



## **SPORTELLO/OSSERVATORIO DEDICATO AGLI ISCRITTI PER LA VIOLENZA CONTRO I SANITARI**

Alla luce dei recenti fatti di cronaca, sia nazionale che regionale, che evidenziano un sempre maggior numero di colleghe e colleghi vittime di violenza fisica e/o verbale da parte dei pazienti o di terze persone, l'OMCEO di Gorizia ha deliberato di istituire uno sportello/osservatorio ove poter riferire i casi subiti di aggressione.

L'intento non è quello di sostituirsi all'operato delle forze dell'ordine e delle autorità competenti, a cui è imprescindibile rivolgersi per sporgere formale denuncia, quanto piuttosto monitorare la portata di tali fenomeni, avere un dato statistico e un quadro delle aggressioni (anche quelle sommerse) per poter dare voce ai professionisti che troppo spesso, durante l'esercizio della professione, subiscono maltrattamenti e sopraffazioni di varia natura.

L'OMCEO Gorizia mette **a disposizione un modulo** che il professionista può compilare e consegnare in Segreteria.

Il modulo è reperibile nella sezione *Modulistica* del sito internet istituzionale <https://ordinemedici-go.it/modulistica/>



**MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI AGGRESSIONE AI DANNI DEL  
PROFESSIONISTA SANITARIO**

Il modulo può essere consegnato a mano all'OMCEO di Gorizia o inviato via mail all'indirizzo [info@ordinemedici-go.it](mailto:info@ordinemedici-go.it)

<i>DATI DEL MEDICO E/O ODONTOIATRA ISCRITTO OMCEO GORIZIA</i>	
NOME <i>(facoltativo)</i>	
COGNOME <i>(facoltativo)</i>	
RUOLO PROFESSIONALE	a. Titolare                      b. Sostituto
DATA DI NASCITA	
MAIL	
CELLULARE	

<i>LUOGO DELL'AGGRESSIONE</i>
<b>Ambulatorio convenzionato</b> <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Poliambulatorio distrettuale
<b>Ospedale</b> <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> PS
<input type="checkbox"/> <b>Studio libero professionale</b>
<input type="checkbox"/> <b>Domicilio del paziente</b>
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____

<i>AGGRESSORE</i>
<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Altro _____



*AGGRESSIONE VERBALE*

Descrizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*AGGRESSIONE FISICA*

Descrizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*DANNEGGIAMENTO DI BENI E PROPRIETA'*

Descrizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*DESCRIZIONE DEL FATTO E PRESUNTA CAUSA SCATENANTE*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*FORZE DELL'ORDINE*

Intervento delle forze dell'ordine	Denuncia all'autorità giudiziaria (Polizia, Carabinieri...)
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Sì
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

Altre informazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_