



REGIONE PUGLIA

ASLBA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Sede legale: Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI

DIREZIONE GENERALE

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE

Modulo denuncia maltrattamenti/aggressione

(compilazione a cura del denunciante)

DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Sesso M F Qualifica _____

Unità Operativa/Servizio/Ufficio di appartenenza _____

Indirizzo _____

Data, ora e luogo del maltrattamento/aggressione _____

MALTRATTAMENTI/AGGRESSIONE DA PARTE DI:

- paziente ricoverato
- paziente ambulatoriale
- paziente in pronto soccorso
- paziente soccorso da 118
- parente del paziente
- visitatore
- altro _____

MALTRATTAMENTI/AGGRESSIONE VERBALI

- impiego di gesti violenti (senza contatto fisico)
- uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro)

MALTRATTAMENTI/AGGRESSIONE FISICA

- contatto (spinta schiaffo pugno calcio altro)
- uso di corpo contundente come arma impropria
- uso di arma
- altro

Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale





Descrizione sintetica dell'aggressione

Eventuali testimoni

Lesioni riportate Si No

Necessità di cure? Si No

Se si

Cure pronto soccorso Ricovero ospedaliero Cure domiciliari

Giornate di assenza dal lavoro Si No

Se si specificare _____

È stata presentata denuncia all'autorità di polizia giudiziaria? Si No

Se si specificare _____

data _____ firma del dichiarante _____

Al presente modulo si deve allegare

- copia della denuncia presentata alle competenti autorità
- copia del referto di pronto soccorso
- foglio di dimissione ospedaliera
- altra (qualsiasi) documentazione inerente l'evento maltrattamenti/aggressione

N.B.: Tutta la documentazione deve essere inviata in busta chiusa a

- U.O. Risk Management
- Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie
- Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale

