

GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO E I RICOVERI OSPEDALIERI DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

ANNO 2021

L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e il Ministero della Salute, nell'ambito dell'Accordo Istat-Ministero della Salute firmato il 20 novembre 2019 per "l'alimentazione della banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari", presentano uno studio per approfondire la conoscenza della situazione delle donne vittime di violenza che si rivolgono ai servizi ospedalieri. Per questo motivo il focus delle analisi è sulla violenza di genere subita dalle donne. Nel report vengono analizzati i contenuti informativi relativi agli accessi in Pronto Soccorso rilevati dal Sistema EMUR (Prestazioni di assistenza sanitaria in emergenza – urgenza) e ai ricoveri ospedalieri, che vengono rilevati con il flusso della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO). L'analisi, aggiornata al 2021, considera l'evoluzione del fenomeno nel quinquennio 2017-2021, evidenziando gli effetti indotti dalle restrizioni imposte per contenere l'epidemia da Covid-19, confrontando i dati nel periodo pre-pandemico (2017-2019) con quello pandemico (2020-2021)¹.

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

- Nel 2021, sono state 11.771 le donne che hanno effettuato un accesso in Pronto Soccorso (PS) con indicazione di violenza, per un totale di 12.780 accessi (gli uomini sono 10.246 per 10.844 accessi totali). L'incidenza di tali accessi è pari a 18,4 per 10.000 accessi complessivi in PS (negli uomini sono 15,1), in costante aumento dal 2017 (14,1), nonostante la generale diminuzione del ricorso al PS in conseguenza della pandemia da Covid-19.
- Nel PS gli accessi di donne con indicazione di violenza tra il 2019 e il 2020 (anno della pandemia) sono diminuiti di meno rispetto al totale degli accessi: da 15.791 a 11.818 (-25,2% contro -39,8% del totale degli accessi).
- Nel 2021, si sono registrati 4,4 accessi in PS di donne con indicazione di violenza per 10.000 residenti. Le giovani donne di 18-34 anni sono state le più colpite (8,8 per 10.000), seguite dalle donne adulte di 35-49 anni (7,2 per 10.000).
- I tassi di accesso delle straniere al PS con indicazione di violenza sono più del doppio di quelli delle italiane: 11,8 per 10.000 residenti contro 4,7 nel periodo pre-pandemico 2017-2019; 10,0 contro 3,8 nel periodo pandemico 2020-2021. Il divario maggiore si osserva nelle classi di età 18-34 e 35-49 anni in cui i tassi sono più elevati.
- Il 31,4% di accessi in PS di donne con indicazione di violenza avviene attraverso il sistema 118 (per gli accessi totali tale quota è 20,5%), in aumento rispetto al 2017 (era il 21,8%).
- La quota di accessi con indicazione di violenza con codice verde del triage (urgenza minore) diminuisce dal 76,2% nel 2017 al 60,3% nel 2021, mentre quella con codice giallo (urgenza e urgenza differibile) sale dal 12,8% al 27,7%.
- Gli accessi in PS con indicazione di violenza presentano un'elevata variabilità a livello regionale per entrambi i generi. Nel periodo precedente la pandemia l'incidenza per 10.000 accessi totali varia per le donne da 3,0 in Molise a 23,3 in Liguria; nel periodo post pandemia da 2,6 in Molise a 27,6 in Abruzzo.

¹ La nota metodologica a fine testo descrive le basi dati (EMUR e SDO) e la metodologia utilizzata per selezionare i casi di violenza. Il glossario riporta la terminologia tecnica presente nel rapporto.

- Nel 2021, sono state 1.083 le donne ricoverate in ospedale in conseguenza della violenza per un totale di 1.171 ricoveri nell'anno. Dopo una sensibile diminuzione di questi ricoveri nel 2020 (-29,9% rispetto al 2019) per le elevate difficoltà di accesso alle strutture ospedaliere durante l'emergenza sanitaria, nel 2021 il recupero è stato più consistente rispetto al totale dei ricoveri ordinari (+12,4% contro +5,6% rispetto al 2020). Per gli uomini i ricoveri sono più frequenti (3.197 uomini per un totale di 3.459 ricoveri) e il tasso raggiunge l'1,20 per 10.000 uomini, contro lo 0,39 del tasso femminile. Differiscono tuttavia le motivazioni della violenza: per le donne sono più frequenti rispetto agli uomini il maltrattamento e le violenze all'interno della coppia e della famiglia, per gli uomini sono più frequenti le lesioni inflitte da altre persone, analogamente a ciò che accade per gli omicidi.
- I tassi di ricovero di donne con indicazione di violenza (0,39 per 10.000 nel 2021) sono più elevati per le minorenni (0,66 nel 2021, anno in cui il tasso supera quello delle giovani di 18-34 anni pari a 0,57), sono prossimi alla media per le donne adulte di 35-49 anni e più bassi dopo i 50 anni di età.
- I tassi di ricovero in regime ordinario con indicazione di violenza delle donne straniere sono oltre tre volte più elevati di quelli delle italiane (0,99 per 10.000 residenti contro 0,29) nel 2020-2021. Il divario sale a quattro volte tra le giovani di 18-34 anni.
- I ricoveri di donne con indicazione di violenza presentano una spiccata variabilità regionale, ulteriormente aumentata nel biennio della pandemia 2020-2021, in conseguenza di una riduzione più forte al Sud: il tasso di ricovero per 10.000 donne residenti è passato da 0,37 nel triennio 2017-2019 a 0,23 nel 2020-2021 (-38,6%), rispetto a una diminuzione a livello nazionale da 0,46 a 0,35 (-25,5%).
- L'informazione sull'esecutore della violenza è ancora poco presente nei dati raccolti (10,8% dei ricoveri femminili). Nel biennio 2020-2021, il padre o patrigno è l'esecutore indicato nel 2,8% dei casi (1,9% nel periodo pre-pandemico), il partner o consorte nel 2,2%. Considerando anche la tipologia "altri parenti", l'ambito familiare sale al 5,2% dei casi (4,1% nel periodo pre-pandemico). Ciò anche a causa della particolarità del periodo: le misure restrittive hanno ridotto infatti l'esposizione a rischio da parte di altri autori (le violenze "da altra persona esterna alla famiglia" sono passate da 2,7% a 2,3%).
- La dimissione volontaria caratterizza fortemente i ricoveri con indicazione di violenza (8,3% contro 1,9% nel complesso dei ricoveri ordinari) ed è più frequente nelle donne straniere (12,2% contro 6,8% nelle italiane).
- Le donne con ricoveri per violenza hanno più spesso ricoveri ripetuti. Considerando il quinquennio 2017-2021 sono state 6.211 le donne con almeno un ricovero con indicazione di violenza, per un totale di 8.645 ricoveri complessivi.
- Nei cinque anni 2017-2021, sia per gli accessi in PS sia per i ricoveri ospedalieri, le diagnosi più frequentemente associate alla violenza sono relative a traumatismi e avvelenamenti (fratture, ferite, contusioni, ustioni e avvelenamenti) e a disturbi mentali (disturbi predominanti dell'emotività, alcuni disturbi e reazioni dell'adattamento, abuso di cannabinoidi, abuso di droghe senza dipendenza, disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi).

Difficoltà di accesso per i ricoveri per violenza durante l'emergenza sanitaria

Negli anni precedenti la pandemia da Covid-19 si stimano circa 13-14 mila donne con almeno un accesso all'anno al Pronto Soccorso con indicazione di violenza e 1.300-1.400 donne con almeno un ricovero ordinario². In conseguenza dell'emergenza sanitaria, nel 2020 si è registrata, rispetto al 2019, una diminuzione del numero di donne pari al 25% per il pronto soccorso e del 26% per il ricovero ospedaliero (Tabella 1).

In corrispondenza dell'emergenza sanitaria si è registrato un aumento dell'incidenza degli accessi in PS con indicazione di violenza (da 15,3 per 10.000 accessi totali nel 2019 a 18,5 nel 2020), mentre nei ricoveri ospedalieri l'incidenza è diminuita passando da 4,8 per 10.000 ricoveri ordinari a 4,2 (al netto dei ricoveri per parto³) (Figura 1). I ricoveri ospedalieri per violenza hanno infatti subito un forte decremento tra il 2019 e il 2020 (-29,9% rispetto a -20,4% del totale dei ricoveri ordinari), al contrario gli accessi in PS si sono ridotti del 25,2% rispetto al -39,8% del totale degli accessi. Risulta complesso capire per il pronto soccorso quanto questo sia dipeso dalla crescente capacità degli operatori sanitari di "riconoscere" i casi di violenza (anche grazie alle recenti attività formative promosse da Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità) e quanto da minori difficoltà ad accedere a questi servizi.

Nel 2021, rispetto al 2020, i ricoveri ordinari di donne con indicazione di violenza hanno fatto registrare una ripresa pari a +12,4% rispetto a +8,1% per gli accessi in Pronto Soccorso. Pertanto il peso relativo rispetto al totale è aumentato per i ricoveri (da 4,2 a 4,5), mentre è rimasto pressoché invariato nel Pronto Soccorso.

TABELLA 1. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO E RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI DONNE CON INDICAZIONE DI VIOLENZA. Anni 2017-2021.

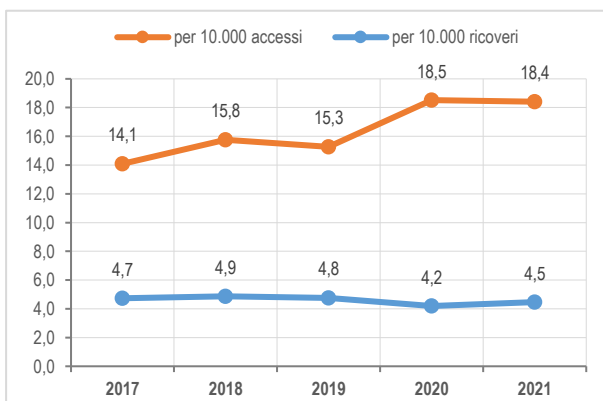
Anni	ACCESSI AL PS (a)		RICOVERI ORDINARI	
	donne con almeno un accesso	accessi	donne con almeno un ricovero (b)	ricoveri
2017	13.162	14.368	1.428	1.537
2018	14.741	16.164	1.409	1.553
2019	14.295	15.800	1.314	1.487
2020	10.753	11.826	973	1.042
2021	11.771	12.780	1.083	1.171

(a) Esclusi gli accessi per la regione Calabria.

(b) Il conteggio è effettuato sui codici individuali corretti (circa il 94% dei ricoveri con indicazione di violenza).

Fonte: Elaborazioni su dati Emergenza-urgenza (EMUR) e Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

FIGURA 1. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO E RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI DONNE CON INDICAZIONE DI VIOLENZA. Anni 2017-2021, per 10.000 accessi/ricoveri totali.



² Per conoscere i criteri di selezione dei casi di violenza negli accessi in Pronto Soccorso e nei ricoveri si veda la nota metodologica.

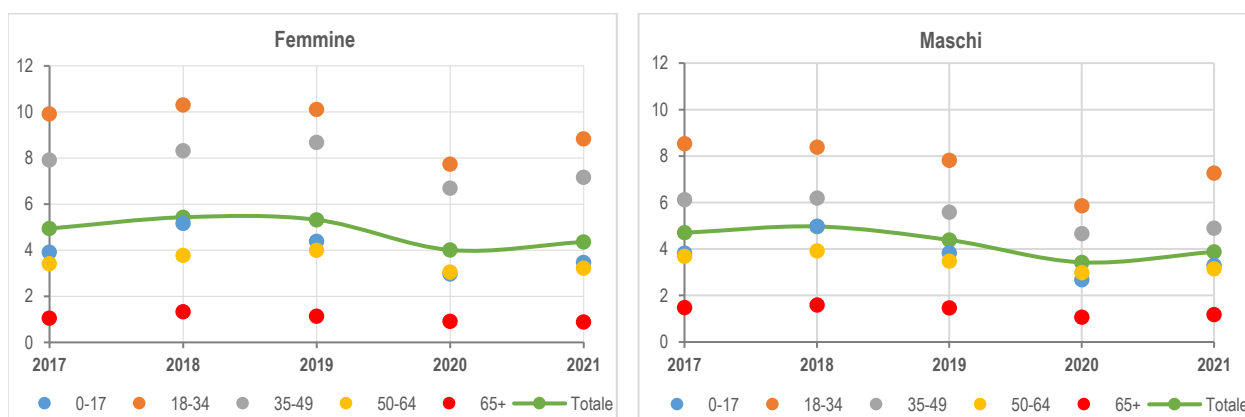
³ Le analisi del report sono state condotte al netto dei ricoveri per parto. Pertanto, quando si fa riferimento al totale dei ricoveri, si intende ad esclusione dei ricoveri femminili per parto.

Accessi al Pronto Soccorso per violenza più frequenti per le donne tra i 18 e i 49 anni

I tassi di accesso al Pronto Soccorso con indicazione di violenza, pari a 4,4 per 10.000 residenti nel 2021, sono più elevati nelle giovani donne di 18-34 anni (8,8), seguite dalle donne adulte di 35-49 anni (7,2), inferiori alla media per le minorenni e per le donne tra i 50 e i 64 anni (rispettivamente 3,5 e 3,2), più bassi dopo i 65 anni di età (0,8) (Figura 2).

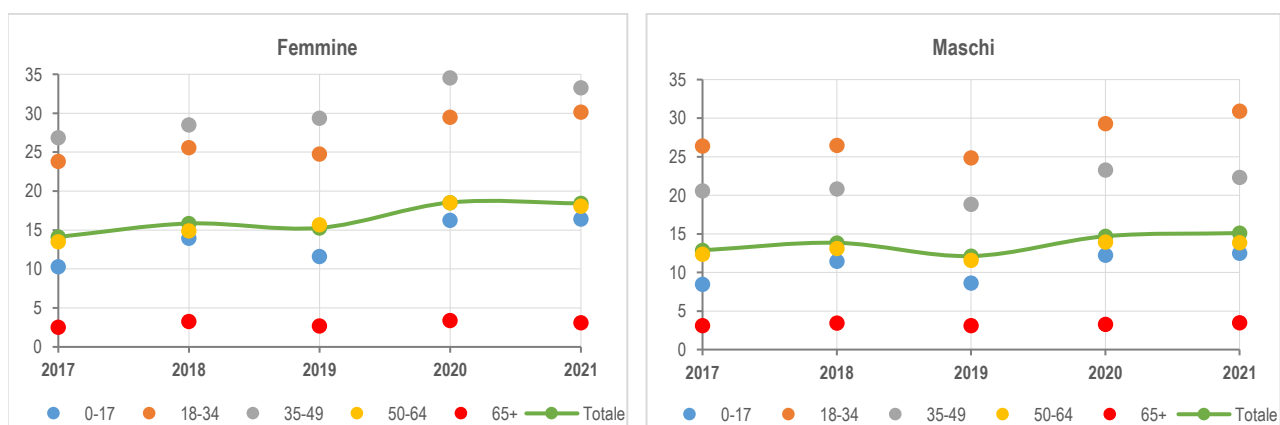
Gli accessi in PS con indicazione di violenza rispetto al totale degli accessi aumentano dal 2017 al 2020 (da 14,1 per 10.000 nel 2017 a 18,5 nel 2020) e rimangono sostanzialmente stabili nel 2021 (18,4). L'incremento è stato più accentuato tra le minorenni (da 10,3 accessi per 10.000 totali nel 2017 a 16,4 nel 2021), ma l'incidenza più elevata è relativa alle donne adulte di 35-49 anni (33,3 nel 2021) e alle giovani donne di 18-34 anni (30,2) (Figura 3). Negli uomini il fenomeno risulta distribuito sostanzialmente allo stesso modo ma con valori inferiori rispetto alle donne, concentrato nella classe 18-34 anni e con valori sopra la media per gli adulti di 35-49 anni.

FIGURA 2. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER SESSO E CLASSI DI ETÀ' (a). Anni 2017-2021, tassi per 10.000 residenti.



(a) Esclusi gli accessi per la regione Calabria e solo per il 2017 per la regione Campania.
Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

FIGURA 3. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER SESSO E CLASSI DI ETÀ' (a). Anni 2017-2021, per 10.000 accessi totali.



