



Università degli Studi di Ferrara  
Dipartimento di Scienze Biomediche e Terapie Avanzate  
Sezione di Medicina Legale e delle Assicurazioni  
*Rosa Maria Gaudio*



# LA SEMEIOTICA CLINICA DELLA VIOLENZA

Forlì 25 gennaio 2014

# ACCERTAMENTO TECNICO MEDICO-LEGALE

- DELICATEZZA DELL'ATTO
- ASSUNZIONE DI ELEMENTI ETNO/SOCIALI E FAMILIARI
- CONTROLLO DIRETTO
- TEMPESTIVITA' (MA OCULATEZZA)
- VINCOLI DI SEGNALAZIONE
- OBBLIGATORIETA'
- FACOLTATIVO
- TRASFORMAZIONE DELL'INFORMAZIONE IN MOMENTO ANTIGIURIDICO (ASPETTI DIAGNOSTICI)

# Le manifestazioni

- Esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo)
- difficoltà nell'apprendere
- regressione
- enuresi
- encopresi
- irrequietezza, aggressività, problemi/mutamenti dell'identità di genere
- interessi sessuali inappropriati all'età, masturbazione compulsiva, comportamenti sessuali promiscui
- disturbi alimentari, disturbi del sonno
- fobie
- attacchi di panico
- lesioni ano-genitali
- lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali)
- autolesionismo; tentativi di suicidio

## 2) Esiti psicocomportamentali di cambiamento comportamentale (esiti a breve-medio termine) possono comprendere:

- - fino ai 6 anni di età'
- 1. Disturbi del sonno
- 2. Disturbo delle condotte alimentari
- 3. Lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali)
- 4. Preoccupazioni insolite, paure immotivate
- 6. Rifiuto nel mostrare il corpo nudo
- 7. Esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo)
- 8. Isolamento familiare/sociale
- 9. Aggressività contro adulti/coetanei
- 10. Atti di autolesionismo
- 11. Interesse sessuali e comportamentali sessualizzati inappropriati all'età, masturbazione
- compulsiva
- 12. Particolari caratteristiche del gioco

- - **Dai 6 anni in poi**
- • Disturbi del sonno
- • Disturbo condotte alimentari
- • Lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali)
- • Preoccupazioni insolite, paure immotivate
- • Rifiuto o compiacenza nel mostrare il corpo nudo anche in situazioni mediche, reattività al contatto fisico
- • Esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo)
- • Aggressività contro adulti/coetanei
- • Autolesionismo
- • Interessi sessuali inappropriati all'età, masturbazione compulsiva, comportamenti sessuali promiscui
- • Passività, inibizione del pensiero
- • Depressione, isolamento
- • Difficoltà scolastiche
- • Oppositività, provocatorietà
- • Fughe
- • Comportamenti immaturi, regressione fasi evolutive precedenti
- • Tentativi di suicidio

- Gli elementi che consentono l'ipotesi di maltrattamento/abuso su un minore sono, essenzialmente:
- le alterazioni dell'integrità fisica o psichica della vittima, dovute ad azioni od omissioni da parte dei genitori/tutori/altri:
- denutrizione, deperimento, scarsa igiene, lesioni cutanee prodotte da mezzi diversi quali contusioni, ferite, ustioni, morsicature, causticazioni; fratture del cranio e delle ossa lunghe, fratture costali; lesioni cranio-encefaliche, lesioni viscerali;

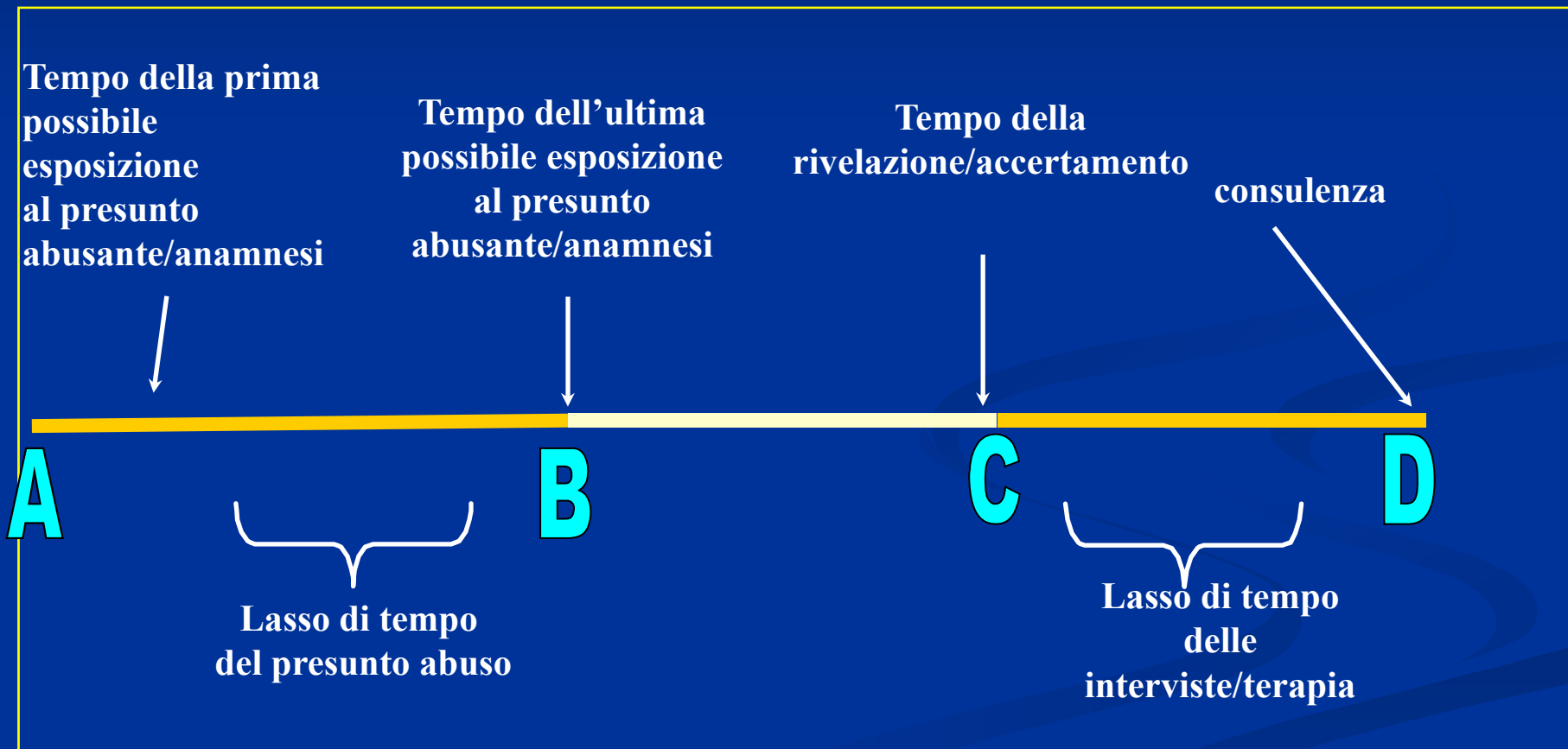
- la coesistenza di lesioni di gravità diversa e in diverso stadio evolutivo (in rapporto alla diversità del momento cronologico in cui sono state inferte);
- la sproporzione fra le caratteristiche del mezzo lesivo - indicato dai genitori/adulti di riferimento come causa delle lesioni - e la reale entità delle lesioni osservate in sede di esame clinico e medico-legale (contrasto tra i dati dell'anamnesi e quelli rilevati all'esame obiettivo).

