutici per la disassuefazione dal fumo, hanno concentrazioni di nicotina decine di volte più elevate rispetto a quelle presenti nelle caramelle, nelle gomme e negli spray alla nicotina, causando una dipendenza molto alta.

[163] Si veda il seguente link. *Joint Action on Health Promotion and Disease Prevention including Smoke and Aerosol Free Environments*, 2025. Si veda il seguente link.

CAPITOLO VI - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)



Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile



IN SINTESI

Il sistema sanitario italiano è ancora attraversato da profonde disuguaglianze che pesano anche sulla salute delle persone di minore età. Gli screening neonatali, le vaccinazioni e i bilanci di salute sono strumenti fondamentali di prevenzione. Permangono però significative disuguaglianze territoriali nell'accesso ai LEA, nelle coperture vaccinali e nei percorsi di presa in carico. Preoccupa la carenza di pediatri, le lunghe liste d'attesa, la mobilità sanitaria e la fragilità dell'assistenza territoriale.

La riforma della disabilità introduce un approccio più inclusivo e personalizzato, anche se persistono criticità legate al monitoraggio e uniformità dei servizi. La salute mentale in età evolutiva rappresenta una delle principali sfide e sarebbe fondamentale rafforzare la prevenzione e l'individuazione precoce del disagio, coinvolgendo scuola, famiglia e servizi territoriali. Infine si rileva l'impatto dei determinanti ambientali, delle dipendenze, dei comportamenti a rischio e delle condizioni socioeconomiche sulla salute delle persone di minore età.

I DATI RACCONTANO

94% COPERTURA VACCINALE DI BASE A 24 MESI

12,5% DEI PARTI FORTEMENTE PRE-TERMINE IN STRUTTURE PRIVE DI UTIN

19,0% DEI BAMBINI È IN SOVRAPPESO E IL **9,8%** È OBESO

17,1% DEI BAMBINI TRA 6 E 13 ANNI È ASSEGNATO AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

9,5% DEI RICOVERI PEDIATRICI AVVIENE FUORI DALLA REGIONE DI RESIDENZA

21.163 MINORENNI FERITI IN INCIDENTI STRADALI NEL 2024 E 109 DECESSI

73% DEI CAPOLUOGHI DI PROVINCIA NON RISPETTA IL LIMITE PER IL PM2,5

14,9% DI 15-19 ANNI, PROFILO DI RISCHIO NELL'USO DELLA RETE

48,2% DEI BAMBINI/E DI 2-3 MESI VIENE ALLATTATO/A IN MANIERA ESCLUSIVA

93.000 RAGAZZI/E TRA GLI 11 E I 13 ANNI HANNO CONSUMATO PRODOTTI CONTENENTI TABACCO O NICOTINA

25 ANNI DOPO

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- **Lo screening neonatale** è stato oggetto di una significativa evoluzione normativa garantendo oggi la diagnosi precoce per circa 50 malattie metaboliche ereditarie e numerose altre condizioni;
- la definizione e l'aggiornamento dei **Livelli Essenziali di Assistenza** (**LEA**), e il monitoraggio dell'erogazione affidato al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), istituito con il DM 12 marzo 2019;
- Legge 219/2017 riconosce che la **volontà della persona di minore età riguardo a un trattamento sanitario deve essere tenuta in debita considerazione** dai genitori (o da chi rappresenta legalmente la persona), in base all'età e al grado di maturità della persona stessa;
- il Decreto legislativo 62/2024 introduce il **cambiamento del concetto di disabilità** che finalmente, anche sul piano normativo, è ora allineato al modello bio-psico-sociale, che considera in forma integrata la condizione sanitaria, il contesto sociale e l'ambiente di vita;
- **La tutela dell'allattamento** è sempre più riconosciuta come una responsabilità collettiva e trasversale, che coinvolge politiche, servizi e comunità, in un approccio sistemico alla salute e ai diritti dell'infanzia, promosso anche attraverso le Baby Friendly Initiative e l'attenzione ai primi mille giorni.

SFIDE

- Una severa difformità regionale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con una netta dicotomia Nord-Sud;
- Disomogeneità delle condizioni soggette a screening regionale nelle varie regioni italiane;
- Preoccupanti differenze tra regioni per le vaccinazioni non obbligatorie e ritardi nei richiami, nonché una significativa riduzione delle coperture in particolari fasce di età, come quella adolescenziale e nei soggetti più fragili con necessità di promozione attiva da parte del sistema sanitario nazionale;
- La carenza di pediatri e di neuropsichiatri infantili e il progressivo indebolimento dell'assistenza pediatrica territoriale e ospedaliera;
- L'assistenza odontoiatrica pediatrica è tra le meno erogate e pesa sulle famiglie, ma senza alcun indicatore NSG dedicato il LEA risulta formalmente garantito, ma di fatto invisibile alla valutazione comparativa;
- Le cure palliative pediatriche coprono solo una parte del bisogno: 2.734 minorenni seguiti nel 2023 a fronte di una stima di 20.540-32.864;
- La mancanza di dati quantitativi e qualitativi sui minorenni con disabilità;
- Disomogeneità territoriali della presa in carico dei minorenni con disabilità che penalizza sempre più spesso le famiglie che non hanno la possibilità economiche di accedere alle prestazioni attraverso i servizi privati
- Gli incidenti stradali rappresentano in Italia ancora una delle prime cause di morte nell' età di 1-17 anni;
- I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) costituiscono un'emergenza clinica primaria, con un'incidenza in crescita del 30% nell'ultimo triennio;
- Nonostante il divieto di vendita di alcol, delle sigarette tradizionali, delle sigarette elettroniche e dei prodotti contenenti nicotina alle persone di minore età i livelli di consumo restano significativi;
- Persiste la diffusione del marketing dei sostituti del latte materno e le difficoltà di attuazione e monitoraggio del Codice Internazionale, aggravate dall'uso di canali digitali, social media e strumenti di intelligenza artificiale.

LE PRIORITÀ

Al **Ministero della Salute** di garantire un finanziamento adeguato e strutturale delle politiche per l'infanzia e dell'assistenza pediatrica, incrementando progressivamente la quota di spesa sanitaria pubblica destinata ai servizi territoriali, alla prevenzione, alla pediatria e alla neuropsichiatria infantile territoriale e alla continuità assistenziale; introdurre criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale maggiormente orientati ai bisogni di salute di bambine, bambini e adolescenti e al contrasto delle diseguaglianze regionali; garantire spazi specialistici appropriati all'età evolutiva in regime di ricovero (riducendo il numero di ricoveri impropri in luoghi non idonei);

Alle **Regioni e agli Enti locali** di programmare interventi di riqualificazione e ampliamento degli spazi verdi, al fine di mitigare le "isole di calore", migliorare la qualità dell'aria e favorire il contatto dei minorenni con la natura;

Al **Ministero della Salute** di istituire un monitoraggio nazionale, sistematico e continuo, che raccolga dati epidemiologici su patologie neurologiche, psichiatriche e del neurosviluppo nella fascia 0-17 anni e sulle relative risposte sanitarie e non.

Capitolo VII
EDUCAZIONE, GIOCO E ATTIVITÀ CULTURALI

1. IL SISTEMA INTEGRATO DI EDUCAZIONE E ISTRUZIONE DALLA NASCITA AI SEI ANNI

Il **Sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni** comprende i servizi educativi per l'infanzia per i bambini fino a tre anni e le scuole per l'infanzia per i bambini dai tre ai sei anni, riconoscendo il carattere unitario del percorso educativo in questi anni[1]. Il D.lgs. 65/2017 ne disegna la complessa governance, che vede l'interazione tra Stato, Regioni e Comuni per le loro distinte competenze in materia di programmazione, regolamentazione e gestione. Alcune modifiche apportatevi nel 2025[2] hanno ulteriormente definito il carattere educativo dei servizi e le distinte responsabilità di Stato, Regioni e Comuni nel monitoraggio dei servizi. L'indirizzo culturale e pedagogico del sistema integrato è stato disegnato in due documenti, elaborati dalla Commissione nazionale per il Sistema integrato, le Linee pedagogiche per il sistema integrato zerosei[3] e gli Orientamenti nazionali per i servizi educativi per l'infanzia[4].

L'offerta educativa presenta, tuttora, numerose differenze tra il settore zero-tre e il settore tre-sei. Nell'anno educativo 2023-2024 l'offerta di **servizi educativi per l'infanzia** è in crescita, di quasi 378.500 posti (+3,4% rispetto all'anno precedente) e la domanda delle famiglie continua ad aumentare nonostante il calo delle nascite e l'ulteriore crescita (+ 19%) del contributo richiesto alle famiglie. L'offerta è composta da nidi e micronidi che accolgono bambini dai 3 ai 36 mesi (28,6%), sezioni primavera per i bambini dai 24 ai 36 mesi (1,6%), servizi educativi in contesto domiciliare, spazi gioco e centri per bambini e genitori (1,4%)[5]. Complessivamente **viene data risposta al 31,6% della popolazione sotto i tre anni,** percentuale ancora inferiore all'obiettivo del 33% previsto dal D.lgs. 65/2017 e che nel 2021[6] è stato definito come LEP da raggiungere in ogni Comune. Nel 2022 il Consiglio Europeo ha proposto il nuovo obiettivo del 45%[7]. L'offerta registra forti differenze lungo l'asse Nord-Sud (Nord-Ovest 36,6%, Nord-Est 39,1%, Centro 40,4%, Sud 19,0% e Isole 19,5%) variando anche all'interno di uno stesso territorio regionale, poiché i Comuni capoluogo di provincia accolgono in media il 39,8% dei bambini mentre la percentuale scende al 28,2% nei Comuni non capoluogo. L'offerta è presente nel 67,6% dei Comuni, che ne sono titolari per il 33,4% e che per un ulteriore 46,3% attivano rapporti di convenzionamento con servizi privati, perlopiù gestiti dalla cooperazione sociale, con una spesa complessiva in costante aumento (+3,9% dall'anno precedente)[8].

È di gran lunga maggiore la diffusione in tutto il paese della **scuola dell'infanzia** che nell'anno educativo 2024-2025 ha accolto 1.184.930 bambini, in continua diminuzione rispetto agli anni precedenti (-67.702 del 2022-2023 e -30.544 del 2023-2024) e **oltrepassando l'obiettivo europeo del 90%**[9]. Inoltre, una minoranza di bambini (11,6%) frequenta la scuola solo a tempo ridotto, ma in proporzione crescente lungo l'asse Nord-Sud (Nord-Ovest: 1,6%, Nord-Est 0,7% Centro: 6,1%, Sud 11,4% e Isole: 28,5%)[10].

Nel 2023-2024 la presenza di bambini stranieri è il 6,3% nei servizi 0-3 e il 12,6% nella scuola dell'infanzia e negli stessi anni è in crescita la percentuale di bambini segnalati con disabilità in entrambi i settori 0,8%[11] e 3,2%[12].

[1] Legge 107/2015, art. 181, lettera e).

[2] Legge 182/2025.

[3] D.M. 334/2021.

[4] D.M. 43/2022.

[5] ISTAT, Offerta di nidi e servizi integrativi per la prima infanzia, anno educativo 2023/24, 2 febbraio 2026.

[6] Legge di bilancio per il 2022, n. 234/2021.

[7] RACC. 14785/22.

[8] ISTAT, Offerta di nidi e servizi integrativi per la prima infanzia, anno educativo 2023/24, 2 febbraio 2026.

[9] RACC. 14785/22.

[10] MIUR, Portale unico dei dati della scuola. Anagrafe studenti.

[11] ISTAT e Università Ca' Foscari di Venezia, "I servizi educativi per l'infanzia in Italia, Anno 2023-2024".

[12] ISTAT, "L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità, Anno 2023-2024".

Nonostante l'indicazione della normativa[13], ancora molte scuole dell'infanzia, nei territori dove l'offerta di servizi educativi per l'infanzia è più carente, accolgono bambini nel terzo anno di vita pur non offrendo loro situazioni educative, sociali e materiali adeguate all'età. La copertura del 33% dei servizi educativi per la prima infanzia era l'obiettivo originario del Piano per asili nido e scuole dell'infanzia e servizi di educazione e cura per la prima infanzia che rientra nella **Missione 4 del PNRR**. Dall'ultima rilevazione risulta che **solo il 48% circa dei fondi è stato utilizzato**[14]. Nonostante la diminuzione dell'obiettivo iniziale da 260.000 a 150.480 posti, con la conseguente riduzione di fondi destinati da 4,6 a 3,24 miliardi, in alcune Regioni l'obiettivo del 33% difficilmente sarà raggiunto. Infatti i solleciti ai Comuni, perché rispondessero positivamente ai bandi statali, non hanno prodotto l'adesione auspicata.

Il Piano pluriennale per la realizzazione, consolidamento e qualificazione del Sistema integrato zerosei per il quinquennio 2021-2025[15] ha definito gli interventi finanziari dello Stato e compartecipati dalle Regioni, indicandone le principali destinazioni di spesa, tra cui la riduzione del contributo richiesto alle famiglie dai Comuni per la frequenza dei servizi educativi per l'infanzia pubblici o privati convenzionati. Nell'anno 2023-24 tutte le Regioni, ad esclusione di Calabria e Sicilia, hanno adottato misure diverse per l'abbattimento delle rette richieste alle famiglie (perlopiù in misura proporzionale al loro reddito), anche utilizzando risorse derivanti dai fondi europei FSE e FSC e spesso integrando il Bonus asilo nido erogato dall'INPS. Vi è la necessità che in Conferenza Unificata venga approvato urgentemente il nuovo piano pluriennale per garantire continuità nell'erogazione dei servizi educativi e nel sostegno all'attuazione del sistema integrato.

Come previsto dal D.lgs. 65/2017 art.7, nell'ultimo triennio, nella gran parte del territorio nazionale sono stati istituiti i CPT (coordinamenti pedagogici territoriali) d'intesa tra Enti locali, Regioni e Uffici scolastici regionali, che riuniscono i coordinatori pedagogici operanti nei servizi educativi per l'infanzia e nelle scuole per l'infanzia operanti nel territorio. Tuttavia, l'incerta attribuzione della funzione di coordinatore pedagogico nelle scuole dell'infanzia statali, spesso attribuita a un referente, ostacola la loro partecipazione ai CPT.

Nel 2025 sono state adottate le **Nuove Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione**[16] che entreranno in vigore dall'anno educativo 2026/2027. Le loro premesse culturali e l'impianto pedagogico sono stati oggetto di numerose critiche da parte di accademici, pedagogisti, insegnanti e associazioni del settore, che ne hanno evidenziato gli elementi di discontinuità rispetto alle Indicazioni del 2012, integrate nel 2018.[17]

Permangono forti criticità riguardo il **reclutamento del personale educativo sia nei servizi educativi che nelle scuole dell'infanzia**. Sulla carenza di educatori pesa, soprattutto, il numero insufficiente di laureati in Scienze dell'Educazione con indirizzo specifico per la prima infanzia rispetto al fabbisogno, oltre ai molti pensionamenti in corso e la bassa attrattività della professione per le condizioni contrattuali sfavorevoli soprattutto nel settore privato. Ciò determina un aumento progressivo della quota di educatori assunti senza il titolo previsto, mettendo a rischio la qualità dell'offerta educativa. Per fare fronte a questa emergenza nel 2025 è stata estesa ulteriormente la fase transitoria relativamente ai titoli di studio ammessi[18]. Anche nella scuola dell'infanzia, per la scelta preferenziale di molti laureati in Scienze della Formazione primaria di lavorare nella scuola primaria, si registra una consistente carenza di insegnanti che, in diversi territori, porta a ricorrere a personale non qualificato. In particolare, la separazione dei percorsi di formazione universitaria per educatori e insegnanti limita fortemente l'accesso al lavoro di entrambe le figure professionali nei due settori del

[13] D.lgs. 65/2017 art.14.

[14] Dati pubblicati il 30/03/2026 sul portale della Ragioneria Generale dello Stato (ReGis).

[15] DCM 706/2022. Piano pluriennale per il Sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita ai sei anni per il quinquennio 2021-2025.

[16] D.M. 9 dicembre, n.221. Regolamento recante Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione.

[17] Michelini M.C. e La Rosa V. (a cura di), Scuola futura. Indicazioni Nazionali 2025: scenari pedagogici, interrogativi e prospettive, Cultura pedagogica e scenari educativi, 3(2). 2025. Si veda il seguente link.

[18] Legge 109/2025.

sistema integrato, ostacolando anche la continuità educativa del percorso educativo da zero a sei anni. È auspicata da molte parti e da tempo l'offerta di una formazione universitaria con un percorso specifico unico per lo zerosei (3+2) che qualifichi il personale educativo per entrambi i segmenti.

Nel 2024, sono state regolamentate le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista e sono stati istituiti i relativi albi professionali[19]. La legge rende obbligatoria l'iscrizione all'albo degli educatori professionali anche per gli educatori dei servizi educativi per l'infanzia.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, alle **Regioni** e agli **Enti locali** di adoperarsi per sanare i divari nell'offerta di servizi educativi per l'infanzia nei diversi territori;
2. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, alle **Regioni** e agli **Enti locali** di coordinarsi per segnalare i fabbisogni del personale in ogni territorio al Ministero dell'Università e Ricerca affinché gli Atenei si attivino per garantire un'offerta formativa congruente;
3. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** e al **Ministero dell'Università e della Ricerca** di adoperarsi con urgenza per revisionare i curricula dei due percorsi universitari in Scienze dell'Educazione a indirizzo specifico e in Scienze della Formazione primaria e istituire un nuovo percorso universitario per il personale dei due segmenti del Sistema integrato zerosei.

[19] Legge 55/2024. Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione dei relativi albi professionali.

2. SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA E ASSISTENZA SANITARIA

Nonostante siano trascorsi più di 20 anni dalla pubblicazione delle **"Raccomandazioni per la somministrazione dei farmaci a scuola"**[20] da parte del Ministero della Salute e MIUR, poi ribadite con Circolare n.321 del 10.01.2017 del MIUR, e alcune sentenze[21] a conferma di tale diritto la somministrazione di farmaci a scuola continua a rappresentare un tema di grande rilevanza nell'ambito dell'inclusione e della tutela della salute di studenti e studentesse e una necessità ancora non pienamente soddisfatta. Nel mentre le istituzioni scolastiche si trovano a dover gestire richieste che ricevono sempre più frequentemente, per garantire il diritto allo studio e alla salute agli alunni con patologie croniche o condizioni temporanee che necessitano dell'assunzione di medicinali durante l'orario scolastico. Ed è in questo contesto che la collaborazione tra scuola, famiglia e servizi sanitari diventa fondamentale per garantire un intervento sicuro, tempestivo ed efficace.

La somministrazione di farmaci in ambito scolastico, dietro prescrizione medica e sulla base di uno specifico protocollo individualizzato e formalizzato tra scuola, ASL e famiglia, dovrebbe sempre essere garantita per consentire agli studenti che ne necessitano, di frequentare regolarmente e in sicurezza le lezioni senza compromettere il loro stato di salute fisico e psichico.

È importante sottolineare che ancora oggi l'unico documento in cui viene formalizzata tale esigenza è rappresentata dalle sopra citate "Raccomandazioni per la somministrazione dei farmaci a scuola" e successiva Circolare che specificano chiaramente che la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci si basa su un principio di volontarietà. "Qualora, invece, la somministrazione del farmaco preveda il possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecnica, la competenza al riguardo spetta all'AUSL, che indivi-

[20] Ministero della Salute e MIUR-Nota n. 2312 del 25/11/2005. Si veda il seguente link.

[21] Tribunale del lavoro di Roma n.2779/02; tribunale di Santa Maria Capua Vetere Sezione Lavoro R.G.n.12287/04, R.Ord. n.846/04; Tribunale di Ancona-Sezione I.R.G. n.199196/05 e successive

duerà il personale e le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico [...]". Per questo motivo, le scuole dovrebbero predisporre procedure chiare e condivise, che includano piani individualizzati di intervento e di gestione delle emergenze, come crisi allergiche/asmatiche (e apposite segnalazioni al 112 riguardanti alunni/studenti a rischio di anafilassi)[22], diabetiche[23], epilettiche e altre situazioni patologiche che ne richiedano la necessità.

La somministrazione dei farmaci avviene su richiesta formale della famiglia, corredata da certificazione medica che specifica il/i farmaco/i, la modalità di somministrazione, tempi e dosaggi. Il personale scolastico coinvolto, che ha dato disponibilità volontaria alla somministrazione, deve essere formato adeguatamente per gestire gli specifici casi, nel rispetto delle normative vigenti e dei protocolli stabiliti.

È importante ribadire quanto previsto dalla normativa che pone limiti molto chiari: l'intervento non deve richiedere competenze sanitarie specifiche né comportare valutazioni tecniche. Il volontario alla somministrazione non può decidere autonomamente se e quale farmaco somministrare, né modificare dosaggi e modalità: deve limitarsi ad applicare istruzioni già definite in modo preciso dalla certificazione medica. È per questo motivo che, in alcuni casi specifici, come nel caso di allergie in condizioni di gravità, dove esiste la possibilità di dover scegliere la tipologia di farmaco da somministrare in funzione della crisi in atto, dell'eventuale necessità di ripetizione della somministrazione e del riconoscimento tempestivo dei sintomi prodromici dell'insorgenza della crisi, spesso non si trova la disponibilità di volontari per l'effettuazione della somministrazione.

Inoltre parte integrante della tutela dei minorenni in ambito scolastico è la conoscenza dei fattori di rischio che possono scatenare le crisi per le patologie per le quali è stata richiesta la somministrazione dei farmaci in orario scolastico ed extrascolastico laddove sono previste delle attività.

Devono quindi essere garantite le misure di abbattimento/mitigazione dei rischi anche attraverso l'adozione di misure preventive[24] e di formazione volte a creare un ambiente scolastico sicuro e personale scolastico consapevole e formato alla gestione delle necessità degli studenti per rispondere al principio dell'obbligo di vigilanza[25]. L'obbligo di vigilanza vige anche per tutto il tempo in cui l'allievo, soprattutto se minorenne, è affidato alla scuola per uscite e viaggi di istruzione. Sensibilizzare studenti e personale sui temi della salute, dell'autonomia e della gestione delle patologie anche attraverso la conoscenza e l'adozione di misure di prevenzione (PNP 2026-2031)[26], favorisce una cultura dell'accoglienza e della responsabilità condivisa.

Per rispondere ai bisogni di salute e diritto all'istruzione degli alunni che necessitano di farmaci[27], è necessario promuovere una rete di collaborazione efficace tra scuola, ASL, famiglie, con il supporto delle Associazioni pazienti e del Terzo settore, possibile solo in un contesto educativo inclusivo e attento alle diverse esigenze, come indicato dall'Accordo Stato regioni "Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute"[28].