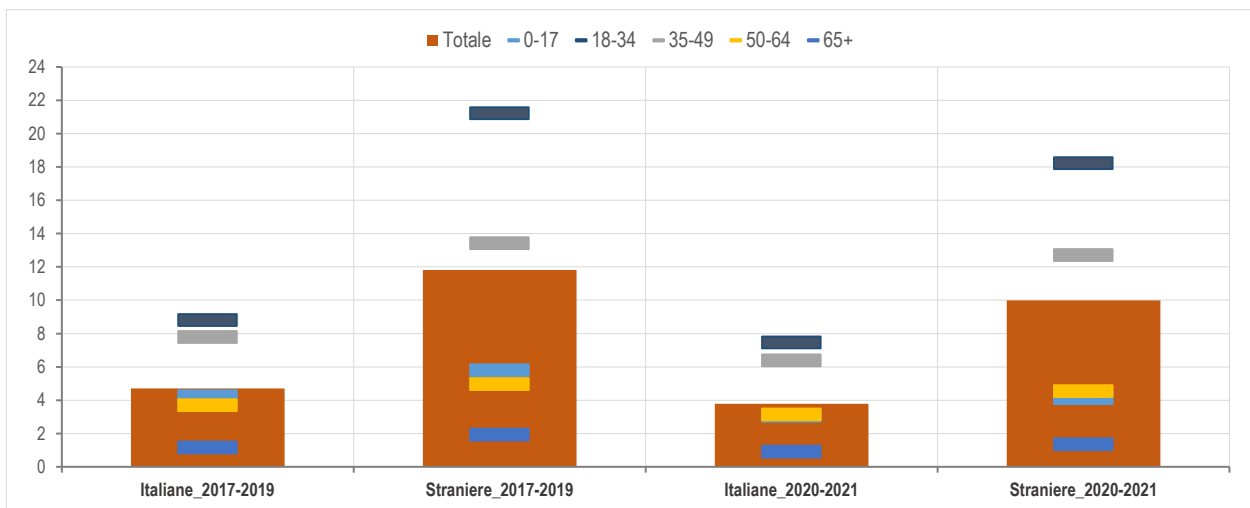
(a) Esclusi gli accessi per la regione Calabria e solo per il 2017 per la regione Campania.
Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

Gli accessi al Pronto Soccorso sono più frequenti tra le donne straniere giovani

Nel biennio 2020-2021 gli accessi al PS con indicazione di violenza ogni 10.000 accessi totali tra le donne straniere sono 39,2 a fronte di 16,5 tra le italiane. Il divario è massimo tra le giovani donne di 18-34 anni (classe di età modale per le donne straniere) con valori rispettivamente pari a 47,9 per le straniere e 27,5 per le italiane.

Anche rispetto alla popolazione residente, i tassi di accesso al PS con indicazione di violenza nelle straniere sono più del doppio di quelli delle italiane: 11,8 per 10.000 residenti contro 4,7 nel periodo pre-pandemico, 10,0 contro 3,8 nel periodo pandemico. Il divario maggiore si osserva nelle classi di età 18-34 e 35-49, anni in cui i tassi sono più elevati (Figura 4).

FIGURA 4. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DI DONNE CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER CITTADINANZA E CLASSI DI ETÀ (a). Anni 2017-2019, 2020-2021, tassi per 10.000 residenti.

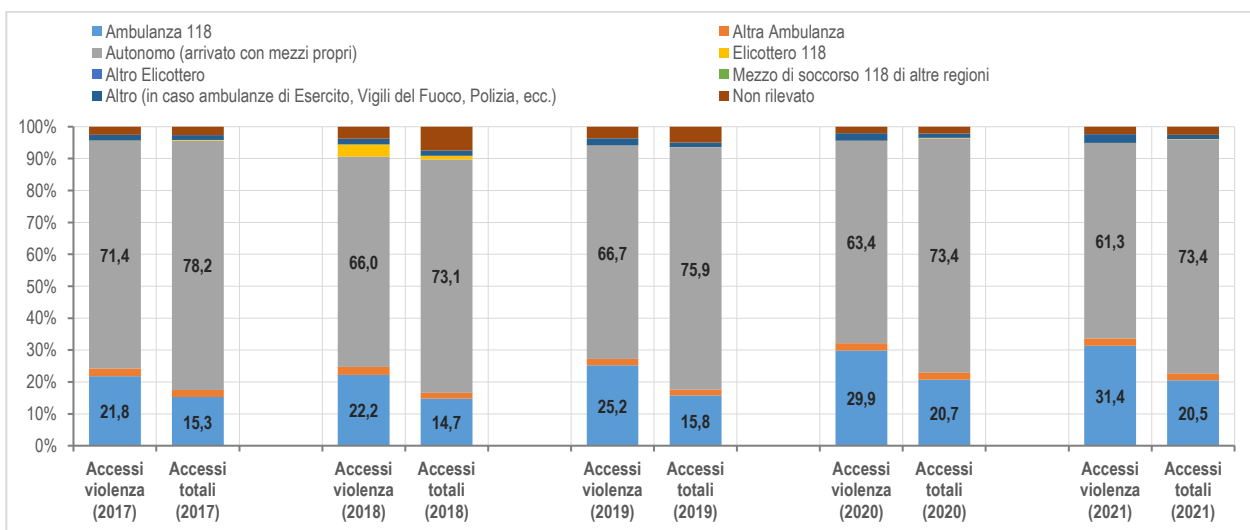


(a) Esclusi gli accessi per la regione Calabria e per la regione Campania.
Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

Aumentano le donne che arrivano al Pronto Soccorso per violenza tramite il 118

Le donne accedono al PS principalmente con mezzo proprio: 61,3% per gli accessi con indicazione di violenza, 73,4% per tutti gli accessi nel 2021. Tuttavia dal 2017 si osserva una diminuzione degli accessi per violenza con tale modalità di arrivo in favore del ricorso al PS tramite sistema 118 (da 21,8% a 31,4%) (Figura 5).

FIGURA 5. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DI DONNE CON INDICAZIONE DI VIOLENZA E ACCESSI TOTALI PER MODALITÀ DI ARRIVO (a). Anni 2017-2021, per 100 accessi.

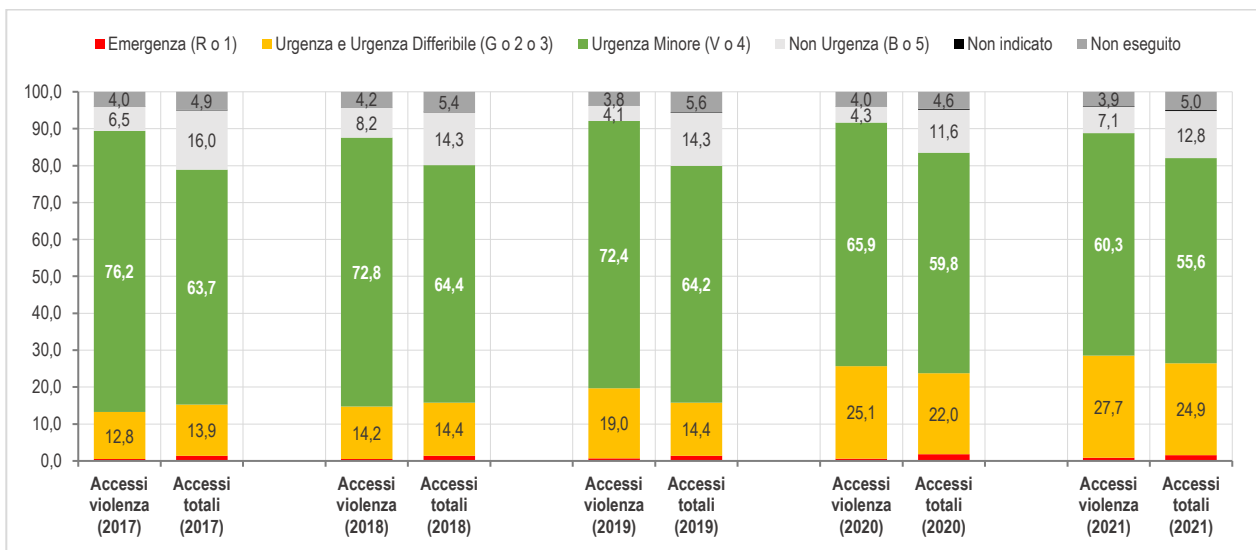


(a) Esclusi gli accessi per la regione Calabria.
Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

Più codici gialli tra gli accessi al Pronto Soccorso di donne per violenza

Nel periodo che precede la pandemia (2017-2019) il codice triage verde (urgenza minore) è attribuito post visita medica a circa 3 accessi su 4 con indicazione di violenza. Nel 2020 il codice verde diminuisce al 65,9% e nel 2021 al 60,3%, mentre aumenta sensibilmente la quota di codici gialli (urgenza e urgenza differibile): da 12,8% nel 2017 a 25,1% nel 2020 e 27,7% nel 2021 (Figura 6). L'incremento nell'utilizzo di codici di triage che indicano una maggiore gravità per gli accessi in PS di donne con indicazione di violenza è in coerenza con quanto previsto dalle "Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza" (DPCM 24/11/2017), secondo le quali, nei casi di violenza alla donna, deve essere riconosciuta almeno una codifica di urgenza relativa – codice giallo o equivalente - così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

FIGURA 6. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DI DONNE CON INDICAZIONE DI VIOLENZA E ACCESSI TOTALI PER CODICE TRIAGE DOPO LA VISITA MEDICA (a). Anni 2017-2021, per 100 accessi.



(a) Esclusi gli accessi per la regione Calabria.

