



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 5666

SEDUTA DEL 26/01/2026

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali **MARCO ALPARONE** *Vicepresidente* **ROMANO MARIA LA RUSSA**
ALESSANDRO BEDUSCHI **ELENA LUCCHINI**
GUIDO BERTOLASO **FRANCO LUCENTE**
FRANCESCA CARUSO **GIORGIO MAIONE**
GIANLUCA COMAZZI **DEBORA MASSARI**
ALESSANDRO FERMI **MASSIMO SERTORI**
PAOLO FRANCO **CLAUDIA MARIA TERZI**
GUIDO GUIDESI **SIMONA TIRONI**

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini
Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

PIANO MIRATO DI PREVENZIONE A VALENZA REGIONALE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DI SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEI LAVORATORI DEL SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE – PROGRAMMA PREDEFINITO 8 – AZIONE 7.2 DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025. QUADRO CONOSCITIVO E MODELLO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PATOLOGIE MUSCOLOSCELETRICHE

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

I Dirigenti Danilo Cereda Nicoletta Cornaggia



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni, recante norme in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- l'Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020–2025;
- la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", e successive modificazioni;

RICHIAMATE:

- la deliberazione del Consiglio regionale 15 febbraio 2022, n. XI/2395, di approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021–2025 che, nell'ambito del Programma Predefinito PP08, prevede lo sviluppo di azioni mirate di prevenzione del rischio da patologie muscoloscheletriche nell'erogazione dei Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e di Assistenza Domiciliare (SAD);
- la deliberazione della Giunta regionale 2 agosto 2022, n. XI/6869, "Piano regionale 2022–2025 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" che ha istituito a garanzia della realizzazione degli obiettivi i Tavoli Tecnici a composizione tripartita, tra cui quello dedicato alle "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico";
- il Decreto della Direzione Generale Welfare n. 1128 dell'11 gennaio 2024, con il quale è stato approvato il Documento di indirizzo che ha definito il censimento degli Enti Gestori dei servizi di assistenza domiciliare e la realizzazione di una rilevazione anamnestica sugli operatori quali attività conoscitive propedeutiche alla programmazione delle azioni di prevenzione nel comparto ADI e SAD;

PRESO ATTO che:

- nell'ambito delle attività previste dal citato Decreto n. 1128/2024, le ATS, sotto il coordinamento del Tavolo Tecnico regionale "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico", hanno realizzato:
 - il censimento degli Enti Gestori dei servizi di assistenza domiciliare (ADI e SAD);
 - una rilevazione anamnestica sugli operatori impegnati nelle attività assistenziali domiciliari;
- tali attività hanno consentito di raccogliere e analizzare dati omogenei a livello regionale in merito all'organizzazione del lavoro, alle condizioni operative e ai principali fattori di rischio muscoloscheletrico nel comparto dell'assistenza domiciliare;
- gli esiti delle analisi sono stati sistematizzati in un documento tecnico, denominato "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE A VALENZA REGIONALE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DI SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEI LAVORATORI DEL SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE", predisposto dal Tavolo Tecnico regionale e coordinato dall'IRCCS Cà Granda – Ospedale Maggiore Policlinico, Allegato A, parte integrante del presente provvedimento (inclusi i Sub-Allegati n. 1-9);



Regione Lombardia

LA GIUNTA

CONSIDERATO che:

- l'assistenza domiciliare si svolge in contesti caratterizzati da condizioni operative complesse e spesso non modificabili, quali la variabilità degli ambienti domestici, le condizioni clinico-funzionali degli assistiti e la necessità di interventi assistenziali articolati, con conseguente esposizione degli operatori a un rischio significativo di disturbi e patologie dell'apparato muscolo-scheletrico;
- l'attività di censimento e la rilevazione anamnestica hanno permesso di costruire, per la prima volta a livello regionale, un quadro conoscitivo unitario e strutturato sulle modalità di erogazione dei servizi ADI e SAD e sulle condizioni di lavoro degli operatori afferenti a tre profili professionali, ossia infermieri, OSS e fisioterapisti;
- l'analisi dei dati raccolti ha evidenziato una marcata eterogeneità organizzativa tra gli Enti Gestori e differenti approcci alla valutazione e gestione del rischio da sovraccarico biomeccanico, confermando la coerenza dell'obiettivo inserito nel PRP -PP8 – Azione 7.2, ossia l'elaborazione di una specifica linea guida per l'attivazione del Piano Mirato di Prevenzione PMP regionale da realizzare a cura delle ATS;
- il documento tecnico allegato offre:
 - un quadro conoscitivo robusto e scientificamente coerente del rischio di settore;
 - un modello di valutazione del rischio da patologie muscoloscheletriche realmente applicabile ai servizi domiciliari, in grado di orientare l'azione preventiva in Lombardia, quali i criteri per l'analisi di rischio per i profili infermieri, OSS e fisioterapisti, e le schede di rischio;
- che tali strumenti richiedono di essere diffusi sia alle figure della prevenzione aziendale, che ai prescrittori del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);

RITENUTO che il documento "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE A VALENZA REGIONALE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DI SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEI LAVORATORI DEL SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE" costituisca emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere tecnico coerente con l'azione 7.2 del PP8 del PNP 2020-2025, giacché consente di disporre di riferimenti metodologici comuni e condivisi;

AD UNANIMITA' dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento tecnico, "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE A VALENZA REGIONALE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DI SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEI LAVORATORI DEL SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE", Allegato A, parte integrante del presente provvedimento (inclusi i Sub-Allegati n. 1-9), recante gli esiti del censimento degli Enti Gestori dei servizi di assistenza



Regione Lombardia

LA GIUNTA

domiciliare (ADI e SAD), della rilevazione anamnestica sugli operatori e l'elaborazione metodologica derivante dall'analisi dei dati raccolti;

2. di riconoscere il documento "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE A VALENZA REGIONALE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DI SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEI LAVORATORI DEL SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE" quale atto di indirizzo regionale di carattere tecnico coerente con l'azione 7.2 del PP8 del PNP 2020-2025, giacché consente di disporre di riferimenti metodologici comuni e condivisi;
3. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale della Direzione Generale Welfare, ai fini della trasparenza e della diffusione delle informazioni;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

27 NOVEMBRE 2025

**ATTIVAZIONE PIANO MIRATO DI
PREVENZIONE A VALENZA
REGIONALE DEL RISCHIO DA
SOVRACCARICO BIOMECCANICO (SB)
NEI LAVORATORI DEL SERVIZIO DI
ASSISTENZA DOMICILIARE**

TAVOLO TECNICO DGR 2 agosto 2022, n. XI/6869

Sommario

1. Premessa e contesto del Piano Mirato di Prevenzione	3
1.1. Finalità del PMP regionale sul rischio da Sovraccarico Biomeccanico (SB)	3
1.2. Ambito di applicazione e riferimenti normativi	3
1.3. Obiettivi specifici del progetto per il comparto dell'Assistenza Domiciliare	3
2. Quadro organizzativo del progetto.....	4
2.1. Ruolo del Tavolo Tecnico Regionale "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico" (Ta.Te.).....	4
2.2. Coordinamento regionale e locale	5
3. Obiettivi della Scheda di Autovalutazione	5
3.1. Ambiti di Indagine.....	6
3.2. Modalità di Compilazione	6
3.3. Modalità di Restituzione dei Dati tramite Survey.....	7
3.4. Finalità della survey.....	7
3.5. Modalità di invio	7
4. Principali esiti di autovalutazione	7
4.1. Finalità, mappatura delle modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare	7
4.2. Definizione dei parametri di indagine.....	7
4.3. Organizzazione del lavoro.....	8
4.3.1. Composizione del personale suddiviso per lavoratori dipendenti /autonomi e per profilo professionale.....	8
4.4. Classificazione delle macro-classi di lavoratori esposti (genere, profilo, età).....	10
5. Assetto specifico delle strutture di prevenzione	11
5.1. Presenza di RSPP interno/esterno	11
5.2. Presenza e numero di RLS (interni/esterni).....	11
6. Rischio da sovraccarico biomeccanico in autovalutazione	12
6.1. Modalità di considerazione del rischio.....	12
6.2. Determinanti di rischio.....	12
6.3. Esposizione per rischio professione rischio da SB	12
7. Sorveglianza sanitaria	14
7.1. Suggerimenti emersi dalla compilazione dell'autovalutazione	14
8. Studio pilota e controllo anamnestico	15
8.1. Obiettivi e metodi dello studio pilota	15
8.2. Criteri per l'elaborazione dati rischio per i tre profili professionali.....	16
8.3 L'emersione di disturbi muscoloscheletrici e di patologie note.....	18
8.4. Risultati dati di rischio.....	21

