

La violenza contro i minori: accessi al pronto soccorso e ricoveri ospedalieri

L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e il Ministero della Salute, nell'ambito degli Accordi inter-istituzionali firmati il 20 novembre 2019 e il 4 maggio 2023 per "l'alimentazione della banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari", presentano un approfondimento sui minori vittime di violenza che si rivolgono ai servizi ospedalieri.

Nel report vengono analizzati gli accessi in pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri di bambini e ragazzi di 0-17 anni con diagnosi riconducibili alla violenza.

Lo studio è stato realizzato anche per fornire un contributo al progetto internazionale DORA (Data integratiOn for acknowledging Risks And protecting children from violence), finanziato nell'ambito del programma dell'Unione europea CERV - Citizens, Equality, Rights and Values programme ed avviato a marzo 2023¹.

Il progetto Dora, coordinato da Alma Mater Studiorum - Università di Bologna², nasce dall'esigenza di rispondere ad uno dei principali obiettivi del lavoro della Commissione sui diritti dei minori e della Strategia dell'Unione Europea sui diritti dei minori (adottata il 24 marzo 2021): prevenire e combattere la violenza contro i bambini (Violence Against Children – VAC). Per perseguire tale obiettivo è necessario avere un quadro completo del fenomeno e disporre di dati che aiutino a comprenderne la portata e le caratteristiche.

Attualmente vi sono molte lacune nei dati a livello locale, nazionale ed europeo, che non forniscono sufficienti informazioni comparabili sull'entità della violenza, sulle sue caratteristiche e sui profili delle vittime.

Questo lavoro costituisce, pertanto, un "tassello" del progetto Dora, in quanto fornisce informazioni sulla dimensione del ricorso alle strutture ospedaliere per violenza contro i minori e fornisce un contributo nell'ambito delle statistiche ufficiali per fare luce sul tema a livello nazionale e internazionale.

Per l'individuazione dei casi nei flussi sanitari relativi al pronto soccorso (flusso EMUR) e ai ricoveri ospedalieri (flusso SDO) ci si è avvalsi dell'esperienza maturata negli studi precedenti sulla violenza contro le donne³, in cui la selezione si è basata sia su un set di codici di diagnosi riconducibili alla violenza⁴, sia sull'informazione di "violenza altrui" riportata nel flusso EMUR nella variabile relativa al problema principale e nella SDO nella variabile che descrive la modalità che ha causato il trauma.

Inoltre, in considerazione degli approfondimenti effettuati nell'ambito del progetto Dora, è stato valutato opportuno includere anche i casi per i quali è stata riportata tra le cause

¹ <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/08/DORA-scheda-ITA.pdf>

² Partner del progetto sono: Istat, Università degli Studi di Napoli Federico II, Università degli Studi di Milano Bicocca, Università degli Studi di Brescia, Ares 2.0 s.r.l.

³ <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-al-pronto-soccorso/>

⁴ Si veda la nota metodologica in appendice.

dell'accesso e del ricovero la mancata somministrazione di farmaci necessari (codice ICD9CM=E873.6), aspetto rilevante della trascuratezza del minore.

Allo stesso tempo sono stati effettuati dei raggruppamenti delle diagnosi per descrivere specifici ambiti della violenza: violenza fisica, violenza psicologica, violenza sessuale, trascuratezza⁵.

L'analisi che segue presenta i dati per genere e classi di età (0-2, 3-10, 11-17) nel periodo 2017-2023.

Principali risultati

- Negli anni 2017-2023 sono stati 6.024 gli accessi al Pronto Soccorso (PS) di bambini e ragazzi con almeno una diagnosi di violenza, di cui 3.846 (63,8%) relativi a femmine e 2.178 (36,2%) a maschi.
- Nello stesso periodo si sono registrati 4.245 ricoveri ospedalieri in regime ordinario, di cui 1.816 (42,8%) relativi a femmine e 2.429 (57,2%) a maschi.
- In entrambi i flussi sanitari sono in prevalenza pazienti di 11-17 anni: 52,8% per gli accessi in PS, 60,5% per i ricoveri ordinari.
- Rispetto alla popolazione residente, gli accessi al PS con diagnosi di violenza di bambine e ragazze sono circa il doppio dei maschi (84,5 per 100.000 vs 45,1), mentre i tassi di ospedalizzazione sono più elevati per i maschi (46,9 minori per 100.000 residenti) rispetto alle femmine (36,3).
- Il divario di genere è massimo nella classe 11-17 anni, ma di segno opposto nei due flussi sanitari: il tasso di accesso al PS è quasi tre volte più elevato nelle femmine (117,8 per 10.000 vs 44,4), mentre il tasso di ricovero ordinario è 1,5 volte più alto nei maschi (70,4 vs 48,0).
- Tra i diversi ambiti della violenza considerati nell'analisi, la violenza sessuale è la causa principale degli accessi al PS (34,5% rispetto al totale degli accessi con diagnosi di violenza), in particolare nel sesso femminile (46,3%) e nella classe 11-17 anni (55,2%).
- La violenza di tipo psicologico spiega il 30,2% degli accessi al PS ed è la più frequente per i maschi (36,0%), in particolare a 11-17 anni (49,3%).
- Gli accessi al PS dovuti ad episodi di trascuratezza sono più frequenti nei bambini fino a 2 anni: 49% per le femmine e 61,4% per i maschi.
- Anche nei ricoveri ordinari la violenza sessuale rappresenta la causa principale nelle femmine, con il 14,9% rispetto al totale dei ricoveri con diagnosi di violenza, percentuale che sale al 19,7% nella classe 11-17 anni.
- La trascuratezza costituisce la motivazione più frequente del ricovero nei maschi (7,2%) e la seconda causa nelle femmine (13,4%). L'incidenza è più elevata in entrambi i generi nella classe 3-10 anni.

⁵ Per le definizioni si veda la nota metodologica in appendice.

- La violenza fisica rappresenta il 5,2% dei ricoveri di minori con diagnosi di violenza per i maschi e l'8,7% per le femmine, ma è la prima motivazione del ricovero in entrambi i generi nei bambini di 0-2 anni.
- Per la violenza psicologica i valori nei ricoveri ordinari sono 5,1% nei maschi e 8,0% nelle femmine, ma salgono a 11,3% e 8,9% a 0-2 anni.
- Tra le diagnosi che determinano il ricorso alle strutture ospedaliere per cause legate alla violenza nei minori la "Sindrome del bambino maltrattato" è all'origine di più di un accesso in PS su due (58,8%) e di un ricovero ordinario su quattro (25,8%).
- Per il PS questa diagnosi viene riportata nel 64% degli accessi femminili e nel 48,6% di quelli maschili, mentre in caso di ricovero ordinario è riportata nel 38% dei ricoveri femminili e nel 16,7% di quelli maschili.
- Nel 13,5% dei ricoveri ordinari di minori con diagnosi di violenza è riportata l'informazione relativa all'esecutore della violenza (17,6% per le femmine, 10,5% per i maschi). Per oltre la metà dei casi l'esecutore è nell'ambito familiare (50,8% dei casi con indicazione dell'esecutore) e si tratta prevalentemente del padre/patrigno della vittima (37,3%) o un altro parente (13,4%).

Accessi in pronto soccorso di minori con diagnosi di violenza

Negli anni 2017-2023 sono stati 6.024 gli accessi al Pronto Soccorso (PS) di bambini e ragazzi con almeno una diagnosi di violenza, di cui 3.846 (63,8%) relativi a femmine e 2.178 (36,2%) a maschi. Nella classe 11-17 anni la quota femminile sale al 71,4%, mentre la presenza maschile è più elevata (46,2%) nella classe di età 0-2 anni.

Sul totale degli accessi in PS con diagnosi di violenza, la classe di età 11-17 anni è quella più frequente in entrambi i generi, con il 59% nelle femmine e il 41,8% nei maschi (Tabella 1).

Tabella 1. Accessi al pronto soccorso di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di violenza per sesso e classe d'età. Anni 2017-2023 (valori percentuali)

Classe d'età	Femmine		Maschi		Totale	
	%colonna	%riga	%colonna	%riga	%colonna	%riga
0-2	11,3	53,8	17,1	46,2	13,4	100,0
3-10	29,7	56,1	41,1	43,9	33,8	100,0
11-17	59,0	71,4	41,8	28,6	52,8	100,0

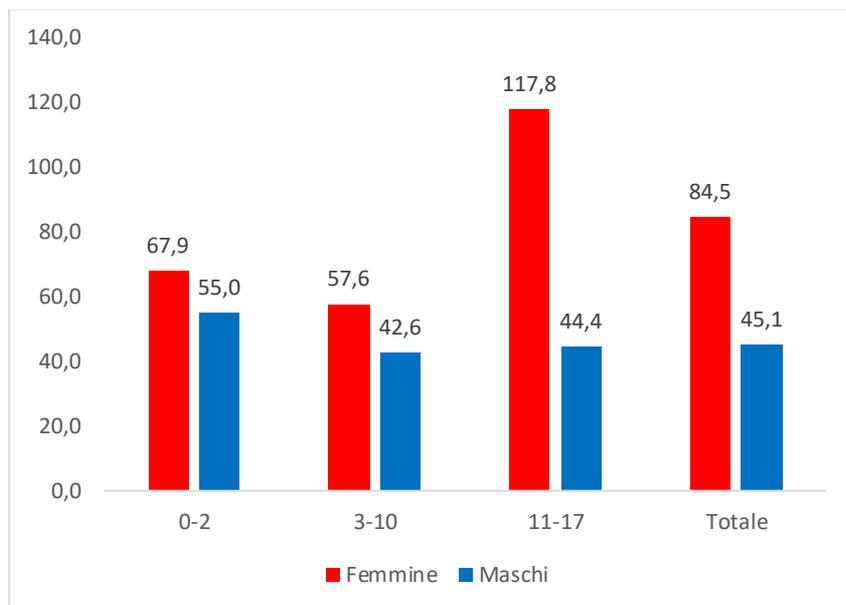
Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Emur).