Un esempio di fruttuosa collaborazione è il Protocollo d'intesa sottoscritto tra Regione Lombardia e USR Lombardia a giugno 2025[29] nel quale sono state recepite delle richieste delle Associazioni dei pazienti, e che auspichiamo venga adottato a livello nazionale.

[22] FederAsma e Allergie Odv-SIAIP, "Raccomandazioni per la gestione del bambino allergico a scuola" riconosciute dalla GARD Italia-Ministero della Salute. Si veda il seguente link.

[23] Piano sulla malattia diabetica approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012.

[24] Si veda il seguente link.

[25] Il cosiddetto culpa in vigilando è disciplinata dall'art. 61 della Legge 312/ 1980, (in parte trasfuso nell'art. 574 del Testo Unico sull'Istruzione, D.lgs. 297/94) e dal Testo Unico sulla sicurezza (D. Lgs. 81/08).

[26] Ministero della Salute. Si veda il seguente link.

[27] ISTAT anno 2023. Rilevazione sullo Stato di Salute in Italia. Si veda il seguente link.

[28] Accordo stato regioni 17/01/2019, Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute. Si veda il seguente link.

[29] Si veda il seguente link e nel seguente link.

Il Protocollo infatti, oltre a dare chiara definizione delle tempistiche per la presa in carico della richiesta e la definizione del piano individuale di intervento, prevede sia le misure di prevenzione utili a contrastare l'insorgenza delle crisi che necessitano della somministrazione dei farmaci, sia la garanzia di intervento per la loro somministrazione[30].

Una disponibilità importante, in una regione che nell'Anno Scolastico 2023/2024 ha gestito circa 4.000 richieste di somministrazione farmaci a scuola[31] e la gestione di interventi connessi a patologie croniche durante l'orario scolastico.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** e al **Ministero della Salute** in accordo con le **Regioni** di aggiornare e rendere omogenei i protocolli per la somministrazione dei farmaci a scuola, riducendo le disomogeneità territoriali, prevedendo procedure chiare, modulistica standardizzata e indicazioni operative vincolanti al fine di garantire equità di accesso e sicurezza per tutti gli studenti;
2. **Al Ministero dell'Istruzione e del Merito** in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale di introdurre percorsi di formazione strutturati e periodici rivolti al personale scolastico che si è reso disponibile volontariamente alla somministrazione dei farmaci a scuola volti a far conoscere le misure di prevenzione dei rischi e la gestione delle emergenze per le specifiche necessità derivanti dalla richiesta di somministrazione dei farmaci ricevute dalle famiglie nonché l'adozione di modelli organizzativi integrati che favoriscano la comunicazione costante tra istituzioni scolastiche, famiglie e servizi sanitari territoriali e la collaborazione delle Associazioni dei pazienti;
3. Alle **Regioni** e agli **Uffici Scolastici Regionali (USR)** di adottare un protocollo come quello siglato dalla Regione Lombardia.

3. LA DISPERSIONE SCOLASTICO-FORMATIVA

L'abbandono scolastico è uno dei fenomeni più gravi che riguardano i minorenni, per gli effetti sulla vita e sociali. Pur in calo, resta rilevante. I principali indicatori sono il tasso ELET *(Early Leaver from Education and Training)* e le percentuali di dispersione calcolate dal Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM). **Nel 2025 il dato Istat sugli ELET è pari all'8,2%**, sotto il target UE del 9%. Restano però divari territoriali: 10,1% nel Mezzogiorno, contro 6,9% nel Nord e 7,7% nel Centro, con picchi del 13,7% in Sicilia e 13,6% in Sardegna. Sale al 26,2% tra gli studenti con cittadinanza straniera, pur

[30] Come ad esempio: 1) è stato definito il termine di 10 giorni entro i quali le scuole devono dare risposta alle richieste avanzate dalle famiglie; 2) l'attenzione alla qualità degli ambienti scolastici e ai fattori di rischio in essi presenti. Rep. Atti n.124/CU del 18/11/2010 - Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 281/1997. Si veda il seguente link. 3) l'attenzione alla somministrazione dei pasti, DM 28 ottobre 2021, Definizione ed aggiornamento delle "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica". 4) l'impegno a fornire personale sanitario nei casi in cui non possano essere attuate altre soluzioni. DM 77/2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale; Piano Nazionale della Cronicità 2017 e aggiornamento 2024; Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026 approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 24 maggio 2023.

[31] Si veda Protocollo quadro d'intesa tra Regione Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci e/o gestione dispositivi medici a scuola, pag.3, al seguente link.

in miglioramento rispetto al 2022[32]. I dati Ministero dell'Istruzione e del Merito mostrano una riduzione della dispersione dopo il peggioramento registrato tra l'a.s. 2019-2020 e il 2021-2022[33].

L'abbandono rappresenta un fallimento del tessuto sociale. Sulla prevenzione incidono diversi fattori, tra cui didattica, benessere scolastico, orientamento, servizi per l'infanzia, presa in carico delle difficoltà familiari e abitative e istruzione del nucleo familiare. Permangono criticità nel reclutamento e formazione dei e delle insegnanti, nel riconoscimento del malessere scolastico, nel rinnovamento didattico, nel contrasto a violenza e discriminazioni, nella partecipazione studentesca, nel supporto alle fragilità e nell'apprendimento permanente, in particolare tramite i Centri Provinciali di Istruzione per gli Adulti.

Sul versante dell'intervento, centrale è **la tempestiva segnalazione dei casi a rischio di abbandono:** limiti e difformità emergono già nell'obbligo di istruzione e aumentano nell'obbligo formativo e nell'istruzione professionale. Le scuole sono disincentivate a segnalare l'abbandono poiché le risorse dipendono dal numero di iscritti. Pesano inoltre la frammentazione delle banche dati e l'assenza di un sistema nazionale di rilevazione della mancata iscrizione.

Alle carenze nelle segnalazioni si affiancano **difficoltà di risposta**: fragilità nei percorsi di riorientamento, scarse alternative alla frequenza ordinaria, eterogeneità dell'IeFP - Istruzione e Formazione Professionale e limitata attrattività per chi ha già abbandonato. Si aggiungono difficoltà dei servizi sociali territoriali nella presa in carico, anche a causa di reti locali deboli.

Accanto alla dispersione, è sempre più rilevante il mancato apprendimento, detto anche **dispersione implicita**: al termine del secondo ciclo, **il fenomeno si attesta all'8,7% nel 2025**, in aumento rispetto al 6,6% del 2024; nel 2019 era al 7,5% e nel 2021 al 9,7%. Anche qui emergono **forti divari regionali**: le regioni con bassa dispersione implicita (< 5%) sono soprattutto del Nord, quelle ad alta dispersione del Sud (> 10%). Coinvolge più i ragazzi (10,7%) delle ragazze (6,7%) e gli studenti di famiglie svantaggiate. La quota tra prime (7,1%) e seconde generazioni (7,3%) è prossima a quella degli studenti italiani (8%). Il divario tra studenti di famiglie avvantaggiate e svantaggiate si riduce lungo il percorso scolastico, passando da 7,4 punti percentuali alla fine del primo ciclo a 4,5 alla fine del secondo[34].

Per i fattori istituzionali vale quanto detto sulla dispersione. Si aggiungono il divario tra pratiche didattiche diffuse e quelle supportate dalla ricerca, la variabilità nella qualità dell'insegnamento, la limitata capacità di accompagnare gli studenti nell'apprendimento e la debolezza degli interventi di recupero (normati dal DM 80/2007, ma senza fondi dedicati né adeguato monitoraggio); incide inoltre l'insufficiente adattamento didattico al contesto cognitivo, con maggiore dispersione dell'attenzione e livelli elevati di ansia.

Quanto al contesto, rilevano un'offerta culturale, ricreativa, musicale e sportiva diseguale tra territori, fondata sulla spesa familiare, e la debolezza dell'educazione informale e non formale. Tale dimensione è colta dal concetto di povertà educativa, da tempo in uso ma qualificato nel 2023 dalla Commissione scientifica interistituzionale ISTAT, che ha definito un framework concettuale e un set di indicatori condivisi per misurare il fenomeno a livello territoriale, distinguendo tra povertà di risorse — carenza di opportunità educative nel contesto familiare, scolastico e territoriale — e povertà di esiti — mancata acquisizione di competenze cognitive, sociali e personali[35].

Gli iscritti ai percorsi IeFP sono diminuiti da circa 322 mila nel 2015-16 a 210.440 nel 2022-23, per la contrazione della sussidiarietà negli istituti professionali; la distribuzione resta squilibrata: nel 2022-23 quasi due terzi degli iscritti si concentrano nel Nord; la partecipazione è prevalentemente maschile, con una percentuale di maschi tra gli iscritti del 59,8%[36].

Abbandono scolastico e mancati apprendimenti alimentano **il fenomeno dei NEET** *(Not in Education, Employment or Training)*, evidenziando la continuità tra

[32] ISTAT, Audizione […] indagine conoscitiva su povertà educativa […], Senato […], 7 ottobre 2025.

[33] MIM / Ufficio di Statistica, dati sulla dispersione scolastica (gli ultimi dati disponibili riguardano l'a.s. 2023/24).

[34] INVALSI, Rapporto, Roma 2025.

[35] Si veda il seguente link. Per approfondimento si veda anche paragrafo "Bambini e adolescenti in condizioni di povertà in Italia" del presente Rapporto.

[36] INAPP, XV Rapporto di monitoraggio […] diritto dovere. A.F. 2015-16, Roma 2017 e INAPP, XIX Rapporto di monitoraggio […] IeFP a.f. 2019-2020, Roma 2025.

abbandono, esclusione formativa e debole integrazione nel lavoro. Nel 2025 i NEET sono il 13,2% dei 15-29enni, in calo rispetto al 15,9% del 2023. Considerando i dati per titolo di studio, vediamo come più di un terzo (34,1%) dei NEET nel 2025 non è andato oltre la licenza media, mentre i laureati sono circa il 12%[37].

Il contrasto alla dispersione ha un posto di rilievo in vari piani nazionali, tra cui il 6° Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025-2027 (azioni 5 e 8), il Piano Nazionale Interventi e Servizi Sociali 2024-2026 e il Piano di azione nazionale per l'attuazione della Garanzia Infanzia (azione 3).

Negli ultimi anni, la strategia nazionale di contrasto del fenomeno si è basata sul c.d. **PNRR "divari"**[38] – che destina circa € 1,3 miliardi agli istituti con maggiori difficoltà per potenziare le competenze di base e contrastare l'abbandono scolastico – e sui programmi "**Agenda Sud" e "Agenda Nord"**, cui concorrono risorse diversificate e che mirano a contrastare dispersione e fragilità negli apprendimenti fin dalla primaria, con quasi € 1 miliardo[39]. Le risorse investite nelle regioni target dell'Agenda Sud, parametrate al numero di studenti del primo e secondo ciclo, sono quasi il doppio di quelle investite nelle regioni target dell'Agenda Nord.

Parallelamente, le nuove **Linee guida sull'orientamento**[40] sono state accompagnate da un investimento di € 319 milioni per docenti tutor e orientatori. Il rinnovato interesse per l'orientamento è positivo, ma si segnala un arretramento nel coordinamento tra filiere (scuola/politiche attive del lavoro).

Tra le misure connesse si richiama il d.l. 123/2023 (cd. "Decreto Caivano"), che rafforza le procedure di segnalazione, ma ha spostato il baricentro verso la punizione più che verso prevenzione e coinvolgimento dei nuclei familiari.

Rilevano inoltre: P.I.P.P.I., divenuto LEP con la Legge di bilancio 2022, finanziato con fondi PNRR, FNPS e PN Inclusione per circa 189 milioni di euro nel quadriennio 2025-29; i Patti educativi di comunità, oggi privi di una politica pubblica di riferimento e risorse dedicate; la presenza di educatori a scuola[41] e il Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile, dotato tra 2016 e 2024 di ca. € 800 milioni, prorogato con un ammontare solo simbolico sino al 2027 con la Legge 15/2025.

In conclusione, **la dispersione scolastica segue due andamenti: migliorano i tassi di abbandono, mentre resta elevato il rischio di dispersione implicita**. Le due facce della dispersione si sommano, rafforzando le disuguaglianze sociali e territoriali. In relazione all'abbandono scolastico, le politiche dell'ultimo decennio e l'impegno corale di istituzioni e società civile hanno prodotto risultati; il problema però si concentra in alcuni territori e probabilmente sulle categorie più svantaggiate – pur mancando dati disaggregati in tal senso. La continuità degli investimenti è positiva, ma resta un limite strutturale: non c'è una base conoscitiva adeguata a orientare politiche efficaci sulle disuguaglianze educative. Investimenti rilevanti hanno mirato al miglioramento degli apprendimenti, in particolare nel Mezzogiorno; le risorse per l'istruzione sono leggermente aumentate tra il 2015 e il 2022[42] e cresciute con il PNRR. Gli effetti non emergono ancora nei dati sugli apprendimenti, in calo. Investimenti anche ingenti, se non accompagnati da una riforma strutturale del settore educativo, costruita dal basso e articolata con altri ambiti e filiere istituzionali, difficilmente produrranno risultati efficaci ed equi.

Infine, l'accesso all'istruzione e formazione professionale è diminuito nell'ultimo decennio e, oltre a essere concentrato al Nord e a prevalenza maschile, non rappresenta oggi una risposta efficace alla dispersione.

[37] Si veda il seguente link.

[38] Missione 4, Componente 1 del PNRR - Investimento 1.4. Cfr. DM 170/2022, DM 19/2024 e DM 41/2024.

[39] Per Agenda Sud cfr. DM 176/2023 e DM 175/2025, per Agenda Nord cfr. DM 102/2024 e 176/2025. Le risorse che le finanziano provengono da: PNRR, PON "Per la scuola" 2014-2020, POC 2014-2020 e PN "Scuola e competenze" 2021-2027.

[40] Ministero dell'istruzione e del merito, DM 328/2022 di adozione delle Linee guida per l'orientamento, relative alla riforma 1.4 "Riforma del sistema di orientamento", nell'ambito della Missione 4 – Componente 1 – del Piano nazionale di ripresa e resilienza, finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU.

[41] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Il diritto all'istruzione delle persone di minore età con disabilità" del presente Rapporto.

[42] OECD, *Education at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2025, Figure C1.4.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di consolidare un'anagrafe scolastica nazionale, interoperabile con banche dati comunali, sistema della formazione professionale e dorsale lavoro, per attivare tempestivi meccanismi di allerta e presa in carico per minorenni a rischio di abbandono, fuoriusciti dai percorsi o non iscritti;
2. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di rafforzare i sistemi informativi su dispersione e povertà educativa e introdurre una valutazione stabile e obbligatoria dell'impatto delle politiche educative, integrando le evidenze prodotte da enti pubblici, ricerca e servizi territoriali, per orientare la programmazione degli interventi;
3. Al **Governo** di promuovere investimenti territoriali integrati, con regia pubblica condivisa tra filiere istituzionali e coinvolgimento di attori privati e privato sociale, per prevenire e contrastare abbandono scolastico e mancato apprendimento in territori circoscritti ad alta povertà educativa.

4. IL DIRITTO ALL'ISTRUZIONE PER LE PERSONE DI MINORE ETÀ DI ORIGINE STRANIERA

La composizione studentesca della scuola italiana si presenta sempre più plurale in termini sociali, economici, culturali e nazionali ed è in buona parte frutto dei processi di immigrazione che da oltre 50 anni coinvolgono e trasformano la nostra società. **Nell'anno scolastico 2024/2025 gli studenti** iscritti nella scuola italiana sono in tutto 7.899.593, dei quali **936.359 di cittadinanza estera, l'11,9%**[43]**.** Nel 2014/2015 i numeri erano, rispettivamente, pari a 8.886.076 studenti, 814.187 dei quali con background migratorio. Questi ultimi incidevano per il 9,3%, anticipando la quota che, a distanza di 10 anni, la popolazione di origine straniera raggiunge sul totale della popolazione residente. In sostanza, nell'ultimo decennio la popolazione studentesca si è complessivamente ridotta di 986.483 iscritti, risultato della drastica perdita di 1.108.655 studenti italiani, compensata parzialmente dall'incremento di 122.172 unità di quelli con background migratorio. Percentualmente gli studenti complessivi sono diminuiti dell'11,1%, quelli di cittadinanza italiana del 13,7%, diversamente da quelli di cittadinanza estera che sono aumentati del 15,0%.

A perdere percentualmente più iscritti è stata la scuola dell'infanzia, con un calo complessivo del 25,6% (-27,4% tra gli alunni italiani e -10,2% tra gli alunni di origine straniera); il secondo posto per calo di studenti spetta alla scuola primaria, i cui iscritti sono scesi in 10 anni del 15,6% (-19,1% gli italiani a fronte del +14,9% di alunni di origine straniera); la secondaria di I grado ha registrato una riduzione del 7,6% (-11,5% gli italiani e +29,2% quelli con background migratorio) e la secondaria di II grado si è mantenuta stabile (+0,2%: -1,7% gli italiani e +25,0% gli studenti di origine straniera).

In sintesi, **negli ultimi dieci anni gli studenti di cittadinanza italiana – nonostante le tante naturalizzazioni di bambini/e e ragazze/i con background migratorio – sono diminuiti costantemente in tutti i livelli scolastici; al contrario, gli alunni di origine straniera – di prima generazione e, ancor più, di nascita italiana – sono sempre aumentati**. **Unica eccezione la scuola dell'infanzia**, dove si iniziano a rilevare riduzioni significative che andranno monitorate e comprese. In generale, da qualche anno si osserva una lenta inversione di tendenza, con gli alunni di cittadinanza non italiana che iniziano anch'essi a calare o che, comunque, non aumentano più ai ritmi del passato, perlopiù a causa delle politiche nazionali di chiusura ai nuovi flussi di ingresso e del calo delle nascite anche tra le famiglie di origine straniera. In particolare, nel passaggio dal 2023/2024 al 2024/2025 non sono diminuiti soltanto gli alunni italiani (-140.452, -2,0%), ma in misura lieve anche quelli con background migratorio nati in Italia, calati di 2.772 unità (-0,5%); un lieve incremento si è registrato solo per la totalità degli studenti con passato migratorio (+5.036 in tutta Italia, +0,5%). Fanno eccezione solo i due gradi delle scuole secondarie, che anche nell'ultimo anno scolastico hanno visto aumentare tanto gli alunni con background migratorio nati

[43] G. Demaio, F. Di Lecce, "Alunne e alunni con cittadinanza straniera: una presenza storica, ma con tante criticità irrisolte", in Centro Studi e Ricerche Idos, Dossier Statistico Immigrazione 2026, Edizioni Idos, Roma, 2026, pp. 192-196.

all'estero quanto quelli nati in Italia: rispettivamente +4,5% e +2,4% nelle secondarie di I grado e +0,9% e +2,4% in quelle di II grado. Viceversa, la flessione maggiore si è avuta nella scuola dell'infanzia, in cui è sceso del 4,6% il numero degli iscritti di origine immigrata e del 5,6% quello dei nati in Italia.

L'incidenza media degli studenti di cittadinanza non italiana (11,9%) si differenzia – anche significativamente – a livello regionale o per tipologia di scuola. **Tra le regioni italiane, 9 si collocano al di sotto della media nazionale**: Sardegna (3,2%), Puglia, Campania, Molise e Sicilia (dal 4,0% al 4,5%), Calabria e Basilicata (sopra il 5%), Valle d'Aosta e Abruzzo (poco sotto il 9%). Un gruppo di **altre 8 regioni, invece, raggiunge valori decisamente superiori alla media**: Emilia-Romagna (19,3%), Lombardia (17,9%), Liguria (17,4%), Toscana, Veneto e Piemonte (circa il 16%), Friuli-Venezia Giulia e Umbria (intorno al 15%). Considerando poi i quattro gradi scolastici, la scuola primaria è quella in cui l'incidenza degli alunni di origine straniera tocca la percentuale massima del 14,1%, subito dopo si collocano la scuola secondaria di I grado con il 13,4% e quella dell'infanzia con il 12,4%, mentre il valore scende all'8,7% nella secondaria di II grado. In valori assoluti il numero più alto di allievi con cittadinanza estera si rintraccia nella scuola primaria, che ne conta 335.391 (il 35,8% degli studenti stranieri iscritti in Italia), seguono la secondaria di II grado, con 234.281 allievi (25,0%), quella di I grado (215.773 e 23,0%) e la scuola dell'infanzia (150.914 e 16,1%).

Oltre 6 alunni di cittadinanza non italiana su 10 (64,5%) sono bambini/e e ragazzi/e nati in Italia, in tutto 604.397, iscritti per il 37,6% nella scuola primaria, per il 22,1% in quella dell'infanzia, per il 20,4 nella secondaria di II grado e per il restante 19,9% in quella secondaria di I grado. La loro incidenza tra gli alunni di cittadinanza estera supera la media nella scuola dell'infanzia, dove sono 8 su 10 (79,8%) e in quella primaria (quasi 7 su 10), dunque tra i più piccoli. Tuttavia, il livello in cui aumentano di più è quello delle scuole superiori, dove nel precedente anno scolastico hanno avuto un decisivo incremento (+4% circa in ciascun grado delle secondarie) e nel 2024/2025 un ulteriore +2,4% (sempre in ciascun grado).

Tra gli studenti con cittadinanza non italiana ci sono anche i neoiscritti (o iscritti per la prima volta), ovvero quelli che in precedenza non erano in età da obbligo scolastico o che non si erano potuti iscrivere o che sono arrivati durante l'anno, tra cui anche i minorenni stranieri non accompagnati. **Nell'a.s. 2024/2025 a iscriversi per la prima volta sono stati in 20.585** (-8,5% rispetto ai 22.504 dell'anno precedente), **inseriti per il 75,5% direttamente nella scuola secondaria** (38,6% in quella di I grado e 36,9% in quella di II grado) e per il restante 24,5% nella primaria. Rappresentano per la scuola una delle sfide più impegnative, soprattutto negli ultimi livelli scolastici, arrivando con una bassa conoscenza dell'italiano e del nostro sistema d'istruzione; dall'altro canto, rappresentando appena il 2,2% di tutti gli studenti con cittadinanza non italiana (lo 0,3% dell'intera popolazione studentesca), sarebbero un gruppo facilmente gestibile potenziando tutte le risorse – economiche e professionali – indispensabili al loro supporto.

