

Allegato 1 – Modello di Scheda di Segnalazione Aggressioni (SSA)

Inviare mail a:	rischioclinico@ausl.latina.it		Dirigente delegato				
	medicocompetente@ausl.latina.it prevenzioneprotezione@ausl.latina.it		Direzione Medica di presidio o Distretto / Servizio infermieristico				
COGNOME E NOME		SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ANNO DI NASCITA			
UO/SERVIZIO		QUALIFICA					
OSP. /SEDE DI LAVORO		TERRITORIO /SERV.					
DATA EVENTO	___/___/___	ORA EVENTO					
RECAPITO DI TELEFONO (Se si vuole essere contattati dalla psicologa del lavoro)							
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 <input type="checkbox"/>	AGGRESSIONE FISICA <input type="checkbox"/>		AGGRESSIONE MISTA (VERBALE E FISICA) <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> uso di espressioni verbali aggressive <input type="checkbox"/> tono di voce elevato <input type="checkbox"/> insulti <input type="checkbox"/> gesti violenti <input type="checkbox"/> minaccia <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> contro oggetti <input type="checkbox"/> contro sé stesso <input type="checkbox"/> contro altre persone <input type="checkbox"/> uso di corpo contundente <input type="checkbox"/> uso di arma <input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> contro oggetti				
HA SUBITO MINACCIA VERBALE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
INCASO DI AGGRESSIONE FISICA	HA SUBITO PERCOSSE			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
	HA SUBITO LESIONI PERSONALI			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
FATTORI CHE POSSONO AVERCONTRIBUITO 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 AVERRIDOTTO 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						

**NB: SEZIONE DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE
HANNO COINVOLTO PIÙ OPERATORI**

OPERATORE 2	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ <u>NB:</u> È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve
	TIPO DI AGGRESSIONE <u>NB:</u> È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	<input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 3	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ <u>NB:</u> È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve
	TIPO DI AGGRESSIONE <u>NB:</u> È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	<input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 4	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ <u>NB:</u> È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve
	TIPO DI AGGRESSIONE <u>NB:</u> È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	<input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
OPERATORE 5	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ <u>NB:</u> È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve
	TIPO DI AGGRESSIONE <u>NB:</u> È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	<input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte

(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: il/la paziente è asintomatico/a; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento; Lieve: il/la paziente 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: il/la paziente 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: il/la paziente 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.