8.4.1	Dati generali	21
8.4.2	Scenari di rischio per OSS.....	26
8.4.3	Scenari di rischio per Infermieri.....	31
8.4.4	Scenari di rischio per Fisioterapisti	39
9.	Sistema informativo di raccolta dati	43
G.1.	Trattamento dei dati e tutela della privacy	43
10.	CONCLUSIONI PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI STRUMENTI DESTINATI ALLA DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PATOLOGIE MUSCOLOSCELETRICHE LAVORO-CORRELATE	44
11.	Potenziali target del PMP: ruoli della prevenzione e prescrittori del PAI	45

ALLEGATI

- **Allegato 1** - Scheda di Autovalutazione per gli Enti Gestori
- **Allegato 2** - Checklist per la descrizione delle attività per profilo professionale PROGETTO PILOTA
- **Allegato 3** - Legende di compilazione checklist di cui all' Allegato 2
- **Allegato 4** - presentazione PMP a Enti Gestori e a tutte le figure della Prevenzione (DL, RSPP, RLS, MC;)
- **Allegato 5** – Modello di raccolta anamnestica dei diversi profili professionali
- **Allegato 6** - Formazione del personale afferente agli Enti Gestori di cui alla lett. g);
- **Allegato 7** - Formazione del personale ATS impegnato nelle attività di assistenza per l'attuazione del PMP;
- **Allegato 8** - Criteri analisi dati rischio per Profili Professionali
- **Allegato 9** - Strumenti di definizione modello di valutazione del rischio

1. Premessa e contesto del Piano Mirato di Prevenzione

1.1. Finalità del PMP regionale sul rischio da Sovraccarico Biomeccanico (SB)

Il Piano Mirato di Prevenzione (PMP) a valenza regionale sul rischio da Sovraccarico Biomeccanico (SB) si inserisce nel quadro delle azioni regionali finalizzate alla riduzione del rischio da sovraccarico biomeccanico (SB) e alla prevenzione delle patologie muscoloscheletriche lavoro-correlate (WMSDs) nei comparti caratterizzati da elevata esposizione fisica.

Il PP8 del Piano regionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 lo vuole rivolto agli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), contesto nel quale la variabilità ambientale e organizzativa, unita alla necessità di movimentare o assistere persone non autosufficienti, comporta una significativa esposizione a rischio da movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti.

L'**obiettivo** è assicurare l'adozione di modelli omogenei ed adeguati di valutazione, gestione e sorveglianza del rischio da SB in ambito domiciliare.

Le fasi propedeutiche di *censimento delle modalità di erogazione dei Servizi ADI e SAD nei diversi territori, relativamente agli ambiti di prevenzione (organizzazione del lavoro, turnazioni, interventi di layout abitativo.) e protezione (strategie di sorveglianza sanitaria degli operatori per WMSDs; valutazione e gestione del rischio fisico trasversale a tutti i settori lavorativi; definizione di un modello di valutazione del rischio WMSDs correlato all'esposizione) e di autovalutazione del rischio da parte degli Enti Gestori accreditati hanno consentito – attraverso la valorizzazione delle buone pratiche e delle esperienze già presenti sul territorio - la costruzione di strumenti tecnici di analisi e monitoraggio, condivisi a livello regionale, che rappresentano gli elementi fondanti dell'elaborazione successiva di una specifica linea guida per l'attivazione del PMP regionale da realizzare a cura delle ATS.*

1.2. Ambito di applicazione e riferimenti normativi

Il PMP trova la sua definizione nell'attuale PNP 2020-2025 (ACSR ...), MO4, Programma Predefinito 6 (PP6)

La sua attuazione è coerente con gli indirizzi del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020–2025, in particolare con l'AZIONE 7.2. PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO del PP8 *Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro.* Come già riportato al paragrafo che precede, la specificità del presente Piano risiede nell'elaborazione della linea guida specifica per l'attivazione del PMP successivamente all'attività di censimento e di definizione di un modello di valutazione del rischio di patologie muscoloscheletriche legate al lavoro.

È prevista l'attuazione di un PMP ha valenza regionale, ossia attuato dalle ATS secondo indirizzi univoci, definiti dal Tavolo tecnico.

1.3. Obiettivi specifici del progetto per il comparto dell'Assistenza Domiciliare

In dettaglio, l'azione specifica propedeutica alla definizione del PMP regionale per il comparto dell'Assistenza Domiciliare si è concretizzata attraverso:

1. Censire le modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare nei territori lombardi, con particolare riferimento agli aspetti organizzativi, agli ausili forniti per la movimentazione dei pazienti e alle condizioni ambientali in cui si opera.
2. Valutare la capacità di autovalutazione del rischio da parte degli Enti Gestori accreditati, stimolando la consapevolezza e il miglioramento continuo dei propri sistemi di prevenzione.

3. Elaborare una base dati regionale sulle esposizioni a rischio da SB in ambito domiciliare, utile alla definizione di indicatori di confronto e monitoraggio.
4. Identificare i profili professionali maggiormente esposti, anche in relazione a genere, età e anzianità di servizio.

L'approccio si è basato su:

- autovalutazione guidata da parte degli Enti Gestori, quale strumento di responsabilizzazione e miglioramento interno;
- rilevazione diretta delle attività operative mediante checklist dedicate ai diversi profili professionali;
- verifica sul campo con il coinvolgimento dei Servizi PSAL delle ATS;
- analisi integrata dei dati clinici e organizzativi per la definizione di indicatori di esposizione e di outcome;
- restituzione dei risultati a livello regionale, con individuazione di aree di criticità e priorità di intervento.

Tale modello ha consentito di armonizzare le esperienze territoriali, garantendo omogeneità metodologica e confrontabilità dei risultati, in coerenza con le finalità del Piano Regionale della Prevenzione.

Ed altresì, ha consentito la definizione delle *linee guida operative per la gestione del rischio da SB nei servizi domiciliari*, da veicolare con il PMP a valenza regionale.

2. Quadro organizzativo del progetto

2.1. Ruolo del Tavolo Tecnico Regionale "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico" (Ta.Te.)

Il Tavolo Tecnico Regionale "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico" (Ta.Te.), coordinato dall'IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, rappresenta l'organo tecnico-scientifico di riferimento per la pianificazione e la supervisione dell'azione 7.2 del PP8 del PNP 2020-2025.

In particolare, il Ta.Te. ha provveduto a:

- definire la metodologia comune di autovalutazione del rischio;
- predisporre la scheda di autovalutazione e la checklist di raccolta dati relative ai diversi profili professionali (infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari);
- fornire le indicazioni operative alle ATS per la somministrazione e la gestione dei dati;
- coordinare le modalità di elaborazione e restituzione dei risultati a livello regionale;
- garantire la coerenza metodologica e scientifica del progetto nel rispetto della normativa vigente e dei principi etici relativi al trattamento dei dati sensibili.

