



Repubblica di San Marino
ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE
IL COMITATO ESECUTIVO

SEDUTA DEL 12 agosto 2025 - seduta ordinaria

DELIBERA N. 30
PAG. N. 32

OGGETTO: adozione del modulo “Scheda di segnalazione - Violenza a danno degli operatori”

Il Comitato Esecutivo,

validamente riunito ai sensi dell'art. 18 della Legge 165/2004;
verificato che non sussiste agli atti della presente delibera conflitto di interessi in capo ai membri del Comitato Esecutivo;

considerata la programmazione strategica declinata nel Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2024-2026 della Repubblica di San Marino, che sottolinea l'importanza di continuare a perseguire l'obiettivo dell'accreditamento istituzionale, identificandolo come elemento fondamentale per dimostrare la qualità dei servizi sanitari offerti;

visto l'art.3 della Legge 7 dicembre 2017 n.138 "Norme in materia di disciplina della responsabilità medica e del personale sanitario delle strutture pubbliche e private, assistenza legale del personale medico e del personale sanitario dell'Istituto per la Sicurezza Sociale, Prevenzione e Gestione del Rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie" che prevede il recepimento delle linee di indirizzo e delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure da parte dell'Istituto per la Sicurezza Sociale;

visto il Decreto Delegato 29 giugno 2018 n.79 "Linee di indirizzo e raccomandazioni per la prevenzione e gestione del rischio sanitario, monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, la formazione e aggiornamento dei professionisti sanitari" che individua, all'art.4, come evento sentinella da segnalare all'Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi, gli atti di violenza a danno di operatore;

considerata la rilevanza di fornire agli operatori sanitari, in tempi brevi e nelle more dell'adozione di una Procedura Aziendale sulla violenza a danno di operatore, una modalità di segnalazione di tali eventi;

delibera

l'adozione del Modulo “Scheda di segnalazione - Violenza a danno degli operatori” in allegato alla presente Delibera.

Precisa

che tale modulo potrà essere modificato o integrato in sede di approvazione della Procedura Aziendale suddetta.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
- Avv. Manuel Canti-

IL DIRETTORE GENERALE
- Dott. Claudio Vagnini-

IL DIRETTORE DELLE ATTIVITA'
SANITARIE E SOCIO SANITARIE
- Dott. Alessandro Bertolini-

Atto deliberativo trasmesso a: Segreteria di Stato per la Sanità, Direttori di Dipartimento, Direttori UOC e Responsabili UOSD.
Pubblicazione: atto divulgabile tramite sito web dell'ISS.

Scheda di segnalazione Violenza a danno degli operatori

Cognome	Nome
Matricola	Qualifica
U.O/Servizio	Data di nascita
Tipo di aggressione subita: <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> altro	
Luogo dell'aggressione	
Data Aggressione...../...../.....	Ora Aggressione.....
ID Aggressore	Sesso Aggressore <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Motivo dell'aggressione	
AGGRESSIONE VERBALE (descrizione)	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro) • Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) • Minaccia 	
AGGRESSIONE FISICA (descrizione)	
<ul style="list-style-type: none"> • Contatto: <input type="checkbox"/> spinta <input type="checkbox"/> schiaffo <input type="checkbox"/> pugno <input type="checkbox"/> calcio <input type="checkbox"/> altro..... • Uso di corpi contundenti come arma impropria (es.: apparecchi elettromedicali, sedie, bottiglie, PC, etc...) • Uso di arma..... • Altro..... 	
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'AGGRESSIONE:	
EVENTUALI TESTIMONI:	

ESITO DELL'EVENTO:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Danno psichico | <input type="checkbox"/> certificato | <input type="checkbox"/> non certificato |
| <input type="checkbox"/> Danno fisico | <input type="checkbox"/> certificato | <input type="checkbox"/> non certificato |
| <input type="checkbox"/> Necessità interruzione lavoro | <input type="checkbox"/> immediata | <input type="checkbox"/> successiva |
| <input type="checkbox"/> Necessità di cure | <input type="checkbox"/> domiciliari | <input type="checkbox"/> PS |
| | | <input type="checkbox"/> ricovero |

E' stata presentata denuncia all'autorità giudiziaria? SI NO

Data...../...../.....

Firma del dichiarante.....

Scheda di segnalazione da trasmettersi a: direzione.generale@iss.sm