



NURSIND
SEGRETERIA PROVINCIALE DI PESCARA
Cell. 320.3134105 – 333.4125508 FAX 085.9943084
NURSIND PESCARA –Via L. Berio 1 – Manoppello (pe) cap 65024
pescara@pec.nursind.it – pescara@nursind.it
nursindpescara@gmail.com – www.nursind.it
Pescara, 16.08.17 - prot. n° 000000

**VADEMECUM DA UTILIZZARE IN CASO DI
AGGRESSIONE IN SERVIZIO DEL PERSONALE SANITARIO**

DOPO L'AGGRESSIONE (INFORTUNIO) RECARSI IN PRONTO SOCCORSO:

- 1) APRIRE PRATICA INAIL;
- 2) DENUNCIARE L'ACCADUTO ALLE AUTORITA' GIUDIZIARIA POSTO DI POLIZIA SE PRESENTE IN OSPEDALE E/O PRESSO IL PIU' VICINO POSTO DI POLIZIA E/O CARABINIERI ;
- 3) COMPILARE MODULO INCIDENT REPORTING DELLA ASL E INVIARLO ALL'UFFICIO ADDETTO;**
- 4) AVVISARE DELL'ACCADUTO IL SINDACATO NURSIND;
- 5) FARSI ASSISTERE OLTRE CHE DAL SINDACATO NURSIND DA UN LEGALE PER CHIEDERE EVENTUALE RISARCIMENTO ECONOMICO (QUERELA DI PARTE);

NB) PER LA PRATICA INAIL È IMPORTANTE :

- 1) DOPO ESSERSI RECATI IN PRONTO SOCCORSO E FATTO STILARE IL CERTIFICATO MEDICO, È IMPORTANTE CONSEGNARLO AL DATORE DI LAVORO DIREZIONE SANITARIA E AVVISARE IL REPARTO DEL NUMERO DEI GIORNI CONCESSI PER CURE;
- 2) COMPILARE IN DIREZIONE SANITARIA LA MODULISTICA PREVISTA PER LE PRATICHE INAIL ;
- 3) RECARSI ALL'INAIL DI COMPETENZA IN BASE ALLA RESIDENZA PER PRENOTARE VISITA MEDICA E SUCESSIVAMENTE CHIUDERE LA PRATICA INAIL;
- 4) LA PRATICA DI CHIUSURA DOVRA' ESSERE CONSEGNATA AL DATORE DI LAVORO (DIREZIONE SANITARIA)

INFORMATIVA A CURA DI ARGENTINI ANTONIO CELL. 320.3134105

	AUSL PESCARA Direttore Generale Dr. Armando Mancini		Revisione 01
	U.O.S. RISK MANAGEMENT Dr.ssa Annamaria Ambrosi Tel 0854253523- e-mail annamaria.ambrosi@ausl.pe.it		Anno emissione 2017
Sito web www.ausl.pe.it	SCHEDA DENUNCIA AGGRESSIONE		<i>Redazione</i> Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dott.ssa Rosangela Antuzzi
Il presente modulo, compilato in ogni sua parte ed in maniera leggibile, deve essere inviato via e-mail a: UOS RISK MANAGEMENT - riskmanagement@ausl.pe.it UOS UFF. PREVENZIONE. e PROTEZIONE per la SICUREZZA INTERNA - segreteria.uppsi.ss@ausl.pe.it DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA			
DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE/DENUNCIANTE			Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cognome:	Nome:	N°. Matr.	
Luogo di nascita:	()	Data di nascita	/ /
Struttura/UO di appartenenza:	Qualifica:		
Residente/domiciliato/a Comune: _____ () CAP: _____			
Via: _____ N°. _____ (facoltativo) Tel. _____			
Descrizione sintetica dell'aggressione/lesioni riportate:			
<hr/> <hr/>			
Luogo dell'aggressione:		Data: / /	Ora:
AGGRESSORE Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Visitatore <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Altro _____	
AGGRESSIONE VERBALE (indicare livello)		AGGRESSIONE FISICA (indicare livello)	
<input type="checkbox"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti) Altro: _____ <input type="checkbox"/> Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) <input type="checkbox"/> Minaccia/e		Contatto fisico: <input type="checkbox"/> Spinta <input type="checkbox"/> Schiaffo <input type="checkbox"/> Pugno <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Lancio di oggetti: _____ <input type="checkbox"/> Uso di corpo contundente: _____ <input type="checkbox"/> Uso di arma: _____ <input type="checkbox"/> Altro _____	
TESTIMONI presenti all'evento: <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altro paziente <input type="checkbox"/> Familiare/Accompagnatore <input type="checkbox"/> Personale sanitario <input type="checkbox"/> Altro _____ Eventuale recapito: _____		NECESSITA' DI CURE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cure domiciliari <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> Controllo ambulatoriale <input type="checkbox"/> Supporto psicologico <input type="checkbox"/> Altro _____	
GIORNI DI ASSENZA DAL LAVORO: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se sì quanti _____		Procedure formali avviate: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì: <input type="checkbox"/> Polizia di Stato <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> INAIL Indirizzo: _____	
E' stato richiesto l'intervento della Forze dell'Ordine?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
L'evento poteva essere prevenuto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se sì, come? _____			
ALLEGATI al presente MODULO (copie):			
<input type="checkbox"/> denuncia <input type="checkbox"/> referto di Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> foglio di dimissione <input type="checkbox"/> certificati medici <input type="checkbox"/> esami diagnostici			
Data		Firma leggibile del dichiarante	
____/____/____		_____	