



AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

MO_AzOsp_257

SCHEDA DI SEGNALAZIONE ESTESA DI EPISODIO DI VIOLENZA

Rev. 03
Data
Maggio 2026Pagina
Pag. 1 a 3

DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE AGGREDITO

NOME E COGNOME: (*)

QUALIFICA: (indicare una delle qualifiche presenti a pag. 2)

STRUTTURA (SC) / (SS):

ETÀ: SESSO: ☐ M ☐ F CONTATTO TELEFONICO: (*)

(*) i dati contrassegnati dall'asterisco possono essere omessi se si desidera presentare segnalazione anonima

Giorno dell'aggressione:/...../..... ☐ feriale ☐ festivoOra dell'aggressionefascia oraria ☐ mattina ☐ pomeriggio ☐ sera/notte

Luogo dell'aggressione: ☐ SC/SS sopra descritta ☐ Area di degenza ☐ Domicilio del paziente
☐ Pronto Soccorso ☐ Ambulatorio ☐ Altro.....
☐ Ambulanza ☐ Aree comuni

Eventuali testimoni:

Richiesto intervento di altri soggetti (polizia, carabinieri, ecc.) o altri operatori? **SI** ☐ **NO** ☐

Se Sì, specificare:

AGGRESSORE

☐ paziente ricoverato	☐ paziente / utente	☐ Collega/Dipendente AO
☐ paziente in Pronto Soccorso	☐ parente / caregiver / conoscente	☐ Altro
☐ paziente ambulatoriale	☐ estraneo	

TIPO DI AGGRESSIONE (è possibile indicare più risposte)

☐ verbale	☐ Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro) ☐ Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) ☐ Minaccia
☐ fisica	☐ contatto () spinta () schiaffo () pugno () calcio () altro:..... ☐ uso di un corpo contundente come arma impropria: <i>specificare</i> ☐ uso di arma: <i>specificare</i> ☐ altro:
☐ psicologica	☐ stalking ☐ reiterate azioni discriminatorie, sminuenti, contro la persona ☐ altro:
☐ molestia sessuale	☐ contatto fisico molesto ☐ abuso ☐ altro:
☐ violenza online, cyberstalking	☐ diffamazione e calunnie mezzo social o comunque in pubblico ☐ diffamazione e calunnie ai propri contatti ☐ persecuzione, comportamento di stalking
☐ contro la proprietà	☐ danni a cose: SI ☐ NO ☐ Se sì, quali?



AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

MO_AzOsp_257

SCHEDA DI SEGNALAZIONE ESTESA DI EPISODIO DI VIOLENZA

Rev. 03
Data
Maggio 2026

Pagina
Pag. 2 a 3

OPERATORI AGGREDITI

(da compilare in caso di più operatori coinvolti nell'aggressione)

Numero totale operatori aggrediti		N. operatori
Sesso	Maschio	n.
	Femmina	n.
Età	fino a 29 anni	n.
	30-39 anni	n.
	40-49 anni	n.
	50-59 anni	n.
	60 anni e più	n.
Qualifica	Assistente Sanitario	n.
	Biologo	n.
	Chimico	n.
	Dietista	n.
	Educatore Professionale	n.
	Farmacista	n.
	Fisico	n.
	Fisioterapista	n.
	Igienista Dentale	n.
	Infermiere	n.
	Infermiere pediatrico	n.
	Logopedista	n.
	Medico chirurgo	n.
	Odontoiatra	n.
	Ortottista-Assistente di Oftalmologia	n.
	Ostetrica/o	n.
	Podologo	n.
	Psicologo	n.
	Tecnico Audiometrista	n.
	Tecnico Audioprotesista	n.
	Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare	n.
	Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	n.
	Tecnico di Neurofisiopatologia	n.
	Tecnico Ortopedico	n.
	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	n.
	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	n.
	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	n.
	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	n.
	Terapista Occupazionale	n.
	Veterinario	n.
	Assistente sociale	n.
	Operatore Socio Sanitario (OSS)	n.
Dipendenti non sanitari / Front office	n.	
Altro: specificare.....	n.	



SCHEDA DI SEGNALAZIONE ESTESA DI EPISODIO DI VIOLENZA

Rev. 03
Data
Maggio 2026

Pagina
Pag. 3 a 3

Descrizione dell'evento (che cosa è successo?) Descrivere cosa si stava facendo in occasione dell'aggressione/violenza

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO
(è possibile indicare più risposte)

- | | |
|---|---|
| ☐ Diagnosi psichiatrica | ☐ Paziente/caregiver non soddisfatto dell'assistenza |
| ☐ Staff inadeguato/insufficiente | ☐ Mancata supervisione |
| ☐ Deficit cognitivo | ☐ Mancato coordinamento |
| ☐ Insufficiente addestramento/inserimento | ☐ Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure |
| ☐ Uso di droghe o alcol | ☐ Scarso lavoro di gruppo |
| ☐ Gruppo nuovo / inesperto | ☐ Inadeguate conoscenze |
| ☐ Barriere linguistiche/culturali | ☐ Tempo di attesa prolungato |
| ☐ Elevato turn-over | ☐ Mancata formazione |
| ☐ Mancata adesione al progetto terapeutico | ☐ Inadeguatezza Strutturale |
| ☐ Scarsa continuità assistenziale | ☐ Vittima di trauma o violenza |
| ☐ Mancata /inadeguata comunicazione | ☐ Difficoltà relazionali tra colleghi |
| ☐ Altro: | |

Necessità di cure: SI ☐ NO ☐

Se Sì: ☐ Cure Domiciliari ☐ Pronto Soccorso ☐ Ricovero Ospedaliero

L'evento è stato segnalato come infortunio sul lavoro? SI ☐ NO ☐

Lesioni riportate:

È stata presentata denuncia/querela/esposto? SI ☐ NO ☐

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo ad essere convocato dal Gruppo aziendale di Gestione delle Aggressioni per un Audit sull'accaduto, qualora fosse necessario.

Si dichiara di aver preso visione e perfettamente compreso i contenuti del: “documento di conformità dei dati personali” e si esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi.

DATA..... Firma Operatore aggredito