# PROBLEMATICHE TECNICHE

- MEZZO DI PRODUZIONE
- NATURALE NON NATURALE
- RIPETITIVITA' DELL'ATTO
- MEZZO DI FISSAZIONE (es bilanciamento del bianco etc)
- ASSENZA DI ANAMNESI COMPLETA
- ASSENZA DI OBIETTIVITA' CLINICA COMPLETA



# INTERVALLO TEMPORALE



# ESAME OBIETTIVO

- **E' importante riportare:**
- • tempo trascorso tra la violenza e la visita
- • precedenti visite presso altri operatori o presidi sanitari
- • pulizia delle zone lesionate o penetrate
- • cambio degli slip o di altri indumenti
- • minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale
- (secondo le diverse modalità della violenza)
- • assunzione di farmaci
- • previo consenso della vittima vanno segnalati i rapporti sessuali
- intercorsi prima o dopo l'aggressione (per una eventuale successiva
- tipizzazione del DNA dell'aggressore)

## gli indicatori fisici in maniera analitica

- Per valutare se la presenza sia da ricondursi o no ad attività intenzionali, occorrerà verificare, la congruità della lesione rispetto al resoconto fornito.
- Evoluzione temporale: mutamento dell'aspetto e del colore, secondo il lasso di tempo considerato: Da 0 a 2 giorni, l'ematoma si presenta **gonfio e sensibile**,
  - Da 0 a 5 giorni, si presenta di colore **rosso - blu**,
  - Da 5 a 7 giorni, si presenta di colore **verde**,
  - Da 7a 10 giorni, si presenta di colore **giallo**,
  - Da 10 a 14 giorni, si presenta di colore **marrone**,
  - Da 2 a 4 settimane, l'ematoma si presenta **chiaro e sfumato**.

*Ustioni:* anche queste possono derivare da una pluralità di fatti, in particolare possono essere originate:

- Da bruciature di sigaretta, e presentano di solito un margine profondo, circa 0.3 mm, regolare, di forma circolare, mentre se sono presenti degli strascichi, ed un margine poco profondo e non uniforme la possibile causa potrà essere un contatto incidentale.
- Da grata rovente, in questo caso occorre valutarne la forma e le dimensioni, di solito sulla pelle sarà impressa chiaramente la struttura degli elementi verticali e paralleli che compongono la grata, che si troveranno equidistanti tra loro,

- Da immersione in liquidi bollenti, perciò saranno limitate alla zona che è venuta a contatto con il liquido ustionante, e un grado d'ustione superiore al primo indicherà p.es che il liquido è stato riscaldato. In presenza di ustioni di terzo grado si può dubitare che queste siano riconducibili ad una temperatura, (generalmente attorno ai novanta gradi), cui normalmente sono tarati gli scaldabagni domestici, nel caso in cui questa sia la versione dei fatti fornita. Nel caso di ustioni appositamente provocate il maltrattamento fisico integrerà la fattispecie delle lesioni gravi o gravissime, secondo il grado delle stesse, e nel caso di ustioni riportate incidentalmente, si potrà configurare l'ipotesi di maltrattamento psicologico per incuria.

- Ustioni da spruzzo, esse sono il più delle volte incidentali, e anche qui dovrà essere valutata la congruità del resoconto con il grado, la forma e le dimensioni delle stesse.