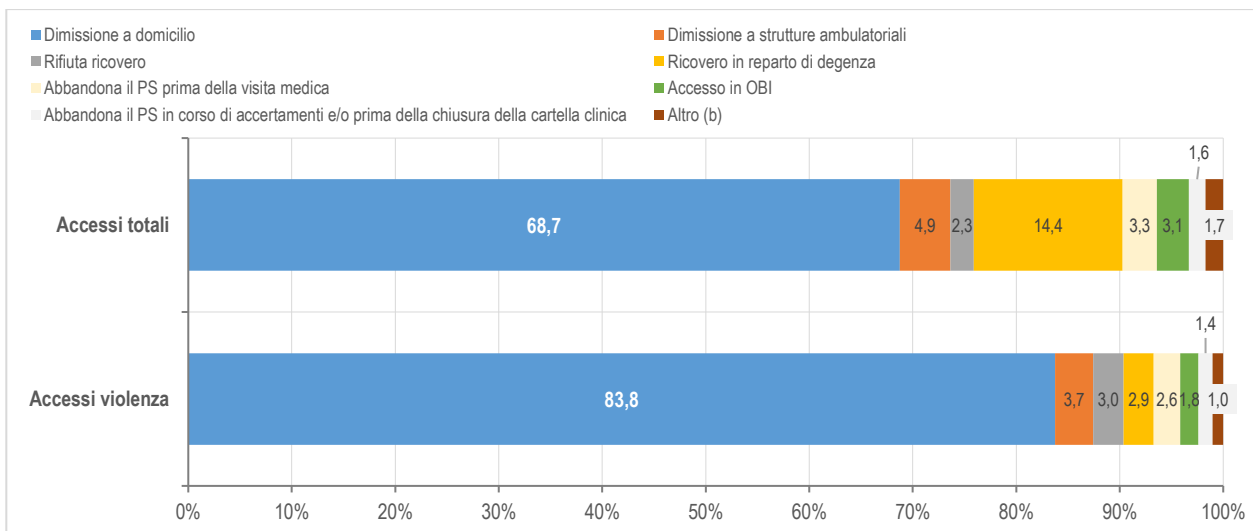
Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

Tre accessi su cento al Pronto Soccorso finiscono con il ricovero e altrettanti con il rifiuto

Nel 2021, l'83,8% degli accessi in PS con indicazione di violenza termina con il ritorno a casa della donna e il 2,9% si conclude con il ricovero. Nel totale degli accessi di donne in PS le percentuali sono rispettivamente pari a 68,7% e 14,4% (Figura 7).

Una quota pari al 4,0% degli accessi con indicazione di violenza abbandona il Pronto Soccorso prima della visita medica o durante gli accertamenti (4,9% per il totale degli accessi) e il 3,0% lascia il PS rifiutando il ricovero in ospedale, rispetto al 2,3% registrato per il complesso degli accessi in PS. Il rifiuto del ricovero è relativo a donne arrivate in PS con mezzi propri, con una causa attribuibile alla violenza, che decidono di tornare a casa nonostante i medici abbiano prescritto il ricovero.

FIGURA 7. DISTRIBUZIONE DEGLI ACCESSI AL PS DI DONNE CON INDICAZIONE DI VIOLENZA E TOTALI PER ESITO DEL TRATTAMENTO (a). Anno 2021, per 100 accessi.



(a) Esclusi gli accessi per la regione Calabria.

(b) "Altro" comprende: trasferimento ad altro istituto, trasferimento a struttura territoriale, deceduto in PS, giunto cadavere.

Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

Forte variabilità regionale degli accessi in Pronto Soccorso con indicazione di violenza

Gli accessi in PS con indicazione di violenza presentano un'elevata variabilità a livello regionale per entrambi i generi. Con riferimento alle donne, nel periodo precedente la pandemia l'incidenza degli accessi per 10.000 accessi totali varia da un valore pari a 3,0 in Molise a un valore pari a 23,3 in Liguria, mentre nel periodo post pandemia l'incidenza varia da 2,6 in Molise a 27,6 in Abruzzo. Anche i tassi mostrano una spiccata variabilità territoriale (Tabella 2).

Sebbene una parte della variabilità dipenda dalla diversa diffusione del fenomeno nelle regioni, una parte potrebbe essere attribuibile alla differente propensione a riconoscere il fenomeno. Alcune analisi dei trend nel periodo 2014-2021 effettuate dal Ministero della Salute hanno infatti evidenziato che le iniziative di formazione realizzate in questi anni in alcune realtà regionali hanno migliorato la capacità di "riconoscere" i casi di violenza e, di conseguenza, di intercettare il fenomeno nei dati amministrativi.

TABELLA 2. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER SESSO E REGIONE (a). Anni 2017-2019, 2020-2021, valori per 10.000 accessi totali e tassi per 10.000 residenti.

REGIONI	FEMMINE				MASCHI			
	per 10.000 accessi totali		per 10.000 residenti (b)		per 10.000 accessi totali		per 10.000 residenti (b)	
	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021
Piemonte	14,7	16,8	5,7	4,0	5,9	6,7	2,4	1,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	6,5	17,0	2,5	5,0	1,4	5,7	0,5	1,7
Liguria	23,3	27,2	8,3	6,4	21,2	24,3	7,5	5,9
Lombardia	22,6	24,4	10,5	8,8	37,7	37,0	19,3	14,8
Bolzano/Bozen	0,7	7,0	0,3	1,6	0,0	10,3	0,0	2,5
Trento	8,1	8,5	2,9	2,2	4,6	2,7	1,8	0,7
Veneto	9,1	15,2	3,0	3,8	4,6	7,5	1,7	2,1
Friuli-Venezia Giulia	10,5	15,9	4,1	4,1	12,5	17,2	5,4	5,1
Emilia-Romagna	16,9	23,6	6,9	6,5	16,3	17,2	6,9	5,1
Toscana	20,8	23,2	7,6	6,3	11,7	11,5	4,5	3,3
Umbria	6,7	9,6	2,5	2,0	6,6	8,0	2,7	1,9
Marche	14,1	18,4	4,6	4,3	10,2	12,6	3,5	3,3
Lazio	4,8	7,8	1,6	1,7	1,2	1,7	0,4	0,4
Abruzzo	17,9	27,6	6,9	6,2	19,0	21,9	7,8	5,3
Molise	3,0	2,6	0,8	0,5	2,6	1,5	0,8	0,3
Campania	11,3	13,2	3,0	2,0	10,7	13,3	3,2	2,4
Puglia	20,6	17,9	6,2	3,6	20,4	19,5	6,4	4,2
Basilicata	12,5	12,2	3,7	2,6	20,7	17,3	6,5	4,0
Calabria	1,8	2,3	0,4	0,3	1,3	2,1	0,3	0,3
Sicilia	14,4	21,9	4,9	4,8	17,0	27,5	6,0	6,5
Sardegna	19,8	26,4	5,5	2,1	23,5	38,4	6,6	3,3
ITALIA	14,8	18,2	5,0	4,1	12,7	14,7	4,5	3,6

Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su dati Emergenza-urgenza (EMUR)

Accessi alle cure ospedaliere per violenza più frequenti tra le donne minorenni e giovani

Nel 2021, a fronte di 1.083 donne con almeno un ricovero ordinario per violenza, si sono registrati 1.171 ricoveri. Tra gli uomini i valori sono quasi tre volte più elevati: 3.197 uomini per un totale di 3.459 ricoveri. Anche in riferimento alla popolazione residente, il tasso femminile, pari a 0,39 ricoveri per 10.000 residenti nel 2021, è circa un terzo di quello maschile (1,20).

I ricoveri femminili con indicazione di violenza risultano mediamente meno complessi di quelli maschili in termini di carico assistenziale per l'ospedale, ma hanno una durata media della degenza più elevata: nel 2021 il peso medio relativo⁴ è 0,95 per le prime e 1,29 per i secondi, mentre le donne rimangono mediamente 6,3 giorni in ospedale, rispetto ai 5,8 giorni degli uomini.

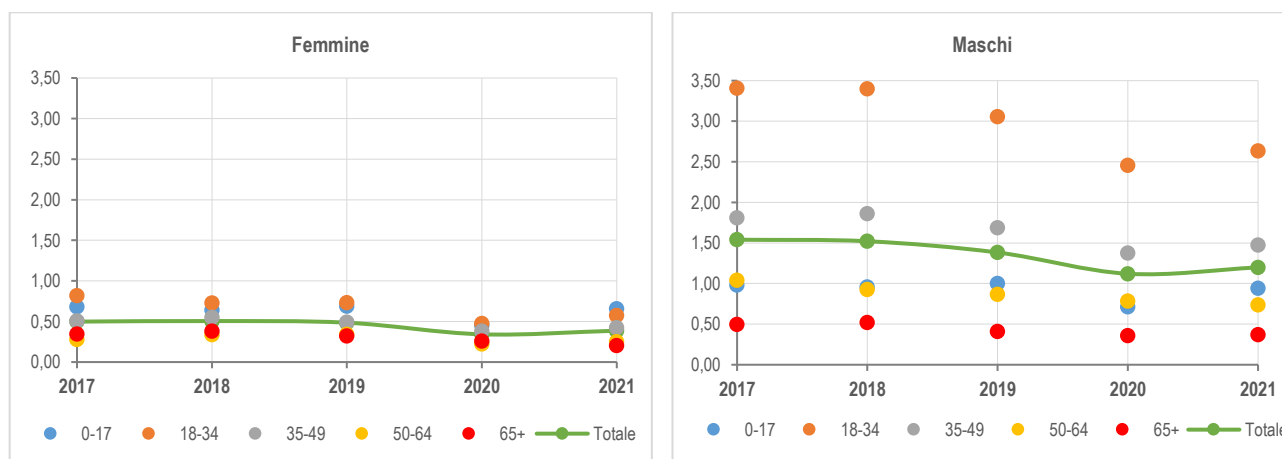
⁴ Si veda Glossario.

