

Modello di Scheda di Segnalazione Aggressioni (SSA) ALLEGATO 1

| SCHEDA DI SEGNALAZIONE AGGRESSIONI | | | | | | | |
|---|---|------------------|---|--|------------------------|-----|-----|
| 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 <input type="checkbox"/> parente/visitatore <input type="checkbox"/> utente | | | <input type="checkbox"/> estraneo <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____ | | | |
| AGGRESSIONE VERBALE (ad es.: uso di espressioni verbali aggressive - tono di voce elevato, insulti; gesti violenti senza contatto fisico; minaccia) | AGGRESSIONE FISICA (ad es.: contro oggetti; contro se stesso; contro altre persone; uso di corpo contundente; uso di arma) | | | AGGRESSIONE MISTA (VERBALE E FISICA) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO 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) | <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 | | | | | | |
| __/__/____ | _____ | | | | | | |