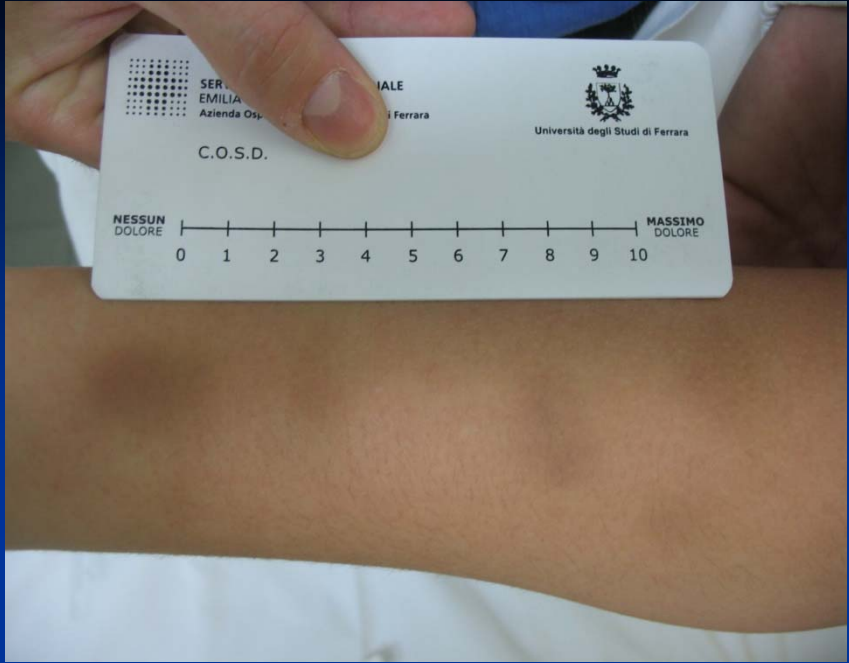
- *lesioni addominali*: che possono provocare:
  - Perforazioni intestinali,
  - Rottura della milza,
  - Lesione pancreatica,
  - Lesioni ai reni.
  
- *Lesioni scheletriche*: le quali possono portare a:
  - Fratture di vario tipo

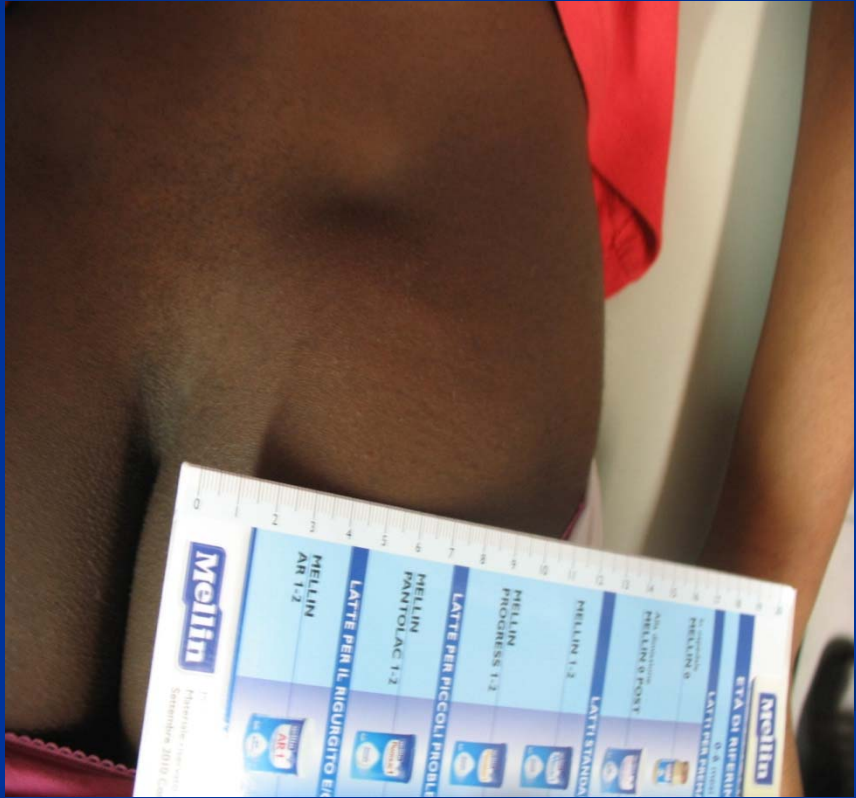
- ***Lesioni alla testa:*** queste costituiscono la prima causa di morte e possono consistere in:
  - Strappi al cuoio capelluto con conseguente asportazione di cute e capelli, che provocano la cosiddetta “alopecia traumatica”,
  - Scuotimenti di vario tipo,
  - Urti contro superfici solide.



## Aspetti metodologici dell'accertamento medico-legale e clinico

- *adeguata disponibilità di tempo*
- *Assicurare un ambiente adatto per l'espletamento della visita*
- *La raccolta anamnestica*
  - - precedenti ricoveri;
  - - precedenti traumi e/o interventi chirurgici in generale ed in particolare a carico della regione ano-genitale;
  - - sintomi riferibili all'apparato gastroenterico (in particolare, disturbi dell'alvo, quali stipsi, encopresi, rettorragia);
  - - sintomi riferibili all'apparato genito-urinario (con particolare attenzione all'igiene, ad episodi flogistici ed emorragici);
  - - peso e altezza;
  - - stadiazione di Tanner ed i percentili di crescita;
  - - condizioni nutrizionali;
  - - condizioni di igiene generale;
  - - atteggiamento del minore nel corso della visita;
  - - presenza di eventuali varianti e/o difetti anatomici congeniti;
  - - presenza, su tutto il corpo, di "segni" indicativi di recente e/o precedente applicazione traumatica (ematomi, escoriazioni, ferite, cicatrici);
  - - esame dell'orofaringe;