Complessivamente, gli studenti con cittadinanza non italiana sono originari per la metà (49,7%) di **cinque principali Paesi** – Romania (15,5% del totale), Albania (12,4%), Marocco (12,2%), Cina (5,1%) e Egitto (4,5%) – cui seguono Ucraina (4,0%), India (3,8%), Bangladesh (3,5%), Perù (3,2%) e, con numeri più bassi, **un lungo elenco di altre nazionalità** (se ne contano quasi 200 nelle classi scolastiche). Di fronte a una tale pluralità di storie, lingue, culture, modelli educativi, è davvero difficile comprendere e condividere l'impostazione delle nuove Indicazioni nazionali per la scuola dell'infanzia e per il primo ciclo d'istruzione, che sembrano proporre per tutti il modello unico dell'identità nazionale italiana e occidentale. Si conferma, al contrario, come centrale e **imprescindibile l'importanza di un approccio fortemente interculturale,** aperto alle storie di tutti i continenti e competente nel sostenere chi ha più bisogno di supporto (anche linguistico).

Unica nota parzialmente positiva, in tal senso, è stata l'introduzione nel 2016 della classe di concorso A23 - Lingua italiana per discenti di lingua straniera (cui però non è seguito un numero adeguato di posti messi a concorso) e successivamente, con il Decreto legge 71/2024, la previsione dell'insegnante di italiano L2 in tutte le classi in cui gli studenti di origine straniera che si iscrivono per la prima volta o che non possiedono competenze in italiano pari al livello A2 del QCER siano pari o superiori al 20%. Un passo avanti ma insufficiente, dal momento che il docente di italiano L2 andrebbe inserito ordinariamente in ogni istituto scolastico, al di là del numero di allievi non italofoni presenti, anche

perché in Italia hanno diritto a iscriversi alla scuola dell'obbligo in qualunque momento dell'anno.

Non è invece ancora assicurata nelle scuole, nonostante lo si chieda da decenni, **la presenza stabile di mediatori interculturali** che possano accompagnare e sostenere non solo gli studenti di origine straniera, ma anche le loro famiglie, gli studenti e le famiglie italiane e gli stessi insegnanti, tutti chiamati a vivere in una società sempre più multiculturale.

Si evidenzia, infine, un "*implementational gap*" tra un'ottima policy che assicura l'accoglienza del minorenne di origine straniera a scuola in ogni momento dell'anno e il procrastinare l'entrata effettiva nell'istruzione professionale al prossimo settembre quando il minorenne entra nel territorio da febbraio in poi. La strutturazione per annualità scolastiche settembre-giugno risulta inefficace e inefficiente per formare il minorenne straniero.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento** e al **Governo** di sostenere e potenziare le risorse finanziarie, professionali e strumentali destinate alla scuola affinché questa possa accogliere con competenza tutti gli studenti e studentesse, particolarmente se di origine immigrata;
2. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, di estendere la figura del docente di italiano L2 a tutte le scuole e classi, indipendentemente dal numero di alunni stranieri presenti; istituire la figura del mediatore interculturale in tutte le scuole; attivare in tutti gli ordini di scuola un piano di interventi sistemici e ordinari di sostegno agli alunni di origine straniera e alle loro famiglie (supporto allo studio pomeridiano, *peer tutoring*, promozione del volontariato, ecc.) in continuità con le linee guida ministeriali "Orientamenti interculturali";
3. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, di ragionare su nuove metodologie per il completamento dell'obbligo formativo dei minorenni di origine straniera cui manca meno di un anno per la maggiore età: l'istituzione scolastica di II grado dovrebbe proporre progettualità formative brevi e finalizzate all'inserimento lavorativo e una reale integrazione.

5. IL DIRITTO ALL'ISTRUZIONE DELLE PERSONE DI MINORE ETÀ CON DISABILITÀ

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD)[44] e la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) continuano a rappresentare il principale quadro di riferimento per la tutela del diritto delle persone di minore età con disabilità all'istruzione, alla partecipazione e alla piena inclusione nei contesti educativi, ricreativi, formativi e sociali.

In tale prospettiva, **l'inclusione scolastica non può essere ricondotta esclusivamente alla previsione di misure di sostegno,** ma richiede la predisposizione di contesti accessibili, flessibili e, soprattutto, capaci di rispondere alle differenti modalità di apprendimento e partecipazione di ciascun/na bambino/a con disabilità. Al tempo stesso, il contesto scolastico non può essere considerato quale ambito separato dagli altri contesti di vita della persona, ma deve necessariamente raccordarsi, più in generale, con il più ampio progetto di vita del minorenne, al fine di garantire coerenza, continuità e unitarietà ai percorsi e agli interventi messi in campo.

Una simile prospettiva richiede, inoltre, il superamento di approcci frammentari o emergenziali anche nell'attuazione delle politiche per l'inclusione scolastica.

Il sistema italiano, specie attraverso il d.lgs. n. 66/2017[45], ha progressivamente puntato a rafforzare un buon modello di inclusione scolastica, tuttavia, anche nel periodo oggetto del presente monitoraggio, continuano ad emergere significative criticità sul piano della sua concreta attuazione, con particolare riferimento alla qualità e continuità dei sostegni, all'effettiva accessibilità dei contesti, alla partecipazione ai processi decisionali, al coordinamento tra i diversi interventi e alla persistente disomogeneità territoriale nell'accesso ai servizi.

Permangono, innanzitutto, rilevanti **difficoltà nella concreta attuazione del Piano Educativo Individua-**

[44] Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD). Si veda il seguente link.

[45] Decreto legislativo 66/ 2017, recante "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della Legge 107/2015". Si veda il seguente link.

lizzato (PEI)[46], a causa di vincoli organizzativi o finanziari, carenze di coordinamento e ritardi nell'assegnazione delle misure di sostegno. Continua, altresì, a registrarsi una limitata attenzione agli interventi sul contesto e ai facilitatori ambientali, che costituiscono invece elementi centrali nell'approccio bio-psico-sociale richiamato dalla classificazione ICF e dalle Linee guida sul profilo di funzionamento. Tali Linee guida, tuttavia, risultano ad oggi sostanzialmente inattuate e il PEI continua frequentemente ad essere elaborato sulla base delle precedenti certificazioni, che non forniscono gli elementi necessari per la compiuta costruzione di percorsi realmente personalizzati e coerenti con il modello bio-psico-sociale.

A ciò si aggiungono persistenti **criticità relative alla partecipazione effettiva delle persone di minore età con disabilità ai processi decisionali che le riguardano**. Sebbene le Linee guida richiamino espressamente il principio di autodeterminazione e la necessità di coinvolgere l'alunno o l'alunna nelle decisioni relative al proprio percorso educativo, continuano a registrarsi carenze rispetto agli strumenti, alle modalità comunicative e ai sostegni necessari per garantire una reale partecipazione, in particolare per le persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo o disabilità sensoriali.

Permangono altresì significative **criticità relative alla qualità, continuità e qualificazione professionale dei sostegni scolastici**. Continuano infatti a registrarsi elevati livelli di precarietà, frequenti avvicendamenti dei docenti di sostegno e un significativo ricorso a personale privo di adeguata specializzazione, con conseguenze negative sulla continuità educativa e relazionale e sulla possibilità di costruire percorsi realmente individualizzati e coerenti con i principi dell'inclusione scolastica (Rapporto ISTAT a.s. 2024/2025)[47].

In tale contesto, pur prendendo atto delle **recenti misure introdotte in via emergenziale per favorire la continuità didattica** (D.L. n. 71/2024, art. 8), permangono tuttavia rilevanti criticità strutturali che evidenziano la necessità di interventi maggiormente coordinati e orientati ad una visione maggiormente prospettica della continuità e qualità dell'inclusione scolastica. In tale prospettiva, numerose organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità hanno evidenziato **la necessità di rafforzare la stabilità e la qualificazione professionale delle figure impegnate nei percorsi di inclusione scolastica,** anche attraverso il potenziamento dei percorsi di formazione iniziale e in servizio, il rafforzamento delle competenze specialistiche in materia di pedagogia e didattica inclusiva e il dibattito relativo all'istituzione di specifiche classi di concorso per il sostegno, prospettate quale possibile strumento per favorire maggiore continuità educativa e qualità professionale nei percorsi di inclusione.

Con riferimento agli **assistenti all'autonomia e alla comunicazione,** continuano inoltre a registrarsi profonde disomogeneità territoriali relative ai profili professionali, ai requisiti formativi, alle modalità di erogazione dei servizi e alla concreta esigibilità dei sostegni. In tale ambito, assume particolare rilievo il dibattito parlamentare attualmente in corso[48] relativo alla definizione di una disciplina nazionale della figura professionale, che, tuttavia, non può prescindere dal garantire standard qualitativi maggiormente omogenei sull'intero territorio nazionale.

Nel periodo oggetto del presente monitoraggio assumono inoltre particolare rilievo le evoluzioni normative connesse all'attuazione della riforma della disabilità di cui al **decreto legislativo 62/2024**, che rafforza il raccordo tra progetto di vita e PEI, valorizzando una presa in carico maggiormente integrata e coerente con l'approccio bio-psico-sociale della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. La riforma finalmente introduce inoltre un nuovo sistema di valutazione di base e di accertamento della condizione di disabilità orientato al superamento del precedente modello prevalentemente medico-legale e maggiormente coerente con la classificazione ICF e con i principi della Convenzione ONU.

Tale riforma, quindi, potrebbe rappresentare un'im-

[46] Piano Educativo Individualizzato (art. 12 l.n. 104/92 e art. 7 d.lgs. 66/17).

[47] L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità - Anno scolastico 2024-2025. Si veda il seguente link.

[48] Disegno di legge A.C. 2771, già DDL S. 236 (testo unificato con i DDL S. 793 e S. 1141), recante "Modifiche al decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, in materia di promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità", approvato dal Senato il 28 gennaio 2026 e, a luglio 2026, in corso di esame presso la Camera dei deputati.

portante occasione per rafforzare il modello inclusivo italiano e il coordinamento tra i diversi interventi educativi, sociali e sociosanitari che riguardano la persona di minore età con disabilità, superando la frammentazione tra i diversi strumenti di progettazione e sostegno. Tuttavia, trattandosi di un sistema ancora in fase di progressiva implementazione, sarà necessario monitorare attentamente la concreta attuazione della riforma nei territori interessati dalla sperimentazione, anche alla luce dei percorsi di accompagnamento e formazione già avviati a livello nazionale e con il coinvolgimento dell'Osservatorio permanente per l'inclusione scolastica, al fine di verificare l'effettiva capacità del sistema di garantire approcci realmente integrati, personalizzati e coerenti con la logica del progetto di vita.

Continuano inoltre a registrarsi situazioni discriminatorie in ambito scolastico, riconducibili all'inaccessibilità degli ambienti e della comunicazione, alla mancata o tardiva assegnazione dei sostegni, a limitazioni nella partecipazione alle attività scolastiche ed extrascolastiche, alle uscite didattiche e ai Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO), nonché al ricorso a riduzioni dell'orario scolastico non adeguatamente motivate o a modalità di gestione meramente contenitive dei comportamenti.

Permane, infine, la necessità di garantire un tempestivo accesso ai percorsi educativi e formativi fin dalla prima infanzia, nonché di rafforzare il raccordo tra percorso scolastico, orientamento, progetto di vita e transizione verso i successivi percorsi formativi, lavorativi e di vita adulta, assicurando continuità nei sostegni e nella progettazione individualizzata.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, anche d'intesa con il Ministero della Salute, il Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità, le Regioni e l'Osservatorio permanente per l'inclusione scolastica di promuovere attività di monitoraggio, coordinamento e diffusione di pratiche dirette a garantire la concreta attuazione del profilo di funzionamento e un effettivo raccordo tra PEI e progetto di vita, nonché una maggiore uniformità applicativa nei diversi contesti territoriali, anche attraverso l'adozione di apposite linee guida, al fine di evitare che le innovazioni normative introdotte rimangano prive di concreta attuazione;
2. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di adottare misure strutturali finalizzate a garantire la continuità e la qualità dell'inclusione scolastica delle alunne e degli alunni con disabilità, attraverso il rafforzamento della stabilità e della qualificazione professionale del personale impegnato nei percorsi di inclusione, il potenziamento della formazione iniziale e in servizio in materia di pedagogia e didattica inclusiva, il consolidamento delle competenze specialistiche dei docenti di sostegno e il monitoraggio degli effetti delle misure introdotte in materia di continuità didattica e qualità dei sostegni scolastici;
3. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, d'intesa con il Ministero per le disabilità e con l'Osservatorio permanente per l'inclusione scolastica, di rafforzare i sistemi di monitoraggio sull'attuazione dei PEI e sulla concreta partecipazione scolastica delle persone di minore età con disabilità, promuovendo altresì misure di prevenzione e contrasto delle pratiche discriminatorie in ambito scolastico nonché la transizione scuola-lavoro.

6. IL DIRITTO ALLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI SCOLASTICI

A 30 anni dalla legge istitutiva dell'edilizia scolastica[49] e in concomitanza con la fase conclusiva del PNRR, è importante fare il punto sullo stato dell'edilizia scolastica a partire, innanzitutto, dai **dati ufficiali presenti nell'Anagrafe dell'Edilizia scolastica**[50]. Tali dati sono stati aggiornati dal Ministero dell'Istruzione e del Merito all'a.s. 2024-2025, in risposta ad importanti sollecitazioni pervenute dal terzo settore[51], e da una interrogazione parlamentare[52]. A seguito di ciò, il Ministero ha provveduto alla **pubblicazione dei dati aggiornati richiesti** dai quali emerge che il patrimonio edilizio scolastico statale è costituito da **39.351 edifici scolastici attivi**, presenta un'età media di quasi 60 anni, escludendo 5.793 edifici (15%) di cui non si conosce il periodo di costruzione. **Quelli costruiti prima del 1976** – cioè, prima dell'entrata in vigore della normativa antisismica – **sono 19.146, pari al 49% del totale**; quelli di recente costruzione, dal 2018 ad oggi, sono solo 429.

Ancora molto elevato il numero degli edifici scolastici non in possesso dell'**agibilità** (23.218; 59%) né della **prevenzione incendi** (22.968; 58,36%). Nel caso del **collaudo statico** la percentuale è inferiore, ma non certo rassicurante (42,09%).

Circa il 46% delle sedi scolastiche (27.744) insiste in zone ad elevata sismicità (zone 1 e 2). Nonostante ciò, gli interventi di **adeguamento e miglioramento sismico** riguardano rispettivamente solo il 4% e il 3,8% degli edifici.

Non meno importante della **sicurezza** strutturale è quella **interna** alle scuole. Il 79,2% delle sedi scolastiche è in possesso del Documento di Valutazione dei Rischi e l'81,2% del Piano di Evacuazione. Entrambi i dati sono abbastanza positivi e leggermente migliorativi rispetto agli anni precedenti, anche se permangono differenze regionali notevoli. Non esistono dati ufficiali in merito all'effettuazione delle prove di emergenza, informazione che sarebbe, invece, auspicabile conoscere per capire come e dove intervenire sul fronte della prevenzione.

È utile richiamare l'attenzione anche su un'altra emergenza, la **presenza di amianto**. L'Osservatorio Nazionale Amianto (ONA)[53] nel 2024, ha identificato ben 2.500 scuole non ancora bonificate. Circa 352.000 gli studenti esposti a cui si aggiungono circa 50.000 tra personale docente e non docente. Il rischio non è solo quello legato alle onduline sui tetti o su altre strutture outdoor, ma anche ad impianti elettrici, pavimentazioni in linoleum presenti all'interno delle scuole.

Un'altra importante emergenza è ravvisabile nel grande numero di episodi, 71, di **crolli di intonaci, soffitti, solai,** ecc. avvenuti tra settembre 2024 e settembre 2025, censiti da una delle associazioni parte del Gruppo CRC[54], il numero più alto degli ultimi 8 anni. Gli episodi hanno causato feriti, paura tra la popolazione scolastica e le famiglie, gravi disagi alla didattica. Si è trattato, fortunatamente, di crolli avvenuti di notte, nel week end o in periodi di chiusura delle scuole. Le cause principali sono da ravvisare nella vetustà degli edifici e dei materiali con cui sono stati costruiti, nell'assenza o carenza di manutenzione, nella riduzione degli investimenti relativi a indagini diagnostiche di soffitti e solai, nella mancanza di tempestività negli interventi, ecc. Si tratta di tragedie sfiorate da non sottovalutare e che richiedono interventi preventivi immediati.

Sul fronte degli **infortuni** avvenuti all'interno delle strutture scolastiche statali o durante le attività didattiche, l'INAIL[55] segnala, rispetto al 2023, un aumento del 10,53% in quanto gli infortuni agli studenti sono passati dai 70.902 del 2023 ai 78.365 del 2024. Tre infortuni su quattro coinvolgono minori di 15 anni. Per quanto riguarda il personale docente, la situazione rimane quasi invariata: 16.732 gli infortuni denunciati nel 2023 e 16.729 quelli del 2024.

[49] Legge 23/1996 - Norme per l'edilizia scolastica, detta anche "Legge Masini". Si veda il seguente link.

[50] Open data Ministero dell'Istruzione e del Merito. Si veda il seguente link.

[51] Tuttoscuola.com, "Edilizia scolastica. Pubblicati i dati relativi all'a.s. 2024-2025 (quasi completi)", 11 agosto 2025. Si veda il seguente link; Cittadinanzattiva con una istanza di accesso civico.

[52] Si veda il seguente link.

[53] Osservatorio Nazionale Amianto, "Rischio amianto nelle scuole: urgente la bonifica". Si veda il seguente link.

[54] Cittadinanzattiva APS, "XXIII Osservatorio Sicurezza a Scuola", pag. 43-68, settembre 2025. Si veda il seguente link.

[55] Presentazione relazione annuale INAIL 2024. Si veda il seguente link.

Secondo il Report dell'Istat sull'**inclusione** nelle scuole nell'a. s. 2023-2024[56], solo il 41% degli edifici scolastici risulta accessibile per gli alunni con disabilità motoria, con differenze tra regioni. In particolare, si segnala la mancanza di un ascensore o la presenza di uno non adatto al trasporto delle persone con disabilità (50%); l'assenza di servo scala interno (37%), di bagni a norma (26%) o di rampe interne per il superamento di dislivelli (25%). L'accessibilità degli spazi comprende anche gli ausili senso-percettivi destinati all'orientamento degli alunni con disabilità sensoriali: solo il 17% delle scuole dispone di segnalazioni visive per studenti con sordità o ipoacusia, mentre le mappe a rilievo e i percorsi tattili, necessari a rendere gli spazi accessibili agli alunni con cecità o ipovisione, sono presenti solo nell'1% delle scuole.

Riguardo alla presenza di impianti che dovrebbero garantire salubrità, benessere e vivibilità all'interno delle aule e non solo, i dati del MIM attestano che **gli impianti di riscaldamento** più diffusi siano ancora quelli centralizzati a metano (69,14%), costosi, spesso inquinanti e mal funzionanti che danno luogo a legittime e periodiche proteste degli studenti.

Riguardo ai **sistemi di condizionamento e ventilazione**, nonostante le promesse fatte durante e immediatamente dopo il Covid, la loro presenza nelle scuole è irrisoria: ne sono dotate solo 4.457 scuole, pari al 7,42%, con un leggero aumento (+490 sedi) rispetto alla rilevazione precedente. Tenere le scuole e i nidi aperti durante le vacanze presuppone un investimento massiccio su questi impianti, fin dalla prossima programmazione triennale anche per mitigare gli effetti del cambiamento climatico. Gli **impianti solari termici** sono presenti solo in 1.472 sedi scolastiche (2,45%). Investire sulla transizione ecologica anche nelle scuole significa renderle non solo sostenibili ma autosufficienti dal punto di vista energetico.

Riguardo ai **fondi disponibili**, quelli previsti con il PNRR[57] all'edilizia scolastica ammontano ad oltre 12 miliardi e la scadenza per il completamento di tutti i lavori è fissata per il 30 giugno 2026.

Tali risorse sono così ripartite: 204 nuove scuole, distribuite in tutte le regioni, per un investimento di circa 1,4 mld €; 3.243 gli interventi riguardanti asili nido e scuole dell'infanzia per un importo di circa 4 mld €, tra innumerevoli difficoltà e rimodulazioni. Si è passati, infatti, da 264.480 nuovi posti iniziali agli attuali 150.480 e i nidi di nuova costruzione sono circa 1900, per il resto si tratta di interventi su strutture preesistenti. Il numero maggiore di interventi su nidi e scuole dell'infanzia si registra in Campania, Sicilia, Lombardia, Calabria.

Gli edifici scolastici attualmente dotati di mense sono 14.362 (36%), presenti in circa un edificio su 3. Sono 1.975 gli interventi previsti di cui poco meno del 50% destinati a nuove mense.

Mense e tempo pieno rappresentano servizi essenziali per contrastare la povertà educativa ed alimentare, garantendo almeno un pasto equilibrato al giorno a tutti i bambini, riducendo la dispersione scolastica e i divari di apprendimento. Riguardo agli investimenti relativi a messa in sicurezza, ristrutturazione, adeguamento e miglioramento sismico, riqualificazione energetica, sono stati previsti circa 3.100 interventi, per una spesa di circa 5 mld €.

Le palestre attuali censite dall'Anagrafe sono 15.034, presenti solo nel 38,20% degli edifici scolastici. 402 gli interventi finanziati dal PNRR, molto al di sotto del reale fabbisogno.

Nonostante quasi il 60% dei fondi del PNRR venga destinato ad interventi nel Sud, permangono forti diseguaglianze tra le diverse aree. Oltretutto occorrerà aspettare la conclusione dei lavori per essere certi che tutti quelli programmati e finanziati siano stati effettivamente realizzati.

Sono stati previsti fondi aggiuntivi dal Ministero dell'Istruzione e del Merito, tra i quali: 430 mln € per l'adeguamento antincendio[58]; 186,5 mln € con finanziamenti FESR per palestre e impianti sportivi, circa e, più di recente, 20 mln € per il completamento dei progetti PNRR[59].

Per trasformare l'edilizia scolastica nell'infrastruttura moderna di cui l'Italia ha bisogno, servono fondi strutturali e una programmazione di medio-lungo termine.

[56] Si veda il seguente link.

[57] Elaborazione dati Cittadinanzattiva, in XXIII Osservatorio Sicurezza a Scuola pag,94-116, da Italia Domani, marzo 2025. Si veda il seguente link.

[58] DM 229/2025, si veda il seguente link. Avviso Pubblico n. 207071, 26/11/2025, si veda il seguente link.

[59] Si veda il seguente link.

