



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina-Chirurgia**

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**L'infermiere e le strategie operative di soccorso
sulla Scena del Crimine:
Proposta di uno strumento operativo per la raccolta dati**

Relatore: Prof. Luigi Marcon

Correlatore: Marco Bianco

Laureanda: Erica Tonon

Matricola: 1046224

ANNO ACCADEMICO 2014-2015



Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a Tonon Erica nato/a a Treviso il 9 maggio 1992, residente a Roncade, via Giovanni XXIII, 12 tel. 340 8679197 e-mail tonon.eric@gmail.com matricola 1046224 laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica, autorizza la segreteria studenti di Padova a consegnare presso la biblioteca medica "Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

X Laurea Triennale

Anno Accademico 2014/2015

Data della tesi 4 novembre 2015

Titolo della tesi

L'infermiere e le strategie operative di soccorso sulla Scena del Crimine: Proposta di uno strumento operativo per la raccolta dati

Parole chiave

Scena del Crimine, Infermiere forense, sopralluogo

Abstract inserito nel file

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore Marcon Luigi

Correlatore Bianco Marco

Padova, li _____

Firma dell'autore

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a Tonon Erica

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in [Padua@thesis](#), l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in [Padua@thesis](#) e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data _____

Firma _____

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale [Padua@thesis](#) mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

INDICE

Abstract	pag. 1
Introduzione	pag. 3
CAPITOLO I	pag. 5
L’Infermiere e la Scena del Crimine	
1.1 Definizione problema	pag. 5
1.2 Contesto in cui si presenta il problema	pag. 5
1.3 La sicurezza del personale sanitario sulla scena	pag. 8
CAPITOLO II	pag. 15
Materiali e metodi	
2.1 Ipotesi, obiettivi, domande guida	pag. 15
2.2 Fonte dei dati e parole chiave	pag. 15
2.3 Valutazione della letteratura	pag. 16
CAPITOLO III	pag. 19
La scheda infermieristica per la raccolta dati	
3.1 Normativa	pag. 21
3.2 Presentazione scheda	pag. 22
Conclusioni	pag. 25
Bibliografia	pag. 26
Allegato 1	pag. 28
Allegato 2	pag. 31

ABSTRACT

La presenza di Operatori Sanitari su Scene del Crimine sono una realtà sempre più frequente nella quotidianità, per questo motivo il personale Sanitario che lavora in ambito extra-ospedaliero, ha la necessità di dotarsi di strumenti adeguati per gestire in sicurezza e in maniera corretta scenari di tipo violento senza interferire o ancora peggio, inficiare il lavoro delle altre figure che intervengono negli stessi contesti. Si rende quindi necessaria la conciliazione delle attività svolte dal sanitario con le attività delle Forze dell'Ordine senza compromettere il risultato delle indagini.

Problema: Il personale sanitario, in particolare infermieristico, spesso è il primo a presentarsi sul luogo di un evento criminoso. Pur avendo come obiettivo primario la salvaguardia della vita e quindi l'intervento assistenziale sulla vittima, resta fondamentale il riconoscimento di un evento criminoso per decidere il comportamento più idoneo atto a favorire l'attività investigativa delle Forze dell'Ordine.

I nuovi modelli dell'Emergenza prevedono una sinergia tra i vari attori che intervengono nelle situazioni di Emergenza e Urgenza con la necessità di creare una stretta collaborazione tra i vari soggetti istituzionali, stabilendo un armonico meccanismo di interazione, per garantire al cittadino sicurezza e aiuto qualificato.

Strategia/obiettivi: Per contribuire a migliorare la conoscenza del personale dei sistemi 118, inerente ai comportamenti e strumenti utilizzati in contesto di tipo delittuoso si propone una scheda che serva come strumento di semplificazione e corretta gestione delle attività assistenziali infermieristiche, utile anche per le indagini successive.

Vi è inoltre la necessità di formare le figure sanitarie addette all'emergenza sulle problematiche riguardanti la gestione degli scenari, sospetti criminali.

Conclusioni: la revisione bibliografica di testi, articoli scientifici e protocolli, ha prodotto una raccolta di dati utile per indirizzare il comportamento dei soccorritori in caso di avvenimenti delittuosi.

La proposta di una scheda per la raccolta dati, come un strumento di supporto agli operatori; una scheda semplificata, chiara ed efficace per la raccolta di elementi essenziali.

Questo lavoro di Tesi vuole offrire presupposti utili al personale infermieristico agevolando l'attività degli operatori e offrendo un valido supporto al lavoro delle Forze dell'Ordine.

INTRODUZIONE

La concezione moderna dell'investigazione affonda le proprie radici nel periodo di massima fiducia della scienza, nella tecnologia e nella ragione, attraverso le quali, si riteneva, ogni cosa potesse essere spiegata e quindi compresa.

Non c'è quindi un'investigazione che sia inserita in un sistema di controlli; basti pensare che le Scene del crimine sono una realtà sempre più viva nella quotidianità, per questo motivo il personale sanitario che lavora in ambito extra-ospedaliero, ha la necessità di essere adeguatamente formato per poter agire in tutta correttezza in questo tipo di situazioni, senza andare ad inficiare sul lavoro delle altre figure che intervengono in caso di eventi criminosi. Si rende quindi necessaria la conciliazione sulle varie attività svolte dal sanitario che non possono andare a nuocere le azioni delle Forze dell'Ordine.

Uno dei compiti dell'Infermiere, è quello di saper comportarsi all'interno della scena, per facilitare il lavoro degli inquirenti, senza distruggere o manomettere eventuali prove e fornendo preziose indicazioni sull'evento stesso.¹

È indispensabile che gli operatori di primo intervento adottino tutte le misure idonee alla salvaguardia delle prove, impedendo ogni modifica dello stato dei luoghi.

CAPITOLO I

L'Infermiere e la Scena del Crimine

1.1 Definizione del problema

I professionisti sanitari, che lavorano in ambito extra-territoriale, possono essere chiamati a rispondere ad alcune problematiche riguardanti un crimine e di conseguenza ad avere conoscenza e significato di tutela di una Scena del Crimine. Scopo primario degli operatori sanitari giunti su tale Scena è quello di salvare la vita del paziente ma nel caso di evento delittuoso, la priorità è salvaguardare tutte le prove che possono presentarsi evitando la loro contaminazione.

In una Scena del Crimine, fondamentale è il lavoro che viene svolto da coloro che per primi arrivano sulla scena e agiscono su di essa. Il successo di un'indagine dipende dalle scelte e dalle attività poste in essere dagli agenti di primo intervento il cui compito primario è quello di isolare e proteggere la scena, allo scopo di impedire la rimozione o la distruzione delle tracce. È necessario considerare che l'aggressore, ha lasciato tracce e reperti che non sempre sono visibili ad occhio nudo, per questo motivo, le azioni svolte da medici, infermieri, Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, avranno come obiettivo primario la non distruzione degli elementi e il mantenimento della scena nelle sue condizioni iniziali.

Per l'attività investigativa, c'è la possibilità di utilizzare nuovi strumenti di varia natura, test chimici o biologici che aiutano a rilevare tracce nascoste, tecniche analitiche per effettuare l'esame del DNA, tecnica rivoluzionaria che è in grado di permettere l'identificazione certa di un soggetto, partendo anche da tracce biologiche estremamente limitate o degradate.²

Tutte queste attività, per ottenere un valido risultato, devono essere svolte isolando il più possibile la Scena del Crimine ed evitando il suo inquinamento.