La partecipazione al Tavolo Tecnico di ATS, ASST, Parti Sociali e Datoriali consente di coniugare la prospettiva tecnica e quella organizzativa, assicurando un approccio integrato e partecipativo, vista la composizione tripartita, con la partecipazione delle Università come da DGR 2 agosto 2022, n. XI/6869 - Piano regionale 2022-2025 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro così composto:

ASSOLOMBARDA, ATS BERGAMO, ATS BRESCIAATS BRIANZA, ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO , ATS INSUBRIA, ATS MOTAGNA, ATS PAVIA, ATS VAL PADANA, C.L.A.A.I. LOMBARDIA, CGIL LOMBARDIA, CISL LOMBARDIA, CONFAPINDUSTRIA LOMBARDIA, CONFARTIGIANATO, CONFCOMMERCIO LOMBARDIA, CONFINDUSTRIA BERGAMO, CONFINDUSTRIA COMO, INAIL LOMBARDIA, INAIL LOMBARDIA, UIL LOMBARDIA, UNIVA VARESE, UOOML ASST RHODENSE, UOOML CIVILI DI BRESCIA, UOOML CREMONA, UOOML DESIO, UOOML FATEBENEFRATELLI/SACCO, UOOML MONZA, UOOML PAPA GIOVANNI BERGAMO, UOOML POLICLINICO MI, UOOML SANTI PAOLO E CARLO.

2.2. Coordinamento regionale e locale

Allo scopo di perseguire il raggiungimento degli obiettivi generali e operativi di cui ai capitoli precedenti, il coordinamento regionale in tutte le sue articolazioni, che hanno visto il contributo delle diverse componenti (ATS, ASST, Parti Sociali e Datoriali) ha realizzato:

- a) scheda di autovalutazione; ALLEGATO 1
- b) piattaforma online di ricezione del dato di cui alla lett. a) LINK
- c) checklist di raccolta dati PROGETTO PILOTA, relative ai diversi profili professionali (infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari); ALLEGATO 2
- d) legende di compilazione checklist di cui al punto precedente (infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari); ALLEGATO 3
- e) selezione campione Enti Gestori per la fase di autovalutazione;
- f) presentazione PMP a Enti Gestori e a tutte le figure della Prevenzione (DL, RSPP, RLS, MC); ALLEGATO 4
- g) selezione campione Enti Gestori per la fase di raccolta dati PROGETTO PILOTA;
- h) questionario anamnestico disturbi muscoloscheletrici di rachide, spalle e ginocchi; ALLEGATO 5
- i) formazione del personale afferente agli Enti Gestori di cui alla lett. g); ALLEGATO 6
- j) formazione del personale ATS impegnato nelle attività di assistenza per l'attuazione del PMP; ALLEGATO 7
- k) realizzazione piattaforma per la raccolta dei dati di cui alle lett.c) LINK
- l) costante e capillare assistenza agli Enti Gestori e ai lavoratori coinvolti;
- m) elaborazione e restituzione dei risultati a livello regionale riferiti a:
 - ✓ scheda di autovalutazione;
 - ✓ checklist raccolta dati;
 - ✓ questionario anamnestico.

Tutte le attività si sono attuate garantendo la coerenza metodologica e scientifica del progetto nel rispetto della normativa vigente e dei principi etici relativi al trattamento dei dati sensibili.

3. Obiettivi della Scheda di Autovalutazione

La scheda di autovalutazione ha assolto l'obiettivo di raccogliere informazioni strutturate e confrontabili utili a:

1. Fotografare l'assetto organizzativo e prevenzionistico degli Enti Gestori che erogano servizi domiciliari ADI/C-Dom e SAD nel territorio.
2. Identificare il livello di esposizione al rischio da sovraccarico biomeccanico (SB) delle principali figure professionali coinvolte (Infermieri, OSS/ASA/OTA, Tecnici della Riabilitazione).
3. Valutare la consistenza e la distribuzione del personale, distinguendo tra lavoratori dipendenti, autonomi, soci e personale assegnato da ASST.
4. Esaminare l'assetto del Servizio di Prevenzione e Protezione, incluse le modalità di nomina dell'RSPP, del Medico Competente e dell'RLS.
5. Verificare l'esistenza e l'adeguatezza degli strumenti di prevenzione e protezione già adottati dall'Ente (DVR, sorveglianza sanitaria, riunioni periodiche, procedure operative).
6. Individuare criticità organizzative, operative e logistiche che possono incrementare l'esposizione al rischio SB nei contesti domiciliari.
7. Supportare la programmazione mirata di interventi correttivi, formativi e organizzativi nell'ambito del Piano Mirato di Prevenzione.

3.1. Ambiti di Indagine

La scheda esplora in modo sistematico i principali fattori determinanti del rischio da sovraccarico biomeccanico legati all'attività domiciliare.

Organizzazione del lavoro

- Tipologia di servizio erogato (ADI/C-Dom, SAD o entrambi).
- Composizione del personale suddiviso per lavoratori dipendenti /autonomi e per profilo professionale.
- Numero di lavoratori esposti al rischio SB per ciascun profilo professionale e per genere.
- Età dei lavoratori e presenza di personale >50 anni (fascia più suscettibile a SB).
- Presenza di cooperative affidatarie o sub-affidatarie.

Assetto specifico delle strutture di prevenzione

- Presenza di RSPP interno/esterno con analisi sia del n° ore mensili che del numero di accessi/mese
- Presenza e numero di RLS (interni/esterni)
- Aspetti inerenti la riunione annuale

Come e se è stato considerato il rischio da SB

- Presenza del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) aggiornato.
- Specifica valutazione del rischio SB: metodologie, check-list, criteri adottati.
- Quali determinanti del rischio sono state considerate (n° di pazienti non autosufficienti, n° di attrezzature presenti per tutti i pz seguiti, spazi ed arredi spesso inadeguati)
- Per ogni profilo professionale rischio da SB ed in particolare:
 - lieve
 - medio
 - elevato

Sorveglianza sanitaria

- Definizione di MC interno/esterno con numero di ore e n° accessi annui per visite mediche, analogamente per altre attività n° accessi annui.
- Numero di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.
- Presenza del Medico Competente coordinatore.
- Eventuali idoneità con limitazioni correlate al rischio SB.

Misure di prevenzione adottate o programmate per SB

- Misure di prevenzione e di protezione attualmente programmate (azioni di miglioramento, formazione specifica, formazione all'utilizzo delle attrezzature)

Conclusioni

- Suggerimenti derivanti dalla compilazione dell'autovalutazione (risposta univoca a fronte di 8 risposte possibili)

3.2. Modalità di Compilazione

La scheda è articolata in sezioni che devono essere completate dal Legale Rappresentante o da un referente formalmente incaricato, in collaborazione con:

- Responsabile del Servizio di Assistenza Domiciliare;
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP);
- Medico Competente (MC);
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS).

3.3. Modalità di Restituzione dei Dati tramite Survey

I dati raccolti mediante la scheda di autovalutazione sono stati trasmessi attraverso una survey online predisposta dal gruppo di coordinamento del PMP.

La survey riproduce fedelmente tutte le sezioni della scheda cartacea/digitale, con campi obbligatori e facoltativi di cui all' ALLEGATO 1.

3.4. Finalità della survey

- Consentire la raccolta standardizzata dei dati.
- Permettere un'elaborazione statistica omogenea e confrontabile.
- Supportare la costruzione del report finale del PMP.
- Identificare cluster di criticità e priorità di intervento sul territorio.

