

SCHEDA DI SEGNALAZIONE AGGRESSIONI							
INVIARE ALLA DIREZIONE SANITARIA FAX 0658702470							
COGNOME E NOME				SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ANNO DI NASCITA	
UO/SERVIZIO				QUALIFICA			
DATA EVENTO	__ / __ / ____			ORA EVENTO		__ : __	
GIORNO EVENTO (Barrare la casella d'interesse)	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
TURNO DI SERVIZIO (Barrare la casella d'interesse)	Mattina			Pomeriggio		Notte	
L'AGGRESSIONE HA INTERESSATO PIÙ OPERATORI?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì (compilare anche la seconda pagina della scheda)						
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EVENTO							
TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> paziente ricoverato <input type="checkbox"/> paziente in PS <input type="checkbox"/> paziente ambulatoriale <input type="checkbox"/> parente/visitatore			<input type="checkbox"/> utente <input type="checkbox"/> estraneo <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____			
AGGRESSIONE VERBALE (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> uso di espressioni verbali aggressive (tono di voce elevato, insulti) <input type="checkbox"/> gesti violenti senza contatto fisico <input type="checkbox"/> minaccia						
AGGRESSIONE FISICA (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> contro oggetti <input type="checkbox"/> contro se stesso <input type="checkbox"/> contro altre persone <input type="checkbox"/> uso di corpo contundente			<input type="checkbox"/> uso di arma <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____			
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUTITO ALL'EVENTO (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> tempo di attesa prolungato <input type="checkbox"/> sala di attesa inadeguata (per spazi e/o arredi) <input type="checkbox"/> affollamento dell'ambiente <input type="checkbox"/> carenza di informazioni fornite						
ESITI DELL'EVENTO⁽¹⁾ (È possibile barrare una sola casella per ogni campo)	Danno psicologico:			<input type="checkbox"/> certificato			
				<input type="checkbox"/> non certificato			
	Danno fisico:			<input type="checkbox"/> nessuno			
				<input type="checkbox"/> lieve			
				<input type="checkbox"/> moderato			
				<input type="checkbox"/> severo			
				<input type="checkbox"/> morte			
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO LE CONSEGUENZE DELL'EVENTO (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> individuazione precoce dell'aggressore <input type="checkbox"/> messa in sicurezza dell'aggressore in luogo dedicato <input type="checkbox"/> utilizzo tecniche per la comunicazione difficile <input type="checkbox"/> sistema di sorveglianza efficace <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____						
PROCEDURE FORMALI ATTIVATE (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Comunicazione o denuncia di infortunio lavorativo <input type="checkbox"/> Denuncia/querela/esposto						
DATA DI COMPILAZIONE __ / __ / ____	NOMINATIVO E FIRMA _____						

NB: SEZIONE DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE HANNO COINVOLTO PIÙ OPERATORI				
OPERATORE 2	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo	
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno psicologico	<input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	Danno fisico	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 3	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo	
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno psicologico	<input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	Danno fisico	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 4	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo	
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno psicologico	<input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	Danno fisico	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
TESTIMONI	NOME	COGNOME	C.F.	TEL.

1) Per esito dell'evento si intende l'intensità del danno totalmente o in parte attribuibile all'evento. Il danno è classificato in cinque classi: **Nessuno**: il soggetto è asintomatico; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento; **Lieve**: il soggetto presenta sintomi lievi, la perdita di funzione o il danno è minimo, oppure medio ma di breve durata, e non è necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad es. osservazione extra, esami o trattamenti minori, rivalutazione); **Moderato**: il soggetto presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. intervento chirurgico; trattamento terapeutico aggiuntivo); si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente a di lunga durata; **Severo**: il soggetto presenta sintomi che richiedono interventi salvavita o un intervento chirurgico/medico maggiore; si ha una diminuzione dell'aspettativa di vita, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante; **Morte**: provocata o anticipata dall'evento.