## ■ **ESAME GINECOLOGICO**

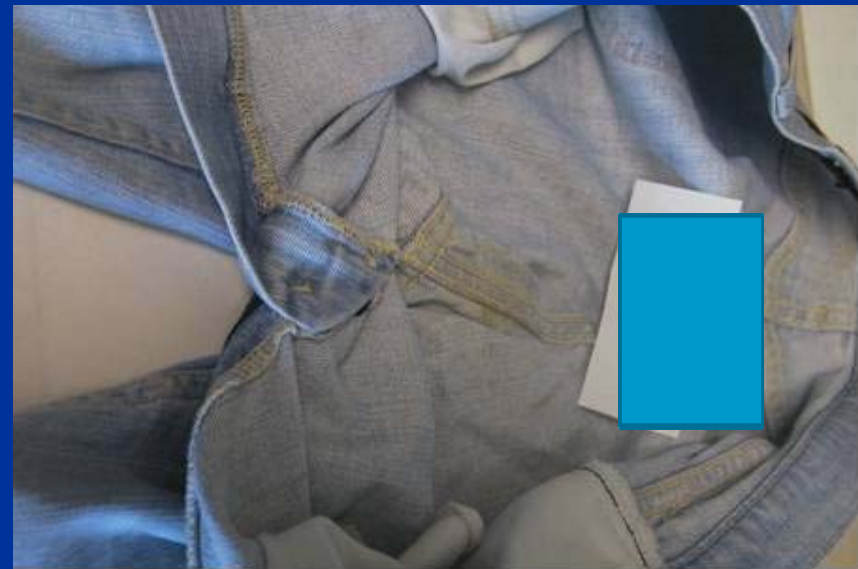
- Può essere effettuato ad occhio nudo, ma sarebbe meglio utilizzare una lente di ingrandimento. Il colposcopio permette di evidenziare lesioni anche meno evidenti e di effettuare una documentazione fotografica.
- Va segnalata la presenza di lesioni recenti (arrossamenti, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche, sanguinamento o altro), specificandone la sede (grandi e piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, perineo e ano).
- L'imene va descritto accuratamente specificando la presenza o meno di incisure e la loro profondità, in particolare se raggiungono la base di impianto e la presenza di eventuali lesioni traumatico-contusive recenti.
- L'esame con speculum deve essere effettuato per la raccolta degli eventuali spermatozoi dal canale cervicale, sede in cui permangono più a lungo, anche nei casi in cui la donna si sia lavata dopo la violenza.
- Se indicato e non traumatico per la paziente, può essere opportuno completare l'esame con una visita ginecologica bimanuale.



## ■ Tamponi per tipizzazioni genetiche

- In base al tempo trascorso dalla violenza (massimo entro 7-10 giorni) vanno effettuati due tamponi sterili per la raccolta di spermatozoi e materiale genetico dell'aggressore nelle diverse sedi: vulva, fornice vaginale posteriore, canale cervicale, retto, cavo orale. Per ogni sede vanno effettuati due tamponi e il primo dei tamponi va strisciato su un vetrino da fissare con normale fissativo spray per l'esame citologico per la ricerca di spermatozoi.
- La persistenza degli spermatozoi nelle diverse sedi può variare da 6 ore (cavo orale) a 1-3 giorni (retto e genitali esterni) fino a 7-10 giorni (cervice).
- In base al racconto, tracce biologiche dell'aggressore possono essere ricercate sulla cute (tampone sterile asciutto e bagnato con fisiologica sterile) o sotto le unghie della vittima (che vanno in questo caso tagliate e conservate) e possono essere ricercati e raccolti eventuali peli pubici dell'aggressore con pettine nuovo a denti mediamente spaziati.
- Tutto il materiale raccolto deve essere conservato presso strutture dotate di freezer a  $-20^{\circ}/-80^{\circ}$  che garantiscano una corretta conservazione delle prove raccolte e che consentano di rintracciarle con la sicurezza che non vi siano errori di attribuzione (garanzie sulla "catena delle prove"). La tipizzazione genetica, se richiesta dalla Magistratura, dovrà essere effettuata in centri di provata esperienza.

Un contenitore in plastica trasparente con tappo a vite di colore bianco recante una etichetta con stampata la dicitura "The ThinPrep Pap Test" e la scritta a mano "xxxxxxx". Il contenuto è rappresentato da circa 20 ml di liquido trasparente



atti sessuali consistiti nello spogliarla, nel baciarla sulla bocca, nel toccarla nelle parti intime, nello spalmarle del miele sul corpo poi leccandola ed inoltre, con la suddetta violenza, la costringevano ad ingerire materiale fecale; commettendo i fatti in più persone riunite e quindi in gruppo

indebitamente condotta all'esterno dell'istituto scolastico, a subire atti sessuali consistiti nello spogliarla, nel toccarla nelle parti intime, nel baciarla sulla bocca nonché in una penetrazione o in un tentativo di penetrazione; commettendo i fatti in più persone riunite e quindi in gruppo

consistiti nel toccarla nelle parti intime, penetrandola e nell'infilarle degli oggetti nell'ano e nella vagina, costringendola inoltre a compiere atti sessuali consistiti nel praticare rapporti orali a persone rimaste ignote, commettendo i fatti in più persone riunite e quindi in gruppo



## Reperti da prendere in considerazione

### **Reperti anali:**

- ano ad imbuto:rilasciamento dello sfintere esterno;
- appianamento delle pliche anali che appaiono ridotte od assenti, quando lo sfintere anale esterno è parzialmente o completamente rilassato;
- perdita della normale plicatura (area a ventaglio): area triangolare con apice rivolto verso il canale anale che si irradia da esso come una piega ispessita, pallida e sottoslivellata;
- dilatazione anale: intesa quale apertura degli sfinteri anali interno ed esterno che compare entro 30 secondi con minima trazione dei glutei;
- ragade: soluzione di continuo lineare interessante la mucosa e/o l'epidermide e gli strati più superficiali del derma;

## Reperti da prendere in considerazione

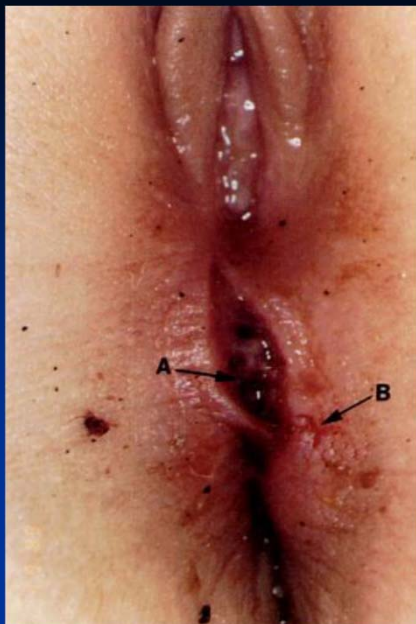
### **Reperti ano-genitali:**

- eritema: arrossamento della cute o della mucosa ascrivibile a congestione capillare, più o meno associato ad edema;
- abrasione: lesione superficiale della cute provocata dall'applicazione di una forza tangenziale;
- ecchimosi: pigmentazione cutanea, associata o meno ad edema, provocata da trauma di tipo contusivo;
- lacerazione cutanea/mucosa a margini irregolari;
- cicatrice;
- discromia: variazione di pigmentazione circoscritta;
- sinechie: adesione fra superfici mucose ed epiteliali;

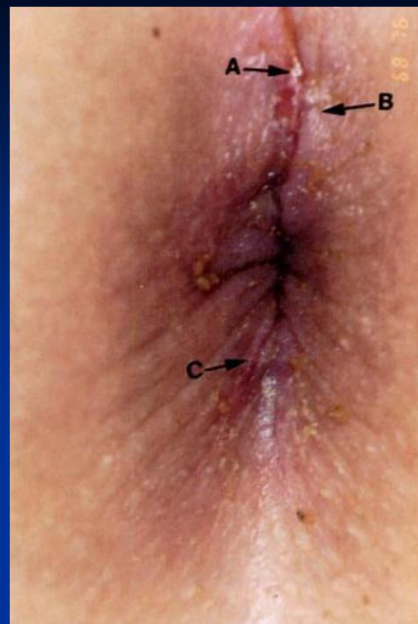
## Reperti da prendere in considerazione

### **Reperti ano-genitali:**

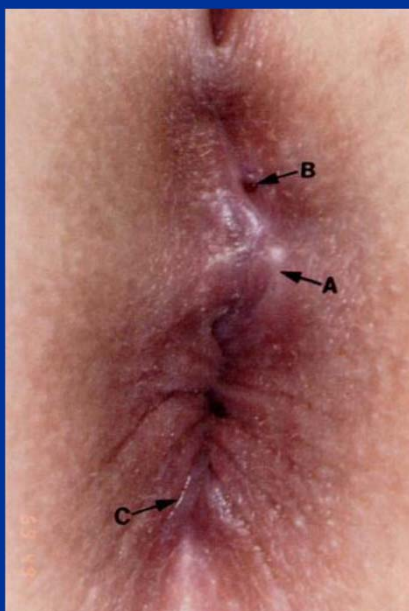
- eritema: arrossamento della cute o della mucosa ascrivibile a congestione capillare, più o meno associato ad edema;
- abrasione: lesione superficiale della cute provocata dall'applicazione di una forza tangenziale;
- ecchimosi: pigmentazione cutanea, associata o meno ad edema, provocata da trauma di tipo contusivo;
- lacerazione cutanea/mucosa a margini irregolari;
- cicatrice;
- discromia: variazione di pigmentazione circoscritta;
- sinechie: adesione fra superfici mucose ed epiteliali;



Lacerazione che interessa la muscolatura dello sfintere anale esterno (A) e lacerazioni superficiali (B).

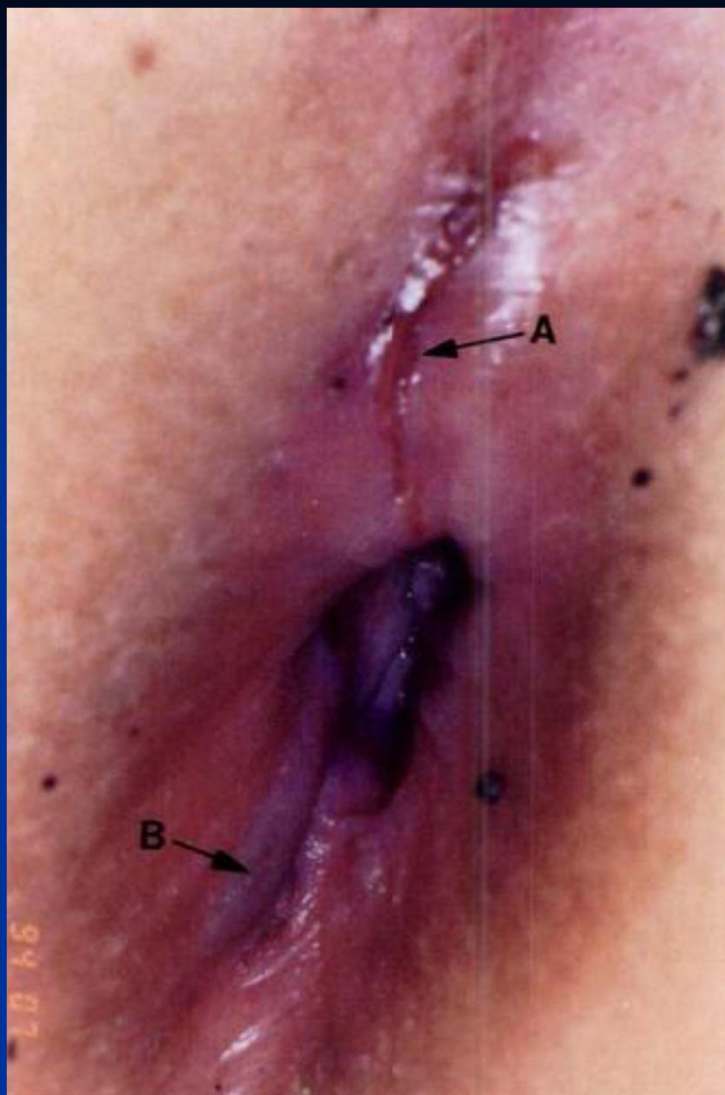


Un giorno dopo inizio del processo riparativo

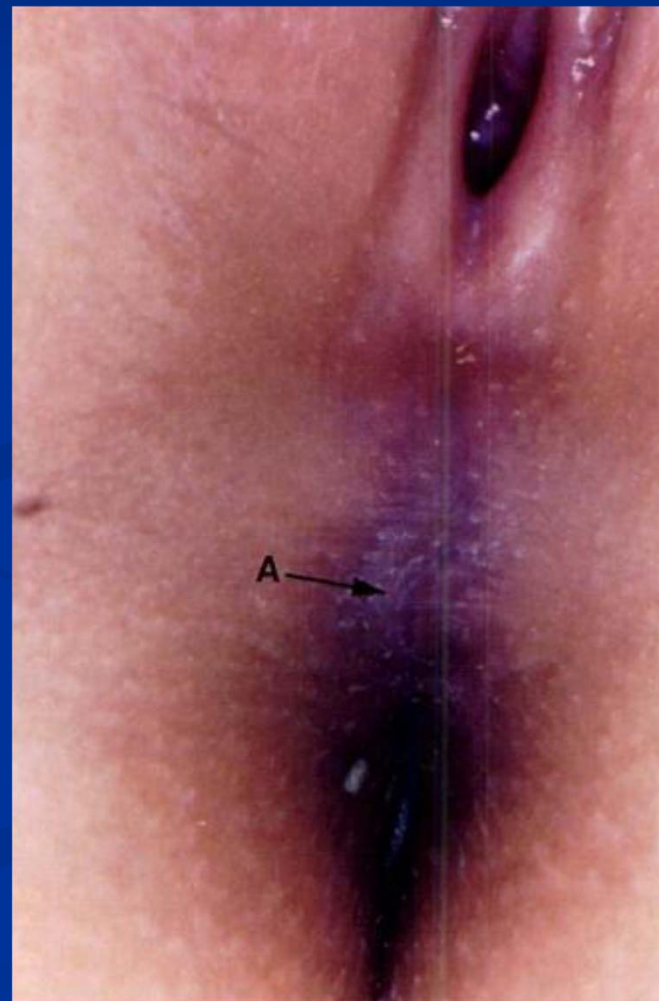


La lesione perianale guarita si presenta pallida ed irregolare (A), associata ad infezione cutanea (B). Si evidenzia, inoltre, ad ore 7, il processo di guarigione a carico della lacerazione superficiale (C).

(da J.McCann e J. Voris: "Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study"; Pediatrics, 91: 390-397; 1993)

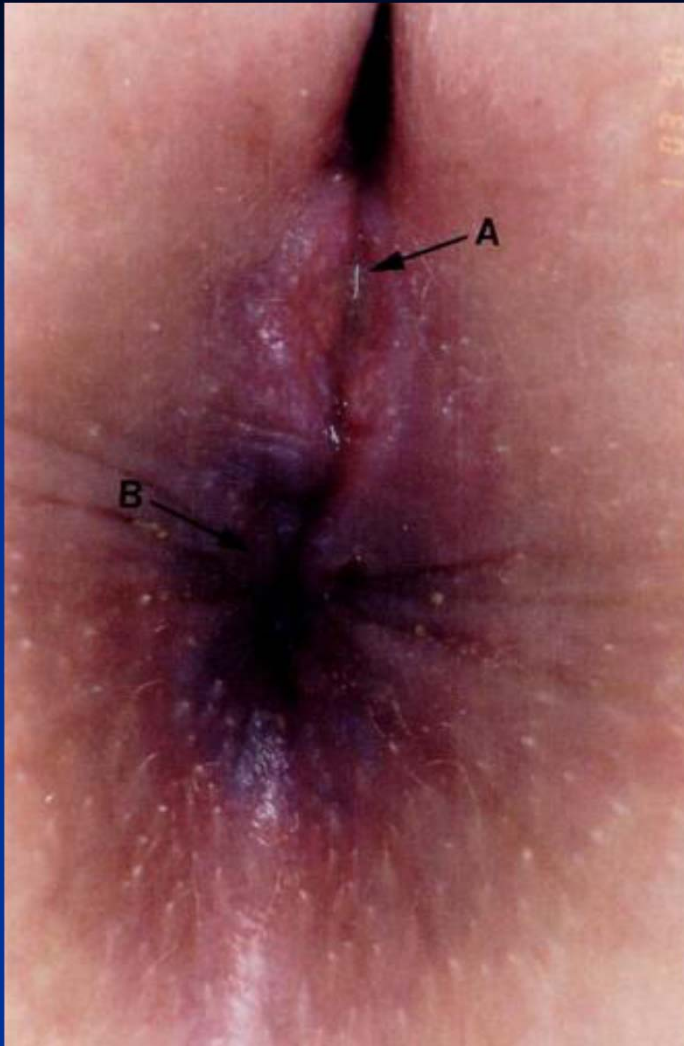


Lacerazione a carico dei tessuti perianali (A); appiattamento delle pieghe cutanee perianali, congestione venosa localizzata (B), dilatazione dello sfintere anale esterno ed eritema.



Sottile cicatrice curvilinea, 1 settimana dopo.

(da J.McCann e J. Voris: "Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study"; Pediatrics, 91: 390-397; 1993)



Lacerazione a carico dei tessuti perianali/perineali (A). Ispessimento ed aspetto irregolare delle pieghe cutanee perianali (B).



Sottile cicatrice dopo 5 settimane.

(da J. McCann e J. Voris: "Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study"; Pediatrics, 91: 390-397; 1993)



Lacerazione imenale in acuto



Dopo 1 mese



Dopo 8 mesi

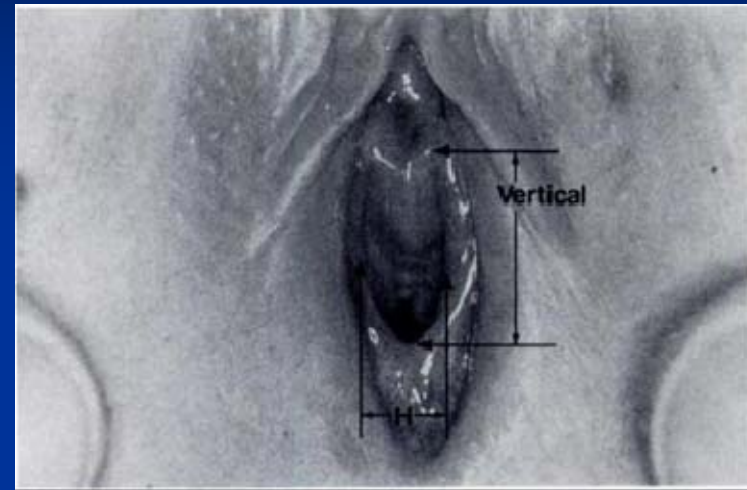
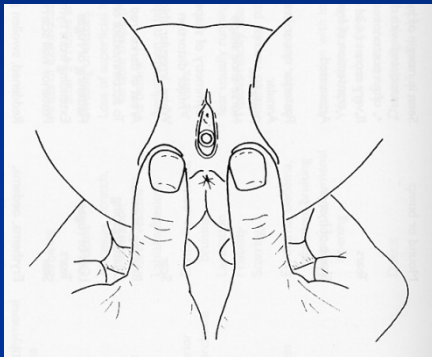
(da A. Heger, S. J. Emans, D. Muram: "Evaluation of the sexually abuse child: a medical textbook and photogrophic atlas" 2000)

*Elencazione cronologica delle principali classificazioni presenti in letteratura: Terminologia e Traduzione*

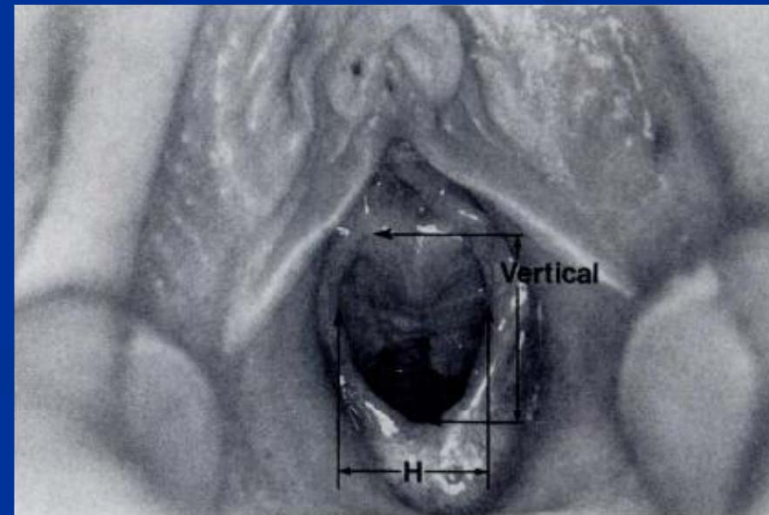
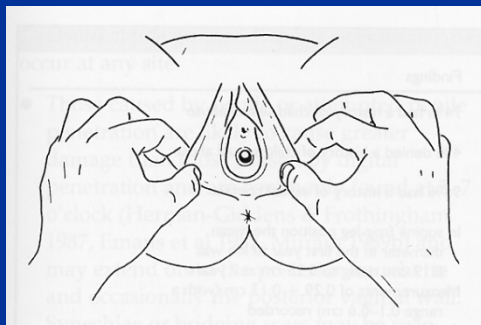
- Woodling & Kossoris – 1981
- Muram – 1989
- Adams – 1996
- Hymel – 1996
- Monteleone et al – 1998
- American Academy of Pediatrics – 1999
- Adams - 2001
- World Health Organization - 2003



- **separazione labiale:** le grandi labbra vengono separate dalle punte delle dita con direzione postero-laterale, fino a rendere visibile l'introito vaginale.



- **trazione labiale:** la porzione inferiore delle grandi labbra viene pinzata con delicatezza tra pollice ed indice, divaricata e sollevata lievemente.



4 mesi dopo i fatti (reiterati)

3 anni dopo

RD

Età visita 4 anni e mezzo



Ipovascularizzazione in fossa navicolare come esito cicatriziale



- parziale fusione posteriore delle piccole labbra
- assottigliamento del bordo imenale tra ore 7 e 8



1 anno dopo

3 anni e mezzo dopo

PA

Età visita 6 anni e 8 mesi



- Anamnesi tendente a costatare:
- la corrispondenza al vero dell'accaduto, (sulla base della comparazione tra segni fisici e racconto reso),
- l'immediatezza del soccorso prestato, (un ritardo può consistere in un tentativo di mascherare il reale accaduto),
- l'attività svolta dal bambino prima e dopo l'evento

- il contenuto della denuncia deve contenere, le generalità se note, della persona offesa, le caratteristiche delle lesioni, e tutto ciò che può essere utile all'autorità per lo svolgimento delle indagini.
- La violazione dell'obbligo di denuncia, da parte dei soggetti tenuti alla stessa, non è sprovvisto di sanzione, questa è contenuta difatti nell'articolo 362 del codice penale, che disciplina la fattispecie del reato d'omessa denuncia.

- Si è affermato che i soggetti obbligati alla denuncia sono i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio, (per i medici poi è previsto l'obbligo di referto, dall'articolo 365 del codice penale, nei casi di sospetto reato, a meno che questo non esponga la persona che chiede le cure ad un procedimento penale), residua una categoria di soggetti, che sono gli esercenti un servizio di pubblica necessità ex art.359 c.p., i quali sono esentati da tale obbligo.

- Un orientamento della giurisprudenza ha ritenuto, che i liberi professionisti, nell'esercizio della loro privata professione, non essendo richiamati dall'art.331 del c.p.p, ma ricompresi nell'art.359 del c.p., come esercenti un servizio di pubblica necessità, siano assimilabili ai privati cittadini ex art.333 c.p.p. e pertanto facoltizzati e non obbligati alla denuncia. In particolare essi sono tenuti al rispetto del segreto professionale e l'eventuale denuncia, se e in quanto tendente a salvaguardare l'integrità della vita umana, potrebbe fungere da scriminante ed elidere l'antigiuridicità della violazione del segreto.

La legge 15 febbraio del 1996 n. 66, oltre a modificare sostanzialmente le ipotesi incriminatrici in materia, ha disposto lo spostamento dei delitti sessuali all'interno del codice penale dagli artt. 519 ss. agli artt. da 609 bis a 609 decies, e dal libro nono riservato "ai delitti contro la moralità pubblica e il buon costume" al libro secondo dedicato ai "delitti contro la persona".

La suddetta normativa ha disposto l'ingresso nel codice penale del delitto di violenza sessuale avendo eliminato la distinzione tra quelli previgenti di violenza carnale, che aveva come presupposto necessario una qualsiasi forma di compenetrazione carnale, e quello di atti di libidine violenti, creando tuttavia in più parti della dottrina sospetti di legittimità costituzionale per il difetto di determinatezza dell'inciso "atti sessuali".



**Legge 15 febbraio 1997 n. 66**  
**"Norme contro la violenza sessuale"**

**Art.1.**

1. Il capo I del Titolo IX del libro secondo e gli articoli 530, 539, 541, 542 e 543 del codice penale sono abrogati.

**Art.2.**

1. Nella Sezione II del Capo III del Titolo XII del Libro secondo del codice penale, dopo l'articolo 609, sono inseriti gli articoli da 609-bis a 609-decies introdotti dagli articoli da 3 a 11 della presente legge.

Il delitto di violenza sessuale è previsto dall'art. 609 bis c.p. il quale indica che

*“chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.*

*Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto o traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.*

*Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi”.*

# 609/bis c.p. caso di procedibilità d'ufficio

Fatto commesso dal genitore o dal convivente di questi

fatto commesso da PU o inc PS nell'esercizio delle funzioni

fatto commesso ai danni di minore degli anni 14

atti sessuali commessi in presenza di minore degli anni 14

violenza di gruppo

fatto connesso con altro procedibile di ufficio (maltrattamenti,  
minaccia grave, lesioni gravi, abbandono di minori o  
incapaci, sequestro di persona)

## L'art.571 disciplina l'ipotesi dell'abuso dei mezzi di correzione

- Il fatto punito dalla norma non è l'utilizzo dei normali mezzi di correzione, che isolatamente considerati non costituiscono reato, ma il loro abuso da parte "di chi si trovi con il minore in rapporto di cura, istruzione, vigilanza o educazione, ovvero in ragione dell'esercizio di una professione o di un'arte".

## Finalità ed aspetti metodologici dell'indagine medico-legale:

- Il punto nodale dell'indagine tecnica nei casi di sospetta aggressione sessuale è ottenere elementi dimostrativi per un giudizio medico-legale fruibile per le varie esigenze di applicazione delle norme di tutela.
- L'accertamento sia effettuato "in acuto" con finalità prettamente clinico-terapeutiche, o "differito" rispetto all'epoca dei fatti, come più frequentemente accade nei casi di accertamenti medico-legali disposti dall'autorità giudiziaria, si presenta come compito estremamente delicato e complesso.
- È indispensabile adottare, con riferimento all'accertamento "differito" una metodologia di indagine, diretta non solo a limitare le possibili conseguenze negative sul minore, ma anche a rilevare ed a far emergere segni e fenomeni molto spesso sfumati o "dimenticati". Questo con massima attenzione alla necessità di riconoscere l'eziopatogenesi delle eventuali manifestazioni sia in prospettiva di accertamento positivo che di esclusione.
- In tal senso, l'esame medico-legale dovrà curare un'osservazione "dinamica" e non "statica", sviluppando la massima fiducia e collaborazione da parte del minore, con le forme e la pazienza necessarie.

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER  
L'ACCOGLIENZA E LA CURA DI BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME  
DI MALTRATTAMENTO/ABUSO**

---

*Determina n. 10376/2011  
Istituzione gruppo di coordinamento per la stesura di  
linee guida a carattere regionale dedicate  
all'accoglienza di donne e minori vittime di violenza*

## LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI *in sintesi* (1)

---

Rappresentano una **cornice di riferimento** per i Servizi, gli Enti e i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti dalla tematica. (in part. *Cap. 3*)

Costituiscono **indicazioni concrete e operative** (*Cap. 5*) per utilizzare le **prassi in uso** (linee guida, protocolli, raccomandazioni) e, possibilmente, migliorarle, **intervenendo per rimuovere le condizioni** (*criticità*) **che ostacolano** un tempestivo, efficiente ed efficace funzionamento dei servizi.

Evidenziano che il lavoro concernente il maltrattamento/abuso sul minore esige il **massimo livello di integrazione** tra i professionisti, tra i Servizi e tra quest'ultimi ed Enti/Agenzie (*Cap.5*).

Nel rispetto degli assetti locali nel cap. 6 si propone un **modello di intervento uniforme in ambito regionale** (*Cap. 6*) in cui sono stati individuati due livelli:

- **livello locale** (Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende sanitarie ed Enti Locali) costituzione gruppo di coordinamento/intervento **per l'attuazione delle linee di indirizzo** (*parag.6.2*)
  - **livello regionale**: costituzione gruppo di coordinamento regionale per **monitorare l'applicazione delle linee di indirizzo** (*parag. 6.1*)
-

Mettono in evidenza come **formazione e consulenza multidisciplinare** costituiscano fattori agevolanti l'integrazione e l'interscambio tra servizi e agenzie, aiutino a sviluppare, sostenere e integrare le risorse disponibili, proteggano i professionisti dal senso di isolamento (*Cap.7*).

Sottolineano l'importanza di disporre di un **sistema efficiente di raccolta dati e classificazione** a fini statistici epidemiologici (*Cap.8*).

Rilevano la necessità di **monitorare i risultati\*** che l'adozione delle linee di indirizzo produrranno sul fenomeno in termini di:

- emersione dello stesso
- gestione dei casi

a seguito all'applicazione delle buone prassi raccomandate (in particolare sul grado di integrazione realizzato tra i servizi)(*Cap.9*)

---

\* A tale scopo sono stati inseriti **indicatori comuni** di attività, di esito e di processo (vedi *Cap. 9*).