



**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](mailto:pescara@pec.nursind.it) – [pescara@nursind.it](mailto:pescara@nursind.it)  
[nursindpescara@gmail.com](mailto:nursindpescara@gmail.com) – [www.nursind.it](http://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) RECARSÌ 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) RECARSÌ 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**

	<b>AUSL PESCARA</b> Direttore Generale Dr. Armando Mancini		Revisione 01
	<b>U.O.S. RISK MANAGEMENT</b> Dr.ssa Annamaria Ambrosi Tel 0854253523- e-mail <a href="mailto:annamaria.ambrosi@ausl.pe.it">annamaria.ambrosi@ausl.pe.it</a>		Anno emissione 2017
Sito web <a href="http://www.ausl.pe.it">www.ausl.pe.it</a>	<b>SCHEDA DENUNCIA AGGRESSIONE</b>		<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 - <a href="mailto:riskmanagement@ausl.pe.it">riskmanagement@ausl.pe.it</a> UOS UFF. PREVENZIONE. e PROTEZIONE per la SICUREZZA INTERNA - <a href="mailto:segreteria.uppsi.ss@ausl.pe.it">segreteria.uppsi.ss@ausl.pe.it</a> DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA			
<b>DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE/DENUNCIANTE</b>			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. _____			
<b>Descrizione sintetica dell'aggressione/lesioni riportate:</b>			
<hr/> <hr/>			
Luogo dell'aggressione:		Data: / /	Ora:
<b>AGGRESSORE</b> 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 _____	
<b>AGGRESSIONE VERBALE (indicare livello)</b>		<b>AGGRESSIONE FISICA (indicare livello)</b>	
<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	
____/____/____		_____	