Continuare ad investire su questo non rappresenta un costo ma un investimento per garantire sicurezza, equità, competitività alle nuove generazioni.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** e al **Parlamento** di prevedere una programmazione triennale ordinaria da attivare al più presto con fondi non inferiori a 3 mld a triennio, per garantire il funzionamento delle nuove strutture, in particolare nidi e scuole dell'infanzia, per investire in modo continuativo su mense, palestre, abbattimento delle barriere fisiche e sensoriali, anche alla luce dell'andamento dei flussi di natalità ma senza penalizzare le piccole scuole nelle isole e nelle aree interne;
2. Al **Governo**, alle **Regioni**, agli **Enti Locali** di investire sul benessere ambientale, sulla mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici nelle scuole e nei nidi. Per garantire il diritto alla salute e alla vivibilità degli spazi educativi occorre investire su tutti gli ambienti e gli spazi scolastici dotandoli impianti di ventilazione e condizionamento ad alta efficienza garantendone la corretta gestione e manutenzione; negli spazi esterni prevedere la piantumazione di verde a bassa carica allergenica. Occorre, infine, efficientare energeticamente gli edifici per contrastare le ondate di calore, consentirne l'utilizzo nei periodi di vacanza, ridurre le diseguaglianze. A livello territoriale è indispensabile adottare protocolli e strategie di mitigazione dei cambiamenti climatici con la creazione di aree verdi, la dotazione di schermature solari e materiali isolanti, per adattare anche gli ambienti educativi alle nuove sfide climatiche;
3. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, ad **ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani)** ed **UPI (Unione delle Province d'Italia)** di assicurare un aggiornamento annuale e un'accessibilità dei dati dell'anagrafe dell'edilizia scolastica affinché ciascun cittadino possa conoscere le reali condizioni di un edificio scolastico e le istituzioni di riferimento possano programmare gli interventi sulla base delle reali urgenze e priorità.

7. BULLISMO E CYBERBULLISMO A SCUOLA

Il fenomeno della violenza tra pari in ambito scolastico continua a rappresentare una delle aree in cui lo scarto tra le norme e la loro effettiva attuazione resta più evidente. Con la **Legge 70/2024,** entrata in vigore il 14 giugno 2024, il legislatore ha superato il perimetro della Legge 71/2017, estendendo le misure di prevenzione e contrasto anche al bullismo tradizionale e non più solo al cyberbullismo. La legge prevede codici interni per ogni istituto scolastico, un tavolo permanente di monitoraggio, l'obbligo per il dirigente di informare le famiglie e di riferire alle autorità nei casi più gravi, e istituisce la Giornata del Rispetto (20 gennaio), in memoria di Willy Monteiro Duarte[60].

Il decreto attuativo (D.Lgs. 99/2025, in vigore dal 16 luglio 2025) ha potenziato il servizio "Emergenza infanzia 114" con assistenza psicologica, giuridica e funzioni di geolocalizzazione, e ha istituito una rilevazione statistica biennale affidata all'ISTAT, la cui prima relazione è attesa entro il 31 dicembre 2026. Il decreto richiama inoltre l'art. 2048 del Codice civile sulla responsabilità dei genitori nei contratti con i fornitori di servizi di comunicazione elettronica. Tuttavia, la **clausola di invarianza finanziaria**[61] solleva criticità significative: le scuole sono chiamate ad attivare azioni educative e di prevenzione senza risorse aggiuntive. Si rileva inoltre **l'assenza di ogni riferimento all'educazione all'affettività e alla sessualità,** e il ruolo della famiglia è declinato esclusivamente in termini di responsabilità civile, mai come partner educativo nella prevenzione[62]. Più in generale, si rileva il rischio che l'impianto normativo più recente abbia privilegiato un approccio prevalentemente sanzionatorio e di respon-

[60] Willy Monteiro Duarte, ventunenne di Paliano (Frosinone), è stato ucciso il 6 settembre 2020 a Colleferro per essere intervenuto in difesa di un amico aggredito da un gruppo di coetanei. Il caso ha avuto forte risonanza pubblica e ha alimentato il dibattito sulla violenza giovanile e sul bullismo.

[61] Art. 5: "senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".

[62] Si segnala che la legge sul consenso informato in ambito scolastico (approvata definitivamente nel giugno 2026) subordina la partecipazione degli studenti ad attività legate all'educazione sessuo-affettiva al consenso preventivo dei genitori e vieta tali attività nella scuola dell'infanzia e primaria, limitando ulteriormente gli spazi per un'educazione strutturata alla relazione e al rispetto come strumento di prevenzione della violenza tra pari. Per un approfondimento si rinvia al paragrafo "Parità e violenza di genere" del presente Rapporto.

sabilizzazione individuale (delle scuole, chiamate ad agire senza risorse, e delle famiglie, richiamate sul piano della responsabilità civile) a scapito di una prospettiva educativa e relazionale. La prevenzione efficace del bullismo e del cyberbullismo richiede invece un investimento strutturale nell'accompagnamento delle comunità educanti: formazione dei docenti, percorsi di sensibilizzazione per le famiglie, supporto psicologico stabile, e un approccio che valorizzi la relazione educativa come strumento di prevenzione.

Il monitoraggio della Piattaforma ELISA[63], condotto su 191.996 studenti di 828 istituti secondari di secondo grado, conferma la persistenza e la crescita del fenomeno. Il 28,2% degli studenti dichiara di essere stato vittima di bullismo nei 2-3 mesi precedenti la rilevazione (22,9% in modo occasionale, 5,3% in modo sistematico), con un trend complessivo di crescita rispetto alle precedenti rilevazioni (a partire dall'a.s. 2020/2021). Per quanto riguarda il cyberbullismo, rilevato separatamente, l'8,3% dichiara di aver subito episodi (6,7% occasionale, 1,6% sistematico), dato complessivamente stabile nel tempo. Va segnalato che il questionario studenti è attualmente somministrato solo nella secondaria di secondo grado: per la fascia 11-13 anni, che secondo i dati ISTAT è la più colpita (23,7% di episodi ripetuti), si dispone unicamente della percezione dei docenti, non della voce diretta degli studenti.

Permane un significativo divario tra la percezione dei docenti e i dati esperienziali degli studenti e delle studentesse: i docenti stimano un coinvolgimento complessivo di circa il 6%, a fronte del 28,2% dichiarato dagli studenti. Un'analisi più attenta suggerisce tuttavia che la stima dei docenti è in realtà prossima al dato di vittimizzazione sistematica (5,3%): ciò significa che la scuola percepisce essenzialmente i casi gravi e ripetuti, mentre il 22,9% di vittimizzazione occasionale resta in larga parte sommerso. Questo dato suggerisce che gli adulti non sono del tutto "ciechi" rispetto al fenomeno, ma tendono a riconoscerlo solo quando assume forme già strutturate e gravi. La sfida educativa riguarda quindi soprattutto l'emersione precoce degli episodi meno visibili, spesso percepiti dagli studenti come significativi ma non ancora intercettati dagli adulti.

Il monitoraggio ELISA 2024/2025 evidenzia inoltre una crescita preoccupante del **bullismo basato sul pregiudizio**. L'11,2% degli studenti ha subito prepotenze a causa del proprio background etnico (3,6% in modo sistematico), il 7,9% ha riportato episodi a sfondo omofobico (2,7% sistematico) e il 7,2% per una disabilità (2,3% sistematico). Tutte le forme sono in crescita rispetto alle precedenti rilevazioni, con un aumento marcato della componente sistematica nei casi a sfondo etnico e omofobico. Nel bullismo omofobico, la percentuale di chi dichiara di averlo agito (11,1%) supera quella di chi dichiara di averlo subito (7,9%): un dato che suggerisce una diffusione e normalizzazione del linguaggio omofobico nel contesto scolastico, in cui molti studenti rivolgono comportamenti discriminatori verso un numero più ristretto di compagni[64].

Secondo **l'indagine ESPAD®Italia 2024**[65] (CNR-IFC), il 47% degli studenti 15-19 anni ha subito almeno un episodio di prevaricazione online nei 12 mesi precedenti la rilevazione. Il divario con il dato ELISA (8,3%) non è una contraddizione, ma riflette definizioni e soglie diverse: ESPAD adotta una definizione ampia ("almeno un episodio", arco temporale di 12 mesi, inclusi ghosting e phubbing), mentre ELISA utilizza i criteri Olweus (ripetitività, intenzionalità, squilibrio di potere) su un arco di 2-3 mesi. Il confronto tra le due fonti evidenzia quanto la "misura" del fenomeno dipenda dalla definizione adottata, e la necessità di criteri condivisi.

Sul piano dell'attuazione nelle scuole, **il referente per il contrasto al bullismo** risulta nominato nell'86,2% delle secondarie di secondo grado (in crescita), ma conosciuto solo dal 23% degli studenti (era il 13% nel 2021). Il protocollo di gestione dei casi è adottato dal 59,7% degli istituti, ma il 30,4% dei docenti non ne conosce l'esistenza. Il 77% degli studenti non conosce o non ha accesso a un sistema di segnalazione anonima;

[63] Piattaforma ELISA (Università degli Studi di Firenze e Ministero dell'Istruzione e del Merito), Risultati Monitoraggio del bullismo e del cyberbullismo a.s. 2024/2025, https://www.piattaformaelisa.it/risultati-monitoraggio-a-s-2024-2025/

[64] Questi dati rispondono direttamente alla List of Issues Prior Reporting for Italy (LOIPR 30g), che chiede specificamente conto delle misure adottate contro la discriminazione a scuola. Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, List of Issues Prior to Reporting (LOIPR), 2026. Si veda il seguente link.

[65] Biagioni S., Fizzarotti C., Molinaro S. (a cura di), ESPAD®Italia 2024. Sotto la superficie. Le nuove sfide dell'adolescenza tra rischi e quotidianità. Rapporto di ricerca sulla diffusione dei comportamenti a rischio fra gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR-IFC), Pisa, 2025. Si veda il seguente link.

tra questi, il 76,8% dichiara che vorrebbe che fosse istituito. La percezione di sicurezza resta polarizzata: oltre il 90% dei docenti considera la propria scuola sicura, il 22% degli studenti non è d'accordo. Quanto all'hate speech online, l'esposizione si attesta al 39,2% (era il 46,2% nel 2021), con una tendenza alla stabilizzazione.

Infine si evidenzia che nelle nuove Linee guida per l'educazione civica (DM 183/2024), in vigore dall'a.s. 2024/25, includono esplicitamente la cittadinanza digitale come nucleo tematico con specifico riferimento al cyberbullismo.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** di garantire risorse adeguate per l'attuazione della Legge 70/2024 e del D.Lgs. 99/2025 nelle scuole, superando la clausola di invarianza finanziaria; al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di rendere assicurata ed effettiva la figura del referente per il contrasto al bullismo attraverso formazione specifica, ore dedicate e comunicazione sistematica agli studenti, così da colmare il divario tra la nomina formale e la sua effettiva conoscenza da parte degli studenti;
2. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di potenziare il sistema di monitoraggio estendendo la somministrazione del questionario studenti della Piattaforma ELISA anche alla scuola secondaria di primo grado (attualmente i questionari studenti coprono solo la secondaria di secondo grado, mentre i dati ISTAT indicano la fascia 11-13 anni come la più colpita), ed integrare i dati scolastici con quelli delle segnalazioni al 114 e alle autorità competenti, per costruire un quadro unitario del fenomeno;
3. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** in collaborazione con il **Dipartimento per le Politiche della Famiglia** di assicurare un investimento strutturale per la prevenzione efficace del bullismo e del cyberbullismo nell'accompagnamento delle comunità educanti: formazione dei docenti, percorsi di sensibilizzazione per le famiglie, supporto psicologico stabile, e un approccio che valorizzi la relazione educativa come strumento di prevenzione.

8. EDUCAZIONE ALLA CITTADINANZA GLOBALE

A decorrere dall'anno scolastico 2024/2025, il Ministro dell'Istruzione e del Merito ha adottato le nuove **Linee guida per l'insegnamento dell'educazione civica**[66], che individuano traguardi di sviluppo delle competenze e obiettivi di apprendimento per il primo e il secondo ciclo di istruzione. Le nuove Linee guida sostituiscono integralmente le precedenti[67]. Il documento non presenta particolari novità: restano immutati la contitolarità dell'insegnamento, le 33 ore annuali, la trasversalità didattica e i tre nuclei concettuali — Costituzione, Sostenibilità e Cittadinanza digitale. Un cambiamento rilevante riguarda la governance curricolare: **terminata la fase sperimentale prevista dalla Legge 92/2019**[68]**, i curricola hanno ora traguardi e obiettivi definiti a livello nazionale**, capovolgendo la logica del Decreto ministeriale 35/2020 in cui erano le scuole a indicarli autonomamente. Si tratta di un impianto che concentra le scelte a livello ministeriale senza aver previsto un adeguato processo di consultazione con la comunità scolastica e la società civile. Permane tuttavia l'assenza totale di risorse dedicate e di implementazione degli organici: **il nuovo curricolo è ancora a "costo zero"**, confermando una contraddizione di fondo tra le ambizioni dichiarate e gli investimenti reali nel sistema educativo.

Rispetto all'**Educazione alla Cittadinanza Globale**, le nuove Linee guida segnano un deciso passo indietro rispetto alle attese e alle raccomandazioni del 12° e del 13° Rapporto CRC. L'Agenda 2030 rimane sostanzialmente esclusa dal testo principale, citata soltanto in nota a piè di pagina. Le nuove Linee guida sono state anche criticate per un'eccessiva enfasi sull'identità nazionale, con il rischio concreto di ridurre lo spazio alla valorizzazione delle diversità culturali e a una visione globale e inclusiva. Sul versante della sostenibilità, le Linee guida si limitano a promuovere la crescita economica nazionale senza interrogarsi criticamente sulle disuguaglianze che essa genera a livello planetario, tra Paesi ricchi e Paesi poveri, nello sfruttamento delle risorse, nelle condizioni di lavoro nei contesti più vulnerabili: un limite evidente anche in relazione ai flussi

[66] Decreto ministeriale 183/2024.

[67] Decreto ministeriale 35/2020.

[68] Legge 92/2019 del 20 agosto 2019.

migratori e alle crisi climatiche, che richiedono al contrario una piena comprensione delle interdipendenze globali. Si prende atto positivamente del richiamo al documento *Global citizenship education: topics and learning objectives*[69] tra i riferimenti bibliografici; tuttavia, tale citazione non si traduce in obiettivi concreti e verificabili nel corpo del testo né nei traguardi di apprendimento, rischiando di restare una menzione di facciata priva di reali ricadute didattiche.

La **Nota del Ministero dell'Istruzione e del Merito**[70] del 26 novembre 2024 ha incluso le nuove Linee guida tra le tematiche formative per i docenti neoassunti a.s. 2024-2025, sicuramente questo è un segnale positivo, ma circoscritto a una sola categoria di personale, che non risponde alla raccomandazione del Gruppo CRC di garantire formazione specifica sull'ECG a tutto il personale in servizio. **L'Atto di indirizzo MIM** per il triennio 2025-2027 richiama la cittadinanza attiva e solidale, ma l'ECG non compare tra le priorità esplicite della formazione e non si prevede alcun piano strutturale con risorse dedicate. Non risulta pubblicata, per gli anni scolastici 2023-2024, 2024-2025 e 2025-2026, alcuna nota ministeriale che indichi l'ECG tra le priorità della formazione in servizio — come invece era avvenuto con la Nota n. 45528 del dicembre 2022[71], accolta positivamente dal Gruppo CRC nel 13° Rapporto. Il gap formativo risulta pertanto strutturalmente irrisolto: i docenti continuano a essere chiamati a insegnare tematiche complesse — interdipendenze globali, diseguaglianze, migrazioni, cooperazione allo sviluppo — senza ricevere strumenti adeguati per farlo. Dispiace prendere atto che neppure l'adozione delle nuove Linee guida sia stata accompagnata da un investimento formativo specifico e sistematico. I temi della cittadinanza attiva, della cittadinanza digitale, abbracciano la sfera dello sviluppo delle soft skill, competenze chiave europee che esulano dagli aspetti disciplinari e cognitivi, e che richiedono da parte dei docenti competenze pedagogiche ed educative di alto profilo.

Rispetto al **Tavolo nazionale multi-attore sull'Educazione alla Cittadinanza Globale (ECG)** promosso da **AICS** si registrano sviluppi concreti e positivi. A partire dal 2024 è stato avviato un sistema di monitoraggio e valutazione del **PAN** (**Piano di Azione Nazionale per l'ECG)**, con indicatori di processo e di risultato per educazione formale, non formale e sensibilizzazione, a tutti i livelli territoriali, con il coinvolgimento dell'INVALSI. Nel dicembre 2023 il **MASE** ha siglato un **Accordo di collaborazione con AICS** con uno stanziamento complessivo di 982.242 euro, destinato a finanziare fino al 2026 percorsi di promozione e sensibilizzazione per lo sviluppo sostenibile e la cittadinanza globale, e a supportare la sperimentazione di modalità collaborative tra attori istituzionali, della ricerca e della società civile. A **livello territoriale il PAN-ECG** sta producendo risultati tangibili. Nel 2025 si sono conclusi due progetti con cofinanziamento AICS: "Gener@zione 2030"[72], rivolto alle scuole e agli enti locali con attività di formazione e coprogettazione per la sostenibilità; e "Effetto Farfalla"[73], svolto in diverse regioni italiane per rafforzare negli adolescenti gli strumenti per contrastare le discriminazioni e promuovere il rispetto delle diversità. La **Regione Toscana** ha inoltre approvato la Legge regionale 42/2025[74], che riconosce pace e sviluppo quali diritti fondamentali della persona e dei popoli, promuovendo tale cultura in collaborazione con istituzioni scolastiche, enti locali, associazioni della società civile e comunità religiose.

Permane una questione aperta: il raccordo tra il Tavolo AICS–ECG — che lavora in modo partecipato e multi-attore — e le scelte del MIM in materia di curricolo non si è ancora realizzato. Tale disallineamento segnala una tensione irrisolta tra i due livelli dell'azione pubblica: da un lato si costruisce un Piano d'Azione Nazionale che coinvolge ministeri, regioni, università e società civile; dall'altro le Linee guida scolastiche non recepiscono quella stessa prospettiva. Si auspica che il nuovo Documento Triennale di Programmazione MAECI riconosca esplicitamente l'ECG con la stessa priorità assegnata nel triennio precedente."

La **Legge di bilancio 2025**[75] non ha previsto alcuno

[69] UNESCO, *Global citizenship education: topics and learning objectives*.

[70] Nota prot. n. 202382 del 26 novembre 2024.

[71] Nota ministeriale prot. n. 45528 del 22 dicembre 2022, formazione docenti in servizio a.s. 2022-2023. Si veda il seguente link.

[72] GenerAzione 2030. Alleanze Regionali per l'Educazione alla Cittadinanza Globale, progetto cofinanziato dall'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (AICS). Si veda il seguente link.

[73] Effetto Farfalla. Cambiamo le parole per cambiare il mondo, progetto cofinanziato dall'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (AICS). Si veda il seguente link.

[74] Regione Toscana, Legge regionale 42/2025, "Norme per la promozione della cultura di pace".

[75] Legge 207/2024 (Legge di bilancio 2025).

stanziamento specifico per l'ECG né per la formazione docenti su queste tematiche. L'unica misura genericamente afferente — un fondo da 3 milioni (2025), 3,5 milioni (2026) e 4 milioni (2027) per attività educative formali e non formali dei comuni — è del tutto insufficiente e non risponde alle raccomandazioni del Gruppo CRC. L'assenza dell'ECG dalla manovra conferma che l'educazione alla cittadinanza globale non è considerata una priorità di spesa del MIM, in netto contrasto con gli impegni assunti dall'Italia nel quadro del PAN-ECG e dell'Agenda 2030. Tale assenza è tanto più grave in un momento in cui le tensioni geopolitiche, i fenomeni migratori e la crisi climatica renderebbero urgente un investimento educativo sulla solidarietà internazionale e sulla comprensione delle interdipendenze globali.

Dall'analisi delle **Raccomandazioni del 13° Rapporto CRC** emerge un quadro preoccupante perché: non risultano ancora pubblici i risultati del monitoraggio sull'utilizzo dei fondi per la formazione docenti (Legge 92/2019); le nuove Linee guida sono state elaborate dal Ministero dell'Istruzione e del Merito senza prevedere alcun percorso partecipativo e non è stato istituito il Tavolo interministeriale auspicato. La revisione del curricolo è avvenuta senza il coinvolgimento della società civile né degli organismi internazionali di riferimento come auspicato dal Gruppo CRC; le nuove Linee guida affidano l'insegnamento nelle scuole secondarie di secondo grado ai docenti di discipline giuridiche ed economiche "se disponibili nell'ambito dell'organico dell'autonomia", e altrimenti in contitolarità: una soluzione che perpetua la logica del "costo zero" e ignora la necessità di competenze specifiche sull'ECG. Non sono previsti piani strutturali di formazione né l'assunzione di personale qualificato, e quindi la raccomandazione di colmare il Gap formativo dei docenti dell'ECG rimane quindi inevasa.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** di rendere pubblici i risultati del monitoraggio sui fondi per la formazione docenti previsti ex Legge 92/2019 e di inserire l'ECG tra le priorità esplicite della formazione in servizio con risorse adeguate e verificabili; e di rivedere le Linee guida (D.M. 183/2024) con un processo partecipativo aperto alla società civile e coerente con le indicazioni di UNESCO e Consiglio d'Europa, restituendo alla dimensione globale il rilievo che le compete nel curricolo scolastico;
2. Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** e al **Ministero dell'Economia e delle Finanze** di prevedere stanziamenti specifici nella prossima legge di bilancio per colmare il gap formativo dei docenti sull'ECG, anche attraverso l'assunzione di personale qualificato per le scuole di ogni ordine e grado a supporto delle relazioni tra pari e con gli adulti;
3. Al **Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale** e all'**AICS** di rafforzare il raccordo tra il Tavolo AICS-ECG e il MIM, affinché le scelte curricolari in materia di educazione civica siano coerenti con il Piano d'Azione Nazionale ECG e con la Strategia Nazionale di Educazione alla Cittadinanza Globale.

9. DIRITTO AL GIOCO, AL RIPOSO, AL TEMPO LIBERO E ALLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ CULTURALI ED ARTISTICHE

Come evidenziato dal Commento Generale n°17[76] del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza analizzato nel precedente rapporto[77], l'Art.31 è una delle disposizioni più radicali della Convenzione, ma tra le più trascurate nonostante sia intrinsecamente legato[78], spesso come condizione di base, con 19 articoli della stessa.

In un contesto sociale e culturale che mira sempre più al risultato da esibire, l'art.31 tutela **un tempo significativamente improduttivo**, non valutabile, dedicato al riposo, alla creatività, al gioco e a ciò che si vuole fare, piuttosto che a ciò che si deve fare. Più ricerche in campo accademico non solo pedagogico ed educativo, evidenziano nel nuovo secolo un'erosione dei diritti sanciti all'art.31 sia nei contesti urbani ad alta densità sia nei piccoli centri rurali e montani. Erosione, sintomo anche di povertà educative[79], evidente nelle fasce di popolazione più fragili e vulnerabili, ma comunque trasversale a tutte le classi sociali.

Le **trasformazioni socioeconomiche** del Paese portano con sé una maggiore strutturazione del tempo di vita dei soggetti di minore età per sostenere i tempi e i ritmi di lavoro degli adulti di riferimento. Restano notevoli disuguaglianze strutturali[80], tra Nord e Sud Italia[81] e tra città e campagna, che vanno ad incidere su quantità e qualità delle reali possibilità di fruire liberamente di opportunità di gioco, di attività ricreative e di partecipazione alla vita culturale ed artistica[82] della comunità. La **digitalizzazione** e lo slittamento della vita "onlife"[83] ha cambiato e sta cambiando le abitudini relazionali e ludiche tanto degli adulti quanto delle persone in età evolutiva con importanti implicazioni per la salute, lo sviluppo armonico ed il benessere di entrambi. Allertati da tempo da ciò che quotidianamente osservano nei propri pazienti, i Pediatri hanno avviato diverse campagne per sostenere una corretta educazione all'uso del digitale in famiglia; per informare i neogenitori sull'im-

[76] Comitato ONU per i diritti dell'infanzia, Commento Generale n°17, 2013, capitolo V paragrafi 16-31; traduzione italiana. Si veda il seguente link.

[77] Gruppo CRC. 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. Si veda il seguente link.

[78] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Art. 12 CRC (I comma): La partecipazione dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze" del presente Rapporto.

[79] Si veda il seguente link.

[80] "È stata analizzata la disponibilità, all'interno o nelle immediate vicinanze delle scuole (entro un raggio di 2000 metri), di strutture che possano favorire l'attività fisica e la vita all'aria aperta. Le dirigenze scolastiche sono state invitate a selezionare, da un elenco, le strutture presenti entro un raggio di due chilometri e a indicare il loro eventuale utilizzo da parte della scuola. Le strutture più frequentemente presenti nelle vicinanze degli istituti scolastici risultano essere: spazi/parchi/aree verdi (89,7%), palestre (81,8%) e campi da calcio (77,3%), seguiti da campi polivalenti (65,4%), piste ciclabili (49,2%) e piscine (38,4%) (Figura 1). Tra queste, le strutture più utilizzate sono le palestre (64,4%) e gli spazi/parchi/aree verdi (64,3%), seguiti dai campi polivalenti (40,1%), campi da calcio (21,1%) e piscine (15,6%). Nel Sud del Paese si registra una minore presenza di tali infrastrutture rispetto al Centro e, in particolare, rispetto al Nord. Anche nelle aree del Sud, dove tali strutture sono presenti, si rilevano percentuali di utilizzo inferiori…" cit. pag.70; Istituto Superiore di Sanità, Stato ponderale e stili di vita di bambine e bambini: i risultati di OKkio alla SALUTE 2023. A cura di Paola Nardone, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Donatella Mandolini, Michele Antonio Salvatore, Silvia Andreozzi 2025, Rapporti ISTISAN 25/3. Si veda il seguente link.

[81] "Le città con maggior dotazione di verde fruibile per minore sono quelle del nord est, dove la quota sfiora i 210 metri quadri pro capite. Si attesta sopra i 100 mq in quelle di nord-ovest e centro e scende sotto questa soglia nel mezzogiorno; in particolare, sono 77,4 i metri quadri di verde fruibile nel sud continentale e 70,5 nelle città delle isole."; cit. maggio 2024. Si veda il seguente link.

[82] Sulle potenzialità di arte e cultura nella promozione del benessere individuale e collettivo si vedano ad esempio: Martina Caroleo, Annalisa Cicerchia "*Art, culture, and the mental health of young people*" Economia della Cultura (ISSN 1122-7885) Fascicolo Speciale, marzo 2023. Si veda il seguente link. e Catterina Seia (Presidente, CCW-Cultural Welfare Center), Vittoria Azzarita (CCW-Cultural Welfare Center) "La cultura come risorsa di ben-essere. Welfare culturale, una definizione di campo". Si veda il seguente link.

[83] Il termine onlife è un neologismo coniato dal filosofo Luciano Floridi (2014): giocando con i termini online e life vuole intendere che non siamo più noi ad essere online, ma sono i media ad essere onlife; viviamo cioè in un contesto ibrido. Per approfondire "Il manifesto onlife. Essere umani nell'era dell'iperconnessione". Si veda il seguente link.

portanza della qualità della relazione e del gioco analogico in particolare nei primi anni di vita[84]; per stimolare e favorire il gioco libero e spontaneo all'aperto.[85] Nel Commento Generale n°17 il Comitato ONU ribadisce la dimensione giuridica ed operativa dell'Art.31 mostrando preoccupazione per la sua reale comprensione ed attuazione[86]. Definendo il gioco come bisogno biologico e psicologico fondamentale per l'essere umano, per l'attuazione di tale diritto indica **quattro dimensioni intrinsecamente collegate**: riposo e tempo libero; gioco ed attività ricreative; partecipazione libera alla vita culturale ed artistica della comunità ed accesso al paesaggio naturale; rispetto dei bisogni propri delle diverse età[87]. La ricerca ha evidenziato come la mancanza o la scarsità di esperienze legate a queste dimensioni porti nei minori di età un aumento del cortisolo, l'ormone indicatore di stress, una diminuzione delle capacità di problem solving e delle abilità sociali e un significativo aumento dei disturbi di salute mentale.

Un rapporto dell'UNICEF[88] alla Commissione Europea riporta che nel 2024 il 40% dei soggetti in età evolutiva in Europa non ha giocato all'aperto principalmente per tre motivi: inquinamento; traffico intenso; mancata manutenzione delle aree verdi e degli spazi gioco. È dunque il contesto, lo spazio urbano ed extraurbano determinato da scelte politiche[89], a non creare quelle condizioni di base affinché gli adulti di riferimento si sentano tranquilli nel permettere alle persone di minore età una libera fruizione degli spazi pubblici e comuni[90]. Il loro raggio di **movimento in autonomia** è passato dai 2/3 Km di fine '900 ai 200/300 m attuali, con effetti sia sulle abilità di orientamento nello spazio sia sulle capacità di socializzazione spontanea e di gestione delle relazioni e dei conflitti. Secondo i dati diffusi dal sistema di sorveglianza nazionale "OKkio alla salute"[91] "il 31,7% pratica il gioco libero (movimento) 5-7 giorni a settimana per almeno un'ora al giorno e il 27,4% si reca a scuola a piedi o in bicicletta."; i dati mostrano una maggior sedentarietà tra le femmine.

Il **tempo dell'ozio** come tempo generativo e creativo per un gioco non stereotipato è oggi colonizzato dall'uso delle tecnologie che se da una parte consentono la creazione di un "cortile virtuale" dall'altra riducono effettivamente il vuoto da riempire creativamente. Queste sono oggi una componente sempre più rilevante nella vita di bambini ed adolescenti, influenzandone in modo significativo lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale. Con l'avvento delle tecnologie digitali, tablet, smartphone e computer sono diventati compagni di gioco quotidiani, offrendo ambienti interattivi e immersivi che stimolano curiosità e apprendimento. Il gioco virtuale, se utilizzato in modo adeguato, può favorire lo sviluppo di abilità cognitive come memoria, attenzione e problem solving; molti videogiochi, infatti, sono progettati per stimolare il ragionamento logico e la creatività, offrendo sfide progressive e feedback immediati. Tuttavia, è importante considerare e valutare anche i rischi legati tanto al tempo di gioco quanto alla qualità dei giochi virtuali[92]: un uso eccessivo dei dispositivi digitali può portare a isolamento sociale, sedentarietà e difficoltà nella regolazione delle emozio-

[84] Save the Children, "UN DUE TRE...STELLA, Atlante dell'infanzia (a rischio) in Italia, 2024". Si veda il seguente link.

[85] Alcuni progetti sono: Custodi Digitali, avviato nel 2020, dalla collaborazione tra MEC (Media Educazione Comunità), la SICuPP (Società Italiana Cure Primarie Pediatriche) e il Centro di ricerca "Benessere Digitale" dell'Università di Milano-Bicocca. Si veda il seguente link. ; la SIP (Società Italiana di Pediatria) ha dedicato il numero 11-12 (2025) della rivista Pediatria al Bambino digitale, fornendo, alla luce delle recenti evidenze scientifiche, le proprie indicazioni di comportamento, si veda il seguente link; per il loro manifesto si veda il seguente link. Per la guida redatta dalla fimp - Federazione Italiana Medici Pediatri, si veda il seguente link.

[86] "*Outdoor play in Europe: terminology and state of research, practice, and policy*" European Journal of Public Health, Volume 36, Issue 2, April 2026. Si veda il seguente link. La ricerca, a cui l'Italia non ha partecipato, sottolinea la mancanza di strategie nazionali coordinate, con solo quattro nazioni (Danimarca, Irlanda, Svezia e Regno Unito) che dispongono di politiche esplicite, evidenziando la necessità di integrare il diritto al gioco nelle agende politiche e sanitarie.

[87] Save the Children, "SENZA FILTRI. VOCI DI ADOLESCENTI. Atlante dell'infanzia (a rischio) in Italia, 2025". Si veda il seguente link.

[88] "The State of Children in the European Union 2024", in particolare "POLICY BRIEF 3: The environment and child well-being".

[89] Dipendono da scelte politiche, locali e nazionali, l'avvio e la continuità di buone pratiche di cui abbiamo trattato nei Monitoraggi precedenti, come PediBus, Città Amiche dei Bambini e delle Bambine, Strade urbane a 30KM/h, Scuole senza zaino, A scuola ci andiamo da soli, Kmquadro educativo.

[90] Cfr "Il gioco libero questo sconosciuto!"; in Edugreen Report conclusivo, pag 20. Si veda il seguente link.

[91] Si veda il seguente link.

[92] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Minorenni e condotte di abuso" del presente Rapporto" e, nello specifico, la sezione dedicata a Dipendenze tecnologiche.

ni[93]; propongono ambienti virtuali e meccanismi che avvicinano al gioco d'azzardo; l'esposizione a contenuti non adatti all'età può influenzare negativamente lo sviluppo comportamentale. Per questo il ruolo e l'esempio degli adulti sono cruciali fattori di protezione.

Sebbene le tecnologie digitali offrano nuove forme di partecipazione culturale e di espressione creativa, la disuguaglianza digitale non riguarda solo le possibilità di accesso (30% non ha connessione), ma soprattutto la qualità d'uso, poiché solo il 25% ne fa un uso creativo e partecipativo. Le attività videoludiche sostituiscono in larga parte il gioco fisico; favoriscono comportamenti sedentari con ripercussioni gravi sulla salute poiché, non essendo garantita la soglia minima di movimento, sono in aumento tra i minori d'età i casi di obesità[94] e di comportamenti e incidenti legati all'incapacità di valutare il pericolo e mitigarne il rischio[95].

Inoltre le nuove tecnologie ridefiniscono il concetto di riposo e di tempo libero che di fatto si è trasformato in tempo della connessione continua e della **vita onlife**[96], dove non c'è mai un momento di vero riposo e il confine tra gioco, svago, studio e consumo è sempre più sfumato, senza una reale attenzione alle esigenze delle diverse età della vita.

Seguendo le indicazioni dell'Art.31 e del Commento Generale n°17, l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza a settembre 2025 ha pubblicato l'Avviso pubblico **"Strade in gioco"**[97] per favorire l'utilizzo di strade e piazze, liberandole temporaneamente dal traffico, per dedicarle al gioco libero, all'incontro spontaneo ed alla socialità offline. L'avviso si rivolgeva ad un elenco di 198 comuni tra i 10.000 ed i 200.000 abitanti con una densità minima di 1.500 unità per Kmq[98] e mirava ad interventi di riqualificazione leggera capaci di offrire nello spazio pubblico alternative al digitale basate sul gioco non strutturato, promuovendo l'autonomia e la sicurezza dei soggetti di minore età. Inizialmente sono stati ammessi al finanziamento i progetti di 15 Comuni (8 al Nord; 7 al Centro Sud) tra i 27 idonei; poi a fine anno i contributi sono stati allargati a tutti e 27 i Comuni, con una spesa totale di 810.000€ (30.000€ a progetto)[99].

Spostando l'attenzione alle **attività culturali**, la spesa media mensile in cultura delle famiglie italiane[100] nel 2023 è stata di 33.43€[101]. A dicembre 2025 l'ISTAT ha pubblicato il report "I giovanissimi (11-19 anni) nel tempo libero"[102] con dati riferiti al 2023, individuando cinque principali tipi di fruizione culturale. Il **cinema** è il preferito già a 11 anni (68,2%) e resta preferito anche per il 79,1% dei diciottenni; il **teatro** vede la maggiore affluenza a 13 anni (32,2%) e quella di minore adesione si attesta a 19 anni (25,3%) con una fruizione media tra le più basse (29,8%); **musei**, **mostre** e **siti archeologici** vedono un'alta frequentazione fino a 13 anni (50,6%), che scende al 45% a 15 anni per poi risalire al 55,8% a 18 anni; la partecipazione ai **concerti di musica dal vivo** riporta un dato che sale con l'età dal 21,8% a 11 anni fino al 48,1% a 19, rispettando l'aumentare con l'età dell'autonomia economica e di movimento; gli **eventi sportivi live**, come la pratica sportiva, vedono il massimo della partecipazione a 13 anni (41,9%) e il minimo a 19 anni (34,5%). Solo una quota pari all'8,6% **non è impegnata** in alcuna attività culturale e quasi il 23% ne dichiara una soltanto; accentuate sono le distanze tra minorenni italiani e stranieri: il 20,2% non fruisce di alcuna delle attività culturali considerate rispetto al 7,4% degli italiani; l'assenza totale di fruizione supera il 26% tra i ragazzi

[93] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Minorenni e condotte di abuso" del presente Rapporto" e, nello specifico, la sezione dedicata a Dipendenze tecnologiche.

[94] "[…] nel 2023, i bambini in sovrappeso sono il 19% e gli obesi il 9,8%, inclusi i bambini con obesità grave che rappresentano il 2,6% (secondo i valori soglia dell'International Obesity Task Force - IOTF); i maschi hanno valori di obesità leggermente superiori alle femmine (maschi obesi 10,3% vs femmine obese 9,4%). Si evidenzia un chiaro trend geografico che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata." Cit. "OKkio alla SALUTE — Risultati 2023", Istituto Superiore di Sanità. Si veda il seguente link.

[95] CORTILI INTELLIGENTI Salute Partecipazione Realizzazione Apprendimento, di Paolo Giordano, Raffaela Mulato, Stephan Riegger; Koiné Collana di Studi e Ricerche nelle Scienze umane e sociali. Si veda il seguente link.

[96] Save the Children, "TEMPI DIGITALI Atlante dell'infanzia (a rischio) in Italia, 2023". Si veda il seguente link.

[97] Si veda il seguente link.

[98] Si veda il seguente link.

[99] Si veda il seguente link.

[100] Per dati approfonditi sulla fruizione culturale in Italia si rimanda al seguente link e al link.

[101] Ministero della Cultura e altri, "MiniCifre della Cultura. Edizione 2025", pag 50. Si veda il seguente link.

[102] Si veda il seguente link.

di nazionalità marocchina e cinesi. Incide anche il **titolo di studio dei genitori**: tra i figli di chi ha al massimo la licenza media solo il 6,9% ha partecipato ad almeno quattro attività e meno del 50% a due o più forme culturali; i figli di genitori laureati nel 28,5% dei casi hanno partecipato ad almeno quattro delle cinque attività considerate e più dell'80% a due o più forme culturali. Il report riferisce anche sulle **abitudini di lettura** nel tempo libero: poco più di un ragazzo su due afferma di amarla con una netta prevalenza tra le femmine, 63,7%, rispetto al 39,8% dei maschi. Sono i più giovani 11-13 anni ad apprezzare maggiormente i libri il 55,3% (49,5% nella fascia 14-19). A non aver letto alcun libro sono soprattutto i maschi, 28,5% contro il 15,3% delle femmine (totale 22,1%); a leggere di meno sono i maschi 14-19enni (34,8%); non c'è differenza significativa tra italiani e straniere, fatta eccezione per i cinesi (30,6%).

Infine l'indagine promossa dall'impresa sociale Con i Bambini[103], riferendosi alla pratica di attività o laboratori artistici, musicali o teatrali in adolescenza (14-17 anni) rileva che il 72% degli intervistati non ha frequentato alcuna di queste attività e solo il 5% occupa il proprio tempo in luoghi in cui fare musica, teatro, arte o altro di creativo, ludico e/o espressivo.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Agli **Enti Locali (Regioni e Comuni)** e con i **Garanti dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, nazionale e regionali, di rendere disponibili, sicuri, gratuiti e a libero accesso gli spazi pubblici così da favorirne un uso ludico e ricreativo, superando definitivamente il concetto di "Vietato giocare" nello spazio pubblico e/o comune; in particolare si raccomanda di valorizzare esperienze politicamente significative che agiscono sull'organizzazione di una città vivibile per tutte le età della vita come "A scuola ci andiamo da soli"[104], "KmQuadrato educativo"[105], "Città30"[106];
2. Al **Ministero dell'Università e della Ricerca** (MUR) di inserire nei percorsi formativi di insegnanti, docenti, educatori e professionisti sanitari, una specifica Pedagogia del Gioco che lo affranchi tanto dalla Pedagogia dello Sport e dalla Pedagogia Speciale quanto dalla speculazione terapeutica e commerciale;
3. Al **Dipartimento per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità** in collaborazione con la garante Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza di promuovere la reale conoscenza dell'Art. 31, attraverso il Commento Generale n°17 e i monitoraggi del Gruppo CRC, e di valorizzare gli strumenti atti alla sua piena attuazione sia presso i funzionari della pubblica amministrazione sia tra genitori ed adulti con responsabilità educativa.

[103] Si veda il seguente link.

[104] Si veda il seguente link.

[105] Si veda il seguente link.

[106] Si veda il seguente link.

10. SPORT, MOVIMENTO, EDUCAZIONE

L'ingresso dello sport nella Costituzione[107], avvenuto nel settembre 2023, testimonia i profondi cambiamenti e la crescente rilevanza che questo ambito ha assunto negli ultimi anni. Pur nella complessità e nella natura multifattoriale del fenomeno sportivo, il legislatore ne ha riconosciuto come centrale la dimensione educativa, attribuendole un ruolo prioritario. È proprio questa prospettiva a orientare il presente paragrafo, che guarda allo sport attraverso lo sguardo di una comunità educante. In tale cornice, l'attenzione si concentra sul valore relazionale e sull'impatto sociale esercitato dalle organizzazioni sportive di quartiere, di paese e di comunità, con particolare riferimento alla loro capacità di contribuire al contrasto delle povertà educative. Se è infatti evidente che qualsiasi attività sportiva, anche svolta in forma privata, può produrre effetti positivi in termini di empowerment personale, è soprattutto attraverso la partecipazione in contesti organizzati che si rendono possibili esperienze di crescita, di democrazia e di partecipazione attiva. Questo aspetto diventa rilevante se si considera che lo sport rappresenta, dopo la scuola, uno dei contesti di vita più frequentati dai minorenni. Secondo i dati ISTAT[108], **il 75,6% dei ragazzi tra gli 11 e i 14 anni pratica attività sportiva, quota che si abbassa bruscamente al 66.1% tra i 15 e 17 anni.** Nonostante questa ampia partecipazione, si osserva tuttavia l'assenza, nelle organizzazioni sportive[109], di programmi formalizzati volti a promuovere l'ascolto e la partecipazione attiva dei giovani. Tale carenza appare significativa sia alla luce dei principi sanciti dall'articolo 12 della Convenzione, sia in relazione alle recenti osservazioni contenute nel documento *List of Issues Prior Reporting (LOIPR)*, redatto dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia[110] al governo italiano, che evidenziano la necessità di rafforzare i meccanismi di partecipazione dei minorenni nei diversi contesti di vita. Ascolto che va soprattutto rinforzato su temi come l'identità e l'orientamento di genere dove la sensibilità generazionale è più significativa[111] e il gap con il mondo adulto si fa ancora più ampio. Leggere i dati sulla pratica sportiva attraverso la lente della comunità educante significa metterli in relazione con quelli relativi alle povertà educative nel nostro Paese. Questo permette di cogliere meglio contraddizioni e disuguaglianze che rischiano di restare sullo sfondo quando i numeri generali appaiono positivi. Particolarmente utili le rilevazioni dell'Osservatorio di Con i Bambini, nell'indagine[112] "Vivere da adolescenti in Italia". **I dati mostrano chiaramente che le possibilità di accesso allo sport non sono uguali per tutti.** Colpisce, ad esempio, il divario tra gli adolescenti che vivono in periferie considerate "difficili" e quelli che crescono in contesti più favorevoli. La differenza nella pratica sportiva arriva a circa il 31%. Un dato che racconta una distanza che si riflette anche in altri aspetti della vita quotidiana, dalle opportunità educative a quelle relazionali. Contrastare le povertà educative significa quindi costruire interventi capaci di tenere insieme dimensione educativa, sociale e relazionale. In questo quadro, lo sport può diventare uno strumento importante di inclusione, prevenzione del disagio e crescita personale. È dentro questa prospettiva che l'azione sportiva assume una centralità anche nella **Legge 70/2024**, che riconosce il contesto sportivo come luogo educativo al pari della scuola e ne valorizza il ruolo nella prevenzione di bullismo, cyberbullismo, molestie e aggressioni. A tale impianto si affianca **l'art. 16 del D.Lgs. 39/2021**, che impone alle organizzazioni sportive l'adozione di modelli per la prevenzione di abusi, violenze e discriminazioni. Anche grazie a queste cornici normative, lo sport entra sempre più nei percorsi di collaborazione tra istituzioni, servizi educativi e politiche sociali territoriali. Interessante la sperimentazione avviata nella città di Bergamo dove il servizio minori e famiglie, all'interno del Programma P.I.P.P.I[113], nato per prevenire l'allontanamento dei minorenni dalle famiglie in situazione di vulnerabilità ha coinvolto nel tavolo le organizzazioni sportive del territorio di riferimento[114]. Un ulteriore elemento riguar-

[107] Costituzione della Repubblica italiana, art. 33.

[108] Istat la pratica sportiva in Italia 2024. Pubblicato 30.06.2025.

[109] Esistono esperienze sporadiche in alcune progettazioni Europee come engsoyouth.eu.

[110] Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, List of Issues Prior to Reporting (LOIPR), 2026. Si veda il seguente link.

[111] IPSOS Generation Report 2024.

[112] Demopolis, "Vivere da adolescenti in Italia".

[113] Si veda il seguente link.