I tassi di ricovero di donne con indicazione di violenza sono più elevati per le minorenni (0,66 per 10.000 nel 2021), seguite dalle giovani di 18-34 anni (0,57), sono prossimi alla media per le donne adulte di 35-49 anni, più bassi dopo i 50 anni di età (Figura 8).

Nel 2020 le difficoltà di accesso alle strutture ospedaliere per i ricoveri con indicazione di violenza hanno interessato soprattutto le più giovani (fino a 34 anni), pertanto il divario tra classi di età si è ridotto sensibilmente. Nel 2021 tale divario si osserva nuovamente per un aumento più deciso dei ricoveri proprio tra le donne minorenni e le giovani.

Negli uomini il fenomeno risulta molto concentrato nella classe 18-34 anni, con tassi 2,2 volte più elevati della media, e valori poco sopra la media per gli adulti di 35-49 anni.

FIGURA 8. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER SESSO E CLASSI DI ETÀ¹. Anni 2017-2021, tassi per 10.000 residenti



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Elevata variabilità dei ricoveri per violenza nelle regioni

I ricoveri con indicazione di violenza presentano una spiccata variabilità regionale in entrambi i generi⁵. Tra le donne tale variabilità è aumentata nel biennio della pandemia, in conseguenza di una riduzione di questa tipologia di ricoveri più forte al Sud: il tasso di ricovero per 10.000 donne residenti è passato da 0,37 nel triennio 2017-2019 a 0,23 nel 2020-2021 (-38,6%), rispetto ad una diminuzione a livello nazionale da 0,46 a 0,35 (-25,5%).

Nelle regioni i ricoveri femminili con indicazione di violenza variano nel 2020-2021 da 7,0 per 10.000 ricoveri in Valle d'Aosta, 6,5 nella Provincia autonoma di Bolzano, 5,6 in Lombardia e nel Lazio, a valori molto bassi in Abruzzo (2,1), Provincia autonoma di Trento (1,5) e Molise (0,4). Rispetto alle donne residenti, i tassi passano da 0,61 in Lombardia, 0,58 in Friuli Venezia Giulia, 0,47 nel Lazio, a valori prossimi o inferiori a 0,2 nella Provincia autonoma di Bolzano, nelle Marche, in Abruzzo, in Molise e in Sicilia. Il divario di genere risulta tendenzialmente più elevato nelle regioni del Sud, nelle Marche e nel Lazio al Centro (Tabella 3).

⁵ Nell'interpretazione di questi risultati va tenuto presente che le differenze regionali possono dipendere sia dalla diversa diffusione del fenomeno, sia dalla diversa qualità e accuratezza nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

TABELLA 3. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER REGIONE E SESSO. Anni 2017-2019, 2020-2021, valori per 10.000 ricoveri totali e tassi per 10.000 residenti.

REGIONI	FEMMINE				MASCHI			
	per 10.000 ricoveri totali		per 10.000 residenti (a)		per 10.000 ricoveri totali		per 10.000 residenti (a)	
	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021
Piemonte	6,2	5,3	0,56	0,43	12,4	11,7	1,30	1,04
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	9,0	4,1	0,88	0,32	24,6	18,2	2,60	1,32
Liguria	4,6	7,0	0,62	0,43	11,9	11,9	1,39	1,09
Lombardia	6,0	5,6	0,69	0,61	13,0	12,5	2,36	1,31
Bolzano/Bozen	6,5	6,5	0,27	0,20	21,9	14,9	0,85	0,94
Trento	3,0	1,5	0,37	0,33	8,8	10,4	0,84	0,89
Veneto	3,8	3,6	0,49	0,37	9,1	9,9	1,36	0,96
Friuli-Venezia Giulia	4,5	4,4	0,49	0,58	11,9	10,4	1,25	1,11
Emilia-Romagna	4,0	3,9	0,47	0,39	10,3	9,8	1,14	0,93
Toscana	4,8	4,5	0,47	0,37	7,8	8,5	0,83	0,74
Umbria	5,0	4,6	0,59	0,44	9,5	9,6	1,15	0,96
Marche	2,9	2,3	0,31	0,20	8,6	8,1	0,97	0,75
Lazio	5,5	5,6	0,53	0,47	19,5	19,3	1,84	1,72
Abruzzo	4,1	2,1	0,41	0,20	13,5	12,2	1,43	1,11
Molise	3,3	0,4	0,32	0,03	10,6	8,1	1,51	1,03
Campania	4,7	3,1	0,39	0,22	17,0	13,6	1,53	1,02
Puglia	5,2	3,6	0,49	0,26	20,0	15,2	2,09	1,26
Basilicata	2,9	4,8	0,34	0,34	14,0	9,4	1,39	0,85
Calabria	3,3	2,4	0,27	0,17	12,0	10,2	1,12	0,69
Sicilia	2,6	3,0	0,21	0,21	10,0	9,8	0,96	0,81
Sardegna	6,2	3,8	0,58	0,31	17,6	18,9	1,86	1,59
ITALIA	4,8	4,3	0,46	0,35	13,2	12,3	1,35	1,07

(a) i tassi sono calcolati rispetto alla regione di residenza.

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Ricoveri con indicazione di violenza più frequenti tra le donne straniere giovani

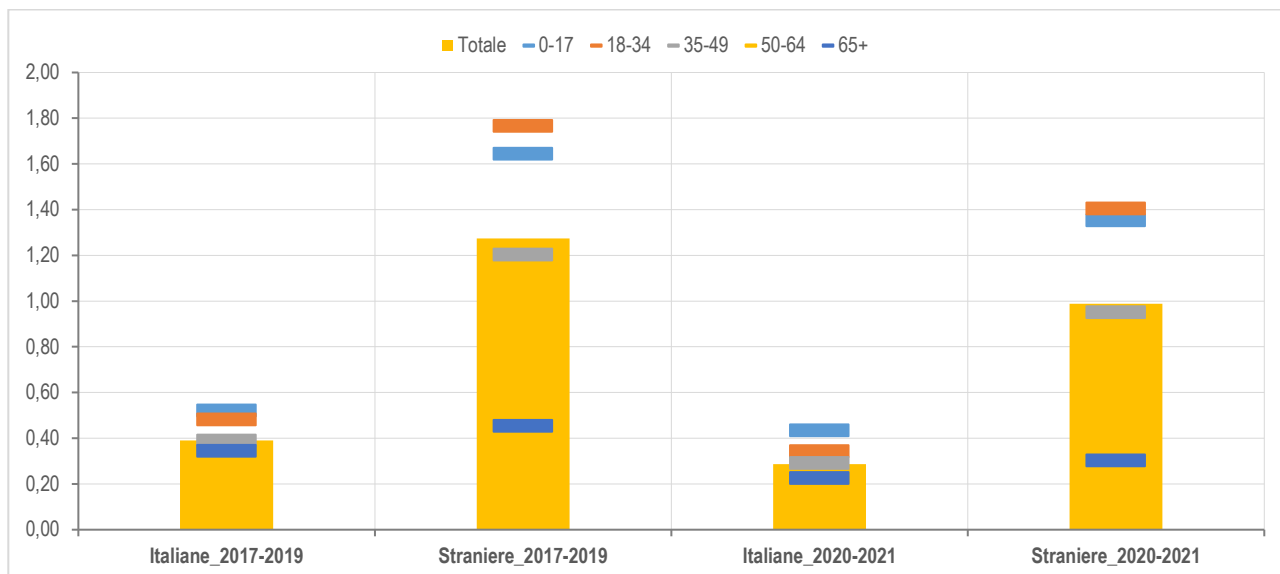
Tra i ricoveri con indicazione di violenza, quasi il 30% in entrambi i generi sono relativi a pazienti con cittadinanza straniera, mentre, considerando il complesso dei ricoveri, gli stranieri costituiscono il 5,2% per gli uomini e il 6,2% per le donne. Tale quota supera il 40% nei ricoveri di donne di 18-34 anni con indicazione di violenza.

Nel biennio 2020-2021, tra le donne straniere sono 19,5 i ricoveri ordinari per violenza ogni 10.000 ricoveri totali, a fronte di 3,3 tra le italiane (4,5 è il dato medio complessivo). L'incidenza dei ricoveri con indicazione di violenza è massima nelle donne giovani di 18-34 anni sia italiane sia straniere, ma per quest'ultime è quattro volte più elevata: 38,5 ricoveri per 10.000 ricoveri totali contro 10,3 nel biennio 2020-2021. Anche i dati relativi agli uomini confermano la presenza di un forte divario tra stranieri e italiani.

La permanenza media in ospedale per i ricoveri con indicazione di violenza risulta, invece, più prolungata per le donne italiane (6,8 giorni) rispetto alle donne straniere (5,6 giorni), in particolare dai 50 anni in poi.

Rispetto alle donne residenti, i tassi di ricovero con indicazione di violenza nelle straniere sono oltre tre volte più elevati di quelli delle italiane in entrambi i periodi: 1,27 per 10.000 residenti contro 0,39 nel periodo pre-pandemico; 0,99 contro 0,29 nel periodo pandemico. Il divario sale a quattro volte tra le giovani di 18-34 anni: 1,77 contro 0,48 nel 2017-2019; 1,41 contro 0,34 nel 2020-2021. Mentre per le italiane i ricoveri si distribuiscono tra tutte le classi di età e sono più elevati tra le minorenni; per le donne straniere il fenomeno è molto concentrato tra le giovani e la classe di età modale è 18-34 anni (Figura 9).

FIGURA 9. DIMISSIONI OSPEDALIERE DI DONNE IN REGIME ORDINARIO CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER CITTADINANZA E CLASSI DI ETA'. Anni 2017-2019, 2020-2021, tassi per 10.000 residenti.



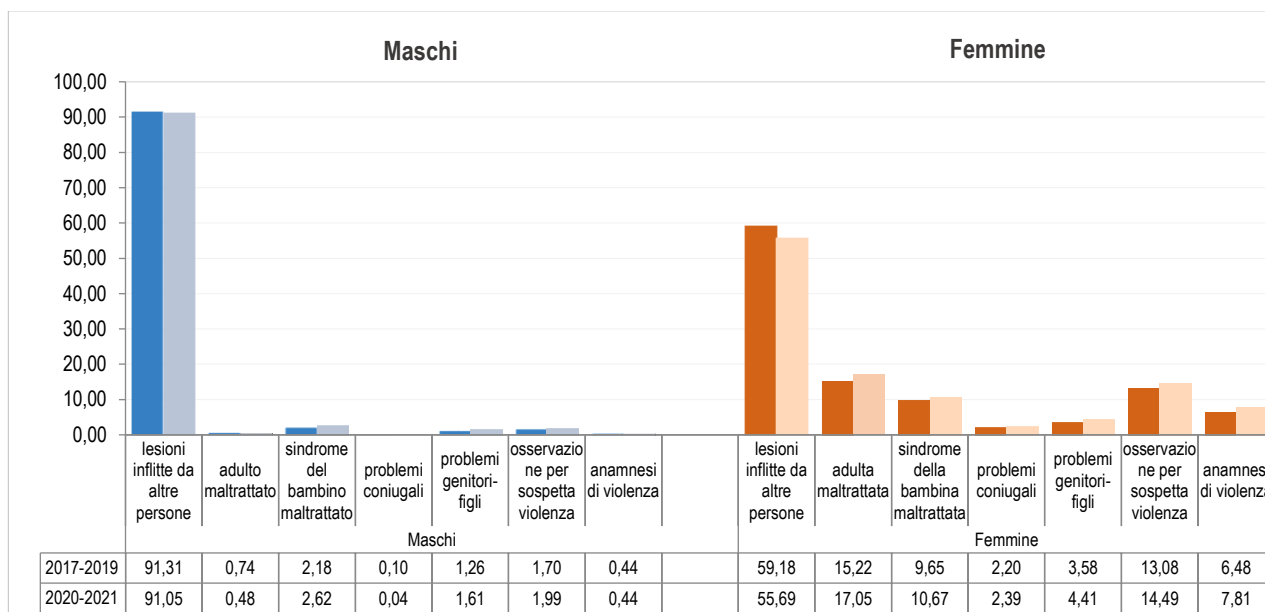
Fonte: Elaborazioni Istat su dati Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

L'esecutore della violenza, quando indicato, è spesso nel contesto familiare

Le caratteristiche del ricovero ospedaliero con indicazione di violenza differiscono molto nei due sessi: negli uomini la quasi totalità dei ricoveri è riconducibile a lesioni inflitte da altre persone (circa 91%), mentre nelle donne, oltre a queste, sono frequenti anche le diagnosi riferite al maltrattamento delle adulte e delle bambine⁶. Vengono indicati con frequenza maggiore rispetto agli uomini anche i problemi coniugali e i problemi genitori-figli, nonché i codici riferiti all'osservazione per sospetta violenza e all'anamnesi di violenza (Figura 10).

Tra le donne, nel 2020-2021 rispetto al periodo pre-pandemico, aumenta la frequenza di tutte queste diagnosi mentre si riduce solo quella relativa alle lesioni inflitte da altre persone (da 59,2% a 55,7%).

FIGURA 10. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER SESSO E TIPO DI DIAGNOSI DI VIOLENZA. Anni 2017-2019, 2020-2021, valori percentuali.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

⁶ Si veda il paragrafo "Codici delle diagnosi per la selezione dei casi di violenza" nella nota metodologica.

L'esecutore dell'abuso è indicato nel 10,8% dei ricoveri ordinari di donne e nel 3,4% dei ricoveri di uomini nel biennio 2020-2021 e rispettivamente nel 10,1% e 3,6% nel triennio 2017-2019.

Quando è indicato l'esecutore, viene utilizzato in molti casi il codice riferito a "persona non specificata": nel 2,3% dei ricoveri nel 2017-2019 e 2,5% nel 2020-2021 nei ricoveri femminili per violenza, nell'1,8% e 1,5% in quelli maschili.

Nei dati 2020-2021 viene riportato come esecutore il padre o patrigno nel 2,8% dei casi. Includendo anche partner o consorte (2,2%) o altro parente (0,2%), la quota attribuibile a un esecutore nell'ambito familiare sale al 5,2% (4,1% nel periodo pre-pandemico 2017-2019), dato coerente con le richieste di aiuto pervenute al numero contro la violenza e lo *stalking* "1522". Ciò anche a causa della particolarità del periodo: le misure restrittive hanno ridotto infatti l'esposizione a rischio da parte di altri autori (le violenze "da altra persona esterna alla famiglia" sono passate da 2,7% nel 2017-2019 a 2,3% nel 2020-2021).

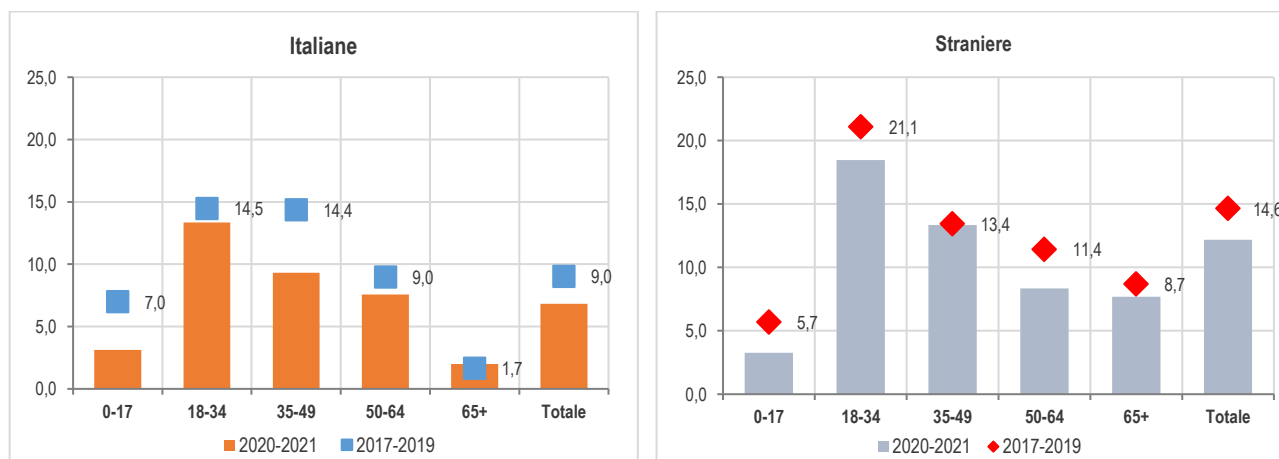
Più frequente la dimissione volontaria

Nei ricoveri con indicazione di violenza è più frequente la provenienza dal Pronto Soccorso o dall'Osservazione breve intensiva (OBI) rispetto ai ricoveri totali: 80,8% contro 42,8% nel 2020-2021, in crescita rispetto al periodo pre-pandemia (66,1% contro 35,5%).