I tassi di accesso al PS confermano valori più elevati per le femmine (84,5 accessi per 100.000 residenti nel periodo 2017-2023) rispetto ai maschi (45,1).

Il divario è particolarmente ampio nella classe 11-17 anni, in cui per la componente femminile si hanno 117,8 accessi al PS su 100.000 residenti, rispetto a 44,4 per i maschi.

Tale divario si riduce nelle altre classi d'età, in cui però permane un più alto tasso di accesso al PS delle femmine (Figura 1).

Figura 1. Minori con almeno un accesso al pronto soccorso con diagnosi di violenza per sesso e classi d'età. Anni 2017-2023 (tassi per 100.000 residenti)



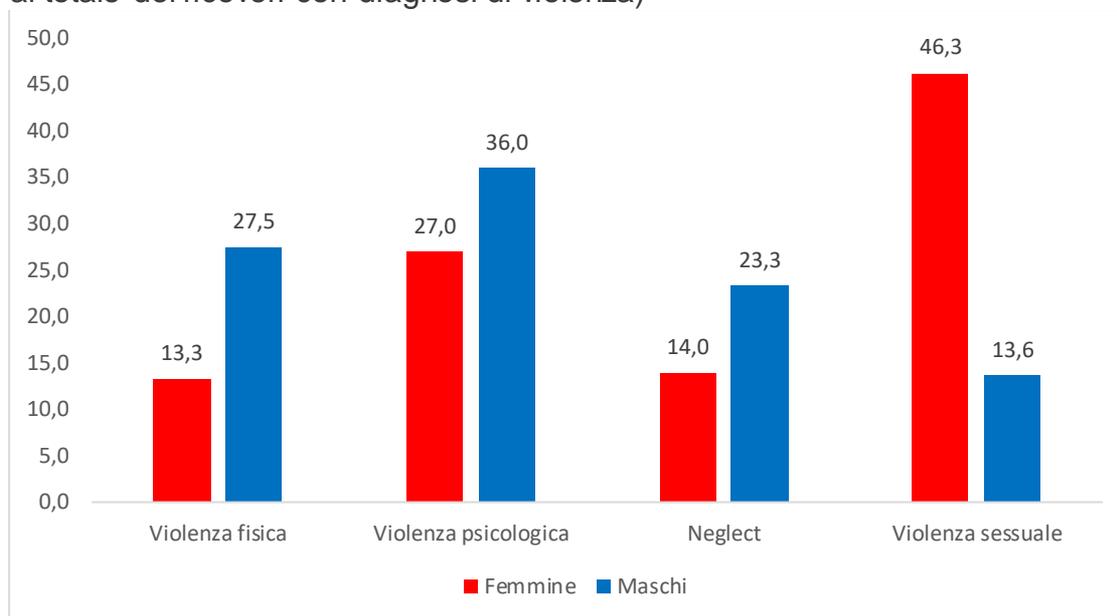
Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Emur).

Analizzando gli accessi al PS secondo i principali ambiti della violenza, individuati dal Progetto Dora (violenza fisica, psicologia, neglect e violenza sessuale), si osserva che questi sono dovuti principalmente a cause legate ad una violenza sessuale (2.076 accessi, 34,5% rispetto al totale) o di tipo psicologico (1.821 accessi, 30,2%).

La violenza sessuale è di gran lunga la prima causa nel sesso femminile, con 1.779 accessi, il 46,3% del totale degli accessi per violenza, mentre nei maschi la violenza psicologica è la causa di 789 accessi maschili, che rappresentano il 36,0% del totale.

Seguono i casi di violenza fisica con 1.109 casi (18,4%), 511 femmine (13,3%) e 598 maschi (27,5%), e 1.042 accessi (17,3%) legati alla trascuratezza, 537 femmine (14,0%) e 507 maschi (23,3%) (Figura 2).

Figura 2. Accessi al pronto soccorso di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di violenza per ambito della violenza e sesso. Anni 2017-2023 (valori percentuali rispetto al totale dei ricoveri con diagnosi di violenza)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Emur).

Per i bambini più piccoli (0-2 anni) il motivo dell'accesso è principalmente riconducibile ad una forma di trascuratezza: 49% del totale degli accessi con diagnosi di violenza per le femmine e 61,4% per i maschi. Nelle femmine seguono a distanza gli accessi per violenza psicologica con il 27,6%, mentre nei maschi quelli per violenza fisica con il 18,8%.

Nella fascia d'età 3-10 anni, la violenza sessuale rappresenta il principale ambito della violenza per le femmine con il 41,6%, mentre per i maschi è la violenza psicologica con il 30,9%, seguita dalla violenza fisica, che spiega un ulteriore 27,8% di casi di accesso al PS con diagnosi di violenza.

Nella classe d'età 11-17 anni, è ancora più evidente la rilevanza della violenza sessuale che spiega oltre la metà dei casi femminili (55,2%), seguita dalla violenza psicologica (28,8%), che costituisce il motivo principale del ricorso al PS per i ragazzi (49,3%). Importante anche la frequenza di casi con diagnosi di violenza fisica (30,7%) nei maschi di questa classe d'età (Tabella 2).