[114] 9.01.2026 Focus Group Il LEPS P.I.P.P.I. e le attività sportive nel LabT di Bergamo.

da **la domanda inespressa di sport e spazi per il tempo libero**. Nelle aree periferiche questa raggiunge il 44%, contro il 30% registrato nei contesti non considerati problematici[115]. Si tratta di un dato che non segnala solo una carenza di offerta, ma anche un bisogno più ampio di opportunità sportive. Questi elementi trovano riscontro in una letteratura ormai consolidata che descrive la povertà educativa come un fenomeno multidimensionale. Le disuguaglianze educative sono il risultato di fattori intrecciati che finiscono per rafforzarsi reciprocamente[116]. In questa prospettiva, la minore partecipazione alla pratica sportiva non appare come un fenomeno isolato, ma come uno degli indicatori di un più ampio processo di esclusione. È proprio nell'intreccio tra queste diverse dimensioni che si rende visibile il ruolo della comunità educante, chiamata a riconoscere e contrastare non solo le singole carenze, ma il sistema di disuguaglianze che le produce e le alimenta. Mettere in evidenza il carattere multidimensionale delle povertà educative è particolarmente utile anche per leggere in modo più critico alcune misure pensate per favorire l'accesso alla pratica sportiva. Sono indubbi gli sforzi messi in campo dal Governo centrale e da diverse amministrazioni nel promuovere strumenti di sostegno economico rivolti alle fasce più fragili della popolazione. Tra questi il **Fondo Dote Famiglia 2025** (30 milioni di euro per famiglie con ISEE fino a 15.000 euro) e il **programma ANCI – Fondo Politiche Giovanili 2025** (7 milioni di euro per voucher destinate a giovani in condizioni di fragilità per l'accesso alla pratica sportiva), cui si affiancano numerose doti regionali con finalità analoghe. Tuttavia, proprio alla luce della multidimensionalità della povertà educativa, emergono alcuni elementi di criticità. Le modalità di accesso a questi strumenti prevedono procedure articolate, che si svolgono attraverso piattaforme digitali e richiedono competenze non sempre diffuse. È qui che si manifesta un primo paradosso, le stesse famiglie che più avrebbero bisogno di queste opportunità sono anche quelle che, con maggiore probabilità, incontrano ostacoli nell'accedervi. I dati ISTAT[117] evidenziano come le disuguaglianze nell'uso degli strumenti digitali siano fortemente correlate al livello socio-economico e territoriale, contribuendo ad ampliare i divari già esistenti. Il nodo riguarda la semplicità delle procedure, la presenza di punti di accompagnamento sul territorio, il ruolo delle associazioni nel facilitare le opportunità. A lacerare ulteriormente **il rapporto tra Nord e Sud** interviene anche un elemento strutturale legato alla dotazione impiantistica del Paese che, pur avendo beneficiato di investimenti significativi[118], continua a presentare forti squilibri territoriali. I dati[119] mostrano infatti come **solo circa il 26% degli impianti sportivi sia localizzato nel Mezzogiorno** e come nelle regioni meridionali sia più elevata anche la quota di strutture non attive o obsolete. A ciò si aggiunge una criticità del contesto scolastico, poiché in molte aree del Centro-Sud fino a sei scuole su dieci sono prive di palestra, limitando l'accesso allo sport[120]. Tuttavia, proprio alla luce delle disuguaglianze esistenti, emerge con sempre maggiore evidenza come il tema non possa essere affrontato esclusivamente in termini di nuovi investimenti o nuove costruzioni. Un segnale interessante in questa direzione arriva dalla recente approvazione della **Legge 53/2026** che modifica il Testo unico del D.lgs 297 del 1994 e il D.lgs. 38 del 2021 in materia di utilizzo degli impianti sportivi scolastici da parte di associazioni e società sportive dilettantistiche. Si tratta di un passaggio rilevante perché, accanto alla necessità di colmare i divari infrastrutturali attraverso nuove risorse, pone al centro anche il tema della gestione e dell'accessibilità degli impianti. In molti contesti, infatti, l'investimento non consiste soltanto nella costruzione di nuovi poli sportivi, ma anche nella capacità di rendere pienamente fruibili quelli già esistenti attraverso politiche di apertura, collaborazione con il territorio e modelli di governance inclusivi. In questa prospettiva, iniziative come il bando "Sport Illumina" promosso da Sport e Salute S.p.A., finalizzato alla creazione di spazi sportivi aperti e inclusivi, potrebbero rappresentare un'opportunità solo se accompagnate da forme concrete di coinvolgimento delle comunità locali, così da garantire una gestione realmente sostenibile anche nella fase successiva alla costruzione degli impianti.

[115] Demopolis "Vivere da adolescenti in Italia".

[116] UNICEF, Lost in Education. Si veda il seguente link.

[117] ISTAT, Rapporto Cittadini e competenze digitali, 2023.

[118] Fondi PNNR per lo sport – Fondo "Sport e periferie" dipartimento dello sport.

[119] Rapporto Sport 2024 –ICSC e Sport e Salute spa.

[120] Per approfondimenti si veda il paragrafo "Il diritto alla sicurezza negli ambienti scolastici" del presente Rapporto.

In conclusione, la piena attuazione dei diritti dei minorenni nello sport dipende non solo dagli investimenti, ma anche dalla capacità di attivare comunità educanti inclusive e partecipative. In questa prospettiva, il contributo della società civile continua a rappresentare una risorsa strategica per contrastare le disuguaglianze e ampliare le opportunità educative.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Dipartimento per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri** di avviare, a seguito dell'entrata a regime degli obblighi previsti dall'art. 16 del D.Lgs. 39/2021 in materia di safeguarding, un monitoraggio pubblico e periodico sulla loro effettiva implementazione, verificando non soltanto l'adozione formale degli strumenti previsti dalla normativa, ma anche la loro concreta efficacia nella tutela dei minorenni

CAPITOLO VII - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)



Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile



IN SINTESI

Emergono progressi nell'incremento dell'offerta dei servizi educativi per la prima infanzia, così come si assiste alla riduzione dell'abbandono scolastico, ma persistono forti diseguaglianze territoriali con un impatto maggiore sui minori in condizione di vulnerabilità sociale ed economica.
Persistono difficoltà nell'attuazione dei Piani educativi individualizzati (PEI), nella qualità e nella continuità dei sostegni e nella partecipazione delle alunne e degli alunni con disabilità alle decisioni sul proprio percorso educativo.
Il bullismo e il cyberbullismo, nonostante gli interventi normativi, restano fenomeni diffusi tra bambini e adolescenti, e appare evidente la necessità di rafforzare le attività di prevenzione, educazione digitale nelle scuole, promuovendo una maggiore collaborazione tra famiglie, istituzioni e servizi territoriali.
Lo sport è un'importante opportunità di crescita, inclusione e benessere, ma molti bambini e adolescenti incontrano ostacoli economici, territoriali e organizzativi che limitano l'accesso alla pratica sportiva, rendendo necessario potenziare gli investimenti e garantire opportunità sportive accessibili e inclusive per tutti. Anche il diritto al gioco è spesso limitato da povertà educativa, disuguaglianze territoriali e carenza di spazi sicuri e accessibili.

I DATI RACCONTANO

58% DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ HA CAMBIATO INSEGNANTE DI SOSTEGNO RISPETTO A.S. PRECEDENTE

31,6% DEI BAMBINI SOTTO I 3 ANNI ACCEDE AI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA

48% DEI FONDI PNRR PER NIDI E SCUOLE DELL'INFANZIA È STATO UTILIZZATO

8,7% DEGLI STUDENTI PRESENTA DISPERSIONE SCOLASTICA IMPLICITA

13,2% DEI GIOVANI TRA 15 E 29 ANNI È NEET

11,9% DEGLI STUDENTI HA CITTADINANZA STRANIERA; TRA QUESTI L'ABBANDONO SCOLASTICO RAGGIUNGE IL 26,2%

49% DEGLI EDIFICI SCOLASTICI È STATO COSTRUITO PRIMA DELLA NORMATIVA ANTISISMICA

38,2% DEGLI EDIFICI SCOLASTICI DISPONE DI UNA PALESTRA

28,2% DEGLI STUDENTI DICHIARA DI AVER SUBITO EPISODI DI BULLISMO

25 ANNI DOPO

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- Nel 2001 non esisteva una definizione giuridica di bullismo né una normativa, mentre il "cyberbullismo" non era ancora entrato nel linguaggio comune. La Legge 71/2017, la Legge 70/2024 e il D.Lgs. 99/2025, hanno sviluppato un sistema di prevenzione e contrasto che prevede monitoraggio, formazione e strumenti di tutela;
- Dal 2015 incremento degli investimenti per edilizia scolastica e pubblicazione dei dati dell'Anagrafe nazionale dell'edilizia scolastica;
- Il DPR 19/2016 ha introdotto la classe di concorso A23 per l'insegnamento dell'italiano agli studenti di origine straniera e il Decreto-legge 71/2024 ha previsto tale docente almeno nelle classi con più del 20% di iscritti di origine straniera;
- Il D.lgs. 65/2017 istituisce il Sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita sino ai sei anni sotto la responsabilità del Ministero dell'Istruzione;
- Dal 2000 al 2025 i Servizi educativi 0-3 anni sono passati dal 10% al 31,6%;
- Legge 92/2019 e nuove Linee guida per l'insegnamento dell'educazione civica: i curricola hanno ora traguardi e obiettivi definiti a livello nazionale;
- Riforma dello sport (d.lgs. 36/2021) rafforzamento delle tutele per minorenni; d.lgs. 39/2021 l'obbligo per le società sportive di adottare modelli di safeguarding per la prevenzione e il contrasto di violenza, abusi e discriminazioni Tali novità sono propedeutiche a segnare un passaggio culturale, da una concezione dello sport prevalentemente orientata alla prestazione a una visione più attenta alla dimensione educativa;
- D.Lgs. 62/2024 rafforza il raccordo tra il Piano educativo individualizzato (PEI) e il progetto di vita;
- Dal 2005 al 2025 il tasso di ELET è diminuito dal 22,1% all'8,2%, sotto il target UE del 9%.

SFIDE

- Rendere effettivo il raccordo tra il PEI e il progetto di vita, così da assicurare continuità tra il percorso scolastico, l'orientamento e la transizione alla vita adulta e verificare che si traduca in interventi coordinati e personalizzati;
- La separazione dei percorsi di formazione universitaria rivolti agli educatori dei servizi educativi per l'infanzia e agli insegnanti della scuola dell'infanzia ostacola la continuità del percorso educativo da 0 a 6 anni e impatta negativamente sul reclutamento del personale;
- I dati della Piattaforma ELISA mostrano che il divario più significativo non è tra chi fa bullismo e chi lo subisce, ma tra ciò che gli adulti percepiscono e ciò che i ragazzi vivono. Il fenomeno non è diminuito: la vittimizzazione sistematica è in crescita, le misure di attuazione restano incomplete con risorse insufficienti, una scarsa conoscenza della figura del referente tra gli studenti e un ampio sommerso;
- Permane una grave situazione sull'assenza di certificazioni negli edifici scolastici (agibilità, collaudo statico, prevenzione incendi);
- Mancanza di protocolli omogenei per la somministrazione dei farmaci a scuola, con conseguenti differenze territoriali che non garantiscono equità di accesso e sicurezza per tutti gli studenti e studentesse;
- Le disuguaglianze territoriali condizionano fortemente l'accesso allo sport: tra gli adolescenti che vivono nelle periferie più difficili e quelli dei contesti più favorevoli il divario nella pratica sportiva raggiunge il 31%.A ciò si aggiungono forti squilibri infrastrutturali, con solo il 26% degli impianti nel Mezzogiorno e fino a 6 scuole su 10 senza palestra in molte aree del Centro-Sud.

LE PRIORITÀ

Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito**, alle **Regioni** e agli **Enti locali** di adoperarsi per sanare i divari nell'offerta di servizi educativi per l'infanzia nei diversi territori;

Al **Governo** di prevedere fondi per investire in modo continuativo su mense, palestre, abbattimento delle barriere fisiche e sensoriali, anche alla luce dell'andamento dei flussi di natalità ma senza penalizzare le piccole scuole nelle isole e nelle aree interne; e di adottare misure strutturali per garantire la continuità e la qualità dell'inclusione scolastica delle alunne e degli alunni con disabilità, rafforzando la stabilità e la qualificazione del personale;

Al **Ministero dell'Istruzione e del Merito** in collaborazione con il **Dipartimento per le Politiche della Famiglia** di assicurare un investimento strutturale per la prevenzione efficace del bullismo e del cyberbullismo nell'accompagnamento delle comunità educanti

Capitolo VIII
MISURE SPECIALI PER LA TUTELA DEI MINORENNI

1. MINORENNI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI – IL DIRITTO ALLA PROTEZIONE E ALL'ACCOGLIENZA

Al 31 dicembre 2025, in Italia erano arrivati via mare **12.177 minori stranieri non accompagnati**[1], mentre **17.011 erano in tutto quelli accolti** sul territorio[2].

L'anno precedente, si erano registrati 8.752 minori soli sbarcati sulle coste italiane e 18.625 accolti nel sistema di protezione nazionale, come registrato dalla Direzione Generale per le politiche migratorie e per l'inserimento sociale e lavorativo dei migranti presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS).

Fra le **nazionalità** più frequentemente registrate nel sistema di accoglienza vi sono quella egiziana (30%, in crescita rispetto all'anno precedente), quella ucraina (17%), quella bangladese (10%) e quella gambiana (7%)[3]. Tale distribuzione riflette le evoluzioni geopolitiche globali: Egitto e Ucraina continuano ad essere importanti Paesi di origine di flussi di minori non accompagnati, con il primo in crescita e il secondo in lento ma continuo calo rispetto alle prime annualità dopo lo scoppio del conflitto, a seguito del raggiungimento della maggiore età, della riduzione dei nuovi ingressi e dell'aumento dei rientri in patria, mentre il Bangladesh emerge nettamente rispetto all'anno precedente, con un aumento di 1.216 minori in più rispetto allo stesso periodo nel 2024. Infine, il Gambia, dopo anni di crescita, prosegue nell'inversione di tendenza iniziata nel 2024, con una ulteriore riduzione di 1.062 minori.

Rispetto alle **modalità di ingresso**, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali conferma nel 2025 la prevalenza degli ingressi di minori soli in seguito a eventi di sbarco, anche se il restante 44% (fra cui il 57% del totale dei minori soli provenienti dall'Egitto e il 35% di quelli provenienti dal Bangladesh) è registrato a seguito di reperimenti sul territorio, negli scali aeroportuali o ai valichi di frontiera, per un totale di 7.133 minori.

In termini di **genere**, quasi l'89% dei minori non accompagnati in Italia è maschio, mentre relativamente alle **fasce d'età**, il 78% ha più di sedici anni e la maggior parte (oltre il 56%) si appresta al passaggio alla maggiore età, un evento che per ogni ragazzo o ragazza rappresenta in genere un momento chiave, che porta con sé dubbi, paure e una profonda necessità di equilibrio e certezze, che spesso non trova riscontro nella vita di chi arriva solo o sola nel nostro Paese, a causa della discontinuità dell'accoglienza e della precarietà dello status. Tra le **minori femmine**, tuttavia, la maggioranza si colloca nella fascia fra i 7 e i 14 anni, segnando un'importante differenza con la componente maschile. Come indicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali[4], tale distribuzione dipende in larga misura dalla presenza di minori ucraine: al 31 dicembre 2025 i minori non accompagnati provenienti dall'Ucraina erano infatti 2.963 e di questi 1.498 erano femmine, componendo il 78% circa del totale delle minori sole presenti in Italia. Al netto di tale presenza, la distribuzione per fasce di età delle presenze femminili va a omologarsi a quella dei maschi, confermando una maggioranza di minori fra i 16 e i 17 anni di età.

Quanto all'**accoglienza**, la maggior parte dei minori stranieri non accompagnati (22%) è accolta in strutture presenti sul territorio della Regione Sicilia, che accoglie 3.324 minori, seguita da Lombardia (13%) con 2.074 minori e Campania (12%) con 1.775 minori soli accolti, a dimostrazione di una concentrazione che ancora oggi è fortemente sbilanciata, comportando un importante sovraccarico in alcuni territori e una conseguente difficoltà di presa in carico dei bisogni e delle vulnerabilità specifiche. L'affido familiare, riconosciuto ai minori stranieri non accompagnati dalla Legge

[1] Si veda il seguente link.

[2] Non sono disponibili dati ufficiali e pubblici circa gli ingressi in Italia dalla frontiera terrestre. I minori soli che entrano via terra e non vengono rintracciati sul territorio non sono presi in carico dal sistema, rimanendo invisibili. Le stime di IRC suggeriscono che nel 2025 siano entrati via terra dalla c.d. "rotta balcanica" circa 1.270 minori stranieri non accompagnati, mentre erano stati 2.192 nell'anno precedente. Si veda il seguente link. 2025 IRC ITALY MONITORING REPORT TRIESTE

[3] Si veda il seguente link.

[4] Si veda il seguente link.

47/2017 quale opzione prioritaria rispetto alle altre forme di accoglienza, è ancora scarsamente diffuso: basti pensare che solo il 4% dei MSNA ne fruiscono[5]. Inoltre, secondo il rapporto semestrale della Direzione Generale per le politiche migratorie e per l'inserimento sociale e lavorativo dei migranti, nel 2025 i minori che hanno abbandonato volontariamente il sistema di accoglienza sono stati 6.090. L'86% di questi era entrato in Italia nello stesso anno. Le due cittadinanze maggiormente rappresentate sono quella eritrea con 1.503 minori, pari al 25% del totale degli allontanamenti (terza cittadinanza per numero di ingressi di minori nel 2025) e quella egiziana, con 1.184 minori pari al 19,4% del totale, che è la prima cittadinanza per numero di ingressi.

Rispetto alla modalità di ingresso, i minori entrati nel Paese in seguito ad eventi di sbarco sono nettamente più coinvolti in eventi di allontanamento (71%) rispetto a coloro che sono stati rintracciati nel territorio italiano (29%)[6].

In merito all'**assetto normativo**, la principale novità risiede nell'emanazione del DL 133/2023 "Disposizioni urgenti in materia di immigrazione e protezione internazionale, nonché per il supporto alle politiche di sicurezza e la funzionalità del Ministero dell'interno"[7], convertito con modifiche nella Legge 176/2023, che prevede, "in caso di arrivi consistenti e ravvicinati" e nei casi in cui a causa di questi non sia possibile assicurare idonea accoglienza ai minori non accompagnati da parte dei Comuni, l'attivazione a cura del Prefetto del territorio di competenza di strutture temporanee a loro dedicate. Inoltre, qualora queste non fossero disponibili, i minori dai 16 anni in su possono essere, temporaneamente e per un periodo non superiore ai 90 giorni, inseriti in specifiche sezioni in centri per adulti, una modifica normativa che comporta seri rischi per la protezione dei minori a causa della potenziale promiscuità e a cui il ricorso sembra essere frequente. Secondo il monitoraggio di una delle associazioni del Gruppo CRC, infatti, a fine novembre 2025 erano stati almeno 823 i transiti di MSNA in centri per adulti dal varo del DL 133/2023[8]. In aggiunta, il DL, sempre nel caso di arrivi consistenti, multipli e ravvicinati, non meglio definiti, prevede che le autorità di pubblica sicurezza possano procedere alla richiesta di accertamento dell'età, dando immediata comunicazione alla procura della Repubblica presso il Tribunale, in presenza di un dubbio circa l'età dichiarata. Una misura che di fatto pone una importante responsabilità al di fuori delle garanzie e delle competenze dell'autorità giudiziaria[9].

Alla luce dei dati contenuti nel precedente rapporto di monitoraggio del Gruppo CRC, è utile dedicare poi qualche riga alla specifica condizione dei minori non accompagnati provenienti dall'Ucraina. Il DL 202/2024 aveva già esteso la protezione temporanea concessa ai cittadini ucraini in fuga dal conflitto fino al 4 marzo 2026, successivamente estesa, a seguito della decisione del Consiglio europeo del 13 giugno 2025, fino al 4 marzo 2027, con il DL 201/2025[10].

Non da ultimo per importanza, si segnala che è in corso la definizione degli atti che attueranno in Italia il Patto europeo sulla migrazione e l'asilo, una riforma di enorme portata, che comporterà impatti anche per i minori, valutabili appieno sono dopo completa implementazione del nuovo assetto. In termini generali, il Decreto-legge 100/2026 positivamente non modifica la Legge 47/2017, garantendone la continuità applicativa. Al contempo, tuttavia, emergono rischi di detenzione protratta dei minori, specie quelli in famiglia, nella conduzione degli accertamenti e delle procedure accelerate, e di generale riduzione delle garanzie, fra le quali una non chiara definizione dei requisiti e dei criteri di selezione delle figure di rappresentanza provvisoria che devono affiancare il minore nelle fasi di screening.

[5] Si veda il seguente link.

[6] Si veda il seguente link.

[7] Si veda il seguente link.

[8] Si veda il seguente link.

[9] Il nuovo iter per la determinazione dell'età differisce radicalmente da quello applicabile in via ordinaria, che prevede una procedura di carattere olistico e multidisciplinare, basata su una valutazione del superiore interesse del minore e sul principio di presunzione di minore età, da cui derivano una serie di garanzie, come indicato anche dall'analisi di UNHCR. Si veda il seguente link.

[10] Si veda il seguente link.

Al momento della stesura del presente Rapporto, è in corso l'iter di approvazione del Disegno di legge "Disposizioni in materia di immigrazione e protezione internazionale, nonché disposizioni per l'attuazione del Patto dell'Unione europea sulla migrazione e l'asilo", che contiene anche una norma relativa alla riduzione del prosieguo amministrativo per i neomaggiorenni da 21 a 19 anni, che rischia di produrre un duplice danno, ostacolando l'autonomia di giovani che stanno costruendo un percorso positivo e aumentandone la vulnerabilità sociale. Tali norme non farebbero che aumentare il rischio di marginalità sociale, creando nuove sacche di vulnerabilità e indebolendo un sistema già messo alla prova, con risultati disastrosi. In questo quadro, oltre all'abolizione di questa previsione dal DDL e da ogni altro possibile atto, apparirebbe altrettanto necessario rafforzare approcci che valorizzino la partecipazione attiva dei minori e dei neomaggiorenni stranieri, riconoscendone competenze, capacità e ruolo nei percorsi di inclusione sociale e di accompagnamento all'autonomia, anche attraverso esperienze di peer support e consultazione e supporto psicosociale[11].

In termini di sviluppi circa le **procedure**, è importante fare riferimento all'aggiornamento del "Vademecum operativo per la presa in carico e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati"[12], aggiornato dal Ministero dell'Interno a ottobre 2025 e allo sviluppo di procedure operative standard (SOPs) da parte di molte Prefetture italiane, a seguito della pubblicazione, nel 2023, del "Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e di accoglienza"[13].

Tale processo partecipativo volto a promuovere un modello multiattoriale di governance e un approccio uniforme è da considerarsi una buona pratica replicabile in altri contesti e rispetto ad altre attività.

In relazione all'accoglienza dei minori non accompagnati, infine, il 28 maggio 2025 la Direzione Centrale dei Servizi civili per l'immigrazione e l'asilo, Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno ha diramato la circolare 23156[14], che ha rivisto le modalità di ripartizione delle risorse, a fronte di una mancanza di fondi, per ripartire quelli disponibili in modo equo. I ritardi e le carenze nella copertura delle spese ai Comuni sono stati segnalati anche da ANCI[15], che ha chiesto al Governo di risolvere una problematica che si protrae dal 2023, con un ammanco di almeno 190 milioni di euro in questo biennio, già spesi dalle Amministrazioni locali per l'accoglienza dei minori, e fonte di rischio per i bilanci comunali e la qualità dell'accoglienza, con immaginabili conseguenze anche sui diritti dei minori.

Appare lineare evidenziare come il sistema italiano di protezione e accoglienza dei minori stranieri non accompagnati appaia ancora disomogeneo, con un'applicazione carente e non uniforme del dettato normativo della Legge 47/2017, a partire dalle perduranti carenze relative ai posti in accoglienza.

[11] Si veda il seguente link.

[12] Si veda il seguente link.

[13] Si veda il seguente link.

[14] Si veda il seguente link.

[15] Si veda il seguente link.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento** di monitorare l'applicazione della normativa, compresa quella europea discendente dal Patto europeo per la migrazione e l'asilo, al fine di garantire che i diritti dei minori stranieri non accompagnati siano tutelati e promossi come disciplinato dalla Legge 47/2017, verificando che siano assicurate tutte le garanzie fondamentali al pari di ogni altro minore italiano o cittadino di uno Stato dell'UE;
2. Al **Governo** di attuare le misure previste dal Patto europeo per la migrazione e l'asilo assicurando un approccio child friendly, a partire dall'escludere ogni possibilità di detenzione per i minori non accompagnati, passando per una revisione del sistema di accoglienza a favore di centri governativi di prima accoglienza, normati e idonei ai minori soli, dotati di servizi di supporto specializzati al benessere fisico e psicosociale, e procedure che mettano sempre il superiore interesse del minore al centro delle decisioni, nonché la pronta creazione di un meccanismo di monitoraggio indipendente, come previsto dalle regole europee. Si chiede inoltre che vengano mantenute le norme già esistenti nella normativa nazionale se più favorevoli per i minori, assicurando, in particolare, la trattazione delle domande dei minori non accompagnati nella procedura ordinaria anziché in quelle accelerate e alla frontiera;
3. All'**Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza** di rafforzare il proprio ruolo di monitoraggio dell'istituto della tutela volontaria dei minori stranieri non accompagnati e favorire, nell'ambito dell'esercizio del proprio mandato, il più ampio supporto al suo rafforzamento e ampliamento.

2. MINORENNI IN STATO DI DETENZIONE E SOTTOPOSTI A MISURE ALTERNATIVE

Al 15 aprile 2026, erano 568 i giovani presenti nei 20 Istituti Penali per Minorenni d'Italia (IPM)[16]. Di questi, 233 erano stranieri (pari al 41% del totale) e 16 erano le ragazze. Le comunità ospitavano 1.364 minorenni o giovani adulti (di cui solo 18 in comunità pubbliche), mentre 12 erano le presenze nei Centri di Prima Accoglienza.

Negli ultimi mesi le presenze in IPM sono arrivate a superare le 600 unità, portando per la prima volta nella storia delle carceri minorili italiane sovraffollamento e materassi per terra. Il cosiddetto Decreto Caivano del settembre 2023 ha costituito il più grande stravolgimento di un sistema che, per come era codificato nel codice di procedura penale minorile del 1988, si fondava su un modello educativo che rifuggiva dalla mera punizione ed era capace di residualizzare al massimo la detenzione dei minorenni.

Alla fine del 2022, ultimo anno senza il decreto, i giovani detenuti erano 381, che evidenzia una crescita di circa il 50% che sarebbe stata ben maggiore se non fosse che tale decreto conteneva norme per facilitare il trasferimento in chiave punitiva dei ragazzi ultramaggiorenni alle carceri per adulti, interrompendo così ogni percorso di sostegno. Se nel 2022 tali trasferimenti erano stati 105, nel 2024 sono aumentati a 189, per arrivare a 195 nel 2025, con un aumento di oltre l'85%. Tra le cause del sovraffollamento rientra pure la cancellazione del limite di un mese in caso di aggravamento della misura da comunità a carcere. Anche la durata media delle permanenze è aumentata. Se prima della pandemia (2019) si attestava sui 145 giorni, nel 2025 è stata di quasi 180.

Si aggiunga a ciò che **la carenza di posti nelle comunità** (di cui solo tre pubbliche) non riesce a rispondere alle esigenze di inserimento dei ragazzi.

Le misure introdotte hanno confermato l'impostazione contenitiva e hanno visto l'apertura, precipitosa e con spazi inadeguati, di tre nuovi IPM[17]. Inoltre, tra-

[16] Tutti i dati quantitativi sono elaborazioni dell'Associazione Antigone su dati del Ministero della Giustizia diponibile al seguente link.

[17] L'Aquila, Lecce e Rovigo.

dendo da un punto di vista tanto concreto quanto simbolico la separazione tra giustizia minorile e per adulti, dal 24 marzo al 30 settembre 2025 ha funzionato una sezione IPM all'interno del carcere per adulti di Bologna, nella quale sono transitati 52 giovani adulti appartenenti al circuito minorile.

Il contesto detentivo degli IPM – dove, tra l'altro, il nuovo art. 9-bis del cpp minorile ha esplicitato che all'ingresso i detenuti vanno sottoposti senza indebito ritardo a visita medica - e la ridotta incisività delle proposte educative hanno contribuito anche al ripetersi di azioni di protesta o eventi critici, con l'ulteriore aggravio anche di imputazioni per reati commessi in carcere.

Uno sguardo ai **dati di flusso mostra plasticamente come la crescita delle misure restrittive sia dovuta a un aumento della reazione penale piuttosto che della criminalità in sé**. Rispetto al 2022 infatti, ultimo anno senza le nuove norme, il 2024 ha portato un'impennata degli ingressi in carcere di quasi il 20%, ingressi che sono invece addirittura diminuiti tra il 2024 e il 2025, quando la reazione penale indurita era andata ormai a regime. Stessa cosa per gli ingressi nelle comunità penali (+19,9% nel 2024 e sostanzialmente stabili l'anno dopo) e per i Cpa (+53,5% e diminuiti l'anno dopo).

Allargando lo sguardo al di là dei servizi residenziali, vediamo come negli ultimi anni sia cresciuto pericolosamente il numero dei giovani sottoposti complessivamente a controllo penale. Al 31 dicembre 2025 i giovani in carico al sistema di giustizia minorile erano 17.027. A dicembre 2022 erano 13.658, con una crescita di quasi il 25% in tre anni. Tutte le misure che compongono il sistema hanno visto un'espansione nell'ultimo biennio, dagli ingressi in IPM, ai collocamenti in comunità, alle misure cautelari, alle misure alternative e alle misure di sicurezza, fino all'istituto della messa alla prova.

Quest'ultimo costituisce il principale settore di intervento, con 3.273 giovani, pari al 19,2% del totale dei minorenni e giovani adulti in carico ai Servizi, impegnati a fine 2025 in percorsi di Map, svolti nell'82% dei casi (nel 2025) presso il proprio domicilio. Il Decreto Caivano ha introdotto preclusioni automatiche alla concessione della Map in caso di specifici reati, minando la stessa filosofia alla base del processo penale minorile, che intendeva lasciare al giudice la massima discrezionalità al fine di poter valutare caso per caso il superiore interesse del minore.

Uno sguardo alla c**omponente straniera dei ragazzi che incrociano la giustizia minorile** ci mostra come l'accesso alle alternative alla detenzione risulti per essa meno agevole. Se sul totale dei ragazzi presi in carico dai servizi della giustizia nel corso del 2025 gli stranieri costituivano il 23,14%, salivano al 41,69% dei collocamenti nelle comunità, al 41,98% degli ingressi nei Cpa e al 46,03% degli ingressi negli IPM, mostrando una sempre maggiore loro sovrarappresentazione a mano a mano che ci si addentra verso misure più repressive e chiuse. Si tratta di una caratteristica risalente nel tempo, che ci parla di come troppo spesso il carcere minorile non venga destinato necessariamente alle situazioni più gravi bensì a quelle per le quali la mancanza di reti sociali e famigliari rende più difficile la costruzione di un percorso esterno. Ciò che invece costituisce un **fenomeno piuttosto recente è l'alta percentuale di minori stranieri non accompagnati tra i ragazzi stranieri presenti in IPM.** Rispetto al passato, si è ridotta la componente europea ed è oggi estremamente marcata la componente africana (specialmente Tunisia, Egitto e Marocco). Se infatti nel 2019 il 16,7% degli ingressi in IPM ha riguardato ragazzi africani e il 21,29% ragazzi europei non italiani, nel 2025 le stesse percentuali sono divenute pari al 35,2% e al 7,1%. Seppure in mancanza di dati ufficiali sulla condizione di MSNA dei giovani detenuti provenienti dal Nord Africa, essa emerge dal dialogo con le singole direzioni e da visite effettuate alle strutture.

I MSNA spesso approdano in IPM dopo esperienze di vita di strada, dovute alla sempre maggiore mancanza di posti di accoglienza, nelle quali hanno di frequente sviluppato importanti dipendenze da sostanze. La gestione di tali dipendenze all'interno degli IPM, così come troppo spesso la gestione delle difficoltà caratteriali di ragazzi pluri-traumatizzati e dal trascorso tragico, negli ultimi anni si è fondata in maniera preoccupante sull'utilizzo smodato di psicofarmaci. Si pensi che per gli antipsicotici, prescrivibili solo per gravissime patologie, la spesa a persona è aumentata del 30% tra il 2021 e il 2022. Nel singolo istituto Beccaria di Milano, negli anni dal 2020 al 2024 l'aumento nell'utilizzo di antipsicotici e benzodiazepine è stato del 110%. Nella stessa direzione medicalizzante sembra andare

l'apertura di comunità socioeducative ad alta integrazione sanitaria per giovani del circuito della giustizia minorile portatori di disagio psichico o dipendenze, che finiscono per sottrarre il ragazzo dal contesto comunitario[18].

La gestione di situazioni difficili in carcere sembra oggi fondarsi più su strategie di neutralizzazione che di presa in carico. Oltre all'eccesso nella somministrazione di psicofarmaci, un altro esempio è l'ampio uso che viene fatto dell'isolamento all'interno degli IPM, nonostante gli standard internazionali lo vietino per i minorenni[19]. Infine, un'ulteriore pratica utilizzata in situazioni difficili neutralizzando il problema senza prenderlo in carico è costituito dai trasferimenti[20]. Se di quelli verso carceri per adulti si è già fatta menzione, va detto che anche quelli tra IPM sono cresciuti notevolmente, aumentando addirittura del 147,9% tra il 2022 e il 2024. I ragazzi vengono spostati da un carcere all'altro, generando così malcontento e violando il principio della territorialità della pena, che l'ordinamento penitenziario configura come diritto della persona detenuta.

Per rendere possibile una presa in carico a tutto tondo del giovane, la **formazione specifica del personale è fondamentale.** Questa è stata tuttavia progressivamente compressa e ridotta nella portata. Inoltre, per far fronte alla carenza di personale, di recente l'amministrazione ha fatto ricorso alle graduatorie dei concorsi di assunzione originariamente destinati alle carceri per adulti. Ciò ha portato all'assegnazione, presso le strutture minorili, di personale privo delle competenze specifiche necessarie in questo delicato ambito. C'è invece grande necessità, in una società sempre più complessa dove culture e sottoculture si intrecciano creando nuovi orizzonti di riferimento, di conoscere i linguaggi specifici del mondo minorile.

Di fronte alla crisi attraversata dalla giustizia minorile, **le scelte di bilancio rispecchiano purtroppo il disimpegno del sistema**. Il 2025 aveva visto una riduzione del 4,5% rispetto al 2024 dell'investimento per il Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità (pari a 408.098.359 euro, ovvero il 3,7% del totale dei fondi destinati al Ministero della Giustizia). Tra le voci di spesa contratte, la prima riguardava le politiche di reinserimento. Lo stanziamento per il triennio 2026, 2027, 2028 ha inoltre confermato un ulteriore decremento dell'1,07%.

Insufficiente anche l'investimento in percorsi di accompagnamento all'autonomia per i giovani in uscita dal circuito penale. Vi sono alcune linee di intervento a livello nazionale[21] che non sono però consolidate e diffuse e che, pur tentando di offrire percorsi concreti, confermano come vi sia ormai una tendenza a delegare interamente il mandato educativo al Terzo Settore attraverso finanziamenti frammentari e non strutturali.

Infine, estrema preoccupazione destano le due inchieste giudiziarie condotte dalle Procure di Milano e Roma tra il 2024 e il 2026 per le presunte violenze e torture sistemiche ai danni di minorenni detenuti negli IPM Beccaria e Casal del Marmo, i cui procedimenti penali sono attualmente in corso.

[18] Luca Rondi, "Fine piccola mai", Altraeconomia, novembre 2023 e "Sedare e contenere corpi: psicofarmaci e comunità terapeutiche", in "Io non ti credo più. VIII Rapporto di Antigone sulla Giustizia Minorile", febbraio 2026. Si veda il seguente link.

[19] Sofia Antigonelli, Rachele Stroppa, "La vita nelle carceri minorili. Cosa ci racconta la nostra osservazione diretta", in "Io non ti credo più. VIII Rapporto di Antigone sulla Giustizia Minorile", febbraio 2026. Si veda il seguente link.

[20] Ibidem.

[21] Ministero della Giustizia, Inclusione socio lavorativa dei soggetti in esecuzione penale - PROGETTO AMA MI - Direzione politiche di coesione - Roma - Preavviso manifestazione di interesse. Si veda il seguente link.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Parlamento** di abolire le disposizioni del Decreto Caivano che hanno ampliato la possibilità di applicazione e la durata della custodia cautelare per i minorenni, introdotto limitazioni alla possibilità di concessione della messa alla prova, eliminato il tetto di 30 giorni per l'aggravamento della misura cautelare, facilitato il trasferimento dei giovani maggiorenni al circuito penitenziario degli adulti;
2. Al **Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità** di potenziare i percorsi di formazione del personale volti all'acquisizione di competenze specifiche per la presa in carico di minorenni e giovani adulti;
3. Al **Governo** e al **Parlamento** di potenziare il sostegno alle comunità che ospitano ragazzi del circuito penale, garantendo reale integrazione socio-sanitaria, anche prevedendo misure strutturate di accompagnamento all'autonomia per i giovani in uscita dal circuito stesso.

3. LO SFRUTTAMENTO ECONOMICO IN ITALIA: IL LAVORO MINORILE

Il rapporto UNICEF-OIL del 2024[22] ha stimato in **quasi 138 milioni, i bambini, le bambine e gli adolescenti che, nel mondo, sono coinvolti nel lavoro minorile**. Di questi, circa 54 milioni sono impiegati in lavori pericolosi che mettono a rischio la loro salute, la loro sicurezza o il loro sviluppo. Questi dati raccontano una diminuzione globale del lavoro minorile, ma l'obiettivo di eliminare il lavoro minorile entro il 2025 non è stato raggiunto privando milioni di bambini del diritto a studiare, a giocare e semplicemente, ad essere bambini. Il lavoro minorile rappresenta quindi ancora oggi una questione sociale di grande rilevanza che, dai dati emersi, non concerne solamente i Paesi a basso reddito ma anche società economicamente avanzate come l'Italia. **A livello nazionale, si stima siano 336mila i minorenni tra i 7 e i 15 anni con esperienze di lavoro minorile,** impiegati principalmente nel settore della ristorazione, della vendita al dettaglio, in campagna e nei cantieri[23].

Lo Stato italiano, come noto, attraverso il proprio ordinamento interno ha stabilito che **l'età minima legale per accedere al mondo del lavoro è di 16 anni**, ovvero una volta assolto l'obbligo scolastico come stabilito dalla Legge 29/2006. Tale tutela è espressamente prevista anche negli articoli 34 e 37 della Carta Costituzionale[24].

La **Corte di Cassazione con la sentenza n. 41591 del 2017** intervenendo in tema di tutela del lavoro minorile ha affermato poi che ai sensi dell'art. 2 della Legge 977/1967, le norme relative alla tutela del lavoro minorile non si applicano agli adolescenti addetti a prestazioni di lavoro non nocivo, né pregiudizievole o pericoloso, nelle imprese a conduzione familiare[25]: una tale pronuncia però, se da una parte ha liberalizzato l'impiego dei minorenni in occupazioni consone, ha forse offerto un *assist* per "camuffare" impieghi di altra natura. Ed infatti, come già segnalato dal Gruppo CRC nei precedenti rapporti, il fenomeno del lavoro minorile è una realtà che necessita di una rilevazione sistematica e l'avvio di azioni concrete con adeguato censimento e monitoraggio, volto a scongiurare impie-

[22] Rapporto UNICEF-OIL "Lavoro minorile: Stime globali 2024, tendenze e percorsi per il futuro"

[23] Save the Children (2023), "Non è un gioco. Indagine sul lavoro minorile in Italia". Si veda il seguente link.

[24] Si vedano artt. 34 e 37 della Costituzione, Legge 977/1967, D.lgs. 345/1999, Legge finanziaria n. 296/2006. I minorenni al di sotto dei 16 anni possono lavorare solo se si tratta di attività lavorative di carattere culturale, artistico o pubblicitario o comunque nel settore dello spettacolo e condotte a determinate condizioni.

[25] Cassazione Penale, sentenza n. 41591 del 2017: La vicenda ha riguardato la socia accomandataria di un esercizio commerciale presso cui lavorava saltuariamente come cameriera la figlia di 16 anni. A seguito di controllo l'amministratrice veniva denunciata per violazione delle norme sulla tutela del lavoro minorile insieme ai genitori. Il Tribunale condannava i tre imputati per aver ammesso al lavoro il minorenne senza che questi avesse frequentato il periodo minimo di istruzione obbligatoria. In Cassazione, gli Ermellini accolgono il terzo motivo secondo cui era ravvisabile un silenzio motivazionale sulla circostanza che la società che gestiva l'esercizio in cui era stato impiegato il minorenne fosse un'impresa a conduzione familiare, alla quale non era applicabile il divieto di ammissione al lavoro di soggetti minorenni. La Corte ha affermato che le norme della Legge 977/1967, comprese quelle penali contestate nel giudizio in questione, non si applicano con riferimento al caso degli adolescenti addetti a lavori occasionali o di breve durata concernenti le "prestazioni di lavoro non nocivo, né pregiudizievole, né pericoloso, nelle imprese a conduzione familiare".

ghi illegali in costanza di contratti di lavoro apparentemente legittimi.

Da ultimo poi, la questione del lavoro minorile è stata oggetto di intervento da parte della **Corte Costituzionale con riferimento alla messa alla prova**[26] dei minorenni imputati di reati, previsione lodevole e conforme ai principi che ispirano la Convenzione. Ciò nonostante, tra il 2025 e il 2026 sono sorte questioni di legittimità costituzionale, tutte successivamente superate[27].

Il lavoro minorile resta un campo estremamente delicato, che deve godere di un monitoraggio pressante onde scongiurare distorsioni, abusi e rischi per la salute dei minorenni.

Negli ultimi anni infatti è emersa una crescente attenzione verso il fenomeno dell'occupazione adolescenziale, rilevandosi la sussistenza di rischi connessi alla sicurezza e delle condizioni lavorative dei giovani, in particolare tra i 15 e i 19 anni, anche ove inseriti in progetti rieducativi come la messa alla prova o progettuali come "alternanza scuola-lavoro". In questo contesto si inserisce il lavoro **dell'Osservatorio UNICEF per la prevenzione dei danni alla salute da lavoro minorile**[28], che sin dal suo insediamento nel giugno del 2022, si è posto l'obiettivo di monitorare il fenomeno e promuovere politiche di tutela e prevenzione. L'Osservatorio svolge la sua attività attraverso l'analisi dei dati pubblici forniti da ISTAT, INPS e INAIL. Anche nel 2026, in occasione della Giornata mondiale contro il lavoro minorile celebrata il 12 giugno[29], l'Osservatorio ha presentato il suo **Quarto Report statistico**[30], il quale conferma e aggiorna il quadro delineato nei precedenti rapporti, estendendo l'analisi al quinquennio 2020-2024 e introducendo primi dati relativi al 2025. Il documento evidenzia anzitutto il consolidamento di una tendenza ormai strutturale: **il numero di lavoratori minorenni nella fascia 15-17 anni**, crollato a 35.505 unità nel 2020 per effetto delle restrizioni pandemiche, è più che raddoppiato nel corso del quinquennio, attestandosi a 81.683 occupati nel 2024 e mantenendosi sostanzialmente stabile **nel 2025 con 81.565 unità**. I settori prevalenti di impiego risultano il lavoro dipendente, esclusi operai agricoli e domestici, e il comparto agricolo. Sul piano territoriale emergono significative differenze: il Trentino-Alto Adige presenta l'incidenza più elevata con il 22,54% dei residenti 15-17enni occupati, seguito dalla Valle d'Aosta al 17,46%, mentre Campania e Sicilia registrano tassi più contenuti, rispettivamente pari al 2,73% e al 2,51%.

Sul piano infortunistico, nel 2024 **il tasso di denunce di infortunio per i lavoratori minorenni si è attestato al 22,79%**, in lieve flessione rispetto al 23,97% dell'anno precedente. Permane tuttavia una marcata differenza di genere: circa il 62-63% delle denunce coinvolge lavoratori maschi, a fronte del 37-38% relativo alle lavoratrici. Nel periodo preso in esame, sono stati registrati 18 infortuni mortali nella fascia 15-17 anni, di cui 13 a carico di lavoratori maschi e 5 a carico delle lavoratrici femmine.