La modalità di dimissione è nella maggior parte dei casi al domicilio, anche se in misura inferiore rispetto ai ricoveri totali (79,5% contro 81,5% nel 2020-2021), mentre la dimissione volontaria caratterizza fortemente i ricoveri con indicazione di violenza: 8,3% contro 1,9%. La quota di dimissioni volontarie è comunque diminuita nel biennio 2020-2021 (era il 10,6% prima della pandemia); in particolare, si è dimezzata tra le minorenni (da 6,6% a 3,2%) ed è passata da 17,4% a 15,5% nella classe di età 18-34 anni, per le quali è massima. Di contro è aumentata la frequenza delle dimissioni per trasferimento a un'altra struttura (ospedaliera o non) ed è aumentata leggermente la quota di decessi (da 0,7% a 0,9%).

La dimissione volontaria è più frequente nelle donne straniere (12,2% contro 6,8% nelle italiane), in particolare nelle classi di età dove si registrano più ricoveri con indicazione di violenza: 18,5% dei ricoveri di donne straniere di 18-34 anni e 13,3% nella classe 35-49 anni (Figura 11).

FIGURA 11. DIMISSIONI VOLONTARIE NEI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI DONNE CON INDICAZIONE DI VIOLENZA PER CITTADINANZA E CLASSI DI ETÀ'. Anni 2017-2019, 2020-2021, per 100 ricoveri.



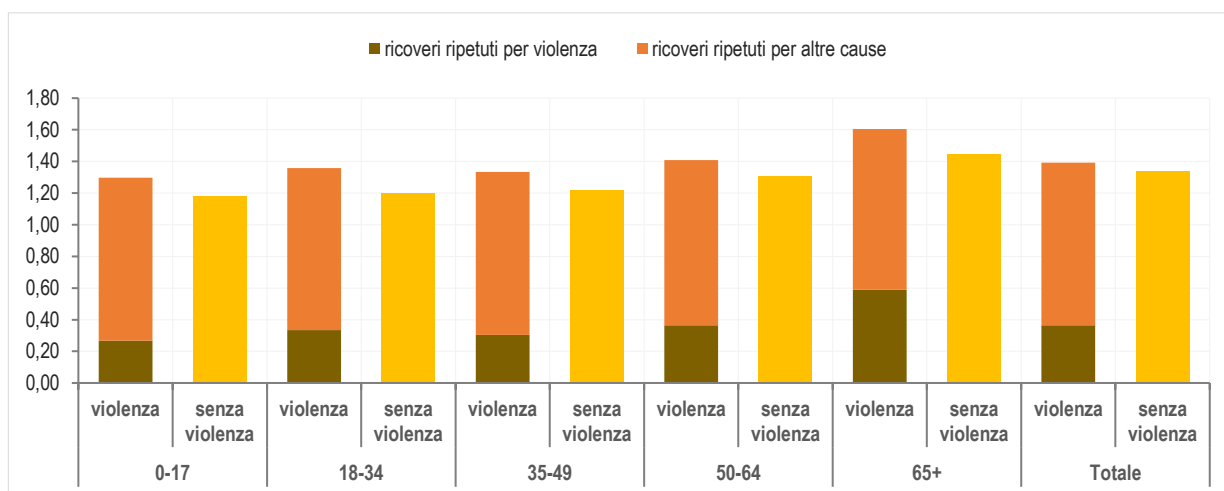
Fonte: Elaborazioni Istat su dati Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Ricoveri ripetuti più frequenti per le donne ricoverate per violenza

Nel complesso dei cinque anni analizzati (2017-2021) sono state 6.211 le donne con almeno un ricovero con indicazione di violenza, per un totale di 8.645 ricoveri complessivi (6.382 con indicazione di violenza). Il 97,4% delle donne ha avuto un solo ricovero per violenza, il 2,5% ne ha avuti due.

La frequenza dei ricoveri ripetuti, anche non dovuti a violenza, esclusi i ricoveri per parto, è più elevata per queste donne rispetto alle altre: nel periodo 2017-2021 hanno avuto 1,39 ricoveri pro-capite rispetto a 1,34 e il divario è più ampio nella classe 18-34 anni (1,36 contro 1,20) (Figura 12).

FIGURA 12. RICOVERI RIPETUTI DI DONNE PER CLASSE DI ETÀ. Anni 2017-2021, valori pro-capite



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Traumatismi, avvelenamenti e alcuni disturbi psichici caratterizzano i ricoveri per violenza

Le diagnosi più frequentemente associate agli accessi in PS e ai ricoveri in regime ordinario con indicazioni di violenza (selezionate per gli anni 2017-2021 in base alla significatività statistica del rapporto proporzionale di ospedalizzazione standardizzato⁷) appartengono al Capitolo 17 “Traumatismi e avvelenamenti” (ICD-9-CM: 800-999) e al Capitolo 5 “Disturbi mentali” (ICD-9-CM: 290-319) della Classificazione internazionale delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Nell’ambito dei traumatismi e avvelenamenti, si osservano alcune ricorrenze trasversali a tutte le classi di età per gli accessi al PS e per i ricoveri: le fratture delle ossa della faccia, le contusioni, i traumatismi intracranici, i traumatismi superficiali di altre multiple e non specificate sedi, le altre ferite della testa, le contusioni della faccia, del cuoio capelluto e del collo escluso l’occhio, le contusioni dell’occhio e dei suoi annessi, le contusioni del tronco, le contusioni degli arti superiori e inferiori. Altre diagnosi relative a fratture, ferite, contusioni, ustioni e avvelenamenti risultano significativamente associate agli accessi e ai ricoveri per violenza solo per alcune classi di età (tabelle in appendice statistica).

Per i disturbi mentali, gli accessi in PS con indicazione di violenza sono caratterizzati in tutte le classi di età dai disturbi d’ansia, dissociativi e somatoformi. Tra le minorenni e le donne di 50-64 anni si rileva l’associazione anche con l’abuso di alcol e l’abuso di droghe senza dipendenza (quest’ultimo caratterizza anche gli accessi delle donne di 18-34 anni).

Nei ricoveri con indicazione di violenza diverse diagnosi di disturbo mentale caratterizzano le minorenni: oltre ai disturbi d’ansia, dissociativi e somatoformi, risultano associati i disturbi predominanti dell’emotività, alcuni disturbi e reazioni dell’adattamento, l’abuso di cannabinoidi e l’abuso di droghe senza dipendenza. Nelle altre classi di età, sebbene la misura di associazione risulti statisticamente significativa per diversi disturbi mentali, i valori sia di frequenza che di associazione sono generalmente più bassi (tabelle in appendice statistica).

Limitatamente al PS, in tutte le fasce d’età si osserva un’associazione significativa con la diagnosi “Altre patologie della regione cervicale” appartenenti al Capitolo 13 “Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo” (ICD-9-CM: 710-739). Anche il dolore acuto (ICD-9-CM: 338.1) caratterizza gli accessi in PS per violenza delle donne fino a 34 anni e delle donne anziane, anche se con un valore della misura di associazione non molto elevato (tabelle in appendice statistica).

Nei ricoveri, altre diagnosi risultano associate ai ricoveri per violenza e si differenziano secondo la classe di età. Nelle minorenni pediculosi e ftiriasi, le infezioni acute delle vie respiratorie superiori e i sintomi relativi alla nutrizione, al metabolismo e allo sviluppo. Nelle giovani di 18-34 anni “Altre manifestazioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio”. Nelle donne di 35-49 anni la malattia epatica cronica e cirrosi. Nelle donne di 65 anni e più alcune forme di anemia, l’emorragia subaracnoidea, l’insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico, le alterazioni della coscienza e la senilità (tabelle in appendice statistica).

⁷ Si veda glossario.