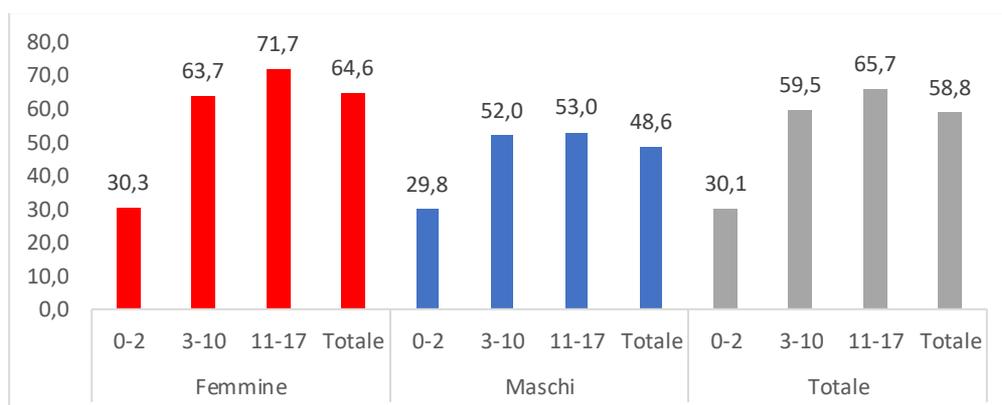
Tabella 2. Accessi al pronto soccorso di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di violenza per ambito della violenza, sesso e classi di età. Anni 2017-2023 (valori percentuali rispetto al totale degli accessi al PS con diagnosi di violenza).

Classe d'età	Violenza fisica	Violenza psicologica	Neglect	Violenza sessuale
Femmine				
0-2	12,0	27,6	49,0	11,5
3-10	16,5	23,0	19,1	41,6
11-17	11,9	28,8	4,7	55,2
Totale	13,3	27,0	14,0	46,3
Maschi				
0-2	18,8	15,5	61,4	4,3
3-10	27,8	30,9	23,9	17,4
11-17	30,7	49,3	6,8	13,7
Totale	27,5	36,0	23,3	13,6
Totale				
0-2	15,1	22,0	54,7	8,2
3-10	21,5	26,5	21,2	31,0
11-17	17,3	34,7	5,3	43,3
Totale	18,4	30,2	17,3	34,5

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Emur).

Tra le diagnosi che determinano l'accesso al PS per cause legate alla violenza nei minori la "Sindrome del bambino maltrattato"⁶ è all'origine di più di un accesso su due (58,8%), viene riportata nel 64% degli accessi femminili e nel 48,6% di quelli maschili. La maggiore incidenza si ha nella classe di età 11-17 anni, con una percentuale pari a circa il 66% degli arrivi al PS con diagnosi di violenza, che sale al 71,7% per le femmine (Figura 3).

Figura 3. Accessi al pronto soccorso di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di sindrome del bambino maltrattato per sesso e classi di età. Anni 2017-2023 (valori percentuali rispetto al totale dei ricoveri con diagnosi di violenza)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Emur).

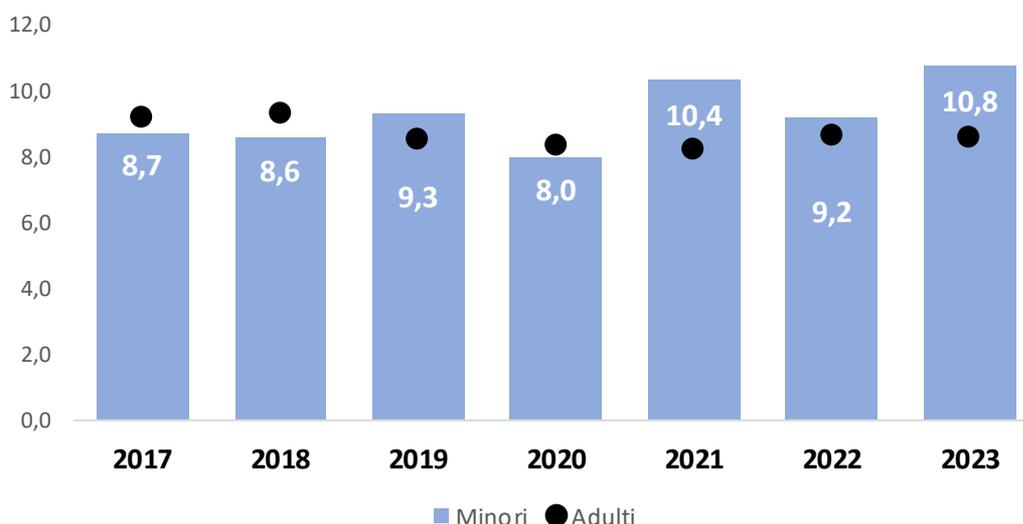
⁶ Nella Classificazione internazionale delle malattie utilizzata per la codifica delle diagnosi nei flussi sanitari questa diagnosi è individuata con il codice ICD9CM 995.5. Rientrano in questa diagnosi: abuso emotivo/psicologico (ICD9CM 995.51), trascuratezza (ICD9CM 995.52), abuso sessuale (ICD9CM 995.53), abuso fisico (ICD9CM 995.54), sindrome del bambino agitato (ICD9CM 995.55), abuso di minore non specificato (ICD9CM 995.50) e altri abusi e trascuratezza di minori (ICD9CM 995.59).

