



Dipartimento
Scienze Giuridiche ed Economiche

UnitelmaSapienza

Università degli Studi di Roma

MASTER I LIVELLO

CRIMINOLOGIA
SCIENZE INVESTIGATIVE E
DELLA SICUREZZA

INFERMIERE FORENSE COME
CRIMINAL PROFILER; IMPIEGO
DELLA FIGURA SPECIALISTICA TRA
SANITÀ E GIUSTIZIA

Relatore
Prof. F. D'Alessio

Candidato
Dr.ssa M. Smerghetto

A.A. 2022/2023

INDICE

Introduzione

Abstract

Capitolo primo

L'Infermiere forense

1.1 Formazione e competenze

1.2 Campi di attività

1.2.1 La legge Gelli-Bianco n. 24/2017

1.2.2 La responsabilità civile in sanità

1.2.3 La responsabilità contrattuale ed extracontrattuale

1.2.4 La responsabilità professionale

1.3 L'infermiere forense in qualità di consulente tecnico

1.4 Il consulente tecnico d'ufficio

1.5 Responsabilità del consulente tecnico d'ufficio

1.6 La perizia infermieristico-legale

Capitolo secondo

L'impiego dell'infermiere forense come criminal profiler nei crimini in ambito sanitario

2.1 Il criminal profiling

2.2 La nascita del criminal profiling; da Lombroso ai giorni nostri

2.3 La comunicazione non verbale tra le tecniche di riconoscimento della menzogna

2.4 La violenza in sanità: revisione della letteratura

2.4.1 Le cause scatenanti

2.4.2 La violenza fisica e le molestie sessuali

2.4.3 La raccolta delle prove, ruolo dell'infermiere legale forense

2.4.4 Progetto Ipazia

2.4.5 Aspetti psicologici delle vittime di violenza

2.5 Gli omicidi in sanità: il caso di dell'infermiera Killer Laura Taroni soprannominata "*l'angelo della morte*"

Capitolo terzo

L'abuso su minore e le conseguenze psico sociali, ruolo dell'infermiere esperto in criminologia attraverso la raccolta delle prove.

3.1 Gli strumenti di valutazione delle varie forme di abuso

3.2 Fattori di rischio

3.2.1 Fattori specifici di rischio

3.2.2 La sindrome di Munchhausen per procura

3.3 Analisi del contesto attraverso il reperimento delle prove da parte dell'infermiere forense esperto in criminologia

3.3.1 Esame fisico sul bambino vittima di abuso e maltrattamento e il reperimento delle prove

3.3.2 Segnalazione e stesura del referto

Conclusioni

Bibliografia e Sitografia

Ringraziamenti

INTRODUZIONE

Riassunto

L'infermiere forense come criminal profiler riveste sempre più un ruolo centrale per quanto riguarda le dinamiche criminologiche inerenti al sistema sanitario. Oggi, sempre più si vuol sottolineare quali siano le dinamiche complesse nel saper riconoscere e prevenire gli atti criminali che possano investire un sistema sanitario il quale dopo il periodo pandemico che lo ha travolto, vengono a manifestarsi sotto innumerevoli forme le cui cause sono all'attenzione degli inquirenti.

Vorrei innanzitutto delineare quali siano le competenze di questa figura specialistica di cui si sente parlare ma ancora non si hanno ben chiare quali possano essere le aree di intervento all'interno della sanità sulla quale possano essere impiegate.

L'infermiere forense come CTU e CTP attraverso le normative vigenti, il suo impiego come perito e in modo specifico come professionista criminologo, possa essere una figura utile nei rapporti con le istituzioni giuridiche e giudiziarie.

Spesso si parla di scene del crimine in larga scala, ma nello specifico, questo elaborato, vuole rappresentare come poter gestire al meglio, entrando nello specifico degli eventi criminali come ad esempio i casi di omicidi in sanità, le vittime di violenza e gli abusi sui minori con conseguenze psico sociali.

il caso dell'infermiera killer Taroni, vuol rappresentare nella sua complessità, una spaccatura del sistema intriso di minacce, violenze fino a sfociare nel crimine più efferato. Quali possono essere i campanelli d'allarme su cui poter lavorare e prevenire ogni tipo di abuso e crimine verso le persone.

L'importanza delle indagini all'interno del sistema al fine di poter elaborare un profilo criminologico sulla comunicazione verbale e non verbale.

La scelta di questo argomento è la personale propensione verso lo studio delle scienze criminologiche e relative conseguenze sia dal punto di vista personale come infermiere forense che dal punto di vista professionale come specialista in criminologia.

Scopo

Nello specifico, le finalità del mio elaborato, è volta a mostrare come lo studio della criminologia, la figura dell'infermiere forense specialista in criminologia possa essere impiegata anche all'interno del sistema sanitario al fine di poter riconoscere e gestire al meglio determinate dinamiche come la violenza e il crimine in collaborazione con il sistema giudiziario e giuridico.

Materiali e Metodi

Attraverso la consultazione e revisione della letteratura

Risultati

Dall'analisi della letteratura, dallo studio dei casi riportati, si evidenzia che i crimini in sanità, le violenze in genere, trovano spazi di azione sempre più incalzanti. Attraverso una continua formazione, prevenzione e informazione, si possa ottenere gli elementi necessari e imprescindibili al fine di mantenere la rete collaborativa tra Giustizia e Sanità

Conclusioni

Lo studio e il riconoscimento del criminale attraverso percorsi mirati, l'elaborazione di elementi fondamentali a garantire una gestione così complessa del crimine, favorendo così una semplificazione nella raccolta delle prove e una maggiore tutela delle figure coinvolte.

Abstract

The forensic nurse as a criminal profile increasingly plays a central role with regard to the criminological dynamics inherent in the health system.

Today, we want to underline more and more what are the complex dynamics in knowing how to recognize and prevent criminal acts that can affect a health system which, after pandemic period that has overwhelmed it, come to manifest itself in countless forms whose causes are at the attention of investigators.

First of all, I would like to outline the skills of the specialist figure that we hear about but we still don't have a clear idea of the areas of intervention within the healthcare system on which they can be used.

The forensic nurse as CTU and CTP through the regulation in force, his employment as an expert and specifically as a professional criminologist, can be a useful figure in relations with legal and judicial institutions.

We often talk about large-scale crime scenes, but specifically, this paper wants to represent how to better manage, going into the specifics of criminal events such as for example cases of homicides in healthcare, victims of violence and abuse of minors with psychological consequences.

The case of the killer nurse Taroni, wants to represent in its complexity, a split in the system imbued with threats, violence until it leads to the most heinous crime. What can be the alarm bells on which to work and prevent any kind of abuse and crime against people.

The importance of investigations within the system in order to be able to develop a criminological profile on verbal and non-verbal communication.

The choice of this topic is the personal propensity towards the study of criminological sciences and related consequences both from personal point of view as a forensic nurse and from a professional point of view as a specialist in criminology.

Scope

Specifically, the purpose of my paper is to show how the study of criminology, the figure of the forensic nurse specialist in criminology can also be used within the health system in order to be able to recognize and better manage certain dynamics such as violence and crime in cooperation with the judicial and legal system.

Materials and methods

Through consultation and literature review.

Result

From analysis of the literature, from the study of cases report, it is evident that crimes in the health sector, violence in general, find increasingly pressing spaces for action. Through continuous training, prevention and information, it is possible to obtain the necessary and essential elements in order to maintain the collaborative network between Justice and Health.

Conclusion

The study and recognition of the criminal through targeted paths, the elaboration of fundamental elements to guarantee such a complex management.

Capitolo Primo

L'Infermiere forense

La figura dell'Infermiere forense nasce negli Stati Uniti d'America alla fine degli anni 70, mentre in Europa e nello specifico nel Regno Unito negli anni 90. In Italia la strada è ancora lunga, soprattutto perché la tipologia di assistenza infermieristica emerge, di fatto, solamente negli ultimi anni.

Bisogna attendere gli anni 2000 prima che la figura dell'Infermiere Forense sia riconosciuta attraverso l'istituzione dei primi Master Universitari tra il 2005 e il 2006.

La professione infermieristica forense, consiste nell' applicazione della scienza legale in collaborazione con la formazione scientifica dell'infermiere nel campo delle indagini scientifiche, della raccolta e conservazione delle prove, dell'analisi, la prevenzione e la gestione delle tematiche medico-legali, inerenti a casi di lesione e/o decessi.

Lo sviluppo di questa branca specialistica, si propone di studiare tutti gli aspetti metodologici, concettuali e pratici che riguarda l'aspetto giuridico e legale della professione infermieristica, il cui scopo sia esso la promozione e la valutazione delle corrette applicazioni. L'infermieristica legale e forense, ha come scopo l'accertamento dei fatti penalmente accaduti determinati da procedure infermieristiche attuate, ad esempio, con imperizia, con imprudenza o inosservanza delle leggi e dei regolamenti.

Gli accertamenti sono volti a determinare il nesso causale all'interno di ogni azione, elemento imprescindibile che mette in relazione la condotta dell'indagato con l'evento.

1.1 Formazione e competenze

L'infermieristica legale forense è una delle specializzazioni riconosciute che negli anni sta prendendo sempre più un ruolo fondamentale nella Giurisprudenza. Secondo

l'International Association of Forensic Nursing (IAFN)¹, "L'applicazione della scienza infermieristica a procedimenti pubblici o giuridici (.), consiste nell'applicazione di specifici provvedimenti della Medicina Legale in combinazione con una preparazione bio/psico/sociale propria dell'infermiere". Esso, infatti, diviene il ponte tra il giudizio penale e il sistema sanitario.

1.2 Campi di attività

In Italia, i campi di attività dell'infermiere forense trovano applicazione in diversi ambiti:

- Ambito legale: supporto medico legale con specifica competenza, in collaborazione con lo specialista anatomopatologo nelle sale settorie, consulenze in caso di contenzioso come collaboratore/consulente sulla scena del crimine: a tal proposito, su tutto il territorio nazionale, vengono sempre più incentivati corsi specifici per istruire il personale sanitario sulla gestione della scena del crimine al fine di prevenire quanto più possibile la sua alterazione e inquinamento.
- Ambito sanitario: nella valutazione sanitaria del Risk Management presso le Aziende Sanitarie essendo a lui riconosciuta la capacità di analisi delle criticità in ambito socio-assistenziale, nella prevenzione e riduzione dell'incidenza degli errori infermieristici e nella stesura di protocolli. Assistenza e gestione delle vittime di abuso psicologico, fisico come ad esempio nei pronto soccorso, nei SERD in collaborazione con i medici del servizio, nei sindacati, nell'ambito sociale attraverso una formazione sanitaria continua nelle scuole.

La responsabilità infermieristica è in continua evoluzione la quale trova terreno fertile attraverso la propria autonomia e responsabilità come disciplina infermieristica. In Italia, l'Infermiere Forense ha come specifiche le competenze.

Per essere chiamato a rispondere su fatti illeciti di natura:

- Penale ossia quando sussiste un reato;
- Civile cioè un atto illecito che abbia prodotto un danno patrimoniale e/o extrapatrimoniale;

¹ Association of Forensic Nursing, definizione ufficiale dell'infermiere forense presentata nel 1998.

- Disciplinare ovvero una violazione di un regolamento come ad esempio il Codice Deontologico come quello degli Ordini Professionali.

L'Infermiere Forense è quindi specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguardi l'esercizio della professione sanitaria fornendo prestazioni e consulenze specifiche nell'area disciplinare con attività di collaborazione su richiesta e/o indicazione dell'Autorità Giudiziaria come Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU). A livello contrattuale inoltre, può fornire consulenza in caso di contenziosi e nella sua attività di formazione, trova la sua utilità attraverso consulenze e ricerca in ambito infermieristico.

1.2.1 La legge Gelli-Bianco n.24/2017

La legge Gelli-Bianco, ha rivoluzionato vari concetti in Sanità tra cui quelli della tutela e della responsabilità. Tale legge dell'8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della

persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", è pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017 ed entrata in vigore il giorno 1° aprile 2017.

Gli obiettivi principali della riforma sono i seguenti:

- Tutela degli assistiti attraverso un piano d'incremento,
- Tutela agli esercenti le professioni sanitarie;
- Limite della spesa pubblica con riferimento ai costi correlati alla medicina difensiva.

Le legge Gelli detta le basi su:

- Responsabilità penale, civile amministrativa, e tratta

anche il settore assicurativo attraverso dei temi

fondamentali quali;

- La responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata;

- Le modalità e le caratteristiche dei procedimenti

giudiziari aventi come oggetto la responsabilità sanitaria;

- L'obbligo di assicurazione e l'istituzione del Fondo di Garanzia per l'utente danneggiato da responsabilità Sanitaria.

1.2.2 La responsabilità civile in sanità

Quando si parla di responsabilità civile, s'intende un comportamento che viola le norme del diritto privato. Il legislatore è chiamato a gestire il contenzioso in materia sanitaria valutando nel tempo stesso un sistema di risarcimento nei confronti del paziente determinando la tipologia d'illecito subito. L'illecito, e conseguentemente la responsabilità può essere penale, civile o amministrativo.

L'illecito civile, s'individua quando un soggetto tenendo una condotta colpevole, causa a terzi un danno ingiusto.

Il danno si definisce "ingiusto" quando esso è provocato da una condotta contraria a un dovere giuridico; il codice civile sancisce il dovere generico di non violare la sfera giuridica altrui (neminem laedere² 2043 c.c. che recita: "*Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*").

La responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie

dipendenti delle strutture pubbliche, si suddivide in:

- Responsabilità contrattuale;
- Responsabilità extracontrattuale.

La responsabilità civile sussiste se il danno è cagionato da persona capace di intendere e di volere; il soggetto abbia agito con intenzione di provocare il danno (dolo); abbia agito con colpa.

² Neminem laedere [non offendere nessuno] (d. civ.), un principio giuridico fondamentale della responsabilità civile verso "terzi" che proviene dal diritto romano.

1.2.3 La responsabilità contrattuale ed extracontrattuale

La responsabilità contrattuale è definita come causa inadempiente di un'obbligazione preesistente, quella extracontrattuale quando il soggetto cagiona ad altri un danno ingiusto senza esserne legato da alcun rapporto di tipo contrattualistico. Diciamo inoltre che, la responsabilità contrattuale, può nascere anche in assenza di un rapporto di lavoro regolare; infatti, ciò che conta, è l'esistenza di un rapporto obbligatorio tra il danneggiante e il danneggiato, il quale, può nascere anche dalla presenza di una delle altre fonti del diritto³, indicate dall'art. 1173 codice civile.

- L'onere di prova che nella responsabilità extracontrattuale chi pretende il risarcimento del danno (l'attore) deve dimostrare il fatto cioè la condotta illecita e successivo danno subito e la colpa (dolo) dell'autore. Nella responsabilità contrattuale, l'onere della prova perviene a carico dell'operatore o della struttura.
- Danni risarcibili, che nel caso di responsabilità contrattuale, l'art 1223 del codice civile definisce "il risarcimento del danno per inadempimento o per il ritardo devono comprendere così la perdita subita dal creditore come mancato guadagno, perché ne sia conseguenza immediata e diretta."

Un'altra forma di diversità è originata dalla quantificazione e valutazione del danno:

- Nella responsabilità extracontrattuale, i danni richiesti, sono risarciti sia quelli prevedibili e non prevedibili
- Nella responsabilità contrattuale, ove l'inadempimento o il ritardo non abbiano natura dolosa, il risarcimento è limitato al danno prevedibile al tempo in cui è sorta l'obbligazione (art. 1225 codice civile.)

La differenziazione strutturale tra le due forme di responsabilità emerge anche con riferimento all'istituto della mora;

- Nella responsabilità contrattuale, non opera mai automaticamente, ponendosi nel configurare una tolleranza del creditore nel ritardo (oltre i dieci anni);
- In quella extracontrattuale, opera automaticamente perché non è possibile ammettere alcuna tolleranza (oltre i cinque anni).

³G.E. Napoli, La responsabilità sanitaria nel sistema civilistico. Punti fermi e nuove linee di riforma, in Responsabilità civile e previdenza, 2017, p. 65 ss.

1.2.4 La responsabilità professionale

La legge Gelli ha profondamente rivoluzionato il sistema della responsabilità professionale sanitaria che ha modificato la disciplina della legge Balduzzi del 2012.

Il sistema consiste sostanzialmente nell'accertamento della condotta colposa, sia civile sia penale, tenuta dall'esercente la professione sanitaria, durante lo svolgimento della propria attività collegata all'erogazione delle prestazioni, dalla quale può derivare un danno all'assistito.

La responsabilità professionale è suddivisa in tre ambiti:

- Responsabilità penale: quando un soggetto compie un reato e per tale fatto è punito con una pena;
- Responsabilità civile;
- Responsabilità disciplinare: rappresenta un atto di magistratura interna relativa ai rapporti di lavoro e agli ordini professionali per le violazioni di legge e deontologiche

La legge Gelli-Bianco dell'8 marzo 2017 n.24 ha introdotto nel codice penale l'art. 590sexies avente oggetto la nuova disciplina della responsabilità penale colposa per morte o lesioni in ambito sanitario.

La novità introdotta nell'ordinamento è la causa di esclusione della punibilità dell'esercente la professione sanitaria, qualora l'evento sia stato provocato da "imperizia" nonostante siano state rispettate tutte le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite ai sensi della legge, ovvero in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le stesse raccomandazioni previste dalle stesse linee guida siano adeguate alle specificità del caso concreto.

Con il Decreto legge. n 158/2012 Balduzzi⁴, un tentativo di riforma in materia era stato fatto, infatti, la legge Gelli scrimina, di fatto, l'imperizia e, in questo senso rispetto alla precedente introdotta dal D.L. Balduzzi, che esentava l'esercente, la professione sanitaria da responsabilità penale anche per negligenza e imprudenza.

⁴ Testo del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 settembre 2012, n. 214), coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (in questo stesso supplemento ordinario alla pag. 1), recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute». (12A11988) (GU Serie Generale n.263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201

La Corte di Cassazione, ha specificato che, questa causa di non punibilità si applica se l'errore del sanitario avvenga nell'attuazione delle linee guida, a condizione che egli abbia individuato e adottato quelle corrette e che la sua imperizia non configuri colpa grave⁵.

1.4 Il consulente tecnico nel procedimento penale

In ambito al procedimento disciplinare, vi è l'obbligo di svolgere accertamenti tecnico-scientifici al fine di accertare la verità secondo la giustizia.

Art.220, c.p.p.: oggetto della perizia

- 1) *La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche;*
- 2) *Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche*

Art. 221, c.p.p.: Nomina del perito

c.1 Il giudice nomina il perito scegliendolo tra gli iscritti negli appositi albi o tra le persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina [...];

c.2. il giudice affida l'espletamento della perizia a più persone quando le indagini e le valutazioni risultano di notevole complessità ovvero richiedono distinte conoscenze in differenti discipline;

c.3. il perito ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, salvo che non ricorra uno dei motivi di astensione previsti dall'art.36.

Art.222, c.p.p.: Incapacità e incompatibilità del perito

Non può prestare ufficio di perito, a pena di nullità:

⁵ Corte di Cassazione - sez. IV pen. - sent. 50078/2017: annullata la condanna di un medico in applicazione del nuovo art. 590-sexies c.p.p., (riforma Gelli) 19 ottobre 2017

- a) *Il minorenni, l'interdetto, l'inabilitato e chi è affetto da infermità di mente;*
- b) *Chi è interdetto anche temporaneamente dai pubblici uffici ovvero è interdetto o sospeso dall'esercizio di una professione o di un'arte;*
- c) *Chi è sottoposto a misure personali o a misure di prevenzione;*
- d) *Chi non può essere assunto come testimone o ha facoltà di astenersi dal testimoniare o chi è chiamato a prestare ufficio di testimone o di interprete;*
- e) *Chi è stato nominato consulente tecnico nello stesso procedimento o in un procedimento connesso.*

Art. 223, c.p.p.: Astensione e riconsazione del perito

- a) *Quando esiste un motivo di astensione, il perito ha l'obbligo di dichiararlo;*
- b) *Il perito può essere riconsato dalle parti nei casi previsti dall'art.36 a eccezione di quello previsto dal comma 1, lettera h del medesimo articolo;*
- c) *La dichiarazione di astensione o di riconsazione può essere presentata fino a che non siano esaurite le formalità di conferimento dell'incarico e, quando si tratti di motivi sopravvenuti ovvero conosciuti successivamente, prima che il perito abbia dato il proprio parere;*
- d) *Sulla dichiarazione di astensione o di riconsazione decide, con ordinanza, il giudice che ha disposto la perizia;*
- e) *Si osservano, in quanto applicabili, le norme sulla riconsazione del giudice.*

Art. 224 c.p.p.: provvedimenti del giudice

- a) *Il giudice dispone anche di ufficio la perizia con ordinanza motivata, contenente la nomina del perito, la sommaria enunciazione dell'oggetto delle indagini, l'indicazione del giorno, dell'ora e del luogo fissati per la comunicazione del perito;*
- b) *Il giudice dispone la citazione del perito e dà gli opportuni provvedimenti per la comparizione delle persone sottoposte all'esame del perito. Adotta tutti gli altri provvedimenti che si rendono necessari per l'esecuzione delle operazioni peritali.*

Art. 225, c.p.p.: nomina del consulente tecnico

- a) *disposta la perizia, il pubblico ministero e le parti private hanno la facoltà di nominare i propri consulenti tecnici in numero non superiore, per ciascuna parte, a quello dei periti.*
- b) *Le parti private, nei casi a alle condizioni previste dalla legge sul patrocinio statale dei non abbienti, hanno diritto a farsi assistere da un consulente tecnico a spese dello Stato.*

Art. 226, c.p.p.: conferimento dell'incarico

- 1) *Il giudice, accertate le generalità del perito, gli chiede se si trova nelle condizioni previste dagli artt. 222 e 223, lo avverte degli obblighi e delle responsabilità previste dalla legge penale e lo invita a rendere la seguente dichiarazione; "consapevole della responsabilità morale e giuridica che assumo nello svolgimento dell'incarico, mi impegno ad adempiere al mio ufficio senza altro scopo che quello di far conoscere la verità e mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali".*
- 2) *Il giudice formula quindi i quesiti, sentiti il perito, i consulenti tecnici, il pubblico ministero e i difensori presenti.*

Art. 227, c.p.p.: relazione peritale

- 1) *Concluse le formalità di conferimento dell'incarico, il perito procede immediatamente ai necessari accertamenti e risponde ai quesiti con parere raccolto nel verbale;*
- 2) *Se, per la complessità dei quesiti, il perito non ritiene di poter dare immediata risposta, può chiedere un termine al giudice;*
- 3) *Quando non ritiene di concedere il termine, il giudice provvede alla sostituzione del perito; altrimenti fissa la data, non oltre i novanta giorni, nella quale il perito stesso dovrà rispondere ai quesiti e dispone perché ne venga data comunicazione alle parti e ai consulenti tecnici;*
- 4) *Quando risultano necessari accertamenti di particolare complessità, il termine può essere prorogato dal giudice, su richiesta motivata del perito, anche più volte per periodi non superiori a trenta giorni. In ogni caso, il termine per la risposta ai quesiti, anche se prorogato, non può superare i sei mesi;*
- 5) *Qualora sia indispensabile illustrare con note scritte il parere, il perito può chiedere al giudice di essere autorizzato a presentare, nel termine stabilito a norma dei commi 3 e 4, relazione scritta.*

Art. 228, c.p.p.: Attività del perito

- 1) *Il perito procede alle operazioni necessarie per rispondere ai quesiti. A tal fine può essere autorizzato dal giudice a prendere visione degli atti, dei documenti e delle cose prodotti dalle parti dei quali la legge prevede l'acquisizione al fascicolo per il dibattimento;*

- 2) *Il perito può essere inoltre autorizzato ad assistere all'esame delle parti e all'assunzione di prove nonché a servirsi di ausiliari di sua fiducia per lo svolgimento di attività materiali non implicanti apprezzamenti e valutazioni;*
- 3) *Qualora, ai fini dello svolgimento dell'incarico, il perito richieda notizie all'imputato, alla persona offesa o ad altre persone, gli elementi in tal modo acquisiti possono essere utilizzati solo ai fini dell'accertamento peritale;*
- 4) *Quando le operazioni peritali si svolgono senza la presenza del giudice e sorgono questioni relative ai poteri del perito e ai limiti dell'incarico, la decisione è rimessa al giudice, senza che ciò importi sospensione delle operazioni stesse.*

Art. 229, c.p.p.: comunicazioni relative alle attività peritali

- a) *Il perito indica il giorno, l'ora e il luogo in cui inizierà le operazioni peritali e il giudice ne fa dare atto verbale;*
- b) *Della eventuale continuazione delle operazioni peritali il perito dà comunicazione senza formalità alle parti presenti.*

Art. 230, c.p.p.: attività dei consulenti tecnici

- 1) *I consulenti tecnici possono assistere al conferimento dell'incarico al perito e presentare al giudice richieste, osservazioni e riserve, delle quali è fatta menzione nel verbale;*
- 2) *Essi possono partecipare alle operazioni peritali, proponendo al perito specifiche indagini e formulando osservazioni e riserve, delle quali deve darsi atto nella relazione;*
- 3) *Se sono nominati dopo l'esaurimento delle operazioni peritali, i consulenti tecnici possono esaminare le relazioni e richiedere al giudice di essere autorizzati a esaminare la persona, la cosa e il luogo oggetto di perizia;*

1.5 Responsabilità del consulente tecnico d'ufficio

Il CTU, nel suo mandato giurisdizionale è esposto a diverse responsabilità:

✓ Responsabilità disciplinare, in conformità con quanto peraltro previsto dal codice, il presidente del tribunale verifica due presupposti quali:

a. La condotta morale specchiata ossia l'assenza di condanne penali o civili, l'irrogazione di sanzioni amministrative inerenti sull'esercizio della professione, condanne per falso in atto pubblico, guida in stato di ebbrezza;

b. L'adempimento degli obblighi assunti cioè condotte conseguenti all'assunzione dell'incarico, come il rifiuto ingiustificato di prestare il proprio patrocinio, mancata comparizione in udienza per il giuramento o il mancato deposito della relazione senza alcun motivo. Le sanzioni cui è sottoposto comprendono anche la sospensione dall'Albo dei Consulenti fino a un anno e la cancellazione dallo stesso Albo.

✓ Responsabilità Penale, ogni profilo di responsabilità penale del CTU è governato dall' art 357 c.p.p.:" *agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.*"

Al CTU si applicano pertanto fattispecie di reato collegate a questa peculiare qualifica (es. falso in atto d'ufficio, peculato, concussione, corruzione) i quali reati possono portare all'interdizione dai pubblici uffici e nell'esercizio della professione;

a. Omissione di atti d'ufficio⁶: sono disciplinati dall'art.328, c.p.p. "*il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dai casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta e il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa*";

b. Falsa perizia: il CTU che fornisce un parere falso o afferma l'esistenza di fatti non veri, cosiddetto reato di evento; occorre la consapevolezza del falso da parte del consulente con la reclusione da due a sei anni;

c. Frode processuale: art. 374, c.p.p.

"chiunque, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, al fine di trarre in inganno il giudice in un atto d'ispezione e di esperimento giudiziale, ovvero il perito nell'esecuzione di una perizia, immuta artificiosamente lo stato dei luoghi e delle cose

⁶ I codici Simone "Codice Penale, leggi complementari" Ed. Giuridiche Simone XLV Edizione 2019, p.131

o delle persone, è punito, qualora il fatto non sia pervenuto come reato da una particolare disposizione di legge, con la reclusione da sei mesi a tre anni. La stessa disposizione si applica se il fatto è commesso nel corso di un procedimento penale, o anteriormente a esso; ma in tal caso la punibilità è esclusa, se si tratta di reato per cui non si può procedere che in seguito a querela, richiesta o istanza, e questa non è stata presentata”;

Ci sono poi responsabilità penali e civili (colpa grave) attraverso le quali il CTU può essere punito con l’arresto fino a un anno di reclusione o con l’ammenda fino a euro 10.329, l’interdizione dall’esercizio della professione, il risarcimento dei danni causati alle parti.

Responsabilità Civile: la responsabilità civile del CTU non è sola di carattere penale, l’art.64, c.p.c (Responsabilità del consulente); *“si applicano al consulente tecnico le disposizioni del codice penale relative ai periti. In ogni caso, il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell’esecuzione degli atti che gli sono richiesti, è punito con l’arresto fino a un anno o con l’ammenda fino a lire venti milioni. Si applica l’art. N. 35 del codice penale. In ogni caso è dovuto al risarcimento dei danni causati alle parti”.*

Privacy: la delibera n. 46 del 26 giugno 2008, il Garante per la protezione dei dati personali ha emesso *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali da parte dei consulenti tecnici e dei periti ausiliari del giudice e del pubblico ministero”*, rivolte ai consulenti tecnici incaricati dai giudici nel settore civile e ai consulenti tecnici e periti per i giudici e pubblici ministeri in quello penale, nonché per i consulenti delle parti private. Le linee guida mirano a fornire indicazioni di natura generale ai professionisti nominati dall’ Autorità Giudiziaria nell’ambito di procedimenti penali, civili e amministrativi. Gli ambiti di applicazione, la deliberazione, fanno riferimento ai codici di procedura civile (da artt. 61 a 64 e da artt. 191 a 200) e penale (da artt.220 a 232, 359 e 360).

1.6 La perizia infermieristico-legale

Il principio su cui è fondata la perizia legale è sulla “severità delle prove” attraverso spiegazioni tecnico-scientifiche validate.

Essa consiste in un esame tecnico del fatto al fine di esprimere una valutazione supportata da un pensiero riconosciuto e documentato.

Intesa come mezzo di prova, la perizia ha come finalità, l'integrazione delle conoscenze generiche dell'organo giudicante con quelle di un esperto in materia.

La relazione peritale è normata dall'articolo 227 del Codice di Procedura Penale, in cui si specifica che, una volta terminate le

formalità di conferimento dell'incarico, compito che il perito è di effettuare subito gli accertamenti del caso e di rispondere ai quesiti con parere segnalato nel verbale.

La perizia è un importante mezzo di prova caratterizzata dal fatto che offre al giudice risultati direttamente utilizzabili dal giudice stesso ai fini della decisione finale.

Un elemento fondamentale della perizia è la relazione finale, prevede che il perito risponda ai quesiti propostigli in forma orale mediante un parere raccolto in forma verbale, salvo che il giudice disponga che la stessa relazione si svolga in forma scritta, se ritenuta indispensabile a illustrare meglio il parere del perito.

La relazione peritale è il prodotto dell'intero operato del CTU, rappresenta l'atto con il quale egli adempie il suo mandato giurisdizionale. La formulazione dell'oggetto di valutazione da parte degli operatori del processo, e perciò deve essere in grado di fornire motivazioni chiare nel rispetto della scienza, conservando rigorosamente le norme processuali. La perizia peritale si articola nelle seguenti fasi:

- ✓ Studio del caso attraverso la lettura e l'analisi del fascicolo;
- ✓ Stabilire un programma peritale;
- ✓ Acquisizione di notizia
- ✓ Incontri individuali e/o incontri congiunti

I quesiti peritali devono essere strutturati in maniera chiara senza contenere richieste di valutazione sull'attendibilità del/dei testimoni, dei racconti o dei fatti in causa, né vertere sulla correlazione tra ambigui vissuti emotivi.

Nello scrivere una relazione peritale è fondamentale attenersi a delle regole importanti quali:

- ✓ Stesura comprensibile;
- ✓ Esposizione dei fatti e pareri separati tra loro;
- ✓ Percorso logico comprensibile e condivisibile tra fatti e pareri;
- ✓ Onestà;
- ✓ Obiettività.

Come CTU, l'infermiere forense è tenuto a valutare tutto il processo assistenziale svolto dall'imputato che in questo caso è collega; non si richiede di giudicare terapie o diagnosi.

La fase dell'acquisizione della documentazione è importante al fine della valutazione e della successiva stesura della relazione.

La stesura della relazione viene suddivisa in paragrafi su carta intestata propria del professionista, numerate e firmate.

Nel primo paragrafo della relazione viene riportata la premessa dei fatti, questo è il momento in cui si identifica l'inquadramento spazio-temporale del caso, viene individuato il contesto, si inquadrano gli attori, si trascrive una breve e sommaria sintesi del fatto accaduto.

La valutazione viene fatta sul processo assistenziale erogato messo in atto dall'imputato, non deve esserci in alcun modo nominato né la causa, né la responsabilità dell'accaduto.

Nel secondo paragrafo, si vuol fornire tutti gli approfondimenti del materiale utilizzato nell'esercizio della professione, le tecniche utilizzate, le competenze ricevute e la formazione. Tutto deve essere citato quali siano i documenti che si sono consultati (es. cartella clinica⁷, consegna, ecc. Nella contestazione, effettuare un'attenta descrizione della bibliografia consultata, inoltre, la verifica delle violazioni da parte dell'imputato delle norme contrattuali, leggi, codice etico-deontologico⁸ e disciplinare.

Nel terzo paragrafo, viene riportata una descrizione minuziosa dell'accaduto, essa deve contenere inoltre tutti quei dettagli utili attraverso le dichiarazioni di tutti i testimoni in causa. Questa è una fase importante ove potrà emergere e quindi comprendere l'operato dell'imputato. Si sottolinea che in questa fase, viene controllata la tipologia di assistenza esercitata e fornita all'utente e quali siano di conseguenza gli eventuali errori. La condotta dell'imputato e il danno provocato, definiscono il nesso causale.

Ora, il CTU ha tutti gli elementi che servono per inquadrare l'evento.

Nel quarto paragrafo, si rappresenta il procedimento con cui l'infermiere forense in veste di CTU valuta l'intero operato dell'imputato. Viene disegnato il parametro sulla base al quale si è individuata il giudizio del CTU.

⁷ Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica, McGraw Hill VIII Edizione, p. 310

⁸ Codice deontologico delle professioni infermieristiche. Approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riunito a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019.

Ancora una volta si vuol sottolineare l'importanza in cui il CTU non ha un parere arbitrario, bensì supportato solo ed unicamente da evidenza scientifica esistente in letteratura come le linee guida, protocolli, ecc.

In conclusione, la relazione, dovrà rappresentare solo ed unicamente la risposta al quesito formulato dal magistrato. L'intero processo di analisi dettagliatamente descritto sulla quale il CTU ha lavorato; il contesto, il materiale utilizzato, l'evento, le prestazioni effettuate, l'evidenza scientifica, e non meno importante anche l'aggiornamento dell'imputato che in questo caso, come professionista infermiere ha l'obbligo come riportato nel D. Lgs.19⁹ giugno 1999, n.229.

Capito secondo

L'impiego dell'infermiere forense come criminal profiler nei crimini in ambito sanitario

La costruzione di un profilo criminologico criminale deriva da un'attenta osservazione della psicologia investigativa attraverso l'introduzione di test psicologici che in collaborazione della psicologia e psichiatria vengono applicati alla criminologia.

In ambito sanitario spesso le cronache riportano notizie di eventi criminosi la cui società continua ad interrogarsi.

Come già descritto, l'infermiere forense è un professionista con conoscenze infermieristiche in ambito legale e giudiziario. Per delineare il profilo criminale del reo non esiste un solo metodo, l'analisi della scena del crimine già ampiamente descritta può essere fondamentale per definire gli indizi importanti sulla tipologia del reo e del reato da lui compiuto. Le cause della violenza, riportate dagli operatori sanitari che hanno subito violenza, risultano perlopiù coincidenti con la percezione delle caratteristiche dell'aggressore, identificate da tutto il campione sanitario. Ciò dimostra come gli

⁹ Normativa Decreto legislativo 229/99 recante "norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" Testo inviato dal Governo per la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento ordinario n. 132/L. Art. 16-bis (Formazione continua)

operatori siano a conoscenza di quali caratteristiche di popolazione siano più propense ad avere comportamenti di violenza fisica e/o verbale. I crimini violenti, le aggressioni, e violenze in genere hanno definito negli anni confini inimmaginabili. La sicurezza sanitaria, oggi assume un notevole rilievo nella valutazione e controllo da parte delle organizzazioni sanitarie nei confronti e dei pazienti ma anche del personale sanitario.

2.1 Il criminal profiling

Il Criminal Profiling è un'attività della branca della psicologia Criminale la quale ha come obiettivo l'elaborazione di un profilo psicologico e comportamentale del criminale sconosciuto. La profilazione criminale ha la sua utilità nel sovrapporre le informazioni comportamentali ricavate dalla scena del crimine con le modalità di commissione del reato attribuite all'omicida precedentemente arrestato, identificato e condannato. Seguendo quindi un percorso investigativo basato su un ragionamento di natura analogica, è possibile acquisire ulteriori informazioni sul sospetto sconosciuto definibile anche soggetto ignoto.

Rappresenta di fatto una tecnica di analisi a supporto dell'investigazione tradizionale attraverso la quale, personale specializzato elabora un possibile profilo psico-comportamentale del criminale utilizzando le risorse investigative solamente per coloro che possiedono caratteristiche di personalità e comportamentali. L'unico obiettivo del Profiler, è quello di coadiuvare gli investigatori nella gestione della lista dei sospettati.

Il Profiling non è in grado di identificare un sospettato specifico, è una sorta di ritratto che contiene informazioni di carattere comportamentale e psicologico sullo sconosciuto ovvero il cosiddetto "*soggetto ignoto*" gergo molto usato dagli investigatori.

2.2 La nascita del criminal profiling; da Lombroso ai giorni nostri

Il Criminal Profiling ha radici storiche, ma è con Cesare Lombroso (1835-1909), definito il padre della Criminologia moderna, che attraverso lo studio criminale, sosteneva che in gruppi sociali, famiglie, esistevano chiari segni che indicavano un'anormalità di natura e

degenerazione atavica, ereditate a causa di patologie quali: alcolismo, malattie veneree, patologie cerebrali quali l'epilessia.

Secondo gli studi di Cesare Lombroso, queste anomalie erano la causa di predisposizioni e abitudini tendenti al crimine associate a comportamenti immorali.

Lombroso fu definito da molti come il padre della criminologia moderna e fondatore dell'antropologia criminale. Tutto il suo lavoro fu influenzato dalla fisiognomica, tanto che uno dei punti cardine del pensiero lombrosiano consisteva nell'attribuire alla nascita l'origine del comportamento criminale. Sostanzialmente, la definizione data, era che l'individuo che commetteva il crimine, era "fisicamente diverso" dall'essere normale perché portatore di anomalie e atavismo che determinava attitudini socialmente devianti;

tuttavia, con Edmond Locard noto criminologo francese e fondatore del primo laboratorio di medicina legale, nel 1910 si vede la nascita delle prove scientifiche attraverso il "principio d'interscambio", in altre parole, il fondamento della moderna investigazione scientifica del crimine: quando due soggetti entrano in contatto, ognuno lascia sull'altro qualcosa di sé; quindi un individuo che commette un crimine lascia qualcosa di sé sulla scena del crimine e qualcosa del luogo del delitto rimane sul reo".

I primi tentativi di studio furono intrapresi dal F.B.I. finalizzati a provare l'utilità del profiling nelle indagini investigative, successivamente raccolti in un testo di riferimento, il Crime Classification Manual.

Il F.B.I. è stato il primo nucleo di polizia ad applicare le tecniche del Profilo Criminale. Infatti, dal 1978 nell'ambito del F.B.I., è istituito un programma di sviluppo e di analisi, lo Psychological Profiling Program, creato dalla Behavioural Science Unit tuttora in piena attività, che ha sede a Quantico (Stato della Virginia) presso la F.B.I. Academy.

In Italia, Nel 1994 è istituita all'interno della Polizia di Stato, un reparto dedicato ai crimini seriali che fa capo al Servizio di Polizia Scientifica; l'Unità per l'analisi del crimine violento-U.A.C.V.; quest'unità supporta gli organi investigativi e dell'unità giudiziaria attraverso lo studio, l'analisi e l'elaborazione d'informazioni inerenti atti criminosi particolarmente efferati come; omicidi seriali, violenze sessuali.

Il percorso metodologico seguito dall'U.A.C.V. nella trattazione di un caso passa attraverso quattro momenti fondamentali, strettamente collegati tra loro:

- Esame della scena del crimine;
- Analisi della scena del crimine;
- Analisi delle informazioni;
- Analisi comportamentale.

L'U.A.C.V.¹⁰ si avvale della collaborazione di diverse figure esperte quali; Funzionari di Polizia, Psicologi, Chimici, Fisici, Periti balistici, Periti Informatici, Grafici. È una struttura multidisciplinare che utilizza le tecniche della criminalistica, medicina legale, psichiatria forense e della psicologia comportamentale.

*La singolarità è quasi sempre un indizio.
Più un crimine è anonimo e banale, più è difficile scoprire il colpevole
(Arthur Conan Doyle)*

2.3 La comunicazione non verbale tra tecniche di riconoscimento e menzogna

La comunicazione è parte integrante della vita di tutti noi, ci permette di relazionarci l'uno con l'altro, esprimere le proprie emozioni e stati d'animo.

Tutto è comunicazione: ciò che facciamo, diciamo, ciò che siamo e che vogliamo dimostrare di esser. Ogni parte del nostro corpo comunica qualcosa oltre alle parole dette.

È necessario analizzare la componente non verbale del linguaggio, cercare di cogliere quanto più le vere intenzioni, emozioni e pensieri dell'interlocutore.

In criminologia, il linguaggio non verbale riveste un'importanza imprescindibile durante le fasi di interrogatorio del sospettato, lo studio della comunicazione non verbale, riveste un ausilio importante che aiuti l'esperto nel saper riconoscere i segnali di veridicità o falsità delle dichiarazioni rese dal reo.

¹⁰ Polizia scientifica. <https://www.poliziadistato.it/articolo/unita-analisi-crimine-violento>

Lo Psicologo americano Paul Ekman, è considerato uno dei più importanti esperti della comunicazione non verbale e lo studio della menzogna, esso sostiene che l'uso della falsificazione capita quando si vuole nascondere ogni tipo di emozione.

La menzogna, si può definire come una falsificazione verbale volontaria della verità con determinazione e consapevolezza. In campo investigativo, i processi che vengono messi in atto sono sempre basati sulle dichiarazioni verbali del sospettato ma principalmente sui movimenti del corpo che in quel preciso momento sta trasmettendo.

Anche l'infermiere legale forense che si trova nel contesto di gestire eventi i quali contestualmente possano far sospettare un coinvolgimento della persona qualora ci fossero elementi di chiara natura criminosa.

Basti pensare nella gestione delle scene del crimine, ove lo stesso infermiere chiamato ad intervenire dal punto di vista sanitario, se bene formato e giuridicamente preparato, può attivare le misure di protezione e di congelamento della scena fino all'arrivo delle forze dell'ordine.

Spesso, chi lavora in contesti di emergenza come il personale del 118, viene coinvolto in maniera indiretta a gestire le criticità inerenti al soccorso non sapendo che magari vi trova all'interno della scena del crimine.

La mia esperienza personale di infermiere del 118, ha portato nel tempo a definire che nella percentuale dei casi di soccorso sanitario poi definite scene del crimine, la presenza del reo fosse sul posto e lo stesso si presentasse con frasi devianti al crimine. Gli esempi più banali? È caduto/a dalle scale; si è tagliato accidentalmente, ecc. Il lavoro di investigazione inizia da lì, attraverso le dichiarazioni degli astanti la scena e il loro ruolo all'interno della stessa.

2.4 La violenza in sanità: revisione della letteratura

Il fenomeno della violenza e delle aggressioni in sanità ha raggiunto oramai livelli di criticità insostenibili. La violenza rappresenta un problema di salute a valenza planetaria¹¹, l'incidenza delle aggressioni verso gli operatori sanitarie vede prepotentemente aumentare sia nei paesi industrializzati, sia quelli in via di sviluppo¹². Negli anni, la violenza

¹¹ Krug EG, World Health Organization, Violenza e salute nel mondo; quaderni di sanità pubblica 2002: 1-356

¹² ILO, ICN, WHO, PSI. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. 2002

è aumentata passando dal 25% al 50% continuando ad essere un fenomeno in continua crescita.

Da un'indagine condotta negli stati uniti nel 2009, attraverso un campione di 3211 infermieri di pronto soccorso, l'11% ha riferito di aver subito nell'ultima settimana di lavoro violenze fisiche e il 44% aggressioni verbali¹³, dati confermati anche nel 2011¹⁴.

Uno studio americano dell'Emergency Nurses Association (ENA), dimostra che più della metà degli infermieri dei dipartimenti di emergenza è vittima di violenza. Situazione analoga a quella descritta da una ricerca spagnola pubblicata sull' International of Occupational and Environmental Health, da cui emerge che gli eventi di violenza avvengono più frequentemente nei dipartimenti di emergenza e nelle strutture psichiatriche dove solo nel 2009, le aggressioni fisiche verso gli operatori sanitari hanno raggiunto il 48%, quelle verbali 27%. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, uno su quattro atti violenti si svolge nell'ambiente sanitario. I tassi di esposizione generale alla violenza sono: 36,4% per violenza fisica, 66,9% violenza verbale, 25% molestie sessuali con il 32,7% di operatori sanitari con ferite da aggressioni fisiche. Nel mondo, l'esposizione varia in base alla regione (Europa, Asia, Americhe, Medio Oriente), con tassi più alti di violenza fisica e molestie sessuale nelle Americhe viceversa, tassi molto più alti di violenza verbale nel Medio Oriente.

Circa un terzo degli operatori sanitari in tutto il mondo hanno indicato l'esposizione alla violenza fisica, di cui un terzo ha riportato ferite, un quarto ha subito molestie sessuali ed un terzo ha subito violenza verbale.

La violenza fisica si concentra soprattutto nei dipartimenti di emergenza, psichiatria, e geriatria.

La violenza sul posto di lavoro è un fenomeno diffuso in ogni tipo di ambiente. Caratteristiche distintive hanno i dipartimenti di emergenza (ED) ove vi è un maggiore afflusso di utenti nell'arco della giornata con caratteristiche distintive ad alto contenuto emotivo, situazioni stressanti dal punto di vista psicofisico legato anche dalle attività cliniche e diagnostiche.

¹³ Gacki-Smith j., Juarez. A., Boyett. L., Homeyer. C., Robinson. L.& MacLean. S.- Violence against nurse working in U.S. emergency departments. The Journal of Nursing Administration. 2009; 39 (7/8), 340-349

¹⁴ Beccatini. G., Bambi. S., Palazzi. F. et al: il fenomeno delle aggressioni agli operatori di pronto soccorso: la prospettiva italiana. In ANIARTI, atti del XXVI Congresso nazionale Aniarti 2007; 535-541

In letteratura medico infermieristica, vengono esaminate e quantificate le varie tipologie di aggressioni nei confronti del personale sanitario, la documentazione originale è stata cercata utilizzando i database Medline, Medscape, CINHALL.

Le violenze verbali subite dagli operatori sanitari all'interno dei DE variano dal 50% al 100% degli intervistati, mentre la violenza fisica varia tra il 16,7% al 72%. Imputati sono principalmente parenti e pazienti seguiti dai medici e per finire dagli stessi colleghi. I fattori scatenanti sono principalmente l'abuso di alcol, droghe, e sovraffollamento dei dipartimenti. Spesso viene sottovalutato e sottostimato da parte degli operatori stessi poiché considerano parte normale per il loro lavoro; le stime riportate sono importanti, si parla di circa l'80%.

Dal report ¹⁵ “workplace violence and harassment: a European picture”

- Danimarca: gli educatori sociali e gli infermieri di strutture residenziali, case di cura e ospedali sono i lavoratori più a rischio violenza;
- Finlandia, assistenti sociali ed infermieri di sesso femminili sono più a rischio di aggressioni;
- Inghilterra e Svezia, il fenomeno è rilevante specialmente nel settore psichiatrico;
- Svezia, il 9% dei sanitari subisce quotidianamente minacce ed aggressioni e nel 67% più volte al mese;
- Polonia, l'84% dei sanitari viene aggredito verbalmente da pazienti e familiari.

In Italia, nel 2020 un report della sovrintendenza sanitaria centrale, in occasione della giornata nazionale della prevenzione del 12 marzo, definisce che il fenomeno è diffuso ma sottostimato e non solo in ambito socio-assistenziale, ma anche quello previdenziale e assicurativo.

¹⁶Un questionario somministrato agli operatori sanitari da parte dell'INAIL.

I risultati dell'indagine hanno evidenziato che:

¹⁵ European Agency for Safety and Health at Work (EU_OSHA,2010, pp.56-57);

¹⁶ In un report pubblicato dalla Sovrintendenza sanitaria centrale in occasione del 12 marzo, Giornata nazionale di prevenzione, una panoramica aggiornata di questo fenomeno, sottostimato e diffuso non solo in ambito assistenziale ma anche in quello assicurativo e previdenziale. Il 40% degli operatori dell'Istituto ha dichiarato di aver subito un'aggressione, per la maggior parte in ambulatorio o in centri medico-legali

- 1144 sanitari hanno risposto;
- Il 45% costituito da medici;
- Il 44% costituito da infermieri;
- Il 40% degli interessati ha dichiarato di aver subito un'aggressione con 459 episodi di violenza dichiarati, e il 27% di averne subita più di una;
- La molestia viene riportata come la tipologia di minaccia maggiormente preponderante con il 42%;
 - Il 35% minacce;
 - Il 10% aggressioni verbali;
- Nel 91% degli eventi sono accaduti negli ambulatori (dipartimenti di emergenza, guardie mediche, ecc..) e nei centri medico-legali;
- Nel 61% dei casi gli aggressori sono gli stessi assistiti, mentre nel 21% dei casi da parte dei familiari. I dati purtroppo sono in crescita nel post-pandemia;
- Nell'85% dei casi, gli aggressori sono di sesso maschile.

Nel questionario venivano riportate anche le reazioni da parte dello stesso personale sanitario a queste aggressioni/violenze:

- Il 33% ha riportato di avercela fatta da solo;
- Il 27% ha riferito di aver chiesto aiuto o di essere stato aiutato da altri;
- Il 12% degli operatori ha fatto denuncia di infortunio all'Inail;
- Il 4% ha denunciato alle forze dell'ordine

Dato mai così basso denunciato alle forze dell'ordine ci fa pensare a quanto bisogna ancora lavorare sulla prevenzione e sulla individuazione degli aggressori e sull'impiego di misure atte a contrastare questo fenomeno. Sebbene molte organizzazioni sanitarie in tutto il mondo abbiano implementato politiche di "tolleranza zero" per gli aggressori¹⁷ e stabilito linee guida per la prevenzione e la gestione della violenza sul posto di lavoro, queste politiche spesso non sembrano funzionare efficacemente nella vita reale.

L'identificazione di predittori o segnali di allarme consentirebbe agli operatori sanitari e ai dirigenti di prevenire e gestire situazioni che potrebbero innescare eventi di violenza sul posto di lavoro¹⁸. Inoltre, diffondere la cultura e la conoscenza di questo fenomeno tra gli operatori sanitari, i dirigenti e la popolazione in generale potrebbe contribuire a prevenire l'incidenza di questi episodi ea tutelare sia gli operatori sanitari che gli utenti dei servizi sanitari.

¹⁷ Beattie et al., 2020; Hassankhani & Soheili, 2017 ; Morphet et al., 2014

¹⁸ (Morphet et al., 2019)

3.3.3 Le cause scatenanti

Determinare quali siano le cause scatenanti le aggressioni, oggi i fattori sono molteplici. Emerge un fatto, con la pandemia da Covid-19, gli eventi criminosi sono in continuo aumento. La crisi globale, la perdita di lavoro, disagio psico-sociale. Basti pensare che nel corso dell'emergenza sanitaria, il 14% delle persone ha dichiarato di aver assunto farmaci contro l'ansia, il 10% ha assunto farmaci stabilizzatori dell'umore (antidepressivi), e chi già faceva uso, ha incrementato la dose. Tuttavia, gli specialisti e i servizi psichiatri, hanno avuto un incremento di richieste di presa in carico. L'alcol e le droghe sono stati impiegati in maniera indicibile per sopperire i sintomi da disturbo post-traumatico (PTSD) riportando sintomi ossessivo-compulsivi disturbanti e interferenti con il proprio funzionamento quotidiano.

Per quanto riguarda le aggressioni e violenza in genere specialmente verso il sesso femminile, i dati riportano che nel periodo post pandemico, vi sono stati picchi di incremento.

La pandemia ha fatto emergere ulteriori fattori di rischio allo sviluppo della violenza domestica come una assenza di reti di supporto per le vittime, incremento dei conflitti all'interno della rete familiare, situazioni di forte disagio psicofisico e sociale specialmente negli uomini.¹⁹

I fattori di rischio individuati dai Center for Disease Control and Prevention per quei soggetti che si macchiano di crimini, sono inclusi a livello individuale come: stress causa la perdita economica dovuta alla disoccupazione, interruzione e/o scarsità di relazioni amicali, isolamento, abuso di sostanze psicotrope, droghe, alcol, perdita e conseguente aumento del desiderio di controllo nelle relazioni, aumento delle ostilità nei confronti delle donne. Tutto ciò ha portato i livelli di aggressività che si ripercuotono sulla società che oggi a fatica sta cercando di recuperare mettendo in prima linea tutti i sistemi preventivi attraverso le leggi che si sono susseguite²⁰ come ad esempio la legge che tutela gli esercenti le professioni sanitarie contro le aggressioni.

Le strutture sanitarie in genere sono considerate come luoghi di lavoro particolarmente vulnerabili, specialmente i Dipartimenti di Emergenza ove causa di maggior complessità

¹⁹ Centre for Disease Control and Prevention, 2021; Usher et al., 2020

²⁰ Pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 9 settembre 2020 la legge 14 agosto 2020, n.113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"

lavorativa e gestionale, l'afflusso delle persone, la tipologia di cure che la struttura stessa dà.

A volte, l'utente che afferisce all'ospedale vuole delle risposte esaustive ed immediate, coinvolgendo anche la sfera familiare in "battaglie" logoranti nei confronti del sistema e degli operatori, che, sommando i vari comportamenti possono interferire mettendo in difficoltà ed impattando sulla capacità nella gestione delle emozioni.

Il continuo interfacciarsi con pazienti, familiari e caregiver spesso vulnerabili, può portare a lungo andare ad una sofferenza psico-fisica del personale sanitario che a lungo andare può evolvere in frustrazioni.

Di fronte a un tema così complesso e spinoso, è fondamentale pianificare, identificare, organizzare delle misure preventive ai fini di una riduzione delle aggressività. Spesso questi episodi vengono alla ribalta della cronaca coinvolgendo servizi e/o reparti definiti ad alto rischio quali: Pronto soccorso, 118 emergenza sanitaria territoriale, Sert, ecc., non bisogna dimenticare che in ogni servizio e /o reparto di degenza, l'alert non deve essere sottovalutato. Il comportamento aggressivo segue solitamente una progressione, il ciclo dell'aggressività, la cui conoscenza può consentire all'operatore sanitario di comprendere ed interrompere questa escalation di eventi.

L'importanza del riconoscimento delle fasi di aggressività da parte dell'operatore sanitario è fondamentale per la buona gestione dell'evento e quindi la prevenzione del fattore scatenante aggressivo;

- Trigger: in questa fase, l'aggressore percepisce gli stimoli (veri o presunti) come avversativi. la fase scatenante o trigger ha come causa; fattori specifici, caratteristiche individuali dell'aggressore, deficit psicofisico indotto da abuso di sostanze, eventi stressanti recenti come ad esempio un lutto, atteggiamento da parte dell'operatore sanitario, clima di tensione, attese estenuanti e prolungate. I fattori strutturali possono incidere sulla psiche dell'utente il quale, come ad esempio mancanza di spazi privi di privacy. L'avvio del processo, si manifesta con comportamenti verbali ed espressivi (mimica facciale) della persona con uno stato di attivazione e allerta come ad esempio atteggiamento ostile nei confronti dei regolamenti aziendali, atteggiamento aggressivo.
- Escalation: si manifesta con un aumento dello stato di agitazione psicomotoria (arousal) con minacce, eloquio scurrile, violenza contro oggetti incremento dell'aggressività fisico-motoria. L'obiettivo dell'operatore sanitario è l'attuazione della de-escalation, cioè l'attuazione di un insieme di interventi di desensibilizzazione che hanno

come obiettivo il contenimento comportamentale aggressivo dell'aggressore riportando così ad un livello di eccitazione più gestibile. In questa tecnica, l'attenzione deve essere mirata alla sicurezza del personale, in caso di atti violenti improvvisi, ed alla comunicazione con l'aggressore.

- Comunicazione: la tempestività e la qualità della comunicazione interpersonale, sono determinanti nella probabilità di successo degli interventi. La comunicazione dovrebbe prevedere un tono calmo e pacato, l'obiettivo è infondere sicurezza e tranquillità, anche il corpo parla e quindi il suo linguaggio attraverso la postura può prevenire o viceversa scatenare atteggiamenti ostili e di chiusura nei confronti dell'"offender".
- Fase critica: quando le tecniche de de-escalation falliscono ed inizia la fase critica, l'attenzione del personale sanitario deve essere focalizzata sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze dell'atto violento.
- Recupero: in questa fase, l'atteggiamento dell'offender percepisce sentimenti di colpa, rimorso, vergogna a cui l'operatore deve porre molta attenzione e sensibilità poiché, se non vengono percepiti possono scatenare una nuova fase di riacutizzazione dell'evento scatenante.

Evitare di stimolare l'offender con stimoli ed atteggiamenti sottolineando quali possono essere le motivazioni di tanta rabbia.

Mettere in atto gli interventi più appropriati in dinamiche del genere può risultare più semplice sulla carta, ma quando ci si trova di fronte a pazienti o caregiver con problematiche di questo tipo non è affatto facile mantenere la giusta lucidità mentale. L'importanza e la consapevolezza di una comunicazione efficace, evitando pressioni sulla persona, portano ad una riduzione dell'aggressività. Ecco perché, l'importanza di una formazione specifica e mirata del team sanitario attraverso interventi quali possono essere: la creazione di un clima accogliente, disponibilità ad un dialogo comprensivo facendo parlare il paziente fornendo a lui delle risposte concise e chiare, mantenere la calma indirizzando lo stesso a dei percorsi chiari e definiti sottolineando che il comportamento aggressivo lede alla persona.

Mantenere la sicurezza e lo spazio personale con il paziente verbalmente intimidatorio, conservando un comportamento non verbale asettico e privo di minacce conservando un linguaggio del corpo il più calmo possibile.

In sintesi, l'adozione di misure preventive, di gestione e contenimento attraverso approcci formativi e strategie di contrasto alla violenza in modo tale da fornire ad ogni operatore

sanitario delle conoscenze a proposito dei comportamenti da tenere in determinate circostanze facendo così diminuire il numero di violenze.

Ogni struttura sanitaria potrebbe procedere nella valutazione del proprio livello di sicurezza, analizzare gli incidenti avvenuti all'interno della struttura e sviluppare delle strategie per la prevenzione, con una formazione specifica per gli operatori, incentivando e promuovendo le segnalazioni da parte delle vittime delle aggressioni.

2.4.2 La violenza fisica e molestie sessuali

Violenza verbale: definita come *“l'uso intenzionato di parole che possono causare angoscia e timore, esse costituiscono attraverso un linguaggio crudele, delle minacce con conseguente insulto o un attacco volontario alla sfera personale dell'operatore che in quel momento è vittima”*. Spesso sono dettate spesso dalla paura, alcuni pazienti, familiari sono coinvolti emotivamente in eventi a cui loro non riescono gestire perché la causa magari è l'ignoranza di non sapere che cosa stia succedendo. Ecco che, l'operatore sanitario, diventa il capro espiatorio su cui riversare tutta la rabbia, la paura ed il timore che qualsiasi cosa o evento non stia andando come loro pensano.

Esiste anche una piccola parte di utenza che, a causa di una componente caratteriale un po' più accesa, tenta di esercitare il proprio ruolo attraverso l'arroganza.

Violenza fisica: definita come *“l'uso intenzione della forza verso un'altra persona senza nessuna giustificazione con risultato di un danno fisico o psichico della vittima”* Il fenomeno più dettagliato si ha da una definizione “dell'uso intenzionale della forza fisica come schiaffeggiare, tirare oggetti, spintonare, tirare pugni, fino ad arrivare all'utilizzo di armi quali possono essere: coltelli, pistole ed altro.

Violenza o molestie sessuali: qualsiasi comportamento a connotazione sessuale o altro atteggiamento offensivo che leda la dignità degli operatori sanitari nei luoghi di lavoro.

È bene sottolineare che la violenza segue un proprio ciclo, attraverso l'osservazione del comportamento definito pre-violento premonitore di qualsiasi atto di aggressione. Infatti, l'aggressore manifesta l'aumento di tensione attraverso il tono della voce, irritabilità, rigidità del corpo, minacce verbali, lancio di oggetti dato da una rabbia incontrollabile, postura del corpo e altro. Questi sono dei campanelli d'allarme che ogni operatore sanitario deve essere in grado di cogliere e prevenire.

Con la legge n.69 del 19 luglio 2019 entrata in vigore il 9 agosto 2019 nota anche “Codice Rosso”, fa scorgere l’inizio di un lungo percorso verso il raggiungimento di parità e libertà, alla lotta e la prevenzione contro la violenza domestica e sulle donne.

Il Codice Rosso²¹, vede la sua nascita dalle mosse dalla Convenzione di Istanbul del Consiglio d’Europa del 2011, viene ratificato dall’ Italia ai sensi della legge n. 77 del 27 giugno 2013, seguito immediatamente dal decreto legge n.93 del 14 agosto 2013 e convertito nella legge n. 119 del 15 ottobre 2013, c.d. “legge sul femminicidio”. Il percorso legislativo avviato, inserisce il Codice rosso in un reticolo di norme elaborato dal Legislatore con l’obiettivo di garantire forme di tutela sia dal punto di vista processuale che delle vittime. Attualmente in Italia, il codice rosso è sottoposto ad una revisione legislativa con nuove forme di tutela nei confronti delle vittime con l’impiego di nuove norme.

2.4.3 La raccolta delle prove, ruolo dell’infermiere legale forense

Il processo della raccolta delle prove da parte dell’infermiere ricopre un ruolo imprescindibile alla base di specifici requisiti legali.

Ogni Azienda Sanitaria detiene procedure e processi al fine di reperire nella maniera più precisa ed attendibile qualsiasi prova sulla base delle normative vigenti.

Spesso si ha a che fare con pazienti vittime di violenza in genere. Punti cardini e fondamentali è saper riconoscere per poter intervenire sulla vittima. Le procedure di raccolta delle prove sono specifiche e contengono varie sezioni che comprendono una panoramica generale i quali infermieri legali forensi debbano attenersi²².

- Il consenso informato: è un modulo che viene sottoscritto dalla vittima prima di ogni incidente probatorio²³. In questo momento, la persona deve essere informata su

²¹ Camera dei deputati, servizio studi XIX Legislatura, contrasto alla violenza di genere. Legge n.69 del 2019(c.d. codice rosso)

²² Mastronardi. M “Il ruolo dell’infermiere forense nella gestione della terapia farmacologica” edizioni Aracne., 1°ed.2021., p. 52-53

²³ L’incidente probatorio è un istituto inserito nell’art.392 c.p.p. la quale funzione di anticipare l’acquisizione e la formazione di una prova durante le indagini preliminari purché essa sia pertinente e rilevante

quali siano gli elementi fondamentali del consenso al fine di consentire la raccolta delle prove siano esse di tipo biologico, che fotografico (qualora fosse indicato).

In questa fase, parte la valutazione del paziente, ossia la visita da parte del medico e l'infermiere forense rivestirà il ruolo del reperimento della documentazione, reperire le dichiarazioni della vittima riportando esattamente qualsiasi parola senza interpretazioni, pregiudizi o altro.

- **Fotografia:** oggi riveste un ruolo determinante nelle fasi preliminari della visita; la persona che presenta lesioni, ematomi, fratture o altro, la fotografia risulta essere preziosa nella ricostruzione degli eventi nelle fasi successive. Ogni qualvolta si presenti un caso di sospetto e violenza dichiarata, l'uso della fotografia, deve essere presa prima di ogni qualsiasi trattamento medico. In caso di violenza sessuale, l'esame in cui la vittima (in questo caso di sesso femminile) viene sottoposta, è la colposcopia. Il colposcopio è uno strumento sulla quale possono essere effettuate fotografie/video al fine di reperire le prove.

- **Descrizione scritta:** descrivere dettagliatamente i risultati della visita riportando anche il numero, il dettaglio, la tipologia delle lesioni nella loro forma, aspetto, misurando e riportando dettagliatamente le dimensioni di ognuno di loro. Nel caso di pazienti anziani, la forma di abuso può riguardare anche l'abbandono, attraverso la valutazione dello stato della cute se integra o presenta lacerazioni, ematomi, piaghe da decubito. Tutto ciò viene riportato all'interno dei diagrammi inseriti nei kit stupro.

- **La raccolta delle prove fisiche:** per stabilire un possibile legame tra la vittima e il suo aggressore, vi è la necessità di reperire più prove possibili. Ogni oggetto o parti di esso, infatti, sono la prova dell'avvenuto contatto con l'aggressore e quindi determinante per lo studio biologico del DNA. Dunque, quali possono essere le prove su cui ogni operatore sanitario deve considerare? Oltre agli indumenti, monili, orologio, calzature, fibre, capelli ecc.; esse devono essere catalogate e preservate all'interno di buste precedentemente inserite nel kit stupro. Sottolineo che riportare le generalità della vittima, la data, l'ora e la firma dell'operatore che raccoglie le prove, riveste ruolo centrale per quanto riguarda il reperimento di esse.

Come già detto, oggi ogni struttura sanitaria ha adottato e pianificato le procedure per il reperimento delle prove in caso di stupro o abuso. Nella regione Friuli Venezia Giulia, e nello specifico in provincia di Pordenone, l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale ha da

tempo messo in campo equipe multidisciplinare di professionisti in collaborazione con associazioni specifiche contro la violenza (IPAZIA).²⁴

2.4.4 Progetto Ipazia

Il progetto Ipazia, viene inserito nel programma 2021 del centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CMM), durante l'emergenza pandemica, il Ministero della Salute, ha definito di dare ulteriore impulso alle strategie di prevenzione e contrasto della violenza contro le donne e i minori.

Tale progetto si basa sulle azioni di supporto promosse in tale ambito, prevedendo la definizione e la sperimentazione di un modello formativo rivolto agli operatori sanitari e socio sanitari del territorio attraverso l'applicazione di protocolli il cui obiettivo è la presa in carico delle vittime e la costruzione di reti di supporto interdisciplinari, agevolando lo scambio di buone prassi il cui fine sia l'equità delle cure, nella prospettiva che le soluzioni operative sperimentali siano replicabili tra gli attori coinvolti volti a concorrere alla promozione di una cultura della non violenza.

2.4.5 Aspetti psicologici delle vittime di violenza

I dati allarmanti sulle aggressioni ai sanitari, impongono una riflessione profonda e critica sulla sicurezza e lavoro in sanità. Negli anni, la cronaca, ha riportato eventi sempre più cruenti ai danni del personale sanitario portando le istituzioni a condannare e programmare provvedimenti legislativi a tutela del lavoratore integrando le norme già esistenti²⁵.

Zone d'ombra sono ancora poco approfondite, esse sono rappresentate dalle complicità psichiche delle vittime di aggressioni sul luogo di lavoro devono affrontare ogni giorno nel superare il vissuto drammatico dell'aggressione e riprendere quanto prima una vita per quanto sia possibile, normale. I segnali del disturbo traumatico da

²⁴ Ipazia CCM 2021 – “Strategie di prevenzione della violenza sulle donne e sui minori”

²⁵ Ramaciatti. N., Ceccagnoli .A., Violenza e aggressioni in pronto soccorso: revisione della letteratura rivista L'infermiere, 2011

Hillard R., Zitek B., Il paziente potenzialmente violento. Hillard R, Zitek B. Emergenza psichiatrica. Roma: CIC edizioni internazionali; 2005

Zampieron A., Galeazzo M., Turra S., Buja A. Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions. Journal of Critical Nursing, 2010

stress, influenzano il comportamento delle vittime da aggressione: distacco emotivo da tutto e tutti, depressione, apatia, paura, difficoltà di una ripresa lavorativa.

Durante questo periodo, che può variare nel tempo in base alle caratteristiche individuali di resilienza, intensità dei sintomi, la vittima può essere chiamata a svolgere un'altra attività la cui conseguenza potrebbe accrescere il senso di impotenza e vulnerabilità.

Difronte alle aggressioni, vengono attuati i meccanismi di difesa, e quindi tutti quei processi che, in questo caso gli operatori sanitari, pongono in atto per sfuggire alla sofferenza conseguente a un trauma, cioè la negazione, il distacco comportamentale, distacco mentale, rifugio nelle sostanze tossiche, alcol e droghe.

La negazione sostanzialmente è il rifiuto di riconoscere una situazione critica e la reazione è quella di mantenere un atteggiamento come se lo stress non ci fosse.

Il distacco comportamentale corrisponde a una situazione di "helplessness²⁶", in cui si riducono gli sforzi per fronteggiare una certa situazione problematica, vengono abbandonati i tentativi di soluzione e anche la speranza di buoni risultati.

Il distacco mentale è dato dalla soppressione delle attività competitive quindi prevale il dormire, sognare ad occhi aperti.

Uso di sostanze tossiche perché convinti che aiutino a tollerare lo stress. Dal punto di vista medico, lo stress viene definito ogni causa capace di esercitare in un organismo tramite un'azione prolungata uno stimolo dannoso provocandone un danno che varia dalla struttura mentale degli individui e dall'ambiente culturale di appartenenza.

Nelle situazioni di stress prolungato, si verificano dei cambiamenti che si esprimono sia livello fisico che psicologico, con il proseguo del tempo alle conseguenze emotive si affiancano quelle cognitive, ossia la difficoltà di concentrazione e di memoria.

La sindrome del Burnout nella sua traduzione si definisce come "bruciato, scoppiato", è il segnale che avvisa il sovraccarico di stress a cui l'organismo e la mente sottoposti per un lungo periodo non riescono più a far fronte. I sanitari vittime di aggressioni sono a rischio, soggetti maggiormente colpiti che vivono costantemente un esaurimento emotivo, esaurimento psicofisico mettendo in atto alcuni meccanismi che si possono

²⁶ *Helplessness* sta dunque ad indicare una condizione di estrema impotenza, la concezione che, a scapito di tutto ciò che si possa fare, la situazione non cambierà mai. Siamo in balia del destino, ci troviamo su una zattera e ciò che vediamo intorno è solo acqua a perdita d'occhio: non solo io non posso fare niente per evitare l'inevitabile, ma nessun'altro può farlo, il mio destino è segnato.

identificare attraverso un atteggiamento di distacco, indifferenza e comportamenti negativi verso sé stesso e il lavoro.

Maslach e Leiter nel 1997²⁷ hanno elaborato un modello interpretativo che sottolinea la maggior possibilità di sviluppare il burnout, attraverso un adattamento/disadattamento tra lavoro e operatore, quindi, il modo migliore per combattere il burnout è quella di ridurre i fattori

stressanti. Aiutare sicuramente l'operatore coinvolgendolo in attività che accrescono l'energia e l'efficacia, è una strategia per una gestione ottimale delle risorse.

Una giusta attenzione va fatta sul tema dei suicidi in sanità. I dati allarmanti che negli ultimi anni portano alla ribalta il problema questo tema ancor più spinoso per la società.

Attraverso un'indagine svolta dal 2011 al 2015²⁸, gli operatori sanitari esposti al rischio suicidario sono 123 come riportato da un articolo del British Journal of Psychiatry. Nello specifico la categoria degli infermieri ovvero coloro che sono a stretto contatto con i pazienti e loro familiari, carichi di lavoro e età anagrafica degli stessi sempre più alta con patologie lavoro-correlate invalidanti, conflittualità socio-familiari, demotivazione a causa del mancato riconoscimento economico.

Oggi si parla anche delle carenze organiche su cui anche il Ministero della salute sta cercando di correre ai ripari.

L'esposizione al rischio di violenza verbale e fisica, oramai un fenomeno sempre più allarmante e dilagante. La correlazione tra depressione e suicidio, negli ultimi anni è già stata studiata e dimostrata, attraverso studi internazionali, la causa principale di suicidio tra gli operatori sanitari pare sia proprio la depressione. Il facile accesso ai farmaci, induce ad un aumento ed abuso di sostanze psicotrope. Un articolo pubblicato sull'Archives of Psychiatric Nursing, ha messo in luce l'incidenza della mortalità dei sanitari e nello specifico gli infermieri; in Cina²⁹ tra il 2007 e il 2016, sono stati identificati 46 casi di

²⁷ Maslach C., Leiter. M.P., Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro ed. Centro Studi Erickson.

²⁸ Windsor-Shellard B, Gunnell D. Occupation-specific suicide risk in England: 2011-2015. Br J Psychiatry. 2019;1-6

²⁹ Zeng HJ, Zhou. GY, Yan. HH., Yang. XH., Jin. HM., Chinese nurses are at high risk for suicide: a review of nurse's suicide in China 2007-20016. Archive of Psychiatric Nurse. 2018;32(6):896-900

suicidio di cui 45 di sesso femminile e 1 di sesso maschile. La fascia di età dei suicidi è tra i 18 e i 50 anni con una concentrazione tra i 21 e i 30 anni.

I metodi utilizzati più frequentemente pari al 56% dei casi, a seguito di abuso di farmaci e sostanze era quello di gettarsi dall'edificio. La maggior parte del campione esaminato era dipendente del sistema sanitario.

Identificare i fattori di stress lavoro dipendenti ed agire sulla loro modifica deve quindi divenire una priorità per la salute della categoria professionale.

Un'azione rapida ed efficace deve essere messa in atto per fare prevenzione e migliorare le condizioni lavorative, fisiche e psicologiche degli infermieri e valorizzare maggiormente un lavoro fondamentale per la società.

2.5 Gli omicidi in sanità: il caso dell'infermiera killer Laura Taroni soprannominata "*l'angelo della morte*"

Un ospedale che si trasforma in un palcoscenico di morte usando come protezione un velo di omertà da parte del personale che ruota intorno a questa vicenda. I deliri di onnipotenza che coinvolgono 2 persone, l'infermiera Laura Taroni e il medico di pronto soccorso Leonardo Cazzaniga. Grazie all'intervento acuto e dettagliato di una collega della Taroni, emerge un quadro di orrendi delitti la quale sembrerebbe fosse stata vittima di minacce intimidatorie da parte di alcuni.

L'inchiesta della procura viene denominata "Angeli e Demoni" presso l'ospedale di Saronno; la Taroni e il Cazzaniga sono intimi tra loro, amanti, lavorano insieme presso il pronto soccorso del nosocomio. Il clima lavorativo viene definito dai testimoni; oppressivo, minaccioso e delirante da parte del medico che in quel momento riveste il ruolo di vice-primario. Egli si presenta come il supremo, il Dio, il salvatore del mondo e inizia a dettare delle procedure di intervento definite come: "Protocollo Cazzaniga".

Si sa che ogni procedura e protocolli vengono pianificati, definiti e attuati dopo l'autorizzazione dell'Azienda sanitaria. Sembra anzi è certo (cit. agli atti), che tale protocollo non fosse stato autorizzato nonostante le numerose segnalazioni fossero state fatte agli organi dirigenti dell'Azienda.

Il 20 giugno 2014 parte l'inchiesta dopo la segnalazione dell'infermiera leto agli organi di polizia competenti. Nello specifico il protocollo comprendeva una serie di interventi atti al fine vita nei confronti dei pazienti ma ancor più grave, che lo stesso medico abusasse degli stessi psicofarmaci prelevati in servizio presso l'armadio dei farmaci di reparto. Gli atteggiamenti dello stesso vengono riportati come provocatori, sprezzanti nei confronti di tutti ossia dei pazienti e loro familiari, ma specialmente nei confronti del sistema sanitario. Nonostante tutto, il medico rea conosciuto molto bene in ospedale per la sua esperienza di lungo corso (anestesista), con il personale infermieristico aveva un atteggiamento di continuo contrasto e spesso metteva in cattiva luce sia dal punto di vista professionale che personale. C'era un accanimento verso il personale sanitario infermieristico straniero, ribadendo che a causa della lingua, essi non capissero nulla. Non solo il personale straniero era vittima del Cazzaniga ma anche tutti quei servizi e figure che girano intorno come ad esempio: 118, laboratorio analisi, ecc.,.Il narcisismo per perversava nel Cazzaniga, lo conduceva ad ergersi alla grande nei confronti del sistema definendo che gli altri professionisti sanitari non capissero nulla se non solamente lui visto la sua grande professionalità ed esperienza, anche nel confrontarsi con le persone, viene riferito che spesso il Cazzaniga usa un linguaggio indecente e aggressivo; spesso parlava di sesso in modo inopportuno.

Il Protocollo Cazzaniga come già sottolineato, era una procedura che non risultava agli atti dell'azienda e come fine aveva la risoluzione delle sofferenze come la morte dei pazienti molto rapidamente. Nulla di tutto ciò di come e cosa prevede la legislazione italiana in materia.³⁰ Esso consisteva in sovradosaggi di farmaci come le Benzodiazepine, Midazolan, Propofol³¹. Tale protocollo veniva deciso sul momento dal medico che sulla base della sua ipotesi prognostica, il paziente non sarebbe vissuto a lungo. tutto ciò non aveva nulla a che fare se non i pazienti e farmaci con la sedazione palliativa come definito nell'art.21 DPCM 12 gennaio 2017.

³⁰Cure palliative domiciliari (art. 23_DPCM 12 gennaio 2017) Assistenza socio-sanitaria residenziale per cure palliative alle persone in fase terminale della vita ([art. 31 DPCM 12 gennaio 2017](#))

³¹ Il propofol è un farmaco usato nel campo dell'anestesia. È un agente ipnotico, a breve durata d'azione, che viene somministrato per via endovenosa

La superiorità ostentata dal medico, lo portava ad applicare il protocollo mettendo a conoscenza anche gli altri operatori, e quindi altri erano a conoscenza di queste misure di intervento nei confronti dei pazienti.

Viene riferito avesse atteggiamenti paranoici poiché ai pazienti dopo la somministrazione del protocollo pronunciava tale affermazione:” *su questo paziente dispiego le mie ali di angelo della morte*” oppure “*io sono un Dio*”.

Da sottolineare che prima che partisse la denuncia agli organi di polizia, l'infermiera Leto, aveva fatto segnalazione all'azienda sanitaria la cui stessa aveva costituito una commissione interna che aveva analizzato il comportamento del medico senza poi prendere alcun provvedimento. Il sospetto che l'infermiera aveva come depositato nella segnalazione fatta ai Carabinieri era quella che i decessi andassero oltre all'ospedale, questo perché il medico aveva intrapreso una relazione sentimentale con la Taroni. Un episodio che ha fatto scattare il sospetto è quando il medico si presenta in ospedale fuori dal turno di lavoro e preleva dall'armadio dei farmaci chiuso a chiave una fiala di Midazolam³². In quel periodo era ricoverato il suocero della Taroni il sig. Guerra Luciano che di lì a poco morirà. Questo episodio desta molta preoccupazione alla Leto poiché anche il marito e la madre e lo zio della Taroni moriranno a breve; comincia farsi strada nella Leto un sospetto che tutte quelle morti non fossero casuali.

In ospedale, viene segnalata una certa “tolleranza” anche da parte dei superiori del Cazzaniga ossia il Primario dr. Scopetta, infatti il Scopetta era a conoscenza dell'assunzione di Cazzaniga di benzodiazepine e dell'impiego del protocollo Cazzaniga. Non era l'unico a saperlo, anche i vertici dirigenziali dell'azienda erano a conoscenza come il direttore sanitario Valentini e la coordinatrice infermieristica del pronto soccorso Boato. Lo sapevano perché la Leto li aveva informati, ma anche altro personale sanitario che ruotava intorno al pronto soccorso. Già nel 2013 la coordinatrice Boato aveva segnalato al direttore Valentini, lo stesso si disse preoccupato dagli atteggiamenti del Cazzaniga promettendo di risolvere la situazione ma come avvenne, non successe nulla.

Dopo la valutazione della commissione interna, la direzione convocò il personale la quale emerse che si c'erano atteggiamenti da parte del medico discutibili come i sovradosaggi dei farmaci, ma dichiararono che non erano sicuri ci fosse un nesso tra il protocollo

³² Agenzia italiana del farmaco -Aifa

Cazzaniga e le morti in corsia. A questi eventi, il Cazzaniga gli venne negata la corsa al primariato.

In seguito alla segnalazione della Leto, la procura di Busto Arsizio fa partire l'inchiesta denominata "angeli e demoni" che il 29 novembre 2016 portò all'arresto del Cazzaniga e la Taroni con l'accusa di omicidio di quattro pazienti e la morte del marito e della madre della Taroni. Il 20 ottobre 2017 alla chiusura delle indagini, vennero accusati di altre morti avvenute tra il 2011 e il 2013 e della madre della Taroni la sig.ra Clerici la quale, veniva descritta come una persona in buona salute ma che nel gennaio 2014 muore a casa della figlia Emergono dalle indagini che tra la Taroni e la madre ci fossero contrasti proprio per la relazione che intratteneva con il Cazzaniga che andavano ben oltre all'evento. nell'ottobre 2013 dopo un ricovero lampante, muore all'ospedale di Saronno anche il suocero della Taroni, il sig. Guerra, visitato al mattino verso le ore 8, morirà verso le ore 12 dello stesso giorno.

Il marito della Taroni, quando scopre che la moglie intrattiene una relazione con il Cazzaniga, come dichiarato dalla stessa, scoppia l'inferno. Ella riferisce che il marito è un violento e abusa sessualmente di lei. Questo è il motivo per cui la Taroni inizia a somministrare farmaci ipnotici al fine di inibire la libido. Tuttavia, come riportato dai legali della Taroni, i farmaci inibivano la libido ma non la riferita maniacalità e perversione. Agli atti risultano documenti come prova in cui la stessa è ricorsa a cure mediche a causa delle violenze perpetrate (lacerazioni) dal marito con oggetti. Essendo sospettoso, il marito poteva assumere i farmaci che la moglie gli somministrava solamente con l'inganno; la stessa fece fare degli esami ematochimici alterando successivamente i risultati e facendo credere al marito che fosse affetto dal diabete con l'unico scopo di ucciderlo. Il Guerra, morirà nella sua abitazione all'età di 46 anni il 30 giugno 2013. La Taroni era convinta che il marito avesse una relazione con la madre la sig.ra Clerici. Dopo la morte del marito, la Taroni, era prodiga a raccontare a tutti le violenze e le molestie subite dallo stesso, che il marito andava non solo con la madre ma anche con le prostitute.

Da una dichiarazione della cognata della Taroni, sig.ra Guerra, si evince che la madre fino al giorno prima della morte godeva di buona salute. Il 14 gennaio era presente in casa quando la Taroni ha chiamato il Cazzaniga a casa perché la Clerici non si sentiva bene e quindi la stava assistendo nel migliore dei modi. La stessa Guerra dichiara che il Cazzaniga somministra una soluzione in flebo in endovena per poi riferire che era morta per un'encefalite.

Emergono dai fatti dichiarati che tra la Taroni e la madre non ci fosse un rapporto sereno e tra il Cazzaniga e la madre della Taroni, infatti quel giorno si è contraddistinto da una totale inerzia nel prestare soccorso con le manovre rianimatorie le quali partono solamente quando la donna smette di respirare³³. al personale del 118 viene impedito di praticare le manovre rianimatorie.

Viene descritto un passato di umiliazioni e sofferenze a cui la Taroni sarebbe stata vittima di sua madre che la accusava della morte del padre quando lei aveva 4 anni. Le dichiarazioni della Taroni segnano un'infanzia e adolescenza marcata dalla presenza della madre severa, priva di sentimenti con continue umiliazioni nei confronti della figlia. L'atteggiamento che aveva con i figli minori, la Taroni si manifesta in tutta la sua onnipotenza coinvolgendo i figli nella gioia che manifestava nell'aver ucciso la madre definendolo *"un omicidio perfetto e farmacologico"*. Così emerge dalle intercettazioni telefoniche che gli inquirenti fanno specialmente rivolto al minore di anni 11 provocandogli sicuramente uno stato di shock, ma coinvolgendolo in maniera indiretta nella pianificazione del reato.

I figli della Taroni sono stati accolti presso una comunità con l'obiettivo di un percorso riabilitativo visto il trauma psicologico subito. La somministrazione di potenti farmaci che la madre somministrava anche a loro, sono all'attenzione degli specialisti anche perché questi ragazzini sono stati vittime di crimini efferati.

La quinta Sez. Penale della Cassazione, conferma e rende definitiva la condanna di Taroni Laura a 30 anni di reclusione per l'omicidio del marito e la madre. La motivazione della sentenza pronunciata dalla quinta sezione penale, entrambi i decessi secondo l'accusa portata avanti nei tre gradi di giudizio, sarebbero stati provocati con un mix letale di farmaci.

Capitolo terzo

³³ Linee guida RCP 2021- Italian Resuscitation Council- European Resuscitation Council

L'abuso su minore e le conseguenze psico sociali, il ruolo dell'infermiere esperto in criminologia attraverso la raccolta delle prove

Il fenomeno dell'abuso su minori ha origini molto antiche, come dimostrato dalle vaste testimonianze storiche, le quali riportano come la violenza nei confronti dei bambini sia sempre stata presente in tutte le epoche e nelle diverse realtà culturali. La concezione del bambino come soggetto titolare di diritti è infatti molto recente. I dati storici in merito evidenziano come, sin dalle origini, prevaleva una concezione utilitaristica e strumentale dei minori, accompagnata da una tendenza sociale alla sotto valutazione dei bisogni dei piccoli e dal dominio del potere assoluto del genitore nel mondo infantile. A tal proposito, appare utile sottolineare che proprio la violenza stessa era utilizzata come modalità di manifestazione del predominio assoluto dell'adulto sul minore, atteggiamento che è stato costante per molti secoli.

Sin dalle origini la storia dell'umanità è stata contrassegnata da infanticidi di massa autorizzati, come è riportato nelle fonti bibliche, le quali fanno riferimento in particolare ai sacrifici rituali eseguiti dalle tradizioni nordiche o fenice o dai popoli primitivi. In questo contesto, il figlicidio esprimeva il dominio familiare su quei bambini che erano fisiologicamente e fisicamente fragili, quindi di conseguenza considerati inadatti a svolgere un'attività lavorativa. Erano i capi delle tribù a decidere in merito alla sorte dei più giovani.

Oltre ai crimini verso i figli, i dati storici ci dimostrano come erano frequenti gli abbandoni in luoghi pubblici o in istituti, le negligenze nella cura e nell'alimentazione verso i bambini da parte dei propri genitori, le punizioni corporali molto frequenti verso gli stessi. Inoltre, a causa delle numerose malattie che si sono diffuse nei secoli scorsi e l'alto tasso di mortalità che hanno comportato, soprattutto infantile, si è registrato un aumento delle famiglie, dettata da maggiori probabilità di sopravvivenza, la quale, d'altro canto, ha comportato una minore attenzione psicologica e una indifferenza emotiva nei confronti dei minori. L'avvento dello sviluppo dell'industria ha favorito lo sfruttamento

del lavoro, soprattutto a discapito di donne e bambini, con la contestuale scarsa previsione di tutele a favore dei soggetti considerati più deboli.

Per quanto concerne, nello specifico, l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori, molteplici fonti giuridiche ed extragiuridiche ci rivelano come questo fenomeno abbia preso piede soprattutto a cavallo tra il XVII e il XVIII secolo.

Dati processuali relativi agli anni compresi tra il 1730 e 1789, evidenziano come il 25% delle vittime di processi per stupro non raggiungeva i dieci anni. Le fonti extragiuridiche più eclatanti riportano invece credenze popolari diffuse nell'Inghilterra del XVIII secolo concernenti l'efficacia terapeutica della congiunzione carnale con minori per guarire da malattie veneree³⁴.

Il riconoscimento delle diverse forme di maltrattamento e di abuso verso i bambini è però relativamente recente. Innanzitutto, dal punto di vista sociale, l'intervento dell'opinione pubblica ha favorito il diffondersi di attenzioni nei confronti della violenza intrafamiliare, parallelamente alla dinamica emancipatoria dell'universo femminile dall'ambiente domestico e l'ingresso della donna nell'ambito lavorativo e professionale.

Nel 1929, in occasione del XIX Congresso di Medicina Legale svoltosi a Parigi, è stata data una prima definizione giuridica di maltrattamento, anche se i tempi ancora immaturi non hanno permesso di ipotizzare una responsabilità genitoriale relativa alla condotta omissiva o commissiva degli stessi. Nel corso degli anni però la scienza medica ha mutato orientamento diagnostico, iniziando ad interpretare le lesioni sui bambini nell'ottica di una dinamica di maltrattamento. A riguardo, di fondamentale importanza è stata la relazione sul maltrattamento infantile presentata all'Annual Meeting of American Academy Paediatrics nel 1961 ad opera di Kempe⁴ e della sua équipe. È in questa sede che è stata coniata la "*Battered Child Syndrome*", ossia la "Sindrome del bambino percosso", grazie ai risultati ottenuti da uno studio condotto in 71 ospedali e in 77 Tribunali per i Minorenni.³⁵

Negli anni successivi gli scienziati iniziarono a valutare non solo i segni risultanti da un evidente abuso, ma anche le conseguenze relative a trascuratezza, malnutrizione, violenza aggressiva e psicologica come fonti di maltrattamento. In particolare, il

³⁴ Laura C. Di Filippo, *L'abuso intrafamiliare sui minori nella prospettiva criminologica integrata*, Università degli Studi di Teramo – Nuova serie, Giuffrè Editore, 2003, pp. 21-22.

³⁵ Laura C. Di Filippo, *L'abuso intrafamiliare sui minori nella prospettiva criminologica integrata*, Università degli Studi di Teramo – Nuova serie, Giuffrè Editore, 2003, p. 26.

contributo maggiore in merito è derivato dallo studio di Fontana, il quale, all'inizio degli anni '70, ha teorizzato la "*Maltreatment Syndrome in Children*", cioè la "Sindrome del bambino maltrattato".

Il pieno riconoscimento del problema dell'abuso è avvenuto solo nel Gennaio del 1974: il Congresso degli Stati Uniti d'America ha varato il "*Child Abuse Prevention and Treatment Act*" (Public Law, 93-247), intervento legislativo di notevole importanza per quanto riguarda la tutela dei minori, in cui vengono enunciate disposizioni procedurali per la denuncia dei fatti di abuso, l'investigazione, la preparazione del personale, l'assistenza finanziaria per organizzazioni private e pubbliche finalizzate a progetti di ricerca nel campo del maltrattamento minorile e il patrocinio giudiziario delle vittime.

Sul versante italiano, si è riscontrata una maggiore attenzione all'universo dell'infanzia, grazie ai numerosi interventi a livello normativo relativi al diritto di famiglia e alle attività svolte dal Telefono Azzurro, dal Centro Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare. Per quanto riguarda, soprattutto, il Telefono Azzurro, esso adotta una formulazione ampia di abuso, definendolo come ogni atteggiamento, comportamento, azione che, volontariamente o involontariamente, contrasta con il pieno sviluppo fisico e sociale del bambino.

Sul fronte internazionale, si ricordino la Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo, approvata dalla Società delle Nazioni nel 1925, la Carta dei Diritti del Fanciullo del 1959, la Risoluzione relativa alla violenza nella famiglia, adottata nel 1985 in occasione del VII Congresso Internazionale dell'ONU, il Progetto di Convenzione Internazionale dei Diritti del Fanciullo, approvato dall'Assemblea Generale dell'ONU nel Novembre del 1988, ed infine, la Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia, approvata il 20 Novembre 1989³⁶ sempre dall'Assemblea Generale dell'ONU. Quest'ultima, di notevole importanza, è un atto formale di estrema valenza storica, poiché per la prima volta i diritti dei bambini entrano a pieno titolo nel mondo giuridico internazionale.

3.1 Gli strumenti di valutazione delle varie forme di abuso

³⁶Convenzione sui diritti del fanciullo

la Sindrome del bambino percosso è divenuta un modello clinico basato sulla dimostrazione di come diverse condizioni di interesse psicopatologico potessero originare da ripetuti episodi di violenza fisica intrafamiliare. Inoltre, gli anni '70 hanno rappresentato un importante momento storico perché, da un lato, sono state fatte numerose riflessioni riguardo il confine tra il diritto dei genitori verso i propri figli e le relative scelte educative e, dall'altro, il diritto dei minori è stato definito in maniera autonoma, per la tutela delle loro esigenze primarie e fondamentali.

Negli anni '80, poi, l'attenzione si è spostata sul problema strettamente correlato all'abuso sessuale, sia intrafamiliare, perciò connesso al problema dell'incesto, sia extrafamiliare, legato al fenomeno della pedofilia. La sempre più ampia categoria delle famiglie allargate, composte da nuovi partner con figli nati da precedenti matrimoni, ha contribuito a rendere poco consona la netta distinzione sopra citata, così che si è vista la nascita di un nuovo fenomeno patologico, definito abuso peri familiare. Quest'ultimo si riferisce a quei casi in cui l'abusante sia un membro della famiglia, ma non legato da vincoli di sangue con la vittima.

Il problema inerente al problema dell'abuso si distingue in due piani:

- ✓ innanzitutto, per molto tempo gli studiosi hanno dovuto convivere con la questione del "*crimine nascosto*" e sulla necessità di far conoscere la natura e l'entità dei danni a cui il bambino abusato è esposto e, di non meno importanza, le dinamiche relazionali che sottendono l'abuso e le sue manifestazioni;
- ✓ inoltre, un altro ordine di problemi è rappresentato dal maltrattamento psicologico e dalla trascuratezza e la relativa valutazione degli aspetti psicologici ed emozionali, la quale, al tempo, considerava fattori di tipo clinico, inerenti alla nozione di sviluppo nei versanti ontogenetico, ecologico ed interattivo. Poiché gli studi e le ricerche inerenti l'abuso su minore, nelle sue diverse forme di estrinsecazione, hanno incontrato spesso difficoltà di inquadramento, venendo di conseguenza ridotte a concettualizzazioni schematiche e semplicistiche, i ricercatori hanno iniziato a spostare l'attenzione sugli effetti del maltrattamento sul processo di sviluppo, in modo da giungere, come hanno affermato Cicchetti e Toth nel 1995, ad "*un unificato*

*e comprensivo piano d'azione capace di indirizzarsi alla complessità del maltrattamento del bambino*³⁷.

Lo stesso Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) ha presentato una significativa evoluzione dei criteri attraverso i quali sono stati descritti e concettualizzati l'abuso e il maltrattamento. Nelle varie pubblicazioni del DSM (dal DSM – III del 1980 al DSM V del 2013) si è passati da un approccio allo studio dell'abuso incentrato maggiormente sul carattere esterno ed ambientale del fenomeno, comprensivo degli eventi psicosociali stressanti ad una attenzione clinica riguardo i problemi correlati a maltrattamento ed abbandono, in particolare il maltrattamento fisico del bambino, l'abuso sessuale del bambino e l'abuso sessuale dell'adulto.

In questi ultimi anni l'attenzione si è focalizzata maggiormente sullo studio relativo alla psicopatologia infantile: in questo modo, si sono ideati degli strumenti valutativi, preventivi e terapeutici tempestivi per affrontare le situazioni di emergenza, le loro conseguenze immediate e i possibili esiti a breve e a lungo termine, come la cronicizzazione del disturbo o l'evoluzione di una personalità fragile. Il bambino quindi viene inteso come vittima e per questa ragione diviene oggetto nello studio della psicopatologia infantile, in prospettiva evolutiva. A tal proposito, ritengo utile riportare i tre obiettivi relativi alla formazione, stabiliti nel "Documento di indirizzo per la formazione in materia di abuso e maltrattamento all'infanzia", approvato dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e dal Comitato di coordinamento per la tutela dei minori dallo sfruttamento e dall'abuso sessuale ex articolo 17, legge 269/1998 il 6 Aprile 2001³⁸:

- acquisizione delle competenze utili al rilevamento precoce dell'abuso all'infanzia. In questo contesto, "*rilevare*" significa raccogliere le informazioni necessarie affinché l'eventuale segnalazione provenga da un "*sospetto fondato*";
- acquisizione di competenze e conoscenze necessarie durante il processo di valutazione dell'abuso, in altre parole, possibilità di acquisire competenze specifiche inerenti alla

³⁷ Ernesto Caffo, Giovanni Battista Camerini, Giuliana Florit, Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia – Elementi clinici e forensi, Collana di Psicologia a cura di Paolo Moderato e Francesco Rovetto, The McGraw – Hill Companies srl, Publishing Group Italia, 1° Edizione, Febbraio 2002, p.6.

³⁸ Ernesto Caffo, Giovanni Battista Camerini, Giuliana Florit, Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia – Elementi clinici e forensi, Collana di Psicologia a cura di Paolo Moderato e Francesco Rovetto, The McGraw – Hill Companies srl, Publishing Group Italia, 1° Edizione, Febbraio 2002, p.10

propria professione per favorire un approccio multidisciplinare ed integrato, quindi rivolto:

- agli operatori dell'area socioassistenziale come gli infermieri legali forensi, ai medici specialisti come i Pediatri, Medici Legali, Biologi, il cui compito è relativo all'esame fisico e alla raccolta dei reperti biologici del bambino presunto vittima;
- agli psicologi, neuropsichiatri infantili, i quali devono effettuare l'esame psichico e contribuire alla raccolta e all'analisi della testimonianza, in collaborazione con il giudice;
- agli operatori giuridici, che effettuano (e raramente solo assistono) all'audizione del minore, per poi valutare l'attendibilità della testimonianza.
- acquisizione delle conoscenze e competenze necessarie per il trattamento e il sostegno del bambino risultato vittima di abusi.

Nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, è stato inserito il PTSD, ossia il Disturbo Post Traumatico da Stress, il quale segue spesso ad un quadro clinico definito ASD, cioè il Disturbo Acuto da Stress. I criteri peculiari di cui nel DSM 5³⁹ viene definito l'ASD:

- esposizione a minacce all' integrità fisica e vita per sé e per gli altri;
- apatia nel provare emozioni positive;
- dissociazioni e sintomi di evitamento sia a livelli cognitivo che comportamentale;
- iperattività, irritabilità, alterazione alla concentrazione, disturbi del sonno.

Un'altra entità clinica di notevole importanza è il Disturbo dell'Adattamento, il quale può insorgere in risposta di eventi non traumatici, ma comunque capaci di provocare uno stress tale da provocare conseguenze sul bambino e nella gran parte dei casi conseguente a mutamenti importanti, come, per esempio, la perdita di una persona cara, il cambio di abitudini quotidiane o la salute fisica del soggetto stesso. Le reazioni da stress nei bambini e negli adolescenti sono caratterizzate da:

- pensieri ripetitivi
- nictofobia

³⁹ American Psychiatric Association, 2013

- o insonnia
- o instabilità emotiva e aggressività
- o marcata ansia da separazione
- o difficoltà di concentrazione e amnesie non riconducibili a patologie organiche
- o difficoltà comunicative, soprattutto con genitori ed amici
- o hopelessness o sentimento di perdita delle prospettive future
- o depressione, ansia e sensi di colpa.

Queste conseguenze comportamentali si verificano in particolar modo nelle vittime di abuso sessuale, per opera di meccanismi difensivi volti a ridurre la consapevolezza di un'esperienza vissuta come spaventosa. È una reazione che, nell'immediato, svolge una funzione adattiva, ma nel lungo termine comporta sintomi propri del Disturbo Post Traumatico da Stress. Secondo Mc Leer e coll., per effettuare una diagnosi del Disturbo sopra citato, è necessario che il bambino presunto abusato sessualmente soddisfi questi criteri esplicitamente riportati nella Tabella 2 seguente:

- a) almeno un sintomo della categoria A
- b) tre o più sintomi della categoria B
- c) almeno tre sintomi della categoria C

Tabella 2: Disturbo post – traumatico da stress secondo il DSM – IV- TR⁴⁰

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

1) la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con uno o più eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;

⁴⁰ American Psychiatric Association, DSM – IV- TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2001, pp. 502-503

2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. NOTA: nei bambini, questo può essere espresso con un comportamento disorganizzato o agitato.

B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. NOTA: nei bambini piccoli si possono avere giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma

2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. NOTA: nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile

3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò comprende sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). NOTA: nei bambini piccoli si possono avere rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma

4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a un aspetto dell'evento traumatico

5) reattività fisiologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a un aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma) come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associati al trauma

2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma

3) incapacità di ricordare un importante aspetto del trauma

4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative

5) sensazione di distacco o estraniamento dagli altri

6) affettività ridotta (per esempio, incapacità di provare sentimenti d'amore)

7) senso di diminuzione delle prospettive future (per esempio, aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio, figli o una normale durata della vita)

D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma) come indicato da due (o più) dei seguenti elementi:

1) difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno

2) irritabilità o scoppi di collera

3) difficoltà a concentrarsi

4) iper vigilanza

5) esagerate risposte di allarme

E. La durata del disturbo (sintomi ai criteri B, C e D) è superiore a un mese.

F. Il disturbo causa un disagio clinicamente significativo o un'alterazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

ACUTO: se i sintomi durano meno di 3 mesi

CRONICO: se i sintomi durano più di 3 mesi Specificare se: esordio ritardato: se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

3.2 Fattori di rischio

Si distinguono quelli individuali, riguardanti la maggiore o minore vulnerabilità personale allo stress (mediata da fattori neurobiologici, temperamentali, affettivi, cognitivi) e ambientali, legati a variabili quali la qualità delle relazioni di attaccamento alle figure genitoriali, gli stress e gli eventi della vita precedenti, gli interventi psicosociali di sostegno e di supporto. Gli esiti clinici legati alle condizioni di abuso e maltrattamento si manifestano attraverso la mediazione di fattori genetici, i quali tuttavia non possono sortire effetti in senso deterministico. Gli effetti delle avversità psicosociali durante la prima infanzia possono riguardare i modelli cognitivi, le relazioni interpersonali, i mutamenti del sistema neuroendocrino, sino ad esiti neurobiologici.

3.2.1 Fattori specifici di rischio

1. Cause sociali: famiglie isolate dal contesto sociale, difficoltà economiche, disoccupazione, emarginazioni sociali, immigrazione, cause religiose e razziali, isolamento dalle famiglie di origine, condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi, famiglie monoparentali.
2. Cause relazionali intrafamiliari: patologia della relazione tra i genitori, conflitti nella coppia genitoriale, età dei genitori (troppo giovane o troppo avanzata), inversione dei ruoli genitoriali, genitori con pattern di attaccamento insicuri/disorganizzati, promiscuità nelle relazioni, esposizioni alla violenza domestica.
3. Patologie genitoriali: psicosi, gravi disturbi di personalità (borderline), gravi disturbi ansiosi o depressivi, tossicodipendenze, alcolismo, sociopatie, insufficienza mentale, gravi disabilità fisiche o sensoriali, passato di violenza familiare.
4. Patologie del bambino: patologie neonatali, malattie croniche, disabilità fisiche e/o psichiche, deficit di apprendimento, disturbi del sonno, pianto notturno e diurno, problemi delle condotte alimentari e/o sfinteriche, inibizioni o ipercinesia.

3.2.2. La sindrome di Munchhausen per procura

Diagnosticare questa sindrome non è sempre facile. Identificata dal pediatra Meadow nel 1977, questa sindrome si riferisce al comportamento attuato dal genitore nei confronti del minore mediante la simulazione di sintomi ovvero mediante l'induzione di patologie organiche al fine di ricorrere al trattamento medico cagionando gravi sofferenze anche talvolta mortali al minore.

La sindrome di Munchhausen per procura, è una derivazione della Sindrome di Munchhausen "classica", concepita dallo psichiatra Asher nel secolo scorso (1951) ed utilizzata per spiegare specifici sintomi fisici e/o psicologici riconducibili apparentemente alla malattia, ma che in realtà sono inesistenti o autodeterminati e gravi a tal punto da ricorrere alle cure mediche.

“Per procura”⁴¹ invece, si riferisce alla sintomatologia procurata al minore come causa della condotta del genitore, il quale, affetto di cui sopra, sceglie di ricorrere in modo spasmodico e maniaco alle cure sanitarie, obbligando il figlio alla somministrazione di cure e pratiche accertative frequenti.

Essa è caratterizzata da fattori così descritti;

- Simulazione di una malattia;
- Riferito o procurato aggravamento nel corso di una malattia reale;
- Provocazione di sintomi di una qualsiasi malattia da parte di un adulto.

Generalmente, l'abusante induce il minore sintomi tali da richiedere l'intervento del sanitario. La vittima viene sottoposta a continue indagini cliniche e successive cure inutili.

Questa sindrome viene definita nel DSM-IV-TR (quarta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, pubblicato dall'American Psychiatric Association nel 1994), consiste in una classificazione “nosografica ateorica assiale” dei disturbi mentali.

I disturbi mentali, vengono definiti sulla base di quadri sintomatologici e raggruppati su basi statistiche; tale sindrome viene indicata come “Disturbo fittizio per procura” e, viene descritto come *“la caratteristica essenziale, è la produzione deliberata o la simulazione di segni o sintomi fisici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto”*.

In questo caso, la vittima è il minore, la cui responsabile è la stessa madre. Le motivazioni che inducono tale comportamento, si ritiene possa essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo del malato.

La figura della madre premurosa, attualmente la si ritiene una delle forme tipiche di criminalità femminile, particolarmente subdola, in quanto mascherata dietro ad un'immagine di una madre premurosa, della quale diventa difficile diffidare; attenta alla salute del figlio, e continuamente alla ricerca di medici esperti e di cure.

Individuare i comportamenti che la madre mette in atto, diventa un elemento imprescindibile da parte dei clinici e dell'infermiere forense specialista in criminologia.

⁴¹ Laura C. Di Filippo, L'abuso intrafamiliare sui minori nella prospettiva criminologica integrata, Giuffrè Editore, 2003, p. 104.

E dunque, quali sono i campanelli d'allarme che possono indurre al sospetto di tale sindrome?

- Racconto di episodi fittizi e sintomi inesistenti;
- Falsificazione di campioni da analizzare e documenti;
- Avvelenamento e soffocamento;
- Introduzione per via endovenosa di materiale infetto il cui obiettivo è lo scatenare la malattia

Le fantasie distorte della madre e le eventuali conoscenze in ambito medico, portano ad attribuire sintomi riferiti al bambino.

Altri comportamenti lesivi simili distinguono la sindrome di Munchhausen per procura:

✓ Doctor Shopping per Procura; i bambini che nei primi anni di vita hanno sofferto di una qualsiasi grave malattia, vengono portati da innumerevoli specialisti per disturbi di minima entità. Questo significa che vi è una esagerazione della malattia, solitamente, le madri eccessivamente preoccupate per le condizioni fisiche dei figli, ricorrono all'aiuto del medico, percependo le patologie comuni che affliggono i figli come gravi minacce per la vita degli stessi, chiedendo in modo insistente ricoveri e/o accertamenti clinici ripetitivi.

✓ Help Seekers (persone in cerca di aiuto): i sintomi che presenta il minore si differenziano dalla Sindrome di M. per la frequenza con cui vengono indotti. Solitamente si verifica un unico episodio di ipotetica malattia (solitamente immaginaria), piuttosto che una serie di vissuti medici, e rappresentano un bisogno preciso della madre in determinati momenti. L'atteggiamento della madre, una volta posta di fronte all'evidenza, si presenta collaborativa e non presenta alcun segno di ostilità e rifiuto. In questo momento, l'inganno messo in atto dalla stessa, consente di cercare le cure mediche per sé, legittimando attraverso il figlio "malato" il bisogno di aiuto psicologico.

✓ Abuso Chimico: l'anomala somministrazione di qualsiasi sostanza farmacologica o chimica al minore;

1. Farmaci con spiccata tossicità ad azione sedativa tipo sonniferi della madre prescritti dal medico curante: la somministrazione a dosi inadeguate, causano nei minori quadri neurologici gravi che talvolta portano a coma/morte.

2. Farmaci con media tossicità e di facile reperibilità come lassativi, insulina, diuretici.
3. Sostanze a bassa tossicità e di comune impiego domestico come ad esempio il sale da cucina che se somministrato ad alte dosi provoca gravi danni agli organi principali quali cuore, reni cervello.
4. Somministrazione abnorme di liquidi come l'acqua in cui provoca nel bambino alterazioni renali da alterazioni del quadro elettrolitico, stato di coma da edema cerebrale.

Ritengo tuttavia utile menzionare la ricorrenza della dimensione transgenerazionale della sindrome di Munchhausen per procura. Dati clinici rilevano che attraverso un'analisi dei precedenti familiari dell'abusante (con una frequenza di visite mediche almeno una o due volte al mese, dalla nascita al 18°anno di età): le autrici riferivano di aver vissuto in contesti familiari composti da madri iperprotettive e ansiose. Nella prima generazione, le madri esageravano i sintomi della malattia, nella seconda invece, le figlie divenivano autrici dell'induzione dei sintomi.

Ampliare la ricerca di possibili connessioni tra maltrattamento subito nell'infanzia e il manifestarsi della sindrome, dovrebbe incentivare l'analisi dello studio della famiglia di origine del soggetto abusante, per comprendere se a sua volta è stata vittima di abuso fisico, sessuale o psicologico, sia minorile che domestico.

La chiave di lettura da adottare sia relazionale che di condotta, possono fornire agli esperti la differenziazione tra l'iperprotezione genitoriale e l'abuso poiché la sindrome di Munchhausen si presenta sottoforma di molteplici e multiformi conformazioni.

Il riconoscimento del problema della violenza nei minori si concretizza con la promulgazione di numerose leggi che negli anni hanno favorito sempre più un'intensa e articolata attività di protezione nei confronti delle vittime da questi criminali. Con tale protezione, l'ordinamento ha affermato che il valore da tutelare va ravvisato nell'integrità del minore, considerandolo come soggetto che ha potenzialità la cui salvaguardia e l'aumento delle misure preventive, impedendo così l'insorgere di ulteriori reati attraverso la minaccia di azioni sanzionatorie penali. Il diritto ha dunque riconosciuto che gli adulti hanno doveri nei confronti dei minori, sia che questi ultimi sono portatori di diritti che non solo devono essere rispettati, ma devono anche essere concretamente attuati.

3.3 L'analisi del contesto attraverso il reperimento delle prove da parte dell'infermiere forense esperto in criminologia

Il dibattito nell'ambito dell'abuso su minore deve avere carattere interdisciplinare, solo attraverso la cooperazione dei vari professionisti quali operatori sanitari, infermieri e ostetriche legali forensi, psicologi, avvocati, giudici, pediatri, sembra possibile delineare un quadro completo del problema sociale.

La formulazione di modelli scientificamente fondati e condivisi derivanti da numerose ricerche sul campo e dalle evidenze, grazie alla quale è possibile adottare numerosi strumenti valutativi e diagnostici e protocolli – guida per orientare le complesse procedure ai professionisti chiamati a gestire le situazioni di maltrattamento e abuso su minori.

La formazione quindi rimane l'elemento imprescindibile a coloro che gestiscono o comunque sono chiamati a intervenire nelle situazioni di crimini così efferati nei confronti dei minori.

Si ritiene utile riportare alcuni degli obiettivi relativi alla formazione stabiliti nel "documento di indirizzo per la formazione in materia di abuso e maltrattamento all'infanzia", approvato dall' Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza e dal Comitato del coordinamento per la tutela dei minori dallo sfruttamento e dall'abuso sessuale ex articolo 17, legge 269/1998 il 6 Aprile 2001⁴².

- Acquisizione delle competenze utili al rilevamento precoce dell'abuso all'infanzia. Raccogliere informazioni necessarie affinché l'eventuale segnalazione provenga da un "sospetto fondato";
- Acquisizione di competenze e conoscenze utili e necessarie durante il processo di valutazione dell'abuso, sostanzialmente, la possibilità di acquisire competenze

⁴² E. Caffo, G. B. Camerini, G. Florit., Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia - elementi clinici e forensi, Collana di Psicologia a cura di P. Moderato e F. Rovetto., The McGraw Hill Companies, Publishing Group Italia, 1° Ed, Febbraio 2002, p.10

specifiche inerenti al proprio ruolo professionale per favorire un approccio multidisciplinare ed integrato, rivolto alle seguenti figure:

1. Operatori dell'area socio-assistenziale deputati alla valutazione dell'area familiare;
 2. Operatori sanitari il cui ruolo è relativo alla funzione e all'espletamento dell'esame fisico del minore presunto vittima;
 3. Operatori giuridici, il quale raramente assistono ma che effettuano all'audizione del minore, al fine di valutare l'attendibilità della testimonianza resa.
 4. Psicologi, alla quale viene richiesto di effettuare l'esame psichico e di contribuire alla raccolta e all'analisi della testimonianza in collaborazione con il giudice.
- Acquisizione delle conoscenze e delle competenze necessarie per il sostegno e il trattamento della minore vittima di abusi.

3.3.1 Esame fisico sul bambino vittima di abuso e maltrattamento e il reperimento delle prove

L'identificazione dei maltrattamenti sia fisici che psicologici, attivi (maltrattamento ed abuso sessuale) o passivi (incuria, ipercuria) possono manifestarsi difficoltosi nel processo di identificazione.

A volte i segni non si presentano agli occhi di chi esamina, ciò nonostante non si può escludere vi sia l'assenza di un abuso, anzi, nella maggior parte dei piccoli pazienti non riconduce a tracce evidenti perché l'accertamento avviene in tempi diversi rispetto al momento dell'abuso o le prove vengono rimosse direttamente dalla piccola vittima (ad esempio attraverso il lavaggio).

La presenza di ecchimosi, ematomi, tranne che in casi rari, durano pochi giorni. Nel caso di abusi sessuali, l'esclusione di incidenti, infezioni e/o malformazioni, risulta fondamentale qualsiasi raccolta delle prove fotografiche, cliniche e biologiche.

La diagnosi differenziale riportata nella valutazione clinica, deve essere rigorosa per quanto riguarda qualsiasi presenza anomala del tessuto e/o organo oggetto di osservazione. Un'accurata ispezione della localizzazione delle lesioni riportate al fine di individuare qualsiasi presenza di lesioni atipiche (torace, dorso, area genitale o perianale, polsi, caviglie) o lesioni riconducibili a morsi in zone non auto-aggredibili.

Il numero delle lesioni e la loro tipologia, la cronologia delle stesse attraverso il controllo del processo di cicatrizzazione; l'età del minore: più è piccolo, più le giustificazioni dei genitori risulteranno come causa di traumatismi "accidentali".

Escludere cause mediche per le ferite riportate e determinare la presenza di ulteriori lesioni, implicano ai sanitari l'esecuzione di test indicati dall'età del minore, dalle lesioni riportate e dal risultato degli esami eseguiti.

Nel caso di lesioni cutanee come gli ematomi, possono essere determinanti i test per le coagulopatie al fine di escludere una malattia della coagulazione del sangue. Tuttavia, non si può escludere che il minore affetto da questa patologia non sia ugualmente vittima di abuso⁴³.

3.3.2 Segnalazione e stesura del referto

Nel caso di minore abusato, comporta l'obbligo da parte dei sanitari alla segnalazione alla Procura della Repubblica e nello specifico alla Magistratura Minorile.

L'azione protettiva che viene fatta nei confronti del minore attraverso la segnalazione, è l'atto attraverso il quale si vuol rendere pubblico il processo di protezione nei confronti dello stesso. L'organo giudiziario coinvolto (Procura o tribunale dei minori), attiva le misure adeguate di protezione ed analizza la situazione nello specifico. L'autore della segnalazione deve riportare tutte le informazioni raccolte il cui obiettivo è la tutela nei suoi confronti.

Vi sono dei casi in cui quando la condotta genitoriale viene messa in discussione e si ipotizzano dei reati, oltre alla segnalazione presso il tribunale dei minori, è fatto d'obbligo segnalare il fatto anche al Tribunale Ordinario (art.331 cpp).

Il codice Penale, agli artt. 361 e 362., stabilisce che i sanitari che prestano servizio in qualità di Pubblici Ufficiali (art. 361 c.p.p.) o di Incarico di Pubblico Servizio (art.362. c.p.p.) – ossia medici, infermieri, ostetriche dipendenti o convenzionati con il S.S.N., che, nell'esercizio delle proprie funzioni vengano a conoscenza di casi che possano ricondurre a caratteri

⁴³ Jackson A., Kissoon N., Greene C, 2015, Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment 5 ottobre 2020

di un reato procedibile d'ufficio, devono fare denuncia all'Autorità giudiziaria nei tempi e modi previsti ai sensi degli artt. 331 e 332 c.p.p., anche nei casi in cui l'autore sia ignoto⁴⁴.

Il referto, è un atto scritto con il quale, il sanitario segnala all'Autorità giudiziaria la prestazione sanitaria nei casi in cui vi siano i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

Il referto quindi, riporta il derivato della prestazione del professionista sanitario sul quale viene riportato tutto il processo di interventi clinici ed assistenziali alla persona in oggetto.

Tutti i sanitari coinvolti a cui hanno prestato cure sanitarie sono obbligati ad elargire un referto (anche in un unico documento). L'omissione è perseguibile penalmente come reato (art.328 c.p.p.)

I dati che il documento deve contenere sono:

1. Nome e Cognome della persona oggetto di assistenza medica;
2. Luogo dove attualmente si trova;
3. Luogo, tempo e circostanze dell'evento;
4. Cause dell'evento delittuoso
5. Mezzi con i quali è stato compiuto;
6. Cause ed effetti a lungo termine

Il Termine di presentazione del referto alle autorità giudiziarie entro 48 h.

⁴⁴ I codici Simone., Codice di Procedura Penale- leggi complementari XLV Edizione giuridiche 2020, p. 185 libro V titolo II

CONCLUSIONI

L'attenzione che negli anni è stata data ai fatti criminosi, ha portato a una sempre più complessa ricerca di risposte scientifiche attraverso la scienza forense che oramai fa parte del sistema giudiziario implementando quelle figure che fino a qualche decennio fa erano sconosciute.

La criminologia negli anni ha fatto passi da gigante, tutto ciò grazie agli studi dei padri fondatori e dalla continua ricerca delle prove e lo studio della profilazione criminale. La scienza forense oggi, riveste un ruolo determinante dalla scena del crimine alle prove documentali, la cui importanza è fondamentale a livello giuridico. L'impiego delle diverse figure forensi con la loro specificità come l'infermiere forense specialista criminologo, che proprio perché opera in un contesto specifico di criticità legata alla salute ma che oramai sempre più sottoposto ad eventi criminosi come le violenze in genere, abusi, scene del crimine.

La scienza forense ha un ruolo fondamentale in tutto ciò, oggi le forze in campo devono essere sempre più competitive e specializzate proprio perché le dinamiche delittuose appaiono via via sempre più "strutturate", con l'unico obiettivo di saper riconoscere il crimine e quindi una complessa valutazione degli investigatori nella ricerca delle prove. La profilazione criminale, è tuttavia un approccio volto alla costruzione dell'identikit psicologico del criminale basandosi sull'analisi dei crimini commessi. Esso indica le principali caratteristiche di personalità e del comportamento del criminale. Non solo, cerca di annoverare tutte le forme di violenza agita; dalla storia del crimine alla cattura del reo.

L'impiego dell'infermiere forense criminologo, che riveste anche il ruolo di profiler all'interno del sistema sanitario e che contribuisce insieme alla rete giudiziaria di percorsi collaborativi, l'importanza nei processi di valutazione e reperimento delle prove in supporto ai team multidisciplinari sia in sanità che come CTU nei Tribunali.

Dal mio punto di vista, la mia personale analisi dei testi scientifici, mi ha permesso di constatare come in alcuni casi, decisioni debbano essere affrontate attraverso la conoscenza e competenza degli specialisti specialmente nei casi di reati contro soggetti vittime di violenza e bambini. Proprio nel caso dei bambini, vorrei soffermarmi a

sottolineare quanto sia imprescindibile la presenza di un infermiere forense specializzato in criminologia, come figura che all'interno dell'equipe possa portare le proprie conoscenze e competenze ai fini di un'indagine primordiale con l'obiettivo di definire quali possano essere le dinamiche che hanno portato a compiere ogni tipo di abuso.

Collaborare con le forze speciali messe in campo dalla Polizia scientifica, ovvero, l'Unità di Analisi del crimine Violento, squadre speciali composte da un team multidisciplinare altamente specializzato per affrontare i crimini più efferati e le violenze in genere. Solo attraverso lo studio e la presenza di figure professionali come l'infermiere forense esperto in criminologia, che attraverso metodi scientifici e in collaborazione con le figure preposte, possa analizzare quantomeno il comportamento umano.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM – IV- TR. *'Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali'*; ANDREOLI. V (a cura di), CASSANO GB (a cura di), ROSSI R (a cura di) Masson, Milano, 2001, pp. 502-503

BECCATINI.G., BAMBI.S., PALAZZI.F. et al: *'il fenomeno delle aggressioni agli operatori di pronto soccorso: la prospettiva italiana'*. In ANIARTI, atti del XXVI Congresso nazionale Aniarti 2007; 535-541

BENCI L. *'Aspetti giuridici della professione infermieristica'*, McGraw- Hill 8° Edizione., giugno 2019

BEATTIE, J., INNES, K., GRIFFITHS, D., & MORPHET, J. (2020). *Violenza sul posto di lavoro: esame delle tensioni tra dovere di diligenza, sicurezza dei lavoratori e tolleranza zero. Revisione sulla gestione dell'assistenza sanitaria*, 45 (3), E13–E22. 10.1097., PubMed

CAFFO E, CAMERINI G B, FLORIT G, *'Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia – Elementi clinici e forensi'*, ed. McGraw-Hill Companies., 2004

Centres for Disease Control and Prevention, 2021; Usher et al., 2020

CORTE DI CASSAZIONE – (Sez. IV penale.), sentenza del 19 ottobre 2017 n. 50078

DI FILIPPO L. C., *'L'abuso intrafamiliare sui minori nella prospettiva criminologica integrata'*, Università degli Studi di Teramo, Giuffrè Editore, 2003, p. 21-22-26.

DECRETO-LEGISLATIVO 9 giugno 1999 n.229 recante *"Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge n. 419 del 30 novembre 1998"*

DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI., art. 31 del 12 gennaio 2017 *"Cure palliative domiciliari. Assistenza socio-sanitaria residenziale per cure palliative alle persone in fase terminale della vita"*

European Agency for Safety and Health at Work (EU_OSHA,2010, pp.56-57)

GAZZETTA UFFICIALE del 9 settembre 2020 la legge 14 agosto 2020, n.113 *"Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"*

GACKI-SMITH J., JUAREZ. A., BOYETT. L., HOMEYER. C., ROBINSON. L.& MACLEAN. S.-
'Violence against nurse working in U.S. emergency departments'. The Journal of Nursing Administration. 2009; 39 (7/8), 340-349

HASSANKHANI, H. e SOHEILI, A. (2017). *'Politica di tolleranza zero: l'ultimo modo per frenare la violenza sul posto di lavoro contro gli infermieri nel sistema sanitario Iraniano'*, Journal of Caring Sciences, 6 (1), 1-3. 10.15171/jcs.2017.001

HILLARD R., ZITEK B., *'Il paziente potenzialmente violento. Emergenza psichiatrica'*. Roma: CIC edizioni internazionali; 2005

I CODICI SIMONE *'Codice Penale, leggi complementari'* Ed. Giuridiche Simone XLV Edizione 2019., p.131 libro II titolo II- dei delitti contro la pubblica amministrazione

I CODICI SIMONE., *'Codice di Procedura Penale- leggi complementari'* Ed. Giuridiche Simone XLV Edizione 2020 p. 185 libro V titolo II- notizia di reato

ILO., ICN, WHO, PSI. *'Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector'*. 2002

JACKSON A., KISSOON N., GREENE C, *'Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment'*., PubMed., 2015

KRUG EG, World Health Organization, *'Violenza e salute nel mondo; quaderni di sanità pubblica'*, 2002: 1-356

MARCHESELLI F. *'La consulenza Tecnica di parte in ambito clinico- forense'* pratica metodologia, formazione Ed. Psiconline

MASTRONARDI. M *'Il ruolo dell'infermiere forense nella gestione della terapia farmacologica'* edizioni Aracne., 1°ed.2021., pag. 52-53

MASTRONARDI V. M. –DE LUCA R., *'I Serial Killer Il volto segreto degli assassini seriali: chi sono e cosa pensano? Come e perché uccidono? La riabilitazione è possibile?'* ottobre 2013 Newton & Compton Editori, p. 384 e ss.

MASTRONARDI V.M., *'Manuale di comunicazione non verbale'*, 6ª ristampa. sett.2022, Carocci Editore- Manuali Faber

MASCLACH C., LEITER M.P., *'Burnout e organizzazione; modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro '*, Guide Psicologia Ed. Centro Studi Erickson

MERVIN E.I., *'Il personale infermieristico della salute psichiatrica-mentale nel 2018; implicazioni per il futuro '*, Archives of Psychiatric Nurse., PubMed 2020

NAPOLI G.E., *'La responsabilità sanitaria nel sistema civilistico. Punti fermi e nuove linee di riforma, in Responsabilità civile e previdenza'*, Giuffrè Editore 2017, p. 65 ss

PROTOCOLLO D'INTESA TRA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEGLI INFERMIERI (FNOPI), CONSIGLIO NAZIONALE FORENSE E CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA. Per l'armonizzazione dei criteri e delle procedure di formazione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici ex art. 15, l. 8 marzo 2017, n. 24, in attuazione dell'art. 14 del Protocollo d'intesa tra CSM, CNF e FNOMCeO firmato il 24 maggio 2018.

RAMACIATTI N., CECCAGNOLI A., *'Violenza e aggressioni in pronto soccorso: revisione della letteratura'*, Rivista l'infermiere n.5 del 13 dicembre 2011

TESTO DEL DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158, (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 settembre 2012, n. 214), coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (in questo stesso supplemento ordinario alla pag. 1), recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute». (12A11988) (GU Serie Generale n.263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201)

ZAMPIERON A., GALEAZZO M., TURRA S., BUJA A. '*Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions* ', Journal of Critical Nursing, 2010

WINDSOR-SHELLARD B, GUNNELL D. '*Occupation-specific suicide risk in England*', 2011-2015. Br J Psychiatry. 2019;1-6

ZENG HJ., ZHOU. GY., YAN. HH., YANG. XH., JIN. HM., '*Chinese nurses are at high risk for suicide: a review of nurse suicide in China*' 2007-2016.

SITOGRAFIA

Association of Forensic Nursing, definizione ufficiale dell'infermiere forense presentata nel 1998, disponibile su <https://www.forensicnurses.org/>

Camera dei deputati, servizio studi XIX Legislatura, contrasto alla violenza di genere. Legge n.69 del 2019(c.d. codice rosso), disponibile su, <https://temi.camera.it/leg19/temi/violenza-contro-le-donne.html>

Convenzione sui diritti del fanciullo disponibile su, <https://www.unicef.ch/it/chiamo/convenzione-sui-diritti-dellinfanzia>

Codice deontologico delle professioni infermieristiche. Approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riunito a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019, disponibile su, <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/>

Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158 disponibile su <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/09/13/012G0180/sg>

Giornata nazionale di prevenzione, disponibile su, <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-factsheet-violenza-professioni-sanitarie-2022.html>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

International Labour Organization; line guida quadro per affrontare la violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario: il manuale di formazione., disponibile su, https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/training/WCMS_108542/lang--en/index.htm

Linee guida RCP 2021 <https://www.ircouncil.it/linee-guida-rcp-2021/>

Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM-5 tm, 5ª edizione. Disponibile su, <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>

Midazolam, disponibile su, <https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/>

National Library of Medicine., Predittori di eventi di violenza o aggressione contro gli infermieri sul posto di lavoro; una revisione di ambito, disponibile su, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9796891/>

National Library of Medicine., Il personale infermieristico della salute psichiatrica-mentale nel 2018: implicazioni per il futuro., disponibile su, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33032752/>

Normativa Decreto legislativo 229/99 recante "norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" Testo inviato dal Governo per la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento ordinario n. 132/L. Art. 16-bis (Formazione continua), disponibile su, https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/C_18_normativa_4_listafila_file_0_linkfile.pdf

Polizia scientifica, disponibile su, <https://www.poliziadistato.it/articolo/unita-analisi-crimine-violento>

Violenza contro gli operatori sanitari, dati e analisi in uno studio Inail., disponibile su <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-factsheet-violenza-professioni-sanitarie-2022.html>

RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio della mia tesi a tutte le persone che mi hanno supportata nel mio percorso universitario e professionale.

Al mio relatore il Professor Fabio D'Alessio per l'oculatezza, la grande professionalità, la precisione e l'infinita pazienza dimostrata nel seguirmi nella stesura dell'elaborato; senza il suo sostegno e ispirazione, non sarei mai arrivata fino a qui. Sono profondamente grata per avermi dato l'opportunità di lavorare su questo progetto;

ringrazio altresì la mia Tutor, la dottoressa Fiammetta Della Bella, per la grande disponibilità e professionalità;

a mio marito Giovanni che ancora una volta ha sostenuto e supportato questo percorso così importante e decisivo per la mia persona;

a mia Madre, fonte di sostegno e coraggio, forte sostenitrice del percorso intrapreso;

a Me, testarda, tenace e determinata a realizzare il sogno con impegno e sfida per la passione alla Criminologia.

"Il futuro appartiene a coloro che credono nella bellezza dei propri sogni"

Eleanor Roosevelt