3.5. Modalità di invio

- Il link alla survey sarà trasmesso agli Enti Gestori tramite PEC e mail del referente.
- La compilazione dovrà avvenire entro il termine fissato dal coordinamento PMP.
- Alla chiusura della survey, il sistema rilascerà una *ricevuta di avvenuta compilazione*.

4. Principali esiti di autovalutazione

La scheda raccoglie molteplici informazioni di cui si presentano le principali sezioni di interesse, destinate prioritariamente a rispondere agli **obiettivi generali** del PMP, ed in particolare:

4.1. Finalità, mappatura delle modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare

Delineare un quadro aggiornato e attendibile delle modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare delle strutture accreditate, a livello di regione Lombardia.

4.2. Definizione dei parametri di indagine

Nel quadro delle azioni regionali finalizzate alla riduzione del rischio da sovraccarico biomeccanico (SB) e alla prevenzione delle patologie muscoloscheletriche lavoro-correlate (WMSDs) nei comparti caratterizzati da elevata esposizione fisica, si vede innanzitutto la necessità di richiamare le principali definizioni dei servizi domiciliari coinvolti.

- ADI – Assistenza Domiciliare Integrata: servizio sanitario completo rivolto alle persone non autosufficienti, che comprende interventi medici, infermieristici e riabilitativi, quali prelievi, medicazioni e prestazioni specialistiche.

- SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare: servizio orientato alle attività socio-assistenziali e igieniche di supporto, comprendenti interventi relativi alla gestione della quotidianità (igiene personale, mobilitazione, aiuto nei pasti, sorveglianza, accompagnamento per commissioni).

L’anagrafica utilizzata in avvio del PMP, ha tenuto infatti in considerazione il numero degli enti gestori accreditati in Lombardia, per l’esercizio di servizi domiciliari ADI/SAD, operanti nei diversi ambiti territoriali.

ENTI GESTORI INVITATI A PARTECIPARE N. 273 SU TUTTO IL TERRITORIO DI RL
 NUMERO SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONI RICEVUTE PER TUTTE LE ATS N. 236

ATS BERGAMO 27 RESPONDER 3 NO RESPONDER	ATS BRESCIA 23 RESPONDER 6 NO RESPONDER	ATS BRIANZA 25 RESPONDER 6 NO RESPONDER	ATS INSUBRIA 25 RESPONDER 0 NO RESPONDE
ATS MCM 56 RESPONDER 22 NO RESPONDER NOTE: 21 NO responder per modifica attività	ATS MONTAGNA 22 RESPONDER 1 NO RESPONDER	ATS PAVIA 20 RESPONDER 5 NO RESPONDER	ATS VALPADANA 38 RESPONDER 0 NO RESPONDER

NUMERO SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONI RICEVUTE PER TUTTE LE ATS N.236
 (ELABORATE 168 poiché riferite a EG univoco con UL su diverse provincie)

ACCORPAMENTO SU TUTTO IL TERRITORIO DI RL
 N. 165 ADI

ACCORPAMENTO SU TUTTO IL TERRITORIO DI RL
 N. 70 SAD (67 ADI+SAD 3 SAD)

Dalle 168 schede inizialmente valutate ne sono state elaborate complessivamente **151** per incompletezza dati di compilazione per 17 schede di autovalutazione

In concomitanza con le attività di censimento modalità di erogazione dell’assistenza domiciliare in Regione Lombardia, con Delibera n. XI/6867/2022, l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stata rinominata Cure Domiciliari (C-Dom). Tale aggiornamento ha introdotto un modello di erogazione rinnovato con criteri di accesso, valutazione e percorsi assistenziali più standardizzati, con l’obiettivo di garantire un’assistenza personalizzata presso il domicilio delle persone con compromissione dell’autonomia, sostenendone la permanenza nel proprio ambiente di vita, influenzando sulla quantificazione del campione coinvolto nel PROGETTO PILOTA.

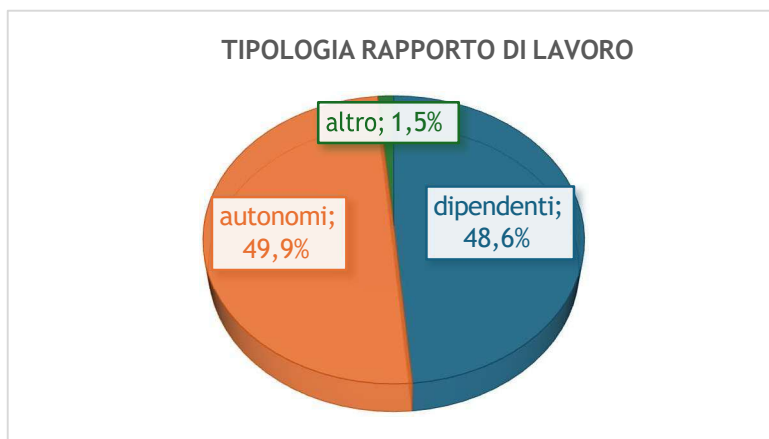
4.3. Organizzazione del lavoro

Il campione analizzato al punto precedente comprende un totale di 5.949 lavoratori impiegati nei servizi di assistenza domiciliare.

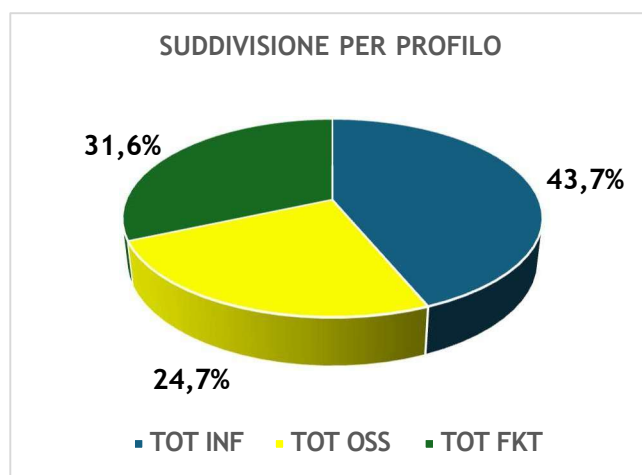
4.3.1. Composizione del personale suddiviso per lavoratori dipendenti /autonomi e per profilo professionale

I dati raccolti hanno permesso di distinguere tra lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi, evidenziando una distribuzione pressoché omogenea tra le due tipologie contrattuali, che verranno entrambi sottoposte a tutte le specifiche di interesse sia in fase di AUTOVALUTAZIONE che di PROGETTO PILOTA.

Il grafico sottostante rappresenta tale ripartizione, mettendo in luce come la presenza di personale strutturato e di professionisti autonomi contribuisca in misura simile all'erogazione complessiva dei servizi sul territorio.



I ruoli professionali impegnati nelle attività di cui sopra sono, gli Infermieri che gestiscono l'assistenza sanitaria complessa, eseguono terapie prescritte e monitorano i pazienti, gli OSS (Operatori Socio-Sanitari) che forniscono assistenza diretta nelle attività quotidiane come igiene, alimentazione e mobilità, collaborando con gli infermieri e i medici ed infine i Fisioterapisti che si occupano specificamente della riabilitazione motoria dei pazienti attraverso esercizi e terapie fisiche per recuperare o migliorare funzionalità e mobilità.