Nota metodologica

Codici delle diagnosi per la selezione dei casi di violenza

Nel processo di analisi, la tipologia di violenza presunta ricevuta dall'assistita è individuata attraverso le diagnosi codificate con la classificazione ICD-9-CM di seguito indicate (si veda Allegato al documento https://www.istat.it/it/files//2020/11/nota_metodologica_accessi_PS_def.pdf):

- **sindrome del bambino maltrattato** (ICD-9-CM=995.5): Abuso di minore emotivo/psicologico, Trascuratezza di minore (nutrizionale), Abuso sessuale su minore, Abuso fisico di minore, Altro.
- **adulto maltrattato** (995.80<=ICD-9-CM<=995.85): Abuso emotivo/psicologico di adulto, Abuso sessuale di adulto, Trascuratezza di adulto (nutrizionale), Altro.
- **anamnesi di violenza** (ICD-9-CM=V15.41, V15.42): Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica, Anamnesi personale di trauma psichico da violenza emotiva.
- **problemi coniugali** (ICD-9-CM=V61.11, V61.12): Abuso da parte del coniuge o del partner, Abuso sul coniuge o sul partner.
- **problemi genitori-figli** (ICD-9-CM=V61.21, V61.22): Maltrattamento del bambino, Abuso sul bambino da parte del genitore.
- **osservazione per sospetta violenza** (ICD-9-CM=V71.5, V71.6, V71.81): Osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione, Osservazione successiva ad altra lesione volontaria, Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza.
- **lesioni inflitte da altre persone** (E960<=ICD-9-CM<=E966, E968): Combattimento, rissa, stupro, Aggressione con sostanza caustica o corrosiva, con avvelenamento, con impiccagione e strangolamento, con armi da fuoco ed esplosivi, con strumento tagliente e pungente, Altro.
- **esecutore di abuso** (ICD-9-CM=E967): Padre, patrigno o fidanzato; madre, matrigna o fidanzata; consorte o partner; altro parente (figlio, fratello, nonno); altra persona specificata (non familiare); badante; persona non specificata.

Sistema EMUR: Prestazioni di assistenza sanitaria in emergenza – urgenza

Il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR), istituito con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e ss.mm., consente la rilevazione e il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza sia da parte del Sistema 118, sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso (PS).

Relativamente alle attività del PS, i principali contenuti informativi rilevati e trasmessi dalle regioni al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sono i seguenti: struttura erogatrice, dati relativi all'accesso e alla dimissione dell'assistito, diagnosi e prestazioni erogate, sesso ed età, cittadinanza, modalità di arrivo, triage post visita medica, esito del trattamento.

Le predette informazioni, registrate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza, vengono trasmesse al NSIS con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Il programma di formazione realizzato nel 2015-2017 per gli operatori di alcuni PS per il rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, le linee guida nazionali emanate nel 2017 in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza (DPCM 24/11/2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza"), la formazione organizzata nel 2020 dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, degli operatori sanitari e la legge n. 53 del 5 maggio 2022, recante "Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere", costituiscono un insieme di interventi volti a migliorare la qualità dei dati statistici e a garantire un flusso informativo adeguato per cadenza e contenuti sulla violenza di genere contro le donne.

L'individuazione dei casi di violenza negli accessi in PS è stata effettuata sia attraverso la selezione di diagnosi (principale e secondarie) riconducibili al perimetro della violenza, sulla base dei codici ICD-9-CM

su riportati, sia attraverso l'utilizzo della variabile "problema principale" selezionando i casi in cui era indicata "violenza altrui". Tale variabile ha consentito di intercettare ulteriori casi di accesso in PS attribuibili alla violenza, in mancanza di un codice di diagnosi riconducibile alla violenza stessa.

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

La Scheda di Dimissione Ospedaliera – SDO è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso (compresi i deceduti in ospedale) dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla residenza del paziente, in Italia o all'estero. La SDO è compilata dai medici e dal personale sanitario che hanno avuto in cura il paziente ricoverato. I dati sono trasmessi mensilmente dagli ospedali alle regioni e da queste al Ministero della Salute.

Il flusso è stato istituito con il decreto del Ministero della Salute del 28 dicembre 1991 ss.mm. I contenuti informativi della SDO sono stati aggiornati con il decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380 e, successivamente, con i dd.mm. del 8 luglio 2010, n. 135 e del 7 dicembre 2016, n. 261.

Il flusso informativo SDO, inserito nel Programma Statistico Nazionale (schede SAL-00018 e IST-00269), oltre che per finalità statistiche, viene utilizzato per finalità di carattere economico-gestionale, per studi di carattere clinico-epidemiologico, per analisi a supporto dell'attività di programmazione sanitaria e per il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le informazioni incluse nella SDO sono relative alle caratteristiche socio-demografiche del paziente (sesso, data di nascita, luogo di nascita e di residenza, stato civile, cittadinanza, livello di istruzione), alle caratteristiche del ricovero (tipo di ospedale, reparto di ammissione, reparto di dimissione ed eventuali altri reparti in cui è transitato il paziente, regime di ricovero, provenienza del paziente, modalità di dimissione, data prenotazione, classe priorità del ricovero) e alle caratteristiche cliniche (diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure diagnostiche o terapeutiche, interventi chirurgici). Nella SDO, oltre alla diagnosi principale, è possibile riportare fino a cinque diagnosi secondarie. Queste sono codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modificazione clinica (ICD-9-CM, attualmente versione 2007) la cui traduzione italiana è curata dal Ministero della Salute.

I ricoveri ospedalieri in regime ordinario con indicazione di violenza sono individuati sia mediante le diagnosi (presenza in diagnosi principale o secondaria di almeno uno dei codici ICD-9-CM su indicati), sia utilizzando l'informazione relativa al trauma per i ricoveri ospedalieri conseguenti un traumatismo o una intossicazione (casi che riportano la modalità "violenza altrui").

Glossario

Degenza media: rapporto fra il numero di giornate di degenza e il numero di ricoveri.

Diagnosi principale alla dimissione: la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento.

Dimissione (ospedaliera): l'atto del dimettere un paziente da un istituto di cura a conclusione di un periodo di degenza. La dimissione corrisponde all'ultimo contatto con la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. La data di dimissione viene registrata sulla cartella clinica.

DRG: categoria di ricoveri ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun episodio di ricovero ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione. L'attribuzione viene effettuata mediante un algoritmo che analizza le suddette informazioni e determina il gruppo di appartenenza. La versione in uso dal 2009 a tutt'oggi è la versione 24.

International Classification of Diseases – 9th revision (ICD-9): basata sulle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità formulate in occasione della IX Conferenza di revisione tenutasi a Ginevra nel 1975, costituisce lo strumento fondamentale per la codifica degli eventi morbosi.

International classification of diseases – 9th revision – clinical modification (ICD-9-CM): versione modificata ed ampliata della ICD-9 (International classification of diseases, IX revision, Ginevra, 1975), prevalentemente utilizzata per la classificazione delle cause di morte. La ICD-9-CM, maggiormente orientata a classificare i dati di morbosità, consente una più precisa codifica delle formulazioni diagnostiche, sia attraverso l'utilizzo di un quinto carattere per le diagnosi (la ICD-9 ne prevede quattro), sia attraverso una classificazione ad hoc per gli interventi e le procedure. La versione italiana in uso dal 2009 a tutt'oggi è la versione 2007.

Osservazione breve intensiva (OBI): modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.

Peso relativo per DRG: fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere impiegato come indicatore proxy della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse. Il sistema di pesi per la versione DRG 24 è stato pubblicato nel D.M. del Ministero della Salute del 18/12/2008.

Problema principale (pronto soccorso): indica il problema principale riscontrato/percepito al momento del triage in pronto soccorso.

Regime di ricovero: distingue tra il ricovero ordinario, che prevede il pernottamento nella struttura ospedaliera, ed il ricovero diurno (vedi voce corrispondente), caratterizzato dalla presenza in ospedale solo per una parte della giornata.

Ricovero ospedaliero: l'ammissione in un istituto di cura, vale a dire in una struttura di cura residenziale dotata di medici professionisti e di servizi sanitari per l'assistenza medica e infermieristica, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei degenti.

Ripartizioni geografiche: suddivisione geografica del territorio che comprende Nord (Nord-ovest, Nord-est), Centro, Mezzogiorno (Sud e Isole). **Nord:** comprende Piemonte, Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste*, Liguria, Lombardia (Nord-ovest); Trentino-Alto Adige (Bolzano-*Bozen*, Trento), Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna (Nord-est). **Centro:** comprende Toscana, Umbria, Marche, Lazio. **Mezzogiorno:** comprende Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria (Sud); Sicilia, Sardegna (Isole).

Rapporto proporzionale di ospedalizzazione standardizzato (RPO): rapporto tra la proporzione standardizzata per età degli accessi in pronto soccorso o dei ricoveri ospedalieri che menzionano una certa diagnosi negli accessi o nei ricoveri con diagnosi di violenza e la stessa proporzione tra gli accessi o i ricoveri senza diagnosi di violenza. Per la standardizzazione delle proporzioni è stata utilizzata la distribuzione per età degli accessi o dei ricoveri complessivi.

Tasso di accessi in pronto soccorso e di ricovero: calcolato rapportando il numero di accessi in pronto soccorso (o dimissioni ospedaliere) alla popolazione media residente (per 10.000).

Triage (pronto soccorso): indica il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita. In caso di abbandono del pronto soccorso da parte dell'assistito, la variabile non viene compilata.