Ricoveri ospedalieri di minori con indicazione di violenza

I ricoveri ospedalieri in regime ordinario di minori con indicazione di violenza nel 2023 sono stati 838, il 2,4% in più rispetto al 2017 (818). Il valore più basso pari a 552 si è registrato nel 2020, anno della pandemia da Covid-19, poi aumentato nel 2021 a 749 e nel 2022 a 698.

Nel 2023 i ricoveri di minori rappresentano il 16,1% del totale dei ricoveri per violenza (5.220), valore in aumento rispetto al 2017 (13,6%) e soprattutto rispetto al 2020 (12,9%). Tra i ricoveri ordinari complessivi di minori, si osserva una tendenza all'aumento dell'incidenza dei ricoveri con indicazione di violenza, passata da 8,7 per 10.000 nel 2017 a 10,8 nel 2023. Negli anni post-pandemia l'incidenza risulta più elevata di quella registrata per gli adulti (Figura 4).

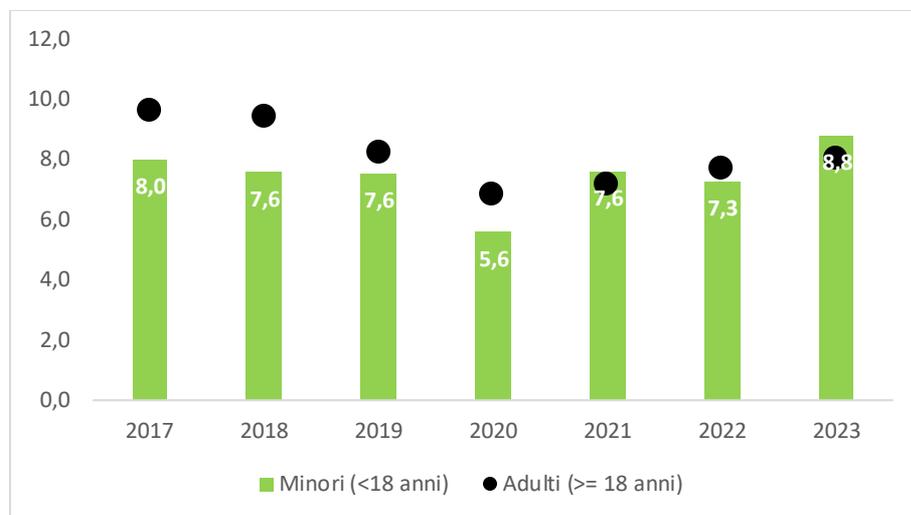
Figura 4. Incidenza dei ricoveri ordinari con indicazione di violenza di minori e adulti. Anni 2017-2023 (valori per 10.000 ricoveri totali)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Anche i tassi di ospedalizzazione dei minori riferiti alla popolazione residente diminuiscono da 8,0 per 100.000 residenti nel 2017 a 5,6 nel 2020 e, successivamente, risalgono fino ad attestarsi a 8,8 nel 2023. Interessante rilevare nel confronto con gli adulti come nel 2021 e nel 2023 i tassi di ospedalizzazione con indicazione di violenza dei minori risultino più elevati rispetto a quelli degli adulti (Figura 5).

Figura 5. Minori e adulti con almeno un ricovero ordinario con indicazione di violenza. Anni 2017-2023 (tassi per 100.000 residenti)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Di seguito, in analogia a quanto fatto per gli accessi in pronto soccorso, si analizzano le caratteristiche dei ricoveri ordinari di minori con almeno una diagnosi di violenza nel periodo 2017-2023. A differenza dell'analisi preliminare dei dati della Scheda di dimissione ospedaliera, sono esclusi i ricoveri ordinari con indicazione della "violenza altrui" nella variabile trauma in assenza di almeno una diagnosi di violenza, ma sono inclusi i casi per cui è stata indicata tra le diagnosi la mancata somministrazione di farmaci necessari (ICD9CM=E873.6).

Negli anni 2017-2023 sono stati 4.245 i ricoveri ordinari di bambini e ragazzi con almeno una diagnosi di violenza, di cui 2.429 (57,2%) relativi a maschi e 1.816 (42,8%) a femmine. La quota di ricoveri maschili sale al 60,2% nella classe 11-17 anni, quella di ricoveri femminili sale al 49,5% nella classe di età 3-10 anni.

In entrambi i generi i ricoveri sono maggiormente concentrati nella classe 11-17 anni (56,2% per le femmine, 63,7% per i maschi) (Tabella 3).