Per la tutela dell'operatore sanitario che agisce in un evento delittuoso, la compilazione della scheda deve essere effettuata attentamente e in modo scrupoloso, perché diventerà poi un documento importante, dalla quale attingere informazioni.

1.2 Contesto in cui si presenta il problema

L'attività che dev'essere svolta dal personale di primo intervento è offrire assistenza alla vittima, creare un sistema di accesso controllato alla scena, evitare di fumare, bere e mangiare

nelle aree che risultano protette, vietare l'entrata sulla scena del crimine alle persone che non sono indispensabili per l'indagine, prendere nota di spostamenti e modifiche apportate alla scena.

Per i sanitari, tutelare una Scena del Crimine e non inquinarla, è una circostanza molto difficile; basti pensare a tutto il materiale che viene utilizzato per salvare la vita ad una persona: posizionare il corpo, togliere i vestiti, applicare le placche del defibrillatore in caso di arresto cardiaco, tutti elementi utili e necessari per svolgere il compito sanitario.

Per questo motivo è necessaria un'adeguata formazione del personale sanitario nell'avvenimento pratico, ma anche nella compilazione di un'apposita scheda che permetta di non perdere elementi essenziali che possano poi tutelare in un futuro e che possa anche essere d'aiuto alle Forze dell'Ordine per la risoluzione del caso.

a) La Scena del Crimine

Insieme dei luoghi in cui si è consumato un reato e nella quale è possibile reperire le tracce utili per la ricostruzione della scena.

La Scena del Crimine può essere definita come l'area che presenta la commissione di un reato, area che coinvolge prove fisiche come armi o sangue.

Possono essere definite:

- Scena del Crimine primaria: luogo o il locale dove è stato effettuato il fatto delittuoso e dove viene rinvenuta la vittima
- Scena del Crimine secondaria: gli eventuali altri luoghi o locali in prossimità della scena primaria dove vi è un'alta probabilità che l'autore abbia compiuto delle azioni o sia transitato;
- Vittima: la persona che ha subito l'aggressione, indipendentemente dalla gravità delle lesioni riportate.³

La visione della scena, il cosiddetto "primo impatto", dà la possibilità di crearsi un'impressione mentale dell'accaduto, che va ad influenzare la valutazione del sanitario.

Una corretta valutazione della scena, offre varie informazioni che possono risultare utili nella risoluzione del problema, tra questi il meccanismo della lesione e la situazione prima dell'evento.

b) Il sopralluogo

Inteso come l'identificazione dell'ambiente, ricerca, conservazione delle fonti di prova.

Il sopralluogo giudiziario è un complesso di attività a carattere scientifico che ha come fine la

conservazione dello stato dei luoghi, l'assicurazione delle cose e delle tracce pertinenti al reato, utili per l'identificazione del reo e/o della vittima, nonché per la compiuta ricostruzione della dinamica dell'evento e per l'accertamento delle circostanze in cui esso si è realizzato.⁴

Il sopralluogo è il luogo in cui si verifica il fenomeno oggetto di indagine, dove possono essere acquisiti elementi utili per la ricostruzione dell'avvenimento.

Ogni contatto, che sia con un soggetto o con degli oggetti, lascia una traccia; può esserci un trasferimento di tracce inconsapevole come capelli, fibre, liquidi biologici e impronte. Per questo la necessità di una Scena del Crimine senza contaminazione, perché così, si è in grado di individuare e raccogliere elementi su persone, oggetti e ambienti.

Una scena per essere isolata e protetta, deve avere alle spalle il lavoro di personale qualificato e adeguatamente formato.

È indispensabile avere conoscenze sulla gestione di una Scena del Crimine, possono essere ad esempio l'individuazione, la classificazione, la repertazione e il confezionamento di reperti e tracce, in questo caso facendo riferimento al personale sanitario, il primo che arriva sul luogo della scena e coloro che devono agire per constatare il decesso o salvare la vita alla vittima.

Le tracce si suddividono in:

- primarie: legate all'autore del crimine o alla vittima, come impronte digitali e plantari
- secondarie: quelle tracce che provengono dagli indumenti o dagli oggetti degli autori o delle vittime, come fibre, impronte di scarpa, mozziconi di sigaretta
- terziarie: intese come l'ambiente nella sua globalità⁵

c) La chiamata alla Centrale Operativa

Nella maggior parte degli eventi criminosi, la notizia dell'evento delittuoso arriva attraverso una chiamata alla Centrale Operativa del 118, dove l'infermiere rispondendo alla chiamata dovrà prendersi carico della situazione e agire in modo pacato e professionale, per riuscire, attraverso il quesito di poche domande al chiamante, ad ottenere più informazioni possibili riguardanti l'accaduto.

Non sempre è facile capire attraverso una telefonata, se si tratta di un evento delittuoso; una corretta conduzione della chiamata può aiutare colui che effettua il dispatch, ad evidenziare quelli che possono essere gli elementi principali della situazione.

Per questo motivo le domande da porre devono essere ben indirizzate interessandosi se vi è

la presenza di sangue, segni di collutazione come la presenza di oggetti rotti, danneggiati e posizionati in disordine, presenza di armi, segni di violenza.

Qualora l'operatore di Centrale, percepisse la possibile presenza di un evento criminoso, ha il dovere di raccogliere informazioni non solo di tipo sanitario, ma anche elementi utili che possono far capire la circostanza dell'evento.

Questo tipo di informazioni possono ritornare utili nel momento in cui vi è la necessità di capire se chiamare altri operatori come Vigili del Fuoco, o Forze dell'Ordine e anche per preparare e tutelare l'equipaggio che interverrà nello scenario.

Gli elementi che vengono ricercati e della quale bisogna tener conto nel dispatch sono:

- presenza di sangue nella scena senza evidenti traumatismi;
- segni di collutazione quali suppellettili rotte o mobilio rovesciato, presenza di armi proprie o improprie (pistole, fucili, coltelli, mazze, corpi contundenti) sulla scena;
- segni di violenza sessuale;
- luogo della chiamata conosciuto o identificabile come zona ad alta intensità di crimine, luoghi di spaccio di stupefacenti o frequentati per prostituzione.

In molti casi è innegabile che l'esperienza e la sensibilità del dispatcher siano fondamentali.

Durante il tragitto per il luogo dell'intervento, per informare l'equipaggio, è preferibile utilizzare il contatto telefonico e non quello telematico o via radio; il canale radio è un "Canale aperto" e dunque potrebbe essere ascoltato anche dai media o radioamatori.⁵

Nelle Centrali Operative dovrebbero essere predisposti dei protocolli che supportino gli operatori che rispondono alla chiamata, ad affrontare senza causare errori, il dialogo con il soggetto chiamante, riflettendo sul fatto che in alcune condizioni può essere il Reo ad effettuare la chiamata. In caso di assenza dei protocolli è interesse anche giuridico, richiederli da parte degli infermieri (Codice Deontologico artt. 6, 10, 11, 15; Codice Civile art. 1176)

1.3 La Sicurezza del personale Sanitario sulla Scena del Crimine

Come in ogni intervento sanitario la priorità è sempre quella di salvaguardare la propria vita e poi soccorrere la persona. Oltre alla presenza di pericoli generici, in un evento delittuoso potrebbero esserci agenti esplosivi o tossici, rischio di incendio, cavi dell'energia elettrica "liberi".

In una possibile Scena del Crimine però, può esserci la possibilità della presenza del Reo all'interno dell'abitazione o edificio, in cui è avvenuto l'evento delittuoso, per questo mo-

tivo, sarebbe sempre necessario chiamare le Forze dell'Ordine o aspettare nel caso in cui debbano ancora sopraggiungere nel luogo del reato.

Successivamente l'equipaggio deve considerare tutte le altre possibili fonti di pericolo.

- Porre attenzione ad eventuali spazi morti
- Armi da fuoco innescate
- Presenza di taglienti in zone non visibili
- Animali liberi che dovrebbero essere allontanati
- Stufe elettriche o a gas che possono intossicare il personale

L'intervento iniziale è nelle mani dell'ufficiale di Polizia che arriva per primo sul luogo e deve seguire una particolare procedura in modo scrupoloso, perché un errore in questa fase può determinare l'insuccesso dell'indagine.⁷

Alle volte anche il personale sanitario può arrivare per primo, anche prima della polizia, quindi cosa fondamentale, prima di agire, è la messa in sicurezza della scena. Solo nel momento in cui si ha la certezza che la scena risulti sicura è possibile cominciare ad agire.

Il personale di assistenza pre-ospedaliera deve seguire le indicazioni delle Forze dell'Ordine per quanto riguarda la gestione della scena del crimine, questi avvenimenti non dovrebbero impedire, né sminuire la qualità e la cura del paziente. Le principali Scene del Crimine che interessano gli operatori sanitari sono:

- omicidio
- violenza fisica
- violenza sessuale
- incidente stradale
- infortuni sul lavoro
- intossicazioni da monossido di carbonio
- violenza sui minori
- overdose
- suicidio²

Dovrebbero essere seguite le seguenti linee guida:

- Il parcheggio delle ambulanze dovrebbe essere fatto in modo tale da fornire accesso al personale sanitario ma ponendo attenzione alla Scena Crimine; vale a dire, non travolgere bossoli sparsi o distruggere prove fisiche, come tracce di pneumatici, impronte e/o vetri rotti.
- L'ingresso alla Scena del Crimine dovrebbe essere fatto per un numero minimo di persona-

le sanitario, necessari per accedere e fornire assistenza alle vittime.

- L'entrata e l'uscita dalla scena del crimine, se possibile, dovrebbe essere realizzato per la stessa via.
- Si deve prestare attenzione a non disturbare alcuna prova fisica; per prove fisiche può essere inteso anche la presenza di un elemento impercettibile piccolo come un capello.
- La rimozione dei capi di abbigliamento della persona deve essere ridotto al minimo, nel caso in cui venissero rimossi questa procedura deve essere svolta in modo da minimizzare la perdita di prove fisiche.
- L'abbigliamento e tutti gli altri articoli personali del paziente devono essere lasciati in possesso del personale delle Forze dell'Ordine. Nulla dev'essere gettato.
- Posizionare i "rifiuti" e tutto il materiale, utilizzato dal personale sanitario che va ad accumularsi, in un unico sito lontano dal paziente e/o luogo potenziale di prove della scena del crimine. Importante è non raccogliere oggetti sulla scena del reato gettandola come spazzatura; questo materiale scartato potrebbe essere una prova e quindi andrebbe distrutta.

I pazienti che soddisfano i criteri di "morte evidente", non richiedono la conferma attraverso un ECG, per la presenza di un'evidente asistolia, includono: la decapitazione, l'incenerimento totale del tronco e/o la testa, la decomposizione, la separazione totale degli organi vitali del corpo o la distruzione totale di questi organi accompagnati da nessun impulso rilevabile o alla respirazione ed infine Rigor Mortis.⁸

a) Principali armi presenti sulla Scena del Crimine

Si parla di trauma aperto quando si presenta una ferita da arma da fuoco o coltello e il danno dipende dalla distanza in cui si verifica lo sparo o dalla forza con cui viene usato il coltello e dalla sua larghezza.

Il trauma chiuso invece presenta una valutazione più difficile e complessa perché l'energia che viene esercitata durante la collutazione prevede una superficie più ampia, a differenza di ciò che accade quando si presenta un trauma da arma da fuoco o accoltellamento, dove vi è l'interessamento di una superficie minima.

Il foro d'entrata, generalmente di forma rotondeggiante, è rappresentato come una ferita cutanea che si produce al passaggio del proiettile, le caratteristiche sono diverse, a seconda della grandezza del proiettile, dalla distanza dello sparo e dal tipo di tessuto che viene colpito. Il foro d'uscita, non sempre presente invece è solitamente più piccolo, ma in alcuni casi può presentarsi anche più grande di quello d'entrata, più pulito ed avere una forma completamen-

te diversa; non sono presenti, in questo tipo di fori, l'orletto di detersione, l'orletto contusivo e le ustioni.⁹⁻¹⁰

Le ferite causate da un arma da proiettile unico, possono essere scambiate per ferite da arma bianca, per questo motivo ci sono delle metodologie di identificazione dell'arma che è stata utilizzata.

Sono lesioni da arma bianca le ferite da taglio, da punta, da punta e taglio e da fendente, lesione prodotta sia da un'arma vera e propria che da un oggetto simile che può creare danno come ad esempio le bainette, oppure altri oggetti impropri come rasoi o bisturi.

- Ferite da punta: causate da oggetti costituiti da un'estremità acuminata e a loro volta possono essere a fondo cieco, trapassanti e penetranti.
- Ferite da taglio: prodotte da oggetti taglienti, ovvero che presentano un margine spesso e un altro più sottile e affilato.

Una sede prescelta dall'aggressore è il collo. Nella raccolta di informazioni per creare una diagnosi differenziale, è utile sapere delle lesioni:

- la profondità, se fonda più probabile un omicidio, viene esercitata una forza differente
- la direzione, nel suicidio è obliqua dall'alto al basso e da sinistra a destra e l'arma è impugnata nella mano destra e da destra a sinistra se l'arma viene impugnata da un mancino; nell'omicidio la direzione che si presenta spesse volte è orizzontale.
- presenza delle cosiddette "Ferite da difesa", che solitamente si trovano nelle mani o negli avambracci della vittima
- Ferite da punta e taglio: causate da oggetti con un estremo acuminato e con uno o più spigoli affilati e taglienti come ad esempio un coltello da cucina o da temperini.
- Ferite da fendente: sono tipologie di ferite che dipendono dalla forza esercitata durante l'aggressione e possono essere utilizzate accette, badili, spade, sciabole, etc.

Nel caso in cui si presenti una ferita d'arma bianca o una ferita da arma da fuoco, è utile documentare fotograficamente ciò che è presente nella scena, soprattutto nell'eventualità di dover detergere la zona interessata, del corpo della vittima, per agire su di essa.

Elemento importante infermieristico, in caso di detersione e disinfezione di una qualsiasi ferita è utile svolgere un'attento esame; gli elementi devono essere rimossi prima della medicazione o sutura per evitare infezioni e per conservare in modo consono le prove.¹⁰

b) Dispositivi di utilizzo: conservazione dell'ambiente e delle prove

Per un'accurata tutela della Scena del Crimine è necessario porre alcune cautele.

