

ALLEGATI

Allegato 1: fac-simile - Scheda di rilevazione indagine conoscitiva sul rischio violenza a danno di operatore sanitario e socio-sanitario

DENOMINAZIONE STRUTTURA		
ASPETTI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI GENERALI		
INDIRIZZO SEDE DI SERVIZIO, piano		
EPOCA DI REALIZZAZIONE SEDE/ULTIMA RISTRUTTURAZIONE		
TIPOLOGIA DI ATTIVITA'	☐ DEGENZA ☐ AMBULATORIALE ☐ DOMICILIARE/TERRITORIO ☐ ALTRO.....	
ORARIO E GIORNI DI SERVIZIO/APERTURA		
STRUTTURA DISLOCATA	☐ SU UN PIANO ☐ SU PIU' PIANI	
COLLOCAZIONE DELLA STRUTTURA	☐ IN UN COMPLESSO SANITARIO ☐ COLLOCAZIONE AUTONOMA	
ASPETTI STRUTTURALI SPECIFICI		
	SI	NO
INGRESSO con (video) citofono		
Ingresso con sistema di videosorveglianza		
Ingresso con controllo visivo		
Le aree esterne (parcheggi, ...) sono illuminati a sufficienza		
Presenza di un front office		
Se si - Esiste un sistema di protezione nel front office (p.es. vetro infrangibile)		
Presenza di una sala/luogo di attesa per pazienti e/o visitatori		
Se si		
a) I luoghi di attesa sono confortevoli ed adeguati rispetto al numero ed alle specifiche esigenze degli utenti?		
b) I Posti a sedere sono adeguati?		
c) Presenza di sistemi elimina code?		
d) il luogo di attesa è sotto il controllo visivo di un operatore sanitario		

Presenza di vie di fuga (possibilità di allontanarsi in caso di aggressione)		
I locali destinati a colloquio, ai trattamenti, a visite mediche		
a) sono di dimensioni adeguate e tali da consentire una razionale disposizione degli arredi?		
b) sono forniti di sistema di allarme?		
I locali riservati al personale sono dotati di chiusure di sicurezza		
L'illuminazione dei locali è sufficiente		
Se no segnalare tipo di insufficienza.....		
ASPETTI ORGANIZZATIVI SPECIFICI		
Tipologia utenza (psichiatrica, con contatto di alcool o droga, sottoposta a procedimento giudiziario o TSO, in stato confusionale o di agitazione, altro)		
Patologie, problemi di salute degli utenti che accedono alla struttura.....		
N° medio giornaliero di utenti (compreso accompagnatori, familiari) presenti nel servizio/ o che accedono.....		
	SI	NO
L'utenza in attesa delle prestazioni sanitarie è adeguatamente informata sui tempi e modalità di fruizione del servizio?		
Si rilevano i tempi di attesa per le prestazioni?		
Se si superano spesso i 30 minuti?		
Gli utenti accedono al servizio con appuntamento?		
Sono definite le modalità per l'accoglienza /presa in carico dell'utente?		
Gli operatori svolgono la loro attività secondo turni di servizio ?		
Se si - sono compresi turni notturni?		
La rotazione del personale nel turno si ritiene adeguata alle esigenze del servizio?		
Se no motivare.....		
da compilare solo per STRUTTURA CON ATTIVITA' DOMICILIARE/TERRITORIALE		
La struttura svolge anche attività domiciliari/ territoriali urgenti/ in emergenza?		
Se si in quale orario.....con quale frequenza mensile.....		
Di che tipo.....		
Le visite domiciliari urgenti/ interventi sul territorio vengono effettuate da		
a) Un solo operatore	☐	

b) Con due o più operatori ☐		
Le visite domiciliari programmate vengono effettuate da		
a) Un solo operatore ☐		
b) Con due o più operatori ☐		
	SI	NO
L'utente viene preventivamente informato della visita domiciliare programmata		
Gli operatori dispongono di cellulare di servizio durante l'attività		
L'utente sottoposto a visita viene in genere assistito dagli stessi operatori		

INFORMAZIONE – FORMAZIONE - PARTECIPAZIONE		
	SI	NO
Si sono mai verificati episodi di violenza verso gli operatori?		
Se sì di che tipo - Verbale N° episodi nell'ultimo anno (stima)		
- Fisica N° episodi nell'ultimo anno (stima)		
Gli operatori sono stati mai oggetto di violenza (verbale o fisica) al di fuori dell'ambiente di lavoro?		
Se sì di che tipo.....		
Gli operatori sono stati formati (anche sul campo) per riconoscere e controllare comportamenti ostili e aggressivi?		
Se sì		
- descrivere in che modo.....		
- N° operatori formati/ totale operatori del servizio:.....		
Gli operatori sono stati formati nel migliorare la comunicazione?		
È stato affisso materiale informativo contro la violenza/aggressione agli operatori?		
NOTE		

Data:

Responsabile della Struttura/Servizio:

Coordinatore della Struttura/Servizio:

Resp.le SPP:..... Resp. le Gestione Rischio Clinico:

