

 USL Umbria 2	SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EPISODI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE <i>Servizio Prevenzione e Protezione</i> <i>Servizio Gestione Rischio Clinico</i>	Rev.1 del 11 Marzo 2016 <i>Pag.1 di 2</i>
--	--	--

DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE

NOME E COGNOME *:

QUALIFICA:

UO/SERVIZIO DI APPARTENENZA:

PRESIDIO/DISTRETTO:

LUOGO DI NASCITA:

DATA DI NASCITA(giorno, mese, anno):

SESSO: M F CODICE FISCALE:

INDIRIZZO:

CAP:

COMUNE:

PROV:

INDICARE DATA ORA E LUOGO DELL'AGGRESSIONE:

AGGRESSORE

Indicare se trattasi di:

- paziente ricoverato
- paziente in Pronto Soccorso
- paziente ambulatoriale
- parente/ visitatore
- altro

AGGRESSIONE VERBALE (indicare il livello):

- Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro)
- Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico)
- Minaccia

AGGRESSIONE FISICA (indicare il livello):

- contatto () spinta ()schiaffo ()pugno ()calcio ()altro
- uso di un corpo contundente come arma impropria
- uso di arma.....
- altro

Eventuali testimoni:

Richiesto intervento di altri soggetti (polizia, ecc) o altri operatori

SI

NO

Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più risposte)					
Fattori legati al paziente	Diagnosi psichiatrica	<input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>
	Deficit cognitivo	<input type="checkbox"/>		Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Uso di droghe o alcol	<input type="checkbox"/>		Gruppo nuovo /inesperto	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>		Elevato turn-over	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
	Vittima di trauma o violenza	<input type="checkbox"/>		Mancata /inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Paziente non soddisfatto dell'assistenza	<input type="checkbox"/>		Mancata supervisione	<input type="checkbox"/>
	Altro:	<input type="checkbox"/>		Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>	Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>	
	Inadeguate conoscenze	<input type="checkbox"/>	Tempo di attesa prolungato	<input type="checkbox"/>	
	Mancata formazione	<input type="checkbox"/>	Inadeguatezza Strutturale	<input type="checkbox"/>	
	Altro:	<input type="checkbox"/>	Altro:	<input type="checkbox"/>	
L'evento è stato segnalato come infortunio?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Lesioni riportate:					
Necessità di cure: <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					
Se SI: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cure Domiciliari <input type="radio"/> Pronto Soccorso <input type="radio"/> Ricovero Ospedaliero 					

Data

Nome e Firma del Responsabile/Coordinatore

Nome e Firma Operatore*

* il nome può essere omesso

La scheda deve essere inviata mediante posta elettronica aziendale al **SPP** all'indirizzo pierluca.iaconi@uslumbria2.it o tramite posta interna all'indirizzo: Servizio Prevenzione e Protezione, Pz. Giacomini, Foligno e al **Servizio Gestione Rischio Clinico** all'indirizzo mail: rischio.clinico@uslumbria2.it, o a mezzo fax al 0744/612579