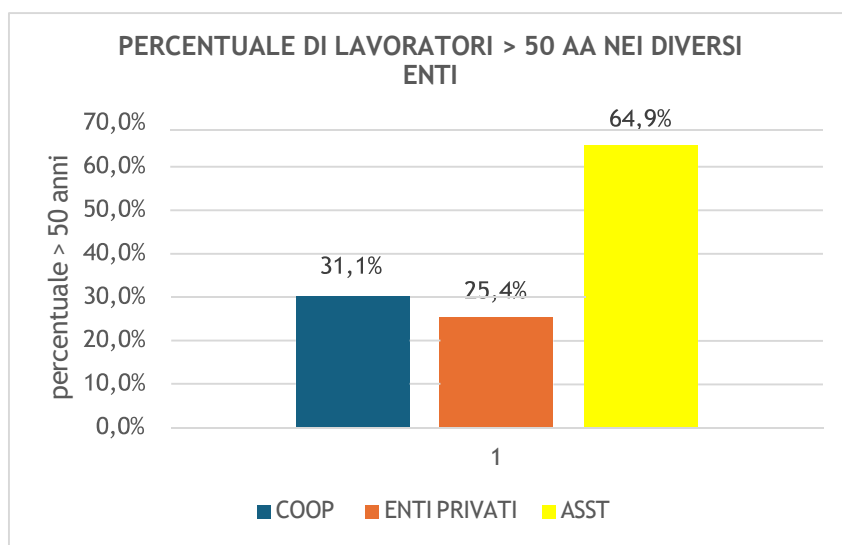


Per quanto riguarda la suddivisione per profilo professionale emerge l'attività svolta in ADI dall'infermiere, seguita dal personale fisioterapico e per un quarto circa dal personale OSS: ciò in virtù anche del fatto che le attività SAD sono svolte dal 26% degli enti gestori che hanno compilato la autovalutazione del rischio.

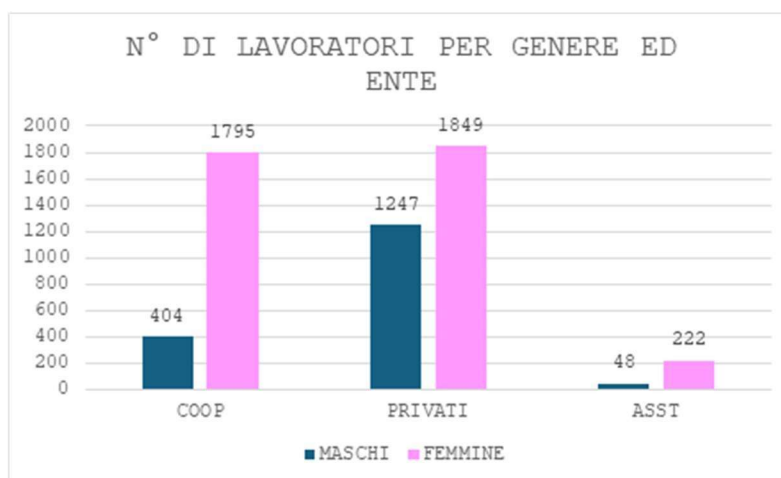
4.4. Classificazione delle macro-classi di lavoratori esposti (genere, profilo, età)

Dall'analisi complessiva della forza lavoro coinvolta nei servizi di assistenza domiciliare, emerge che 1.579 lavoratori, pari al 27% del totale, presentano un'età anagrafica superiore ai 50 anni. Tale fascia rappresenta un gruppo particolarmente rilevante ai fini della prevenzione, in quanto più suscettibile al rischio da sovraccarico biomeccanico (SB) per effetto dei naturali cambiamenti fisiologici legati all'invecchiamento, quali riduzione della forza muscolare, minore capacità di recupero e aumento della prevalenza di disturbi muscoloscheletrici.

In particolare, se analizziamo i lavoratori per tipologia di Ente (Cooperative, Privati, ASST) emerge chiaramente che il contributo maggiore per età anagrafica > 50 proviene da ASST.

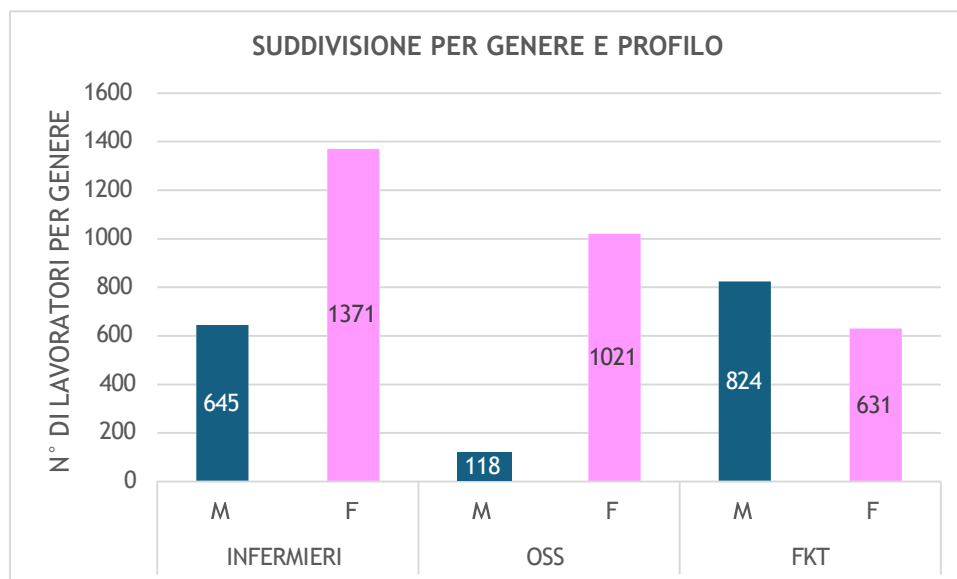


Le risultanze del censimento hanno inoltre permesso di quantificare il numero di lavoratori potenzialmente esposti al rischio di sovraccarico biomeccanico per la variabile di GENERE. In particolare, sono stati identificati complessivamente 3866 addetti di genere femminile e 1699 di genere maschile:



Questi dati confermano una prevalenza femminile, coerente con la composizione tipica dei profili professionali coinvolti (OSS, infermieri e figure assistenziali),
Se analizziamo i dati per profilo professionale emerge una elevata % di genere femminile negli OSS.

Mentre il genere maschile è rappresentato maggiormente nei fisioterapisti.



5. Assetto specifico delle strutture di prevenzione

5.1. Presenza di RSPP interno/esterno

Dall'analisi delle informazioni raccolte emerge il quadro delle figure della prevenzione coinvolte, con particolare riferimento ai Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) individuati ai sensi del D.Lgs. 81/08.

Nel complesso, sono stati rilevati 78 enti gestori con RSPP nominati internamente all'organizzazione aziendale, segno di una strutturazione interna del Servizio di Prevenzione e Protezione e di un presidio diretto delle tematiche di sicurezza da parte dell'Ente Gestore.

Parallelamente, 61enti gestori si avvalgono invece di un RSPP esterno, individuato tramite consulente o società specializzata. Questo dato evidenzia come una parte significativa del settore domiciliare faccia riferimento a competenze specialistiche esterne.

Nei restanti casi trattasi di datore di lavoro.

5.2. Presenza e numero di RLS (interni/esterni)

Dalle informazioni raccolte emerge che **160 Enti Gestori** hanno dichiarato di disporre di un Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) interno, il quale svolge il proprio incarico su più unità locali appartenenti alla stessa organizzazione. Per i restanti **8 Enti Gestori** di questi:

- ✓ 7 venivano assorbiti da altri gruppi, secondo il nuovo modello organizzativo di cui alla Delibera n. XI/6867/2022, citata al punto 4.2.
- ✓ 1 risulta essere un centro fisioterapico accreditato SSR

In base del rapporto iniziale di 273 Enti Gestori, con 168 unità locali univoche, si configura un modello organizzativo in cui la funzione di rappresentanza dei lavoratori viene centralizzata, con un unico RLS di cui si prevede la presenza e la vigilanza in diverse sedi operative dell'ente.

Pertanto, vista la peculiarità di un'attività svolta a domicilio dell'assistito, di tutti gli RLS dichiarati, si è raccolta l'anagrafica per eventuali successivi approfondimenti sulle modalità di esercizio del proprio ruolo.

In tutti i casi esaminati è emerso che il datore di lavoro ha consegnato e/o messo a disposizione il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), assicurandone così l'accessibilità ai soggetti coinvolti nei processi di prevenzione e sicurezza.

6. Rischio da sovraccarico biomeccanico in autovalutazione

6.1. Modalità di considerazione del rischio

In merito al quesito *“Nel Documento di Valutazione dei Rischi è stato preso in considerazione il rischio da Sovraccarico Biomeccanico”*, gli Enti Gestori hanno fornito le seguenti risposte:

- **25 enti (13%), hanno risposto NO**, specificando che il rischio non è stato considerato secondo metodi conosciuti o disponibili di valutazione specifici per i servizi ADI e SAD, ma bensì con altra metodologia.
- **84 enti (53,6%), hanno risposto SÌ** precisando però che, dalla pre-valutazione effettuata, è emerso che i lavoratori risultano potenzialmente esposti al rischio, ma non è stata condotta una valutazione approfondita.
- **38 enti (22,5%) hanno risposto SÌ**, dichiarando di aver effettuato una valutazione approfondita del rischio da Sovraccarico Biomeccanico.
- **21 enti non hanno fornito risposta (13,9%)**

Questi dati evidenziano livelli differenti di maturità nella gestione del rischio SB all'interno degli Enti Gestori, con una quota significativa che si trova ancora nella fase preliminare di analisi.

Durante le attività di controllo, si è accertata una violazione ai sensi dell'art. 28 D.Lgs 81/08.

6.2. Determinanti di rischio

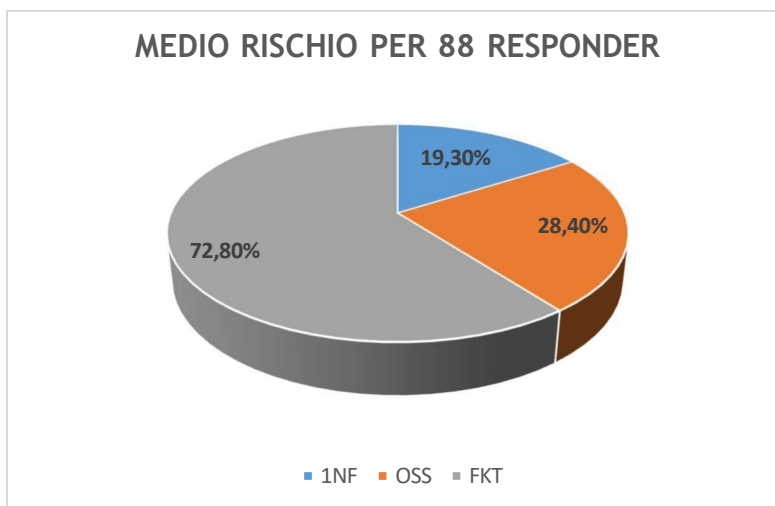
In merito a quali determinanti del rischio si sono considerati in fase di valutazione del rischio, gli Enti Gestori hanno indicato i seguenti elementi come fattori rilevanti nella valutazione del rischio da Sovraccarico Biomeccanico:

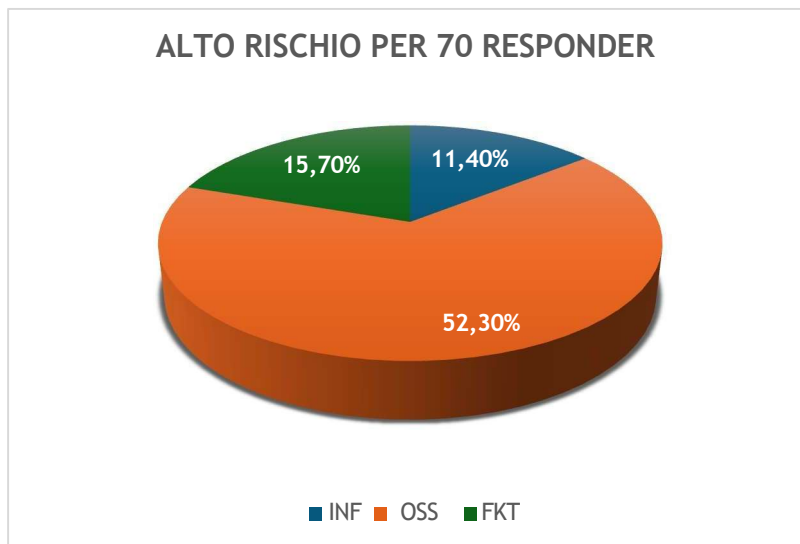
- **Numero di pazienti non autosufficienti seguiti nella giornata modale:** selezionato da **72 enti**, evidenziando come il livello di autonomia dell'assistito influenzi in modo significativo l'impegno fisico richiesto agli operatori.
- **Presenza di attrezzature e ausili a domicilio per tutti i pazienti assistiti:** indicato da **77 enti**, a conferma dell'importanza delle dotazioni disponibili nell'ambiente domestico per ridurre il carico biomeccanico.
- **Spazi e arredi spesso inadeguati:** segnalati da **69 enti**, evidenziando una criticità ricorrente nell'assistenza domiciliare, dove il contesto abitativo può limitare posture corrette e manovre sicure.
- **Durata del turno di lavoro:** considerata da **32 enti**, che riconoscono come tempi prolungati o turnazioni impegnative possano contribuire ad aumentare l'esposizione al rischio.

6.3. Esposizione per rischio professione rischio da SB

Per ciascun profilo professionale coinvolto nelle attività di assistenza domiciliare, gli Enti Gestori hanno espresso una valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico utilizzando la classificazione prevista nelle categorie Accettabile, Lieve, Medio e Alto.

Le risposte raccolte sono state quindi aggregate ed elaborate, consentendo di rappresentare in forma percentuale il livello di rischio prevalente per ogni profilo. Tale rappresentazione permette di evidenziare, in modo immediato, le differenze di esposizione tra le diverse figure professionali e di individuare i gruppi maggiormente esposti.





7. Sorveglianza sanitaria

Nel contesto della **prevenzione del rischio da sovraccarico biomeccanico (SB)**, un ruolo di particolare rilevanza è svolto dalla **Sorveglianza Sanitaria**, strumento fondamentale per l'individuazione precoce di eventuali disturbi muscoloscheletrici correlati all'attività lavorativa.

Gli Enti Gestori hanno indicato le modalità con cui tale sorveglianza viene attualmente effettuata, fornendo il seguente quadro:

149 Enti Gestori effettuano la sorveglianza sanitaria degli operatori al rischio specifico, di cui:

74 Enti Gestori hanno riportato di effettuare un *accertamento clinico mirato*, con particolare attenzione agli **organi bersaglio** tipicamente interessati dallo SB:

- rachide lombare
- spalle
- ginocchia

11 Enti Gestori hanno dichiarato che *non è stato predisposto un protocollo sanitario specifico* per i lavoratori esposti al rischio da SB.

8 Enti Gestori hanno indicato che, *sulla base della Valutazione del Rischio*, non è emersa la necessità di attivare un percorso di sorveglianza sanitaria specifico per tale rischio.

Questo quadro evidenzia una significativa variabilità nelle modalità di gestione della sorveglianza sanitaria, riflettendo differenze sia nella percezione del rischio sia nell'applicazione pratica delle misure preventive.

7.1. Suggerimenti emersi dalla compilazione dell'autovalutazione

L'analisi delle risposte fornite dagli Enti Gestori alla sezione dedicata ai "**SUGGERIMENTI DERIVANTI DALLA COMPILAZIONE DELL'AUTOVALUTAZIONE**" evidenzia con particolare forza le aree ritenute prioritarie per il miglioramento della prevenzione del rischio da sovraccarico biomeccanico (SB).

Gli enti, a fronte di 8 opzioni possibili e con risposta univoca, hanno indicato come principali necessità, spesso con risposta NON UNIVOCA:

- ✓ **Revisione del DVR - 55 (36%)**
- ✓ **Dotazione e manutenzione degli ausili per la movimentazione dei pazienti - 19 (12,6%)**
- ✓ **Formazione o rinforzo formativo specifico - 83 (55%)**

Sono i suggerimenti maggiormente indicati.. Ciò evidenzia un bisogno diffuso e percepito come urgente: l'assenza o l'insufficienza di ausili adeguati nei contesti domiciliari costituisce una criticità strutturale, aggravata dalla consapevolezza della necessità di rivalutare il rischio specifico.

✓ **Sorveglianza sanitaria mirata - 26 (17,2%)**

Gli enti riconoscono solo in parte la necessità di protocolli sanitari più specifici e orientati agli organi bersaglio del rischio SB (rachide lombare, spalle, ginocchia).

Ciò suggerisce un'attuale disomogeneità nella gestione sanitaria preventiva dei lavoratori esposti.

✓ **Definizione e condivisione di procedure operative nell'ADI - 48 (32%)**

✓ **Audit periodici 32 (21,2%)**

Indica l'esigenza di una maggiore standardizzazione delle modalità operative dai diversi profili professionali

✓ **Misure organizzative per il numero e tipo di attività effettuate nella giornata - 11 (7,3%)**

Emerge la scarsa consapevolezza che la prevenzione passa anche attraverso competenze aggiornate e consolidate, soprattutto nella tipologia di pazienti presi in carico e del layout abitativo, nonché nella attività effettuata a domicilio.

8. Studio pilota e controllo anamnestico

8.1. Obiettivi e metodi dello studio pilota

Fermo restando la regia del Tavolo Tecnico (Ta.Te.), è stato proposto uno studio pilota per ogni ATS che potesse raccogliere informazioni utili ad identificare il rischio da SB per ogni profilo professionale. Per raggiungere tale obiettivo era stato richiesto - ad ogni ATS - di raggiungere un numero di 30 lavoratori, 10 per ogni profilo, a cui sottoporre la check list da compilarsi per almeno una settimana.

Inoltre, ai lavoratori dei diversi studi pilota è stato somministrato il questionario muscoloscheletrico utile a quantificare le prevalenze sia dei WMSDs che delle patologie note poiché diagnosticate su base di esami strumentali.

L'Ente Gestore individuato viene formalmente invitato dalla ATS competente a partecipare a un **incontro informativo** dedicato, durante il quale sono illustrate nel dettaglio:

- le modalità di compilazione della check-list,
- l'organizzazione delle attività di raccolta dati,
- le procedure previste per l'esecuzione del controllo anamnestico.

Per raggiungere omogeneità sia nella raccolta dati rischio che nell'utilizzo della piattaforma web destinata alla raccolta dati clinici (allegato è stato effettuato un corso specifico a Medici e Tecnici prevenzione ATS dedicati anche a tale progetto).

Per una raccolta dati il più possibile operativa e snella, si è confermata la disponibilità del gruppo di coordinamento nel fornire assistenza al personale per l'intero periodo dedicato alla reportistica, mettendo sin da subito a disposizione gli strumenti necessari, in particolare:

ENTI GESTORI PROGETTO PILOTA

- Schede di raccolta delle informazioni relative ai servizi di assistenza domiciliare per i profili: Infermieri – Fisioterapisti – OSS; Allegato 2
- Relative legende per la compilazione delle schede di rilevazione del rischio ADI Lombardia per i profili: Infermieri – Fisioterapisti – OSS; Allegato 3.

Complessivamente dalla tabella sottostante si evidenzia qualche ATS che ha trovato difficoltà nel pervenire al numero stabilito di 10 lavoratori per ogni profilo, complice anche del fatto che alcuni Enti non forniscono attività SAD, mentre altre ATS hanno in parte compensato tali numeri ridotti.

NUMERO TOT DI OPERATORI RAGGIUNTI n° 214
INFERMIERI 90
OSS 59
FSK 65

ATS BERGAMO	ATS BRESCIA	ATS BRIANZA	ATS INSUBRIA
TOT FSK: 1	TOT FSK: 5	TOT FSK: 10	TOT FSK: 10
TOT IP: 8	TOT IP: 4	TOT IP: 11	TOT IP: 10
TOT OSS: 10	TOT OSS: 3	TOT OSS: 11	TOT OSS: 1
ATS MCM	ATS MONTAGNA	ATS PAVIA	ATS VALPADANA
TOT FSK: 16	TOT FSK: 7	TOT FSK: 10	TOT FSK: 6
TOT IP: 23	TOT IP: 10	TOT IP: 10	TOT IP: 14
TOT OSS: 14	TOT OSS: 10	TOT OSS: 10	TOT OSS:

8.2. Criteri per l'elaborazione dati rischio per i tre profili professionali

Per ogni profilo si sono analizzate le attività più frequentemente effettuate che corrispondono a:

- attività al letto
- attività in bagno
- attività in sedia/carrozzina/poltrona
- altre attività (variabili per i tre profili analizzati)

Successivamente si quantificano, per ogni attività svolta in luogo caratterizzato da specifica altezza di arredi utilizzati:

- il tempo dedicato alle attività
- la tipologia di paziente trattato (autosufficiente-A, totalmente non collaborante -NC o parzialmente collaborante – PC)
- il peso del pz
- le movimentazioni manuali effettuate per ogni paziente ed identificate come sovraccaricanti in relazione agli studi effettuati da (Marras 2008, Jaeger et all (2011; 2018; 2023) negli ultimi 15 anni e di cui si riporta in tabella 8.1 i criteri delle tre variabili (tipo di paziente, tipo di movimentazione e peso del paziente) analizzati per OSS. In tal modo è possibile identificare uno specifico "scenario" di compiti sovraccaricanti pro/operatore suddiviso per tipologia di non autosufficienza.

	NC - sollevare completamente			PC - sollevare parzialmente		
	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg
Movimentazioni manuali	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Movimentazione vs cuscino	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Rotazioni nel letto	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Letto/carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO

Seduto/piedi				ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Carrozzina/wc	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Sollevamento del tronco	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Riposizionamento in carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
La somma dei compiti viola e rossi andrà differenziata per le differenti attività, per profilo ("scenari di rischio")						

Tabella 8.1: criteri di quantificazione compiti sovraccaricanti

Qualora le attività di movimentazione pazienti vengano svolte in coppia di OSS ovviamente i criteri cambiano e sono esplicitati in tabella 8.2.

Movimentazioni manuali	NC - sollevare completamente			PC - sollevare parzialmente		
	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg
Movimentazione vs cuscino	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Rotazioni nel letto	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Letto/carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Seduto/piedi				ALTO	ALTO	ALTO
Carrozzina/wc	ALTO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Sollevamento del tronco	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Riposizionamento in carrozzina	ALTO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
La somma dei compiti viola e rossi avverrà con gli stessi criteri prima elencati, ma con la differenza di DIMEZZARE IL NUMERO DI ROTAZIONI E DI SOLLEVAMENTI DEL TRONCO						

Tabella 8.2: criteri di compiti eseguiti in coppia

Le posture incongrue vengono analizzate in relazione alla attività effettuata, al tempo dedicato ad ogni attività ed soprattutto in relazione all' altezza degli arredi secondo i criteri specificati in tabella 8.3.

Per verificare i criteri utilizzati per definire incongrua una postura rachide o spalla in relazione ad arredi ed attività (rachide= 60° di flessione del rachide lombare o tra i 20°-ed i 60° se contemporaneamente inclinato o ruotato; Spalla = flessa > 80° oppure > 45° se accompagnata da abduzione o intrarotazione come da norma ISO 11226) sono state condotte simulazioni (con soggetto alto 158 cm e letto 60 cm) utilizzando la Tuta X_SENS che riproduceva fedelmente il movimento attuato nella Ricerca su attività SAD svolta in Romagna nel 2019, attualmente in corso su tutta la regione Emilia-Romagna.

PAZIENTI	POSTURE INCONGRUE SPALLA-RACHIDE PER LE DIVERSE ATTIVITA'			
	Ed in relazione ad altezza arredi			
	ATTIVITA' AL LETTO		IGIENE IN BAGNO (80% del tempo dedicato)	
	SPALLA	RACHIDE LOMBARE	SPALLA	RACHIDE LOMBARE

A - PC - NC	QUALSIASI LETTO 80% del tempo	LETTO < 70 CM 80% del tempo		
PC - NC			WC < 70 CM 80% del tempo	WC < 70 CM 80% del tempo
A			WC < 70 CM 20% del tempo	WC < 70 CM 20% del tempo
PC			VASCA – 80% del tempo	VASCA – 80% del tempo
PC - NC			SEDIA DOCCIA FISSA 60% del tempo	SEDIA DOCCIA FISSA 80% del tempo
A			SEDIA DOCCIA FISSA 20% del tempo	SEDIA DOCCIA FISSA 20% del tempo
A			IN PIEDI 100% del tempo	
			BAGNO IN VASCA FISSA 80% del tempo	BAGNO IN VASCA FISSA 80% del tempo

Tabella 8.3: criteri per identificare posture incongrue in relazione ad attività e tipologia di pazienti

I criteri utilizzati per tutti i profili analizzati – che riportano una logica sovrapponibile ma variabili differenti si riportano in allegato 8.

Il successivo passo metodologico è identificare, per ogni "SCENARIO" descritto se i risultati possono essere sovrapponibili in termine di tempo dedicato, n° di compiti sovraccaricanti e numero di minuti in posture incongrua nei diversi territori.

Le variabili da ricostruire successivamente per identificare il rischio nella/e giornata lavorativa per ogni profilo devono considerare i risultati della sopracitata sovrapposizione per scenario e la somma per giornata/settimana delle seguenti variabili:

1. numero di pazienti/die pro-operatore;
2. tipologia e numero di scenari per attività e pro-operatore/die
3. numero di compiti sovraccaricanti pro-operatore/die
4. numero di minuti in postura incongrua pro-operatore/die sia per spalla che per rachide
5. Presenza ed utilizzo di attrezzature/die pro-operatore/die

8.3 L'emersione di disturbi muscoloscheletrici e di patologie note

Nel complessivo gruppo pilota di Regione Lombardia sono stati convocati i 214 lavoratori ed il questionario MSK (allegato 4) è stato somministrato ed inserito nell'apposita web-app ad un totale di 193 soggetti.

Il questionario anamnestico ha lo scopo di generare un'anamnesi accurata del paziente, guidata da illustrazioni anatomiche e domande chiuse che aiutino l'operatore sanitario a compilarlo, a raccogliere rapidamente le informazioni necessarie. il soggetto è invitato a segnalare eventuali episodi di dolore e/o disagio che si siano verificati nei 12 mesi precedenti nei tre distretti considerati come "organo bersaglio" per la MMC o MMP (spalla, rachide lombare e ginocchia).

I criteri per classificare i casi anamnestici positivi cioè al di sopra di una soglia positiva sono chiaramente identificati nello stesso questionario spesso applicato in popolazioni lavorative esposte al rischio da SB (Menoni O., et al., 1996) (Colombini, et al., 2016) (Colombini, et al., 2012).

Particolarmente utili gli studi effettuati che riguardano l'entità di presenza di casi anamnestici positivi nei non esposti (Meroni, et al., 2010; Stucchi, et al., 2018).

La validità di tale questionario è stata recentemente validata in termini di sensibilità e specificità (Colombini et al, 2022)

Ulteriore dato di interesse sono, per i singoli distretti analizzati, le patologie note e la data degli esami strumentali che ne determinano la congruità rispetto all'anzianità lavorativa in ADI.

In tabella 8.4 si riporta una parte del questionario MSK in cui facilmente si possono identificare tutte le variabili successivamente analizzabili:

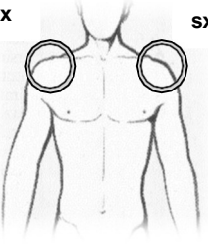
C- SPALLE – DISTURBI ULTIMI 12 MESI					
C1-SPALLE	<input type="checkbox"/> NO	SI <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI (ANNO)=	DX	SX
dx  sx	RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI: <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci		Dolore ai movimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HA EFFETTUATO: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrice. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Ecografia / RMN		Dolore a riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SOGLIA POSITIVA= presenza di <input type="checkbox"/> dolore continuo o subcontinuo oppure <input type="checkbox"/> dolore durato almeno 7 giorni nell'ultimo anno oppure <input type="checkbox"/> dolore almeno 1 volta al mese nell'ultimo anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI SPALLE				N°	
C2-SPALLE: PRESENZA DI PATOLOGIE GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)					
TENDINITI, TENDINOSI	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> RMN	QUANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabella 8.4: parte del questionario che identifica i disturbi negli ultimi 12 mesi ed inerenti le spalle.

8.4 Risultati di WMSDs nel gruppo pilota

Il campione analizzato comprende 193 partecipanti (tabella 8.5), suddivisi in 54 (28%) OSS, 77 (40%) infermieri e 62 (32%) fisioterapisti. Dati che confermano i risultati della scheda di autovalutazione riportata che vedevano una maggiore rappresentatività della figura di infermiere.

In tutti i gruppi prevale nettamente il sesso femminile. L'età media dei partecipanti si colloca intorno ai 46 anni, con gli OSS leggermente più anziani e i fisioterapisti mediamente più giovani. L'anzianità lavorativa segue un trend simile, variando tra i 17 e i 20 anni.

	TOT N=193	OSS N=54 (28%)	INF N=77 (40%)	FISIO N=62 (32%)
Sesso				
M	51 (26%)	6 (11%)	20 (26%)	25 (40%)
F	142 (74%)	48 (89%)	57 (74%)	37 (60%)
Età	46 ± 10	49 ± 9	46 ± 10	43 ± 12
Anzianità	19 ± 10	17 ± 9	20 ± 11	18 ± 11
Peso	70 ± 15	69 ± 15	68 ± 15	72 ± 15
Altezza	168 ± 8	164 ± 8	167 ± 7	171 ± 9
Limitazioni	9 (5%)	3 (6%)	4 (5%)	2 (3%)
Attività fisica				
Nulla o saltuaria	92 (48%)	28 (52%)	38 (49%)	26 (42%)
Regolare	68 (35%)	18 (33%)	25 (32%)	25 (40%)
Intensa	33 (17%)	8 (15%)	14 (18%)	11 (18%)
Ore ADI/settimana	30 ± 12	30 ± 10	33 ± 11	28 ± 14

Tabella 8.5: dati socio-anagrafici del campione emergente dai diