

# ALLEGATO 1



SCHEMA DI SEGNALAZIONE AGGRESSIONI							
COGNOME E NOME				SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		DATA DI NASCITA	
BARRARE SE SEGNALAZIONE ANONIMA <input type="checkbox"/>				EMAIL:		TELEFONO:	
U.O.C./U.O.S.D:				QUALIFICA E MATRICOLA:			
LUOGO EVENTO:				ORARIO EVENTO:			
GIORNO EVENTO	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
TURNO DI SERVIZIO		MATTINA (ORE 8:00-14:00)		POMERIGGIO (ORE 14:00-20:00)		SERA (ORE 20:00-08:00)	
AGGRESSIONE HA INTERESSATO ANCHE PIÙ OPERATORI?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (QUANTI?.....)					
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EVENTO							
TIPOLOGIA DELL'AGGRESSIONE:		<input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> Entrambe					
AGGRESSIONE VERBALE: (è possibile barrare più caselle)		<input type="checkbox"/> Minacce <input type="checkbox"/> Insulti <input type="checkbox"/> Molestie sessuali <input type="checkbox"/> Spinta <input type="checkbox"/> Percosse <input type="checkbox"/> Uso di arma <input type="checkbox"/> Altro				ESITO DELL'EVENTO: Danno Psicologico  <input type="checkbox"/> Certificato <input type="checkbox"/> Non certificato	
LUOGO DELL'ACCADUTO:		<input type="checkbox"/> Triage <input type="checkbox"/> P.s Ostetrico <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Parti comuni (sal d'attesa, serv.igienici etc..) <input type="checkbox"/> Parcheggio/luoghi esterni <input type="checkbox"/> Altro				ESITO DEL DANNO FISICO <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Morte	
MOTIVO CHE HA SCATENATO L'AGGRESSIONE? (è possibile barrare più caselle)		<input type="checkbox"/> Tempi di attesa prolungato/inadeguato <input type="checkbox"/> Ritardo nell'espletamento della prestazione <input type="checkbox"/> Richiesta prestazioni non necessarie <input type="checkbox"/> Disaccordo sul percorso diagnostico terapeutico <input type="checkbox"/> Difficoltà nella comunicazione reciproca <input type="checkbox"/> Affollamento dell'ambiente <input type="checkbox"/> Carenza di informazioni fornite <input type="checkbox"/> Altro				FATTORI CHE HANNO RIDOTTO LE CONSEGUENZE DELL'AGGRESSIONE?  <input type="checkbox"/> Individuazione precoce aggressore <input type="checkbox"/> Messa in sicurezza dell'aggressore in un luogo dedicato <input type="checkbox"/> Utilizzo delle tecniche di comunicazione difficile <input type="checkbox"/> Sistema di sorveglianza efficace <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
CHI HA PROVOCATO AGGRESSIONE?		<input type="checkbox"/> Degente <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Parente/Amico/Visitatore <input type="checkbox"/> Estraneo					
PROCEDURE FORMALI ATTIVATE (è possibile barrare più caselle)		<input type="checkbox"/> Comunicazione o denuncia infortunio  <input type="checkbox"/> Denuncia/Querela/Esposto					
DATA DI COMPILAZIONE		NOMINATIVO E FIRMA					