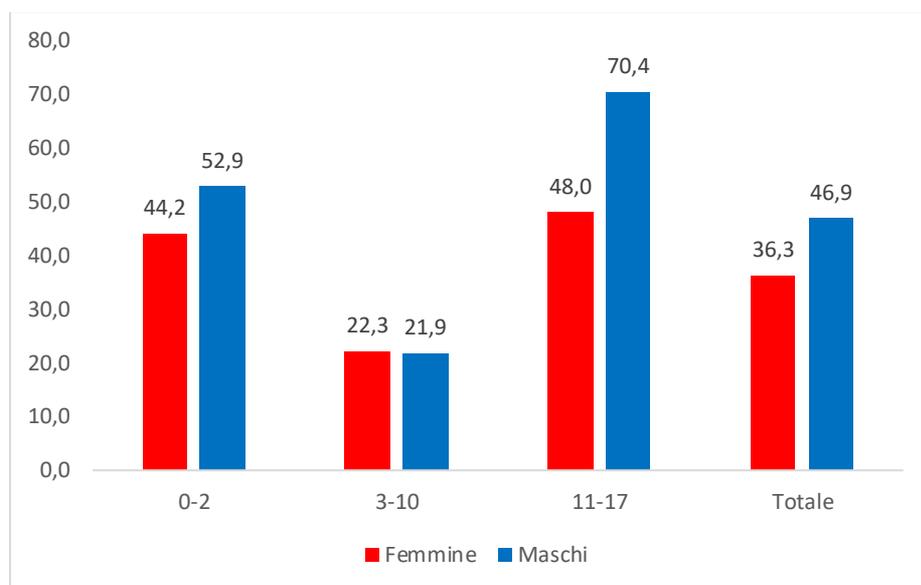
Tabella 3. Ricoveri ordinari di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di violenza per sesso e classe d'età. Anni 2017-2023 (valori percentuali)

Classe d'età	Femmine		Maschi		Totale	
	%colonna	%riga	%colonna	%riga	%colonna	%riga
0-2	17,3	44,5	16,1	55,5	16,6	100,0
3-10	26,5	49,5	20,2	50,5	22,9	100,0
11-17	56,2	39,8	63,7	60,2	60,5	100,0
Totale	100,0	42,8	100,0	57,2	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione confermano valori più elevati per i maschi (46,9 minori per 100.000 residenti nel periodo 2017-2023) rispetto alle femmine (36,3). Il divario è particolarmente ampio nella classe 11-17 anni, si riduce tra i bambini di 0-2 anni e si annulla nella classe 3-10 anni, in cui si rileva un tasso di ospedalizzazione delle femmine leggermente più alto di quello dei maschi (Figura 6).

Figura 6. Minori con almeno un ricovero ordinario con diagnosi di violenza per sesso e classi d'età. Anni 2017-2023 (tassi per 100.000 residenti)

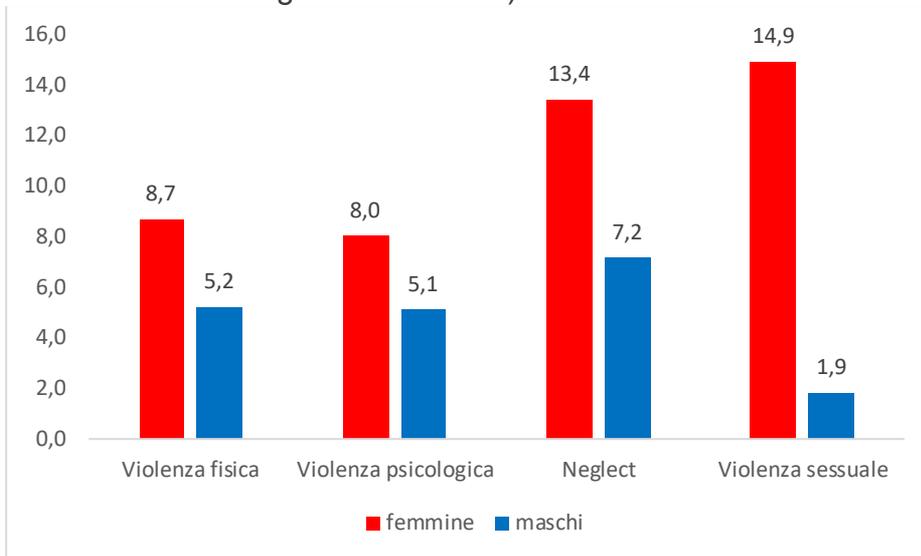


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Considerando i quattro ambiti della violenza individuati nel progetto Dora (violenza fisica, psicologia, neglect e violenza sessuale), la trascuratezza è l'ambito con il maggior numero di ricoveri ordinari, con 418 casi (il 58% sono relativi a bambine e ragazze), seguita dalla violenza sessuale, con 316 casi, di cui ben 271 (86%) sono dovuti a ricoveri delle femmine sotto i 18 anni. I ricoveri di minori riconducibili alla violenza fisica sono 285, di cui il 55% riferiti a bambine e ragazze, mentre quelli per violenza psicologica sono 270, ancora una volta in maggioranza femminile (54%).

Rispetto al totale dei ricoveri ordinari con diagnosi di violenza, per la componente femminile la violenza sessuale rappresenta la causa principale di ricovero (14,9%), seguita dalla trascuratezza (13,4%), che invece è la motivazione più frequente del ricovero nei maschi (7,2%). La violenza fisica rappresenta il 5,2% dei ricoveri con diagnosi di violenza per i maschi e l'8,7% per le femmine, mentre per quella psicologica i valori sono rispettivamente 5,1% e 8,0% (Figura 7).

Figura 7. Ricoveri ordinari di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di violenza per ambito della violenza e sesso. Anni 2017-2023 (valori percentuali rispetto al totale dei ricoveri con diagnosi di violenza)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Analizzando anche le differenze per età, per i bambini più piccoli (0-2 anni) il motivo del ricovero è principalmente riconducibile ad una forma di violenza fisica: 19,7% per le femmine e 15,6% per i maschi sul totale dei ricoveri con diagnosi di violenza. Rilevante anche la percentuale riferita alla trascuratezza, pari al 13,2% in questa fascia d'età (13,8% per i maschi e 12,4% per le femmine). Nei bambini di 0-2 anni ha un'incidenza piuttosto elevata anche la violenza psicologica pari al 11,3% del totale dei ricoveri per violenza di quella fascia d'età.

Nella fascia d'età 3-10 anni, la trascuratezza, con il 16,4% di ricoveri sul totale dei ricoveri per violenza in questa fascia d'età, rappresenta il principale ambito della violenza sia per i maschi (15,9%) che per le femmine (16,8%). Il secondo ambito più frequente è rappresentato dalla violenza fisica (11%), con l'11,9% per le femmine e il 10,2% per i maschi.

Nella classe d'età 11-17 anni, la diagnosi di violenza sessuale è il principale motivo di ricovero per le femmine con il 19,7%, seguita dalla trascuratezza (12,1%) e dalla violenza psicologica (8,0%), mentre i valori per i ricoveri maschili della stessa classe di età sono molto più bassi (Tabella 4).

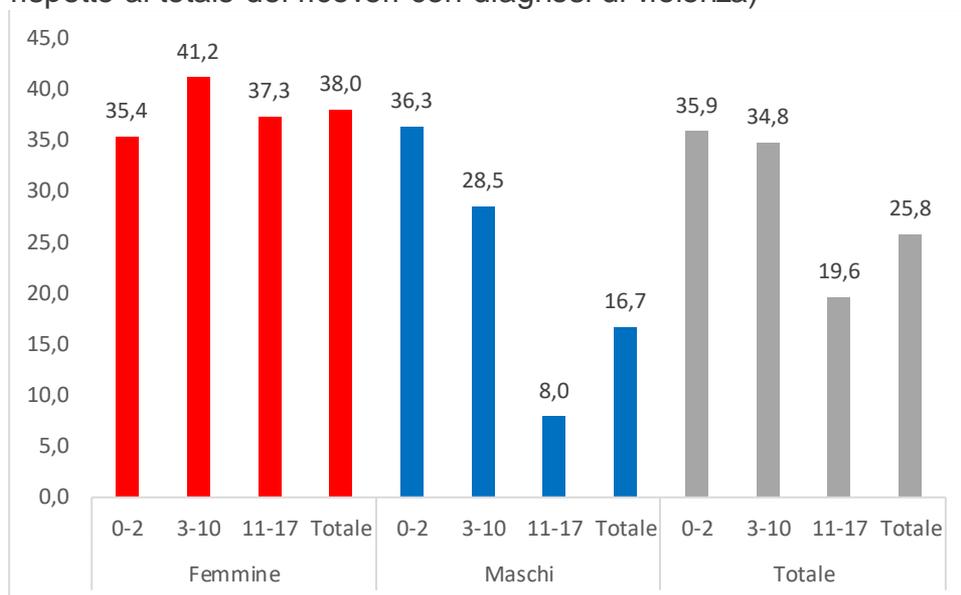
Tabella 4. Ricoveri ordinari di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di violenza per ambito della violenza, sesso e classi di età. Anni 2017-2023 (valori percentuali rispetto al totale dei ricoveri con diagnosi di violenza)

Classe d'età	Violenza fisica	Violenza psicologica	Trascuratezza	Violenza sessuale
Femmine				
0-2	19,7	8,9	12,4	2,9
3-10	11,9	7,5	16,8	12,7
11-17	3,8	8,0	12,1	19,7
Totale	8,7	8,0	13,4	14,9
Maschi				
0-2	15,6	11,3	13,8	0,5
3-10	10,2	6,5	15,9	3,9
11-17	1,0	3,1	2,7	1,6
Totale	5,2	5,1	7,2	1,9
Totale				
0-2	17,4	10,2	13,2	1,6
3-10	11,0	7,0	16,4	8,2
11-17	2,1	5,1	6,5	8,8
Totale	6,7	6,4	9,8	7,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Tra le diagnosi che determinano il ricovero per violenza nei minori la “Sindrome del bambino maltrattato” è all’origine di un ricovero su quattro, viene riportata nel 38% dei ricoveri femminili e nel 16,7% di quelli maschili. La maggiore incidenza si ha nelle classi di età fino ai 10 anni, con una percentuale pari a circa il 35% dei ricoveri con diagnosi di violenza. Nelle femmine l’incidenza è massima nella classe 3-10 anni (41,2%), nei maschi nella classe 0-2 anni (36,3%) (Figura 8).

