



Anagrafica compilatore : ASL Struttura

Studio privato SI NO

A. INDICARE SE, NELLA TUA ATTIVITA' LAVORATIVA, SEI STATO COINVOLTO IN UNA DI QUESTE CONDIZIONI

- AGGRESSIONE VERBALE
- MINACCE
- SPINTA
- GESTO VIOLENTO
- MOLESTIA SESSUALE
- USO D'ARMA

- INDICA QUANTI EVENTI SONO ACCADUTI NEL 2019 N. _____
- INDICA ORARIO IN CUI E' AVVENUTO

B. LUOGO FISICO DELL'EVENTO

- AMBULATORIO
- STANZA DI DEGENZA
- SEGRETERIA
- SALA D'ASPETTO
- PARTI COMUNI (CORRIDOIO, SERV. IGIENICI, RAMPA ECC..)
- DOMICILIO
- PARCHEGGIO
- FUORI SEDE/FUORI ORARIO
- ALTRO SPECIFICARE _____

C. MOTIVAZIONE

- TEMPI ATTESA
- RITARDO NELL'ESPLETAMENTO DELLA PRESTAZIONE
- DIFFICOLTA' COMUNICATIVE
- RICHIESTA PRESTAZIONI NON NECESSARIE/NON ADEGUATE
- DISACCORDO SUL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
- ESITO DEL PERCORSO DI VALUTAZIONE
- ALTRO SPECIFICARE _____

D. TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE

ESTERNO

- PAZIENTE
- PARENTE
- AMICO
- ESTRANEO

INTERNO

- SUPERIORE
- OPERATORE SANITARIO

INFORMAZIONI SULL'AGGRESSORE genere M F NAZIONALITA' _____
CLASSE D'ETA' 06-18 20-35 36-50 51-70 71-80 81-100

Indica se presenti e eventuali specifiche

- PATOLOGIA _____
- DISABILITA' _____
- EVIDENTE USO DI SOSTANZE _____
- SEGNI DISTINTIVI _____
- DISAGIO PSICO/SOCIALE _____
- STATO SOCIO/ECONOMICO DISAGIATO _____

DESCRIZIONE EVENTO/I

NELL'ANNO 2020 HAI SVOLTO LA TUA ATTIVITA' PROFESSIONALE:

- SEMPRE IN PRESENZA ADOTTANDO LE MISURE DI PREVENZIONE COVID-19
- SEMPRE A DISTANZA (SMARTWORKING)
- IN MODALITA' MISTA
_____ % IN PRESENZA (studio, ambulatorio, stanze di degenza..)
_____ % A DISTANZA (colloqui telefonici, videochiamate, call di gruppo, riunioni, webinar di formazione)

INDICARE SE, NELLA TUA ATTIVITA' LAVORATIVA, SEI STATO COINVOLTO IN UNA DI QUESTE CONDIZIONI NELL'ANNO 2020

- AGGRESSIONE VERBALE
- MINACCE
- SPINTA
- GESTO VIOLENTO
- MOLESTIA SESSUALE
- USO D'ARMA

- INDICA QUANTI EVENTI SONO ACCADUTI NEL 2020 N. _____