

	SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EPISODI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Rev.1 del 11 Marzo 2016 Pag.1 di 2
	<i>Servizio Prevenzione e Protezione</i> <i>Servizio Gestione Rischio Clinico</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: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> paziente ricoverato <input type="radio"/> paziente in Pronto Soccorso <input type="radio"/> paziente ambulatoriale <input type="radio"/> parente/ visitatore <input type="radio"/> altro 	
AGGRESSIONE VERBALE (indicare il livello):	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro) <input type="radio"/> Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) <input type="radio"/> Minaccia 	
AGGRESSIONE FISICA (indicare il livello):	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> contatto () spinta ()schiaffo () pugno ()calcio ()altro <input type="radio"/> uso di un corpo contundente come arma impropria <input type="radio"/> uso di arma..... <input type="radio"/> altro 	
Eventuali testimoni:	
Richiesto intervento di altri soggetti (polizia, ecc) o altri operatori SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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:			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:		Altro:		
L'evento è stato segnalato come infortunio?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lesioni riportate:					
Necessità di cure: ()NO ()SI					
Se SI:					
<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 omissso**

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