Figura 8. Ricoveri ordinari di minori 0-17 anni con almeno una diagnosi di sindrome del bambino maltrattato per sesso e classi di età. Anni 2017-2023 (valori percentuali rispetto al totale dei ricoveri con diagnosi di violenza)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Per quel che attiene l'informazione relativa all'esecutore della violenza⁷ che ha condotto al ricovero del minore, questa risulta essere nota nel 13,5% dei ricoveri ordinari con diagnosi di violenza (17,6% per le femmine, 10,5%, per i maschi).

Viene più frequentemente indicato un esecutore nell'ambito familiare: 50,8% dei casi con indicazione dell'esecutore (54,9% nelle femmine, 45,7% nei maschi). Si tratta prevalentemente del padre/patrigno della vittima (37,3%), che viene riportato nel 39,8% dei ricoveri delle femmine in cui l'esecutore è noto e nel 34,3% dei ricoveri di maschi. Nel 13,4% dei casi l'esecutore è un altro parente (15,0% per le femmine e 11,4% per i maschi). Nel 21,3% dei ricoveri è indicata un'altra persona e in un caso su quattro l'esecutore è una persona non specificata.

⁷ Nella Classificazione internazionale delle malattie utilizzata per la codifica delle diagnosi nei flussi sanitari l'esecutore della violenza è individuato mediante il codice ICD9CM di causa esterna E967. Le sottocategorie si riferiscono a "padre, patrigno, fidanzato" – E967.0, "altra persona specificata" – E967.1, "madre, matrigna, fidanzata" – E967.2, "consorte o partner" – E967.3, "figlio" – E967.4, "fratello" – E967.5, "nonno" – E967.6, "altro parente" – E967.7, "badante non parente" – E967.8, "persona non specificata" – E967.9.

Nota metodologica

Definizioni degli ambiti della violenza secondo la Classificazione Internazionale della violenza contro i minori ICVAC-UNICEF.

Violenza fisica

Qualsiasi atto deliberato, non desiderato e non essenziale che utilizza la forza fisica contro il corpo di un bambino e che provoca o ha un'alta probabilità di provocare lesioni, dolore o sofferenza psicologica. Più specificamente, include diverse forme di violenza, come: aggressioni gravi contro un bambino, aggressioni lievi contro un bambino, isolamento di un bambino, altri atti di violenza fisica contro un bambino non classificati altrove. Tra queste forme di violenza sono inclusi: abuso chimico, sindrome del bambino scosso, *dual harm*, mutilazioni genitali femminili, sterilizzazione forzata, bullismo fisico, punizioni corporali.

Violenza psicologica

Qualsiasi atto deliberato, non desiderato e non essenziale, verbale o non verbale, che danneggia o ha un'alta probabilità di danneggiare lo sviluppo di un bambino, comprese conseguenze psicologiche e mentali a lungo termine.

Trascuratezza (*Neglect*)⁸

deliberata, non desiderata e non essenziale mancanza di soddisfare i bisogni fisici o psicologici di un bambino, la protezione dal pericolo, o il fornire cure mediche, educative o altri servizi quando coloro che sono responsabili della sua cura hanno i mezzi, le conoscenze e l'accesso ai servizi necessari.

Violenza sessuale

Qualsiasi atto sessuale deliberato, non desiderato e non essenziale, completato o tentato, perpetrato contro un bambino, anche per scopi di sfruttamento, e che provoca o ha un'alta probabilità di provocare lesioni, dolore o sofferenza psicologica.

La tabella di seguito riporta gli ambiti della violenza ed i relativi codici della Classificazione ICD9CM

AMBITI	ICD9CM	DESCRIZIONE
Violenza fisica	995.54	Abuso fisico di minore
	995.55	Sindrome del bambino agitato
Violenza psicologica	V15.41	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica
	V15.42	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza emotiva
	995.51	Abuso di minore emotivo/psicologico
Trascuratezza (Neglect)	995.52	Trascuratezza di minore (nutrizionale)
	V71.81	Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza
	E873.6	Mancata somministrazione farmaci necessari
Violenza sessuale	E960.1	Stupro
	995.53	Abuso sessuale su minore

⁸ In aggiunta alla classificazione Icvac, si è deciso di includere all'interno della trascuratezza, il fenomeno della Patologia delle Cure (ipercura, incuria, discuria).

Codici delle diagnosi per la selezione dei casi di violenza

L'individuazione dei casi di violenza nei flussi sanitari mediante le diagnosi codificate con la classificazione ICD-9-CM è effettuata considerando i seguenti codici:

- 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.

Descrizione dei flussi sanitari

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.

L'individuazione dei casi di violenza negli accessi in PS è 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 è indicata "violenza altrui".

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.

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"). Sono esclusi i casi con DRG di parto.