

**SEZIONE B**

DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE DAI

**TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

**1. AREA ORGANIZZATIVA NELL'AMBITO DELLA QUALE E' AVVENUTO IL FATTO  
CONTESTATO**

**Area Gestionale**

- Dirigenza\Amministrativa
- Coordinamento
- Direzione
- Formazione
- Area Organizzativa
- altro (specificare)\_\_\_\_\_

**Area Riabilitativa**

- minori
- handicap
- anziani
- dipendenze
- psichiatria adulti
- neuropsichiatria infantile
- esecuzione misure di sicurezza (REMS, carcere)
- migranti
- assistenza scolastica
- affido
- amministrazione di sostegno
- prevenzione dipendenze
- tutoring
- altro (specificare)\_\_\_\_\_

**Area Giuridica**

- Relazioni, Perizie, Valutazioni
- Tribunale dei minori
- Tribunale di sorveglianza
- Giudice Tutelare
- altro (specificare)\_\_\_\_\_

## 1.2 UTILIZZO ATTREZZATURE

- Macchinari
- Macchine utensili
- Automezzi di servizio
- altro (specificare)\_\_\_\_\_

## 2. LUOGO/STRUTTURA NELL'AMBITO DELLA QUALE È AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

- Azienda Ospedaliera
- Ospedaliero-Universitaria
- Azienda Sanitaria Locale
- Struttura privata accreditata e convenzionata
- Struttura privata accreditata
- Studio privato singolo (non convenzionato)
- Studio privato associato con altri professionisti (non convenzionato)
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

Indicare il contesto organizzativo:

(es: tutti i presidi afferenti al DSM; altri presidi del privato accreditato, privato, terzo settore, Casa circondariale)\_\_\_\_\_

## 3. CONSEGUENZE EVIDENTI DEL FATTO CONTESTATO

- Danno agli oggetti mobili
- Danno agli arredi
- Lesioni alle persone (es. professionista, altri utenti presenti nella seduta di terapia)
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

## 4. INQUADRAMENTO CONTRATTUALE DEL PROFESSIONISTA

- Lavoratore dipendente
- Lavoratore con contratto di collaborazione coordinata e continuativa
- Lavoratore autonomo con Partita IVA
- Lavoratore a prestazione occasionale
- Altro (indicare)\_\_\_\_\_

## 5. - RACCOMANDAZIONI DELLE LINEE GUIDA o BUONE PRATICHE

La struttura **HA ADOTTATO** specifiche linee guida o buone pratiche inerenti il fatto contestato:  SI  NO

Se SI indicare sinteticamente quali \_\_\_\_\_

## 6. - COMUNICAZIONI al PERSONALE o COLLABORATORI (nel caso di realtà complesse)

**SONO STATE FORNITE** informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato:  SI  NO

Se SI indicare sinteticamente quali \_\_\_\_\_

## 7. PROFILO CONTRATTUALE DEL PAZIENTE

- Esterno- ambulatoriale
- Ricoverato (Ordinario, DH, Day Surgery, SR, ecc)
- Regime di PS\Urgenza
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 7.1 Specificare il tipo di attività

- Primo ingresso per valutazione e inquadramento clinico
- In terapia
- Altro, specificare il tipo di prestazione erogata \_\_\_\_\_

## 8. NEL LUOGO DI ATTIVITA' ERANO PRESENTI ALTRE PERSONE

- Familiari
- Amministratore di sostegno
- Altri pazienti (es. nel caso di terapia di gruppo)
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

## 9. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO

- Responsabilità diretta
- Responsabilità d'equipe
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

## 10. IL PAZIENTE (se coinvolto) È GIUNTO SUL LUOGO DELL'ACCADUTO

- Deambulante autonomamente
- Deambulante con ausili (es. deambulatore, tutori)
- In carrozzella autoguidata (a spinta o elettrificata)
- In carrozzella spinta da accompagnatore
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

PS: per le particolarità dell'accaduto la invitiamo a compilare con precisione il campo "descrizione dettagliata del fatto" presente sul modulo A.