Un aspetto rilevante del Quarto report statistico riguarda **la tutela assicurativa degli studenti**. Con la Circolare n. 1 del 9 gennaio 2026[31], l'INAIL ha ufficializzato la stabilizzazione della copertura contro gli infortuni per tutto il personale e gli studenti del sistema nazionale di istruzione e formazione, superando la fase sperimentale avviata nel 2023 e consolidata con il **DL 90/2025**[32]. La tutela non è più limitata alle sole attività di laboratorio ma comprende ogni attività didattica, di apprendimento e di formazione-lavoro, con particolare riguardo ai PCTO e con potenziamento della copertura per gli infortuni in itinere. Nel 2025 le denunce di infortunio relative agli studenti hanno raggiunto 80.871 unità, con un incremento del 3,84% rispetto alle 77.883 del 2024. La maggior parte degli

[26] La messa alla prova nel processo penale minorile (art. 28 DPR 448/88) è un istituto di recupero che sospende il processo per un periodo da 1 a 3 anni. Affidato ai Servizi Sociali a seguito di un progetto personalizzato che consta della previsione di impieghi volti alla rieducazione e reinserimento del minorenne nella società, quest'ultimo svolge attività riparative, scolastiche, lavorative o di volontariato; se l'esito è positivo, il reato si estingue.

[27] Cfr. sentenza Corte Cost. n. 8 del 2025 e sentenza Corte Cost. 23 del 2025.

[28] L'Osservatorio è coordinato dall'Università degli Studi di Salerno in collaborazione con il Comitato Italiano per l'UNICEF.

[29] Giornata mondiale contro lo sfruttamento del lavoro minorile, l'UNICEF presenta il 4° Report statistico "Lavoro minorile in Italia: rischi, infortuni e sicurezza sui luoghi di lavoro".

[30] Quarto report statistico dell'Osservatorio UNICEF per la prevenzione dai danni alla salute da lavoro minorile.

[31] Circolare INAIL n. 1 del 9 gennaio 2026.

[32] Decreto-Legge 24 giugno 2025, n. 90.

eventi si è verificata in occasione delle attività scolastiche con 78.690 denunce, mentre gli infortuni in itinere hanno registrato 2.181 casi e una crescita dell'8,45%.

In merito alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori under 19, **nel quinquennio 2020-2024** il numero di occupati è passato da 243.899 a 427.072 unità, con un incremento complessivo del 75%. Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio e Puglia concentrano la maggior parte degli occupati. Permane anche in questo caso un marcato divario di genere: i lavoratori maschi rappresentano stabilmente circa il 62% del totale e percepiscono retribuzioni medie settimanali superiori rispetto alle coetanee, con un differenziale che nel 2024 si attesta a 335 euro contro 267. Le denunce di infortunio per questa fascia di età ammontano a 330.890 nel quinquennio, con un tasso medio nazionale del 18,64%.

Ulteriore criticità rappresentano poi i lavori di nuova emersione: quelli relativi ad attività disciplinate e poste in essere attraverso i social, ivi inclusi percorsi marketing e di sponsorizzazione prive di qualsivoglia controllo, che utilizzano l'immagine del minorenne.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** di garantire e coordinare una raccolta dati qualitativa e quantitativa da parte degli Enti preposti (ISTAT, INPS e INAIL) disaggregata per la fascia d'età minorile;
2. All'**INPS** e all'**INAIL** di migliorare l'informazione resa ai minorenni lavoratori sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, affinché abbiano consapevolezza dei propri diritti e riconoscere eventuali abusi;
3. Alla **Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza** di avviare un'indagine conoscitiva sullo sfruttamento del lavoro minorile, inteso come lavoro avviato prima dell'età legale consentita, finalizzata all'adozione di provvedimenti tesi a prevenire e contrastare il fenomeno.

CAPITOLO VIII - Le evidenze del monitoraggio

I DIRITTI AL CENTRO

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)



Agenda 2030 Obiettivi di sviluppo sostenibile



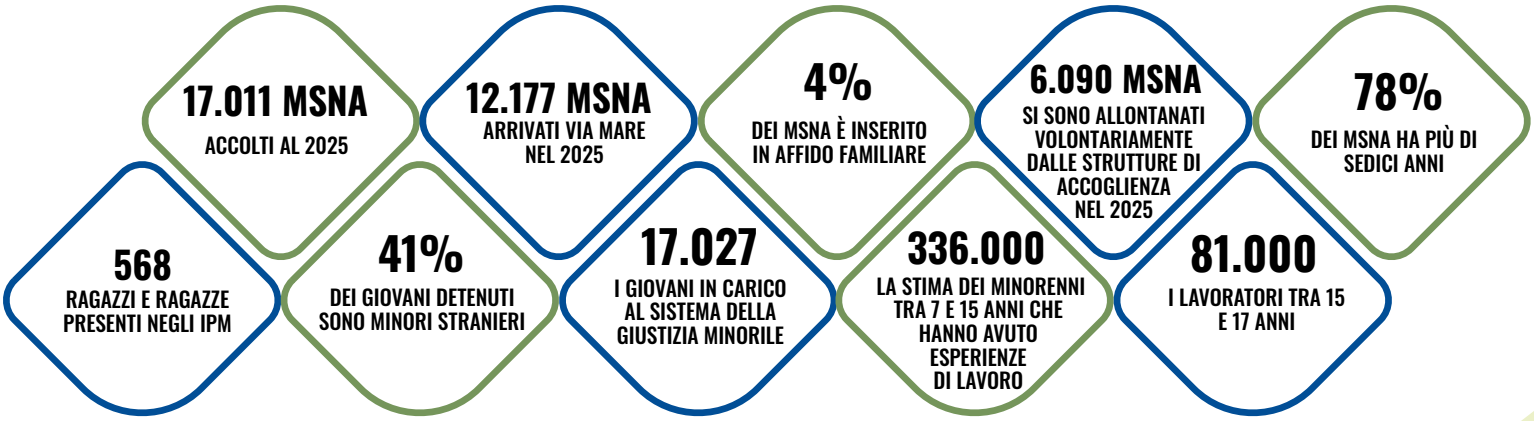
IN SINTESI

In Italia, **la presa in carico dei minori stranieri non accompagnati** continua a rappresentare una sfida rilevante per il sistema di accoglienza e tutela. Persistono difficoltà nel garantire una risposta adeguata e omogenea sul territorio, e permangono criticità rispetto all'insufficienza delle risorse economiche destinate ai Comuni. Le recenti modifiche normative legate alla gestione dei flussi migratori hanno introdotto procedure che sollevano preoccupazioni rispetto alla piena tutela dei diritti dei minori. Nel complesso, il quadro evidenzia alcuni progressi sul piano organizzativo, ma conferma la necessità di rafforzare la protezione, l'inclusione sociale e i percorsi di autonomia dei minori stranieri non accompagnati, garantendo un'applicazione uniforme delle tutele previste dalla legge.

La giustizia minorile è interessata da un progressivo aumento della presenza di ragazzi nel circuito penale e da una crescente pressione sugli istituti dedicati. Negli ultimi anni si è osservato un rafforzamento dell'approccio orientato alla sicurezza e al controllo, a discapito delle misure educative e di reinserimento che costituiscono tradizionalmente il punto di forza del modello italiano. Emergono inoltre criticità legate alle condizioni di detenzione, alla carenza di personale specializzato e alla necessità di garantire percorsi individualizzati di accompagnamento e inclusione sociale.

Il lavoro minorile continua a rappresentare un fenomeno che richiede attenzione, e permangono rischi legati allo sfruttamento, alla sicurezza sul lavoro e all'impatto sui percorsi educativi.. Resta fondamentale migliorare il monitoraggio del fenomeno e sviluppare misure di prevenzione capaci di garantire che ogni esperienza lavorativa sia compatibile con il diritto all'istruzione, alla salute e allo sviluppo personale.

I DATI RACCONTANO



25 ANNI DOPO

2001



GRUPPO CRC 25



2026

CONQUISTE

- **La Legge 47/2017** per la prima volta ha introdotto una disciplina organica dedicata ai minori stranieri non accompagnati, rafforzando le tutele e riconoscendo loro gli stessi diritti dei minorenni italiani;
- **Consolidamento della figura del tutore volontario**, previsto dalla Legge 47/2017, considerata una buona pratica per garantire rappresentanza e accompagnamento, anche se necessita di maggiore supporto ai fini di una sua estensione e potenziamento;
- Il **D.Lgs. 121/2018** ha rappresentato un importante avanzamento per la giustizia minorile, seppur parziale, introducendo per la prima volta un **Ordinamento Penitenziario specifico per i minorenni.**

SFIDE

- **Il sistema italiano di protezione e accoglienza dei MSNA è ancora disomogeneo**, con un'applicazione non uniforme della Legge 47/2017, a partire dalle perduranti carenze relative ai posti in accoglienza;
- **La carenza di posti nelle comunità** non riesce a rispondere alle esigenze di inserimento dei ragazzi;
- L'insufficiente investimento in **percorsi di accompagnamento all'autonomia** per i giovani in uscita dal circuito penale;
- **Carenze nella formazione** settoriale del personale della giustizia minorile, che è stata progressivamente compressa e che ha visto una mancanza di specificità.

LE PRIORITÀ

Al **Parlamento** di monitorare l'applicazione della normativa, compresa quella europea discendente dal Patto europeo per la migrazione e l'asilo, al fine di garantire che i diritti dei minori stranieri non accompagnati siano tutelati e promossi come disciplinato dalla Legge 47/2017;

Al **Governo** e al **Parlamento** di potenziare il sostegno alle comunità che ospitano ragazzi del circuito penale, garantendo reale integrazione socio-sanitaria, anche prevedendo misure strutturate di accompagnamento all'autonomia per i giovani in uscita dal circuito stesso;

Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** di garantire e coordinare una raccolta dati qualitativa e quantitativa sui minorenni lavoratori da parte degli Enti preposti disaggregata per la fascia d'età minorile.

Capitolo IX
L'ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO OPZIONALE SUL COINVOLGIMENTO DELLE PERSONE DI MINORE ETÀ NEI CONFLITTI ARMATI

Negli ultimi anni la violenza contro le persone di minore età nei conflitti ha raggiunto livelli preoccupanti: le ultime stime disponibili delle Nazioni Unite, relative al 2024, registrano 41.370 gravi violazioni, fra uccisioni, mutilazioni, reclutamenti, violenze sessuali, rapimenti, attacchi a scuole ed ospedali[1]. Una tendenza in crescita del 25% rispetto all'anno precedente[2].

In tale contesto, il Ministro per gli Affari Esteri, in occasione della **Giornata Internazionale contro l'impiego dei bambini nei conflitti armati**, il 12 febbraio 2026, ha sottolineato "l'impegno dell'Italia a tutelare i diritti dei bambini in zone di guerra e a contrastare il loro reclutamento da parte di forze o gruppi armati, che è anche una delle priorità del mandato dell'Italia al Consiglio dei Diritti Umani per il triennio 2026-2028". Il Ministro ha anche evidenziato come non si possa assistere alle tragedie che colpiscono bambini innocenti restando inerti e ha ricordato le importanti iniziative umanitarie italiane a favore dei minori colpiti dai conflitti, tra le quali il trasferimento da Gaza in Italia di bambini palestinesi bisognosi di cure mediche[3].

Nel 2025 il provvedimento governativo sulle **missioni militari italiane all'estero** ha stanziato 280.000 euro per: la "Squadra di esperti delle Nazioni Unite sullo stato di diritto e sul contrasto alla violenza sessuale nei conflitti"; il Fondo fiduciario delle Nazioni Unite per sostenere la partecipazione ai meccanismi ONU sui diritti umani dei Paesi meno sviluppati e dei piccoli Stati insulari; il Fondo fiduciario ONU sui bambini nei conflitti armati; il Fondo volontario ONU per assistere le vittime di tortura (UNVFVT); ed il Fondo volontario ONU per i diritti delle persone con disabilità; il Fondo fiduciario ONU per la sicurezza umana[4].

Nell'ambito dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, adottata con risoluzione dall'Assemblea Generale ONU il 25 settembre 2015, all'interno dell'Obiettivo 16 è inserito il target (16.1) "Ridurre ovunque in maniera significativa tutte le forme di violenza e il tasso di mortalità ad esse correlato" e il target (16.2) "Porre fine all'abuso, allo sfruttamento, al traffico di bambini e a tutte le forme di violenza e tortura nei loro confronti"[5]. Tali obiettivi sono ricompresi fra quelli della Cooperazione allo sviluppo dell'Italia, e diventano quindi fondamentali i tempi di attuazione che dovrebbero essere rapidi ed il monitoraggio sull'attuazione di tali impegni.

L'Italia continua a mostrare elementi di incoerenza: da un lato fornisce aiuti militari a Paesi che utilizzano i minorenni nelle forze di sicurezza e dall'altro riafferma il proprio impegno per la tutela dei diritti umani, anche partecipando a missioni internazionali che monitorano il rispetto delle libertà fondamentali.

Ad esempio **in Somalia**, dove Esercito e Polizia Nazionale Somala, secondo i rapporti annuali *Children and Armed Conflict* del Segretario Generale ONU, arruolano i minorenni. In particolare nell'ultimo rapporto del 16 giugno 2026, relativo al 2025, si evidenzia che l'Esercito ha arruolato 6 minori; ne ha uccisi o mutilati 16; i soldati hanno compiuto 8 casi di violenze sessuali e due attacchi a scuole o ad ospedali ed hanno rapito un minore[6]. Anche nel Rapporto del 2025, relativo al 2024[7], e nel rapporto del 2024 relativo al 2023[8], emerge che l'Esercito ha arruolato minori. Tuttavia le Nazioni Unite, tenuto conto degli impegni assunti e delle iniziative intraprese da Mogadiscio per debellare il fenomeno, hanno tolto l'Esercito di Mogadiscio dalla lista

[1] Si veda il seguente link.

[2] Ibidem.

[3] Si veda Bambini in conflitti armati: Tajani Italia impegnata a proteggerli e Giornata Internazionale contro l'impiego dei bambini nei conflitti armati.

[4] Si veda il seguente link.

[5] Si veda il seguente link.

[6] Si veda il seguente link.

[7] Si veda il seguente link. L'Esercito ha arruolato 8 minori, ha ucciso o mutilato 34 minori, i suoi soldati hanno commesso 11 casi di violenze sessuali, i militari hanno attaccato una scuola o ospedale ed hanno rapito 5 piccoli.

[8] Si veda il seguente link. La Polizia Nazionale Somala ha ucciso o mutilato 9 bambini e suoi membri hanno commesso un caso di stupro.

"*Pursuant to Security Council resolutions 1379 (2001), 1882 (2009), 1998 (2011) and 2225 (2015), parties that commit grave violations affecting children in situations of armed conflict on the agenda of the Security Council Pursuant to Security Council resolutions 1379 (2001), 1882 (2009), 1998 (2011) and 2225 (2015), parties that commit grave violations affecting children in situations of armed conflict on the agenda of the Security Council*" contenuta nel rapporto (Annex 1) del 2025, così come nel Rapporto del 2026 con riferimento all'arruolamento di minori. Mentre la Polizia Nazionale Somala è inclusa nella lista come responsabile di uccisioni, mutilazioni di minori e di violenze sessuali.

Nonostante tali gravi denunce, le nostre Forze Armate partecipano alla **missione EUTM Somalia** (*European Union Training Mission*), per contribuire alla costituzione e al rafforzamento dell'Esercito Somalo. L'Italia detiene il comando della missione dal 2014 e contribuisce con quasi duecento soldati[9] . Inoltre, i Carabinieri sono impegnati nel Paese in una missione di addestramento delle forze di polizia (**MIADIT**), giunta alla ventunesima edizione[10].

Le relazioni internazionali del nostro Paese dovrebbero essere basate sul puntuale rispetto delle Convenzioni internazionali e, quindi, dovrebbe essere vietato ogni tipo di supporto militare fino a quando il Governo di Mogadiscio non rispetterà le convenzioni internazionali sui diritti umani ed in particolare quelle sull'utilizzo dei minorenni come soldati. Si segnala anche che il 17 ottobre 2025 i ministri della difesa dei due Paesi, si sono riuniti a Roma e nel corso dell'incontro hanno discusso, in particolare, di lotta al terrorismo visto che la Somalia è in guerra con i miliziani di Al Shabab, ma senza affrontare il tema delle libertà fondamentali[11]. Sarebbe invece auspicabile che il tema del rispetto dei diritti umani fosse affrontato nelle interlocuzioni con il governo Somalo, anche quando si svolgono nel quadro della Legge 64/2016 di "Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo federale della Repubblica di Somalia in materia di cooperazione nel settore della difesa, fatto a Roma il 17 settembre 2013".

L'Italia dovrebbe supportare, inoltre, le richieste delle Nazioni Unite, per la liberazione delle persone incarcerate a causa del loro ruolo di ex combattenti minori, detenuti in quanto ritenuti appartenenti a gruppi armati. Ad esempio, secondo il citato rapporto del Segretario Generale ONU sono quasi trecento i minorenni incarcerati dalle autorità somale nel 2024, in quanto sospettati di avere legami con Al Shabab[12]. I minori di 18 anni, effettivamente o presumibilmente associati a gruppi armati, dovrebbero essere considerati vittime e dovrebbero essere ricompresi in percorsi che ne consentano il reintegro nella società.

Anche in Burkina Faso ed in Mozambico, in cui sono presenti missioni militari italiane, avvengono gravi violazioni dei diritti umani, anche nei confronti dei minori[13]. **In Burkina Faso** è stata prevista anche se non è operativa una missione con compiti di addestramento, finalizzata al contrasto al terrorismo ed all'imigrazione irregolare. Anche in questo caso il citato Rapporto *Children and Armed Conflict* del 2025, evidenzia che erano detenuti 25 minori, in quanto ritenuti appartenenti ai gruppi armati, e che le Forze di sicurezza e i *Volontaires pour la défense de la patrie* (gruppo paramilitare che affianca l'esercito) hanno ucciso o mutilato 59 piccoli; attaccato due fra scuole e ospedali e rapito 25 ragazzi.

In Mozambico il nostro Paese partecipa con 15 unità alla missione militare dell'Unione Europea EUTM Mozambico, con compiti addestrativi. L'esercito del Mozambico, tuttavia, sempre secondo il citato Rapporto *Children and Armed Conflict*, ha ucciso o mutilato 15 minori, attaccato 3 fra scuole ed ospedali e 51 minori sono detenuti dalla polizia in quanto ritenuti membri dei gruppi armati che combattono nella zona di Cabo Delgado.

[9] Si veda il seguente link.

[10] Si veda il seguente link. Dal 2013 tale missione ha addestrato complessivamente oltre settemila poliziotti, fra somali e della Repubblica di Gibuti.

[11] Si veda il seguente link.

[12] Si veda il seguente link.

[13] Si veda Children and armed conflict, Seventy-ninth session e Children and armed conflict, Eightieth session.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda**:

1. Al **Governo** di riesaminare la partecipazione a missioni militari e programmi di addestramento nei confronti di Stati le cui forze armate o di sicurezza risultino coinvolte, secondo i Rapporti ONU, in reclutamento di minori, violenze contro bambini, attacchi a scuole e ospedali o altre gravi violazioni del diritto internazionale umanitario;
2. Al **Governo** di assicurare coerenza tra politica estera e gli impegni assunti nell'ambito della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, del Protocollo Opzionale e dell'Agenda 2030.

PUBBLICAZIONI DEL GRUPPO CRC:

- **I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, la prospettiva del Terzo settore. Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite del Gruppo CRC, novembre 2001**;
- *The Rights of Children in Italy, perspectives in the third sector – Supplementary Report to the United Nations,* October 2002;
- Monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, Guida pratica per il Terzo settore, dicembre 2004;
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 1° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2004-2005, maggio 2005;
- *Supplementary Report on the implementation of the Optional Protocols on the CRC in Italy*, May 2005;
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2005-2006, maggio 2006;
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 3° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2006-2007, maggio 2007;
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 4° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2007-2008, maggio 2008;
- **I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia**, 20 novembre 2009;
- *Children's rights in Italy, 2nd Supplementary Report on the Implementation of the Convention on the Rights of the Child, September 2010;*
- *Outcome Document, 6th Regional Meeting of NGOs Children's Rights Coalitions in Europe, Florence, 20th – 22nd October 2010*;
- Schede di aggiornamento 2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, maggio 2011;
- Guida pratica al monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza - 2° Edizione, novembre 2011.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 5° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2011-2012, maggio 2012.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 6° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2012-2013, maggio 2013.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2013-2014, maggio 2014.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 8° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2014-2015, maggio 2015.
- 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, anno 2015-2016, maggio 2016.
- **I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 3° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia**, novembre 2017.
- *The Rights of Children and adolescents in Italy, 3rd Supplementary Report on the Implementation of the Convention on the Rights of the Child, February 2018.*
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. I dati regione per regione, dicembre 2018.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 10° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, novembre 2019.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 11° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, novembre 2020.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. Le risorse dedicate all'infanzia e all'adolescenza in Italia, maggio 2021.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia - I dati regione per regione 2021, novembre 2021.

- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, maggio 2022.
- Agenda per l'infanzia e l'adolescenza. 10 Passi per rendere concreto l'impegno verso le nuove generazioni, novembre 2022.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, novembre 2023.
- Educazione all'affettività e alla sessualità: perché è importante introdurre la *Comprehensive Sexuality Education* nelle scuole italiane, maggio 2024.
- Regioni al centro. Un viaggio nelle disuguaglianze territoriali per promuovere i diritti di bambine, bambini e adolescenti, novembre 2025.
- I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 14° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, novembre 2026.

Tutte le pubblicazioni del Gruppo CRC sono disponibili sul sito www.gruppocrc.net

GRUPPO CRC 25°

Gruppo di lavoro
per la Convenzione
sui diritti dell'Infanzia
e dell'Adolescenza

Da 25 anni **il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Gruppo CRC)** monitora in modo indipendente l'attuazione in Italia della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e dei suoi Protocolli Opzionali.

Il Gruppo CRC è oggi un network di oltre 100 organizzazioni del Terzo Settore impegnate nella promozione e nella tutela dei diritti delle persone di minore età e rappresenta il principale sistema di monitoraggio della società civile sui diritti delle persone di minore età nel nostro Paese.

Attraverso i Rapporti Supplementari alle Nazioni Unite, i Rapporti annuali di aggiornamento e i Rapporti regionali, il Gruppo CRC analizza i progressi compiuti, evidenzia le criticità ancora presenti e formula raccomandazioni concrete per rafforzare politiche e interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il 14° Rapporto di aggiornamento si inserisce nel nuovo ciclo di monitoraggio, avviato con la pubblicazione della *List of Issues Prior to Reporting* indirizzata all'Italia, in vista dell'esame da parte del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

In un momento cruciale per la tutela dei diritti delle persone di minore età, il Rapporto offre un quadro aggiornato della situazione italiana e individua le priorità su cui istituzioni nazionali, regionali e locali sono chiamate ad agire per garantire il pieno rispetto dei diritti di tutti i bambini, le bambine e gli adolescenti che vivono nel nostro Paese.

www.gruppocrc.net