Se si è presenti all'interno di un luogo dove è avvenuta una colluttazione, è indispensabile utilizzare i copri scarpe per non andare a creare altre impronte che possono mettere in difficoltà l'indagine; nel caso in cui i calzari non fossero stati posizionati, alla conclusione dell'intervento sul posto, il personale dovrà provvedere a fornire le calzature alle Forze dell'Ordine per riprodurre l'orma.

In Italia questa precauzione non viene solitamente utilizzata, il consiglio è dunque quello di togliersi comunque le calzature e posizionarli in un luogo asciutto senza lavarle. ²

Un altro procedimento ritenuto utile, è il posizionamento del nastro bicolore, per evidenziare e delimitare la scena dell'evento ed impedire l'accesso, stabilendo un percorso comune per tutti gli equipaggi, sanitari e non.

È importante ricordare che abiti, oggetti ritrovati all'interno degli indumenti, fibre reperite sul corpo del paziente, possono essere elementi fondamentali per le Forze dell'Ordine; per questo motivo è importante la conoscenza della conservazione e di un accurato trattamento delle prove.

Indossare sempre e in qualsiasi tipo di intervento, i dispositivi di protezione individuale e cambiare se necessario più volte i guanti.

Durante la movimentazione del paziente o la rimozione dei vestiti, quest'ultimi non devono essere tagliati o strappati in corrispondenza di fori d'entrata o d'uscita, o in presenza di ferite, per questo è necessario aggirare i fori e tagliare il vestiario il più lontano possibile.

Se umidi, i capi vanno lasciati all'aria e inseriti in appositi sacchetti di carta; prima del confezionamento, piegare l'abbigliamento più volte su se stesso, posizionando della carta sopra e sotto i fori del proiettile.

Nel caso in cui un proiettile sia stato rimosso dal corpo del paziente, riporlo in una busta di carta, non di plastica perché l'umidità che si può creare all'interno, favorisce la macerazione e quindi l'alterazione delle prove. Infine nominare il sacchetto con data, ora di confezionamento, nome del paziente con data di nascita ove sia stato reperito.

Osservare e memorizzare l'ambiente, creare delle descrizioni e dei disegni prima, durante e dopo l'accesso alla Scena del Crimine, particolare attenzione alle tracce evidenti sul pavimento, non contaminarle.

Non toccare nulla se non per effettuare delle manovre assistenziali o per evitare pericoli. Nel

caso in cui siano necessari degli spostamenti, memorizzare la posizione iniziale. Non aprire le porte che sono chiuse o non chiuderle e non accendere o spegnere interruttori. 11
Astenersi nel modo più categorico, dal compiere qualsiasi indagine di verifica che non sia di propria competenza. ²⁻³⁻¹²⁻¹³

c) Vittima da rianimare

Nella situazione in cui gli operatori sanitari sono chiamati ad intervenire in un luogo criminoso, con la presenza di una persona con ancora presenti segni vitali; sarà necessario attuare dei comportamenti di prevenzione sulle manovre da effettuare.

- Per prima cosa utilizzare il kit di protezione individuale, se il tempo richiesto per indossare tutto il materiale è troppo, indossare solo i calzari.
- Se possibile trasportare la vittima all'interno dei mezzi di soccorso o in una zona non interessata da eventi delittuosi, nel caso non si riuscisse, predisporre un telo per appoggiare gli strumenti utilizzati durante le manovre rianimatorie, evitando di posizionarlo nei luoghi in cui ci sono tracce ematiche, biologiche o impronte.
- Medico ed Infermiere dovrebbero posizionarsi entrambi su un unico lato della vittima utilizzando un telo per le ginocchia.
- Cambiare spesso i guanti durante tutto il decorso delle attività sanitarie, per diminuire il rischio di contaminazione e alterare le possibili presenze di DNA.
- Nei casi di impiccagione la corda non dev'essere tagliata, costituisce una fonte preziosa di prove indiziarie; se la vittima necessita di rianimazione, si dovrà recidere la corda lontano dai nodi.²
- Nell'effettuare un ECG è sufficiente l'utilizzo di tre elettrodi (I monitor presenti nei mezzi di soccorso, riescono a riprodurre un tracciato ugualmente valido, purché ci sia sempre il rispetto della triangolazione degli elettrodi, la lateralità e la distanza di almeno 15 cm).
- Evitare il posizionamento di aghi per infusione sulle mani e in prossimità dei polsi, il letto ungueale è fonte di prove per gli investigatori.
- Le mani della vittima devono essere protette da buste di carta o buste che presentino fessure che permettano di lasciar traspirare l'umidità.
- Gli indumenti della vittima devono essere tagliati aggirando le lacerazioni causate da armi da fuoco o da taglio; evitare le contaminazioni e riporre il tutto in singole buste di plastica.
- Sugli indumenti della vittima possono essere rinvenuti capelli o peli che devono necessariamente essere repertati attraverso l'utilizzo di pinzette, toccando solo il fusto e non danneg-

giando il bulbo della formazione pilifera; successivamente devono essere repertati singolarmente in provette con un tappo.¹²

- Orologi, catenine, bracciali o altri oggetti manipolati o spostati devono essere conservati singolarmente nelle buste di carta o in contenitori chiusi, come dei barattoli.
- Tracce ematiche, terreno o armi, non devono essere rimosse ma preservate .
- Raccogliere tutto il materiale utilizzato dal personale sanitario, riporlo all'interno di un sacchetto e tenerlo a disposizione delle Forze dell'Ordine.
- Per la sicurezza del personale e la conservazione delle prove è consigliabile utilizzare la modalità "Scoop&run"; modalità di intervento che prevede il barellamento ed il trasporto rapido verso il punto di soccorso, limitandosi alle manovre di soccorso essenziali.
- Trasporto rapido della vittima in Pronto Soccorso.
- Compilare la scheda verbale di Scena del Crimine, per creare una relazione dell'accaduto.

d) Vittima deceduta

Nel caso in cui la vittima sia deceduta, l'operatore sanitario deve comunque esercitare le manovre rianimatorie, almeno che non vi sia la presenza di decapitazione, Rigor Mortis, carbonizzazione, avanzato stato di decomposizione, segni ipostatici, dichiarazione di decesso da parte del medico.¹⁴

In questi casi è opportuno:

- indossare il kit di protezione individuale
- memorizzare attentamente la scena e la vittima, attraverso fotografie o videoriprese
- lasciare, se possibile il cadavere, nella stessa posizione in cui viene rinvenuto
- isolare la scena e non far accedere nessuno
- proteggere le mani del cadavere con sacchetti di carta
- constatare il decesso con un solo riscontro attraverso il tracciato ECG ¹⁵
- se erano stati applicati elettrodi, inseriti cateteri venosi o fossero state effettuate altre procedure sulla vittima, non eliminare nulla, sono elementi utili che aiutano gli investigatori a capire quali procedure sono state svolte dai sanitari sulla scena.

CAPITOLO II

Materiali e Metodi

2.1 Ipotesi, obiettivi, domande guida

Allo scopo di raccogliere le conoscenze più aggiornate e inerenti il campo di studio, è stata effettuata una ricerca della letteratura attinente agli articoli e alle pubblicazioni scientifiche atte ad evidenziare i vantaggi e i possibili errori presenti nelle situazioni di eventi delittuosi, gestite da un infermiere in ambito extra-territoriale.

La ricerca è stata realizzata tramite la consultazione della banca dati MEDLINE nel mese di Luglio/Agosto 2015 utilizzando delle specifiche parole chiave inserite per la ricerca degli articoli attraverso il database di Pubmed, Scopus, The New England Journal of Medicine.

Oltre agli articoli così ricavati sono stati ricercati documenti inerenti l'oggetto della ricerca bibliografica da altre fonti, successivamente riportate, tra le quali figurano il web e alcuni libri di testo scientifici.

2.2 Fonte dei dati e parole chiave

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state crime scene investigation, nurse, American investigation e forensic nursing, successivamente strutturate in stringa di ricerca per essere utilizzate in Pubmed utilizzando l'operatore booleano AND. La stringa di ricerca inserita, che ha prodotto più risultati, è risultata così composta: "crime scene" AND "Forensic nursing". Le parole chiave utilizzate invece per la ricerca Web sono state invece Scene del Crimine, linee guida Scene del Crimine, infermieristica forense e successivamente inserite nel motore di ricerca Google.

I criteri di selezione degli articoli ricercati tramite Pubmed sono stati i seguenti:

- articoli in Full Text o Abstract indifferentemente;
- articoli pubblicati negli ultimi 5 anni;
- articoli in lingua inglese;
- articoli che riguardassero il genere umano;
- articoli che riguardassero popolazioni di studio adulte e pediatriche.

Dei 59 articoli trovati sono stati selezionati, 25 articoli in Full Text e 12 articoli in Abstract, in quanto ritenuti i più rilevanti ai fini della revisione della letteratura. Sono stati successiva-

mente scartati 15 articoli dei 25 in Full Text e 7 articoli dei 12 in Abstract in quanto ritenuti con argomenti troppo generali rispetto alla necessità di questo elaborato. Nella seguente revisione della letteratura sono stati effettivamente trattati un totale di 19 articoli, tutti in lingua inglese, ricavati da Pubmed e The New England Journal of Medicine.

Oltre agli articoli così ricavati sono stati ricercati documenti inerenti l'oggetto della ricerca bibliografica da altre fonti. Una ricerca generica nel web ha prodotto come risultato alcuni documenti riguardanti procedure e linee guida sulla criminologia (Università Telematica Pegaso) altri documenti invece riassumono protocolli delle procedure negli eventi criminali. Inoltre sono stati aggiunti dati utili ricavati da fonti Istat, siti della Polizia di Stato e linee guida dell'ULSS 9, nonché linee guida per la rianimazione cardiopolmonare ed emergenze cardiovascolari dell'AHA (American Heart Association, 2000).

2.3 Valutazione della letteratura analizzata

Le radici del criminal profiling sono lontane nel tempo: nel 1972 Jack Kirsch crea la "Behavioral Science Unit" all'interno dell'accademia dell'FBI a Quantico, per determinare l'importanza del profiling come strumento per le indagini investigative.

Successivamente vengono svolte delle interviste nelle carceri americane, ai serial killer, per scoprire le correlazioni tra la scena del Crimine e le caratteristiche di personalità del reo.

Per questo motivo la necessità di introdurre un concetto di modello organizzato, una suddivisione nata da una esigenza investigativa di semplificazione, dal bisogno di un linguaggio condiviso dalle forze dell'ordine e di tutte le figure che vi operano.

Nel 1992 la stesura di un manuale di classificazione del crimine violento, con le caratteristiche principali degli aggressori e le maggiori tipologie di crimine violento.

Un ragazzo venne arrestato ed in seguito condannato per l'omicidio della sua fidanzata, con la quale il giorno della sua uccisione aveva litigato. Le prove scientifiche, l'ora della morte, le tracce biologiche del ragazzo nella casa della fidanzata, i segni di lotta, le testimonianze dei vicini e un alibi carente, avevano all'epoca dei fatti, indotto gli investigatori a ritenere colpevole il ragazzo: malgrado il giovane si proclamasse innocente non furono eseguiti approfondimenti sulla sua versione dei fatti. Qualche anno dopo la condanna del giovane, in Germania venne arrestato un camionista tedesco per diversi omicidi compiuti nel suo paese. Durante gli interrogatori egli confessò anche l'omicidio della ragazza italiana, la quale all'epoca dei fatti, dopo il litigio con il fidanzato e a sua insaputa, era uscita di casa.

Il camionista tedesco le aveva offerto un passaggio ed in quella occasione l'aveva uccisa.

Questo esempio è molto significativo relativamente all'importanza che deve avere la valutazione oggettiva delle prove scientifiche le quali, se pur altamente sofisticate e precise, forniscono informazioni senza anima, che necessariamente hanno bisogno dell'uomo per essere collocate nella corretta posizione.

Ricordando il delitto di Cogne invece, la prima persona ad arrivare, alle 8.30, fu la vicina di casa, un minuto dopo arrivò la dottoressa, assieme a lei suo suocero. Dopo di loro, in rapida successione, altri vicini e, alle 8.45/50, l'elisoccorso. Questo fece da esca per gli abitanti della zona. Il primo errore fu fatto, senza volerlo, dalla dottoressa che decise di spostare all'esterno il piccolo Samuele (per agevolare i soccorsi), e nonostante la testa spaccata parlò di aneurisma cerebrale; il secondo errore lo fecero i vicini e le guide alpine che si addentrarono nella camera per osservare il sangue sui muri e sul letto. Una volta arrivato l'elisoccorso il medico del 118, che prestava ulteriori cure al piccolo e cercava di stabilizzarlo per poterlo trasportare all'ospedale resosi conto che si trattava di un'aggressione fece telefonare di nascosto ai carabinieri, carabinieri che in pochi minuti arrivarono.

Ma una volta alla villetta questi non fecero la cosa più logica da fare, farsi dare i nomi delle persone presenti, per verificarle in un secondo tempo casomai si fossero trovate impronte estranee nella camera, e recintare l'area così da impedire l'accesso all'abitazione ed al cortile, ma l'esatto contrario. Soprattutto, visto che nessuno fino a quel momento era passato dalla porta principale e tutti avevano avuto accesso all'interno dalla porta-finestra della camera da letto, sarebbe stato indispensabile, per sapere se un estraneo fosse uscito dopo il rientro della Franzoni (un eventuale aggressore di Samuele rimasto in casa dopo l'omicidio), non far toccare ad alcuno la maniglia della porta in quanto vi si potevano trovare "impronte digitali fresche". Ma nulla di tutto questo fu fatto, si finse non ci fosse niente di strano usando un comportamento non esattamente professionale. Un carabiniere si spostò fino ai campi per una ricognizione, sempre fingendo di non sapere dell'aggressione, un altro restò nei pressi dell'abitazione a parlare coi vicini e ad ascoltare quanto diceva la Franzoni al marito, che in apparenza era il più scioccato dalla tragedia ed urlava la sua rabbia verso le montagne. A nessuno fu impedito di entrare. A quel punto il Lorenzi, la moglie, la vicina, la dottoressa, suo suocero e chi era rimasto, compresi i carabinieri, entrarono all'interno della villetta. Villetta dalla quale partirono le telefonate ai parenti, dentro la quale tutti ebbero la possibilità di muoversi liberamente. E quando i coniugi furono pronti per andare all'ospedale di Aosta, con loro il comandante dei carabinieri di Cogne (amico di famiglia), le chiavi restarono in mano alla vicina, che poi le consegnò a chi non fu in grado di ricordare.

In Italia la Polizia Scientifica, un servizio della Polizia di Stato, si specializza maggiormente nelle investigazioni tecniche e scientifiche, nei campi della chimica, biologia e fisica; hanno specifica competenza nell'effettuare il sopralluogo creando documentazione come foto, video e audio.

Per questo motivo la necessità di trovare elementi di comune accordo tra i vari operatori che esercitano all'interno di una Scena del Crimine, per migliorarsi e per facilitare la risoluzione delle indagini

Il pensiero Italiano riguardante la salvaguardia delle scene delittuose, si rifà quasi completamente ad un modello di tipo Americano, quasi completamente perché in Italia, la gestione sanitaria è competenza personale sanitario esperto anche se il personale che offre volontariato all'interno delle ambulanze, dev'essere anch'esso formato, nell'eventualità in cui fossero chiamati a gestire questo tipo di situazioni.

Lo studio si focalizza principalmente sui sopralluoghi e la loro salvaguardia, attuando tecniche di misura preventiva.

Fondamentale è la distinzione dei ruoli delle figure che intervengono in queste situazioni; ogni attore ha il suo ruolo che non deve inficiare il lavoro di un altro attore; necessaria è la stretta collaborazione, l'aiuto reciproco per facilitare la risoluzione del caso, non l'inquinamento e il rendere difficile l'operato di un altro operatore .

CAPITOLO III

La scheda infermieristica per la raccolta dati

Molto spesso le schede che vengono utilizzate dai sanitari dell'emergenza, non prevedono "campi" relativi agli eventi criminosi, per questo motivo possono essere utili per i sistemi di soccorso, l'adozione di una scheda report per gli eventi criminosi, per segnare tutte quelle informazioni relative all'evento criminoso che possono poi servire alle forze dell'ordine o alla magistratura.

La proposta di una scheda, per la raccolta dati, mira ad essere uno strumento semplificatore ed un aiuto per il lavoro infermieristico, permettendo di non compiere errori grossolani. Sarebbe opportuno inoltre la creazione di protocolli e la formazione del personale per affrontare in maniera competente le situazioni che si presentano in eventi criminosi.

In alcune realtà del Veneto, il SUEM 118 Provinciale, ha tenuto corsi di formazione per il personale sanitario sia ospedaliero che extra-ospedaliero, riguardante la gestione della Scena del Crimine; purtroppo procedure di questo tipo, non sono state formalizzate.

L'obiettivo della Tesi è quello di focalizzare i problemi principali che si presentano in una Scena del Crimine, operare secondo le procedure, utilizzare le tecniche standardizzate in relazione all'evento e proporre uno strumento utile per la raccolta dei dati sensibili.

Secondariamente il lavoro si propone di indicare al personale sanitario le modalità operative per non inquinare la Scena del Crimine durante il soccorso evidenziando anche le responsabilità del personale stesso.

Tabella I – Delitti in totale per tipologia. (Istat 26/08/2014)

ITALIA					
Numero di delitti denunciati all'autorità giudiziaria					
TIPOLOGIE DEL DELITTO	2008	2009	2010	2011	2012
Strage	28	23	12	14	18
Omicidi volontari consumati a scopo di furto o rapina	31	22	35	28	43
Omicidi volontari consumati di tipo mafioso	106	90	69	53	68
Infanticidi	4	4	3	2	2
Omicidi preterintenzionali	39	36	38	31	33
Omicidi colposi da incidente stradale	1509	1314	1327	1285	1211
Violenze sessuali	4893	4963	4813	4617	4689
Atti sessuali con minorenne	474	492	582	489	558
TOTALE	8705	8290	8188	7920	7949

Riferendoci alla tabella qui rappresentata si sottolineano le tipologie di crimini dagli anni 2008 agli anni 2012.

I crimini maggiormente commessi sono il tentato omicidio e l'omicidio colposo.¹⁵

Le Scene del Crimine sono un evento spesso raro ma, come riportato dai fatti di cronaca, in continua crescita.²

La criminalità violenta in Italia è maggiormente presente nelle regioni di Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia.

L'intervento in Italia è garantito anche in situazioni particolari come quelle criminose, una attività di soccorso altamente competente viene fatta da operatori responsabili e formati.

Di conseguenza lo scopo principale del sistema 118 è quello di rispondere a tutte le esigenze dei cittadini che hanno carattere di urgenza/emergenza sanitaria, cercando di ridurre il numero delle morti evitabili attraverso l'invio tempestivo dei mezzi di soccorso più idonei e il trattamento più qualificato della vittima sul posto.²

La continua formazione degli operatori sanitari, fa sì che essi siano sempre al passo con le continue attività da svolgere e studi di ricerca, in modo da saperle affrontare e gestire in

modo corretto.

Per omogeneizzare i comportamenti degli operatori è necessario creare delle procedure che siano standardizzate e diffonderle tra il personale sanitario interessato.

3.1 Normativa

Nelle indagini preliminari il Pubblico Ministero e la Polizia Giudiziaria svolgono le indagini necessarie per le determinazioni inerenti all'esercizio dell'azione.

Le Forze dell'Ordine e il sistema di soccorso sanitario spesso rispondono alle stesse emergenze ovviamente con compiti diversi, azioni che solitamente avvengono in tempi diversi, ma vi è anche l'eventualità che debbano essere gestite contemporaneamente.

In qualsiasi caso sottostando all'art. 593 del Codice Penale "Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità è punito con la reclusione.." e "...Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità..." si può rifare all'Omissione di Soccorso, punibile penalmente qualsiasi soggetto che non dia allarme alle persone indicate.

Il lavoro dei soccorritori viene affiancato a quello del Pubblico Ministero; esso quando procede ad accertamenti, rilievi segnaletici, descrittivi o fotografici e ogni altra operazione tecnica, dove sono richieste specifiche competenze, può avvalersi di consulenti (art 359/1 c.p.p.).

La Polizia Giudiziaria invece, trova la sua disciplina negli articoli 55-59 del codice di procedura penale; in detti articoli sono definite le mansioni, tracciati i profili organizzativi e quelli funzionali.

A livello infermieristico però, oltre all'articolo sull'Omissione di soccorso, ci si può appellare all'Art. 54 del Codice Penale definendo che "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo."

Mentre per tutti gli operatori l'art. 357, comma 2, lett. e, del codice di procedura penale, contempla l'obbligo di documentazione con specifico verbale delle azioni svolte.

Concludendo, in qualsiasi operazione di soccorso, importante è l'attenersi alla legge sulla

privacy, riguardante tutti i dati personali dell'assistito "Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione di dati individuali".

3.2 Presentazione scheda

Nelle metodologie Americane, per rispondere ai quesiti riguardanti una Scena del Crimine, gli investigatori si pongono 5 interrogativi, conosciuti anche come "five W and one H"

- Where and what: chiedersi dove e cosa è successo all'interno della scena del crimine
- Who: chi è la domanda base, ovvero chi è l'agredito, chi è la vittima, aiuta a scoprire il criminale che ha agito
- When: quando è avvenuto il fatto. Se non vi è la presenza di testimoni diretti, sarà il cadavere stesso, attraverso le sue trasformazioni, a far risalire il tempo di morte
- How: come è morta la vittima, attraverso l'utilizzo di che armi, droghe o veleni
- Why: il motivo dell'omicidio, si può uccidere per rabbia, passione, denaro o vendetta, alle volte anche per dei banali litigi.

In Italia difficile è trovare nelle ambulanze un Kit Scena del Crimine con all'interno una scheda report redatta dal Prefetto, da utilizzare in allegato alla scheda di fine intervento. (Allegato 1)

Questa scheda report per gli eventi criminosi può risultare molto dispersiva, si prolunga oltre una facciata; il personale sanitario deve porre attenzione a ciò che scrive, risulta impegnativa da compilare e una perdita di tempo.

Il progetto (Allegato 2) invece prevede una scheda simile alla scheda report Treviso Emergenza; veloce da compilare, perché presenta già tutte le scelte da segnalare solo con una crocetta.

Si suddivide in:

- una prima parte anagrafica nella quale è necessario riportare tutti i dati anagrafici del soggetto interessato, dati che poi dovranno combaciare con la scheda di missione
- nella seconda parte viene chiesto di effettuare la scelta della posizione del corpo, esiste anche l'eventualità che il corpo sia annegato, appeso o galleggiante, non solo prono e supino
- successivamente è interesse dei sanitari mettere a conoscenza in che stato viene trovato il corpo, se in stato di decomposizione o Rigor Mortis. Nota importante: questa scheda viene compilata sempre nel momento in cui la vittima è deceduta e a discrezione del personale sanitario nel caso in cui la vittima sia ancora cosciente.

- Fondamentale è la condizione del vestiario: questo non dev'essere minimamente contaminato e nel caso in cui fossero già presenti delle lacerazioni prima dell'intervento sanitario, va riportato sulla scheda.
- Tipi di violenza, serve per indicare oggetti, armi o altri metodi che hanno causato la morte della vittima; può essere posta una domanda per rispondere a questa parte: “ La vittima com'è morta?”
- Nella parte riservata ai sanitari devono essere descritte tutte le manovre affrontate dall'operatore sanitario, sia per quanto riguarda se stesso, come ad esempio l'utilizzo dei DPI, sia per le manovre svolte sul corpo.
- In conclusione una parte di note da compilare per chiarire l'evento criminoso.

È importante compilare questa scheda per la raccolta dati, subito dopo l'intervento, “a mente calda”, per non tralasciare importanti dettagli.

La descrizione dev'essere svolta in modo dettagliato e preciso ma soprattutto in maniera oggettiva, senza mai dare le proprie interpretazioni sull'accaduto.

a) Kit Scena del Crimine

All'interno dei moderni mezzi di soccorso, sono presenti vari Kit, ad esempio per l'intubazione, per la ventilazione e recentemente nei mezzi SUEM di Treviso, vi è anche la presenza del kit Scena del Crimine.

Questo kit presenta materiale trovabile all'interno di un'ambulanza; viene raggruppato all'interno di una pochette, da inserire negli zaini di soccorso, per velocizzare le operazioni.

Check-list Scena del Crimine:

- 4 guanti monouso in nitrile
- 4 calzari monouso (resistenti ai fluidi)
- 2 mascherine protettive monouso, preferibilmente con visiera
- 2 mascherine filtranti monouso FFP3
- 6 buste di carta di varie dimensioni, preferibilmente con adesivo per la chiusura
- 2 provette e barattoli a chiusura ermetica con rilevatore etichette
- 1 forbici (del tipo a taglio micro-seghettato e con piatto di taglio)
- 6 buste di plastica di varie dimensioni

- 1 nastro bicolore per delimitare la scena
- 2 occhiali protettivi
- 2 tute intere protettive monouso con copricapo in TNT
- 1 pennarello indelebile
- 1 pinza sterile monouso
- 1 macchina fotografica digitale con funzione video e flash
- 1 scheda report fine intervento eventi criminosi ²⁻¹³

CONCLUSIONI

Il personale sanitario che opera su una scena criminosa o presunta tale, necessita di una formazione specifica, la conoscenza di procedure comportamentali e i protocolli comuni e univoci, con le Forze dell'Ordine e i restanti operatori che agiscono sul luogo.

L'infermiere che opera nei servizi Emergenza/Urgenza in ambito ospedaliero, deve garantire un intervento di qualità considerando come priorità la vita del paziente.

In situazioni particolari come la Scena del Crimine, si rende necessario rispettare delle condizioni che non vadano ad inficiare l'attività delle Forze dell'Ordine, pur rispettando il ruolo del sanitario.

L'utilizzo di strumenti come la scheda qui proposta per la raccolta dei dati, può favorire comportamenti professionalmente congruenti rispetto a contesti particolari che l'infermiere addetto all'assistenza, nei sistemi Emergenza/Urgenza può trovare, come la Scena del Crimine. La carenza di protocolli e la scarsa formazione del personale SUEM 118, può spesso portare a comportamenti errati. Inoltre la mancanza in molti mezzi di soccorso di Kit da utilizzare nelle Scene del Crimine, rende difficoltoso l'intervento del personale sanitario.

Sarebbe opportuno formare anche il personale del Pronto Soccorso su protocolli e strumenti, come la scheda qui presentata, per avere una continuità assistenziale tra territorio e ospedale.

BIBLIOGRAFIA

1. Pellacani M, Piacentini A, Silvestri A, Erbacci M Soccorso e scena del crimine: problematiche e strategie operative. Prima edizione, Modena: Athena S.r.l.; 2013
2. Poetsch M, Bajanowski T, Kamphausen T, Influence of an individual's age on the amount and interpretability of DNA left on touched items. *Int J Legal Med.* 2013;127(6): 1093-6. Pellacani M, Piacentini A, Silvestri A, Erbacci M Soccorso e scena del crimine: problematiche e strategie operative. Prima edizione, Modena: Athena S.r.l.; 2013
3. Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Servizio Urgenza Emergenza Medica della Regione Veneto. Protocollo d'Intesa relativo alla cooperazione tra il Gabinetto Interregionale di Polizia Scientifica per il Triveneto ed il Servizio Urgenza Emergenza Medica della Regione Veneto in tema di intervento congiunto in occasione di eventi potenzialmente riconducibili ad un delitto. 28 Febbraio 2013
4. Carrella Prada O, Tancredi DM, "Il sopralluogo giudiziario medico legale", SEU, Roma, 2006.
5. Università telematica Pegaso. Dispensa lezione Prof. Garofano L. "Criminalistica". Disponibile da: www.unipegaso.it/materiali/PostLaurea/Garofano/Criminalistica.pdf
6. Università telematica Pegaso. Dispensa lezione Prof. Cortigiano "Scena del crimine". Disponibile da: video.unipegaso.it/Materiali/PostLaurea/Cortigiano/Scena_Crimine.pdf
7. Caterini V. "La scena del crimine: la sua analisi, il Criminal Profiling, accenni ad alcune indagini di laboratorio"
8. Sierra-Sacramento Valley EMS agency program policy "Crime scene management" Reference NO.825
9. Università telematica Pegaso. Dispensa lezione Prof. Giella "Medicina Legale I".
10. Università telematica Pegaso. Dispensa lezione Prof.ssa Savojni "Medicina Legale III".
11. DeFrance C, Rosati C. A Practical Guide to Shooting Scene Preservation for Crime Scene Investigators. *J Forensic Sci*; 2009; 15(3): 29-39.
12. Pellacani M, Ziccardi P, Luppi F, Cani F. La gestione della scena del crimine: linee guida d'intervento per i primi soccorritori sul luogo del reato, un percorso interdisciplinare tra Polizia di Stato, 118 e Medicina Legale. Prima edizione, Modena: Athena S.r.l.; 2008.
13. Pellacani M, Luppi F, De Padova L, Ceccarioli G, Ziccardi P, Cani F. Linee di intervento per sanitari sulla scena del crimine. *N&A mensile italiano del soccorso*; 2007; 178 (16): 24-31.
14. The Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. The UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines.

15. Guerrieri S, Il personale sanitario sulla Scena del Crimine, Luglio/Agosto 2006
16. Istituto Nazionale di Statistica. Delitti denunciati all'autorità giudiziaria da Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza.

- Codice Penale, Art. 54 "Stato di necessità".
- Linden JA. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *N Engl J Med* 2011 09/01; 2015/04;365(9):834-841.
- Alsaif DM, Alfaraidy M, Alsowayigh K, Alhusain A, Almadani OM. Forensic experience of Saudi nurses; An emerging need for forensic qualifications. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014;27:13-16.
- Bulbul HI, Yavuzcan HG, Ozel M. Digital forensics: An Analytical Crime Scene Procedure Model (ACSPM). *Forensic Sci Int* 2013 12/10;233(1-3):244-256.
- Cucu A, Daniel I, Paduraru D, Galan A. Forensic nursing emergency care. *Romanian Journal of Legal Medicine* 2014;22(2):133-136.
- Dantas S, Santos A, Dias I, Dinis-Oliveira RJ, Magalhães T. Parricide: A forensic approach. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014 2;22(0):1-6.
- Jayaprakash PT. Practical relevance of pattern uniqueness in forensic science. *Forensic Sci Int* 2013 9/10;231(1-3):403.e1-403.e16.
- Linden JA. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *N Engl J Med* 2011 09/01; 2015/04;365(9):834-841.
- Verzeletti A, Russo MC, Bin P, Leide A, De Ferrari F. Homicide in Brescia County (Northern Italy): A thirty-year review. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014 2;22(0):84-89.

SITOGRAFIA

- www.poliziadistato.it
- www.carabinieri.it
- www.unipegaso.it/materiali/PostLaurea/Giella/MedicinaLegaleI.pdf
- video.unipegaso.it/Materiali/Postlaurea/Savojni/Armi_Fuoco_007.pdf
- www.swast.nhs.uk/Downloads/SWASFT%20campaigns/clinical_guidelines_2006.pdf
- dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_DELITTIPS&Lang

ALLEGATO 1

Scheda Regionale Scena del Crimine

**FORMULARIO PER L'INTERVENTO EFFETTUATO DAL PERSONALE SANITARIO
SULLA SCENA DEL CRIMINE**

Data	
-------------	--

Luogo dell'Intervento	
------------------------------	--

Ora di Accesso alla Scena		Ora di Uscita dalla Scena	
----------------------------------	--	----------------------------------	--

Componenti dell'Equipaggio	
-----------------------------------	--

Stato dei Luoghi

Varchi di Accesso	Aperti	Chiusi

Luci	Accese	Spente

Finestre	Aperte	Chiuse

Impianto di Riscaldamento/Climatizzazione	Acceso	Spento

Rubinetti Aperti	Si	No

Odori Particolari Percepiti	Si	No

Persone Presenti sul Posto

Personale FF.OO.	Si	No

Personale VV.FF.	Si	No

	Si	No
--	-----------	-----------

Altre Persone presenti sul posto		
---	--	--

Presenza di Animali	Si	No

Operazioni Effettuate

Dispositivi di Protezione Individuale utilizzati	Si	No

Spostamenti della Vittima che é stato necessario effettuare	Si	No

Indumenti / Costrizioni sulla Vittima che é stato necessario rimuovere	Si	No

Oggetti / Frammenti / Tracce rinvenute indosso o tra le mani della Vittima che é stato necessario rimuovere o detergere	Si	No

Armi da Fuoco o da Taglio che é stato necessario spostare	Si	No

Oggetti / Arredi che é stato necessario spostare	Si	No

Documentazione Fotografica effettuata	Si	No
	Consegnata a:	

Firme del Personale Intervenuto

ALLEGATO 2

Proposta scheda operativa per la raccolta dati



118 TrevisoEmergenza

DATA NUMERO SCHEDA

ORA TARGET ORA PARTENZA

ANAGRAFICA

NOME

COGNOME

LUOGO E DATA DI NASCITA SESSO M F

POSIZIONE DEL CORPO

PRONO SEDUTO

SUPINO APPESO

DECUBITO LATERALE DX SX

GALLEGGIANTE SOMMERSO

ALTRO

CONDIZIONE CORPO

INTEGRO MACCHIE IPOSTATICHE

MUTILAZIONE RIGOR MORTIS

DECOMPOSIZIONE VIOLENZA SESSUALE

ALTRO

CONDIZIONE VESTIARIO

INTEGRI IMBRATTAMENTI

LACERAZIONE PRIVO DI INDUMENTI

ALTRO

TIPI DI VIOLENZA

<input type="checkbox"/> LACCIO	<input type="checkbox"/> ENERGIA ELETTRICA	<input type="checkbox"/> MEZZO CONTUNDENTE
<input type="checkbox"/> CORDA	<input type="checkbox"/> CARBONIZZATO	<input type="checkbox"/> ARMA DA PUNTA/TAGLIO
<input type="checkbox"/> NASTRO ADESIVO	<input type="checkbox"/> USTIONATO	<input type="checkbox"/> ARMA DA FUOCO
<input type="checkbox"/> CATENE	<input type="checkbox"/> IPOTERMIA	<input type="checkbox"/> LESIONE DA COLLUTTAZIONE
<input type="checkbox"/> BAVAGLIO	<input type="checkbox"/> STUPEFACENTI	<input type="checkbox"/> ANNEGAMENTO
<input type="checkbox"/> LEGATURA AI POLSI	<input type="checkbox"/> SOFFOCAMENTO	<input type="checkbox"/> COMPRESSIONE TORACICA
<input type="checkbox"/> LEGATURA ALLE CAVIGLIE	<input type="checkbox"/> STROZZAMENTO	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="text"/>

SANITARI

DPI + CALZARI

PERCORSO UNICO/ACCESSO SCENA

CORPO SPOSTATO motivo

OGGETTO SPOSTATO motivo

FOTO/VIDEO RIPRESE

CAMBIO GUANTI

PROTEZIONE DELLA VITTIMA

RIMOZIONE RIFIUTI

RIMOZIONI/TAGLIO ABITI

ARMA DEL DELITTO

ALTRO

ENTE

MEDICO

INFERMIERE

NOTE: