

Scheda segnalazioni
“Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari”

DATI IDENTIFICATIVI DELL'OPERATORE AGGREDITO							
Cognome e Nome							
Sesso	<input type="radio"/> M			<input type="radio"/> F			
Data di nascita							
Presidio/Distretto							
Area/Servizio							
Qualifica							
Data evento							
Giorno evento	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Orario dell'aggressione							
Turno di servizio in solitario	<input type="radio"/> SI			<input type="radio"/> NO			
Operatori coinvolti	Numero: _____						
DATI IDENTIFICATIVI DELL'AGGRESSORE							
Tipologia	<input type="radio"/> paziente/utente <input type="radio"/> parente/visitatore <input type="radio"/> personale interno altro (specificare) _____						
Sesso	<input type="radio"/> M			<input type="radio"/> F			
Soggetto già conosciuto	<input type="radio"/> SI			<input type="radio"/> NO			
	<input type="radio"/> psichiatrico		<input type="radio"/> sotto effetto di alcol				
	<input type="radio"/> sotto effetto di droga		<input type="radio"/> straniero				
	<input type="radio"/> sottoposto a procedimento giudiziario						
	altro (specificare) _____						
Età	_____						



TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE	
Aggressione verbale/psicologica	<p><input type="radio"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, minacce, diffamazione)</p> <p><input type="radio"/> Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico)</p> <p><input type="radio"/> Minacce dirette e/o indirette attraverso i social (mail, facebook, instagram, WhatsApp, etc.)</p> <p>altro (specificare) _____</p>
Aggressione fisica	<p><input type="radio"/> Contatto (spinta, schiaffo, pugno, calcio, abuso fisico/sessuale)</p> <p><input type="radio"/> Uso di un corpo contundente come arma impropria</p> <p><input type="radio"/> Uso di arma</p> <p>altro (specificare) _____</p>
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'AGGRESSIONE	
Eventuali testimoni	<p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
Necessità di cure	<p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>se la risposta è affermativa indicare se:</p> <p><input type="radio"/> cure domiciliari</p> <p><input type="radio"/> pronto soccorso</p> <p><input type="radio"/> ricovero ospedaliero</p> <p>altro (specificare) _____</p>



Fattori che hanno contribuito all'evento	<input type="radio"/> Atteggiamento aggressivo del paziente/utente/operatore sanitario <input type="radio"/> Mancanza o carenza di comunicazioni/informazioni <input type="radio"/> Lunghi tempi di attesa (pronto soccorso, front-office, etc.) <input type="radio"/> Atteggiamento inadeguato del personale verso l'utenza e/o paziente <input type="radio"/> Atteggiamento inadeguato tra colleghi <input type="radio"/> Comunicazione di notizie infauste <input type="radio"/> Barriera linguistica/culturale altro (specificare) _____
E' stata presentata denuncia/querela/esposto	all'INAIL <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO all'Autorità Giudiziaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO altro (specificare) _____
Data di compilazione	___/___/___

e-mail: _____

recapito telefonico: _____

FIRMA
