

 <p>ASL Brindisi PugliaSalute</p>	<p>SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEI COMPORAMENTI AGGRESSIVI</p>	<p>UOSD Gestione del Rischio Clinico UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale</p>
---	--	--

Compilare ed inviare a: UOSD Gestione del Rischio Clinico
 UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
 UOSD Sorveglianza Sanitaria
 Responsabile/Direttore della UO di afferenza
 Incaricato di Funzione della UO di afferenza

Mail: riskmanagement@asl.brindisi.it

Mail: spp@asl.brindisi.it

Mail: medicinalavoro@asl.brindisi.it

Data dell'evento: ___/___/___ **Ora:** _____

Turno di servizio: mattino pomeriggio notte

Dati di chi ha subito l'aggressione:

Sesso _____ Età _____

Cognome e nome _____

Qualifica professionale _____

Struttura di afferenza _____

Anzianità di Servizio: < 1 anno 1-3 anni 3-10 anni >10 anni

Luogo dell'aggressione (reparto, ambulatorio, sala d'attesa, ufficio, atrio, ascensore, cortile, ecc):

Attività espletata al momento dell'aggressione _____

Responsabile dell'aggressione (NB: per ogni quesito è possibile segnare più di una casella):

Utente/Paziente

Parente/Caregiver/Conoscente/Visitatore

Estraneo

Altro (es. collega di lavoro, dipendente ditta esterna) _____

Se persona identificata inserire le generalità

Tipologia dell'evento:

Aggressione verbale:

Insulto e/o offesa - espressioni verbali a tono elevato

Minaccia - gesto violento senza contatto

Altro _____

Aggressione fisica:

Gesto violento con contatto fisico (spinta, schiaffo, pugno, calcio, sputo)

Lancio di oggetti / corpi contundenti

Altro _____

Danni contro cose: Sì No

Se Si precisare _____

Descrizione sintetica dell'evento:

Eventuali Testimoni: Sì No

Se Si precisare _____

Numero totale operatori coinvolti _____

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 <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
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 Richiesta supporto psicologico SI* <input type="checkbox"/> NO** <input type="checkbox"/> *Se SI indicare indirizzo email dove essere contattato: _____ **Se NO compilare modulo di rinuncia all'intervento psicologico

LUOGO E DATA DI COMPILAZIONE

FIRMA DI CHI SEGNALE

(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: l'agredito/a è asintomatico/a; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento; Lieve: l'agredito/a 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: l'agredito/a presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. reintervento chirurgico; trattamento terapeutico aggiuntivo); si ha un prolungamento della degenza; si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente o di lunga durata; Severo: l'agredito/a 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: su base probabilistica, la morte è stata provocata o anticipata dall'evento.

MODULO DI RINUNCIA ALL'INTERVENTO PSICOLOGICO

 1 sottoscritt _____

in servizio presso l'U.O. _____

in relazione all'evento aggressivo accaduto in data _____.

DICHIARA

di rinunciare all'intervento psicologico valutativo/preventivo proposto dal Servizio di Psicologia Aziendale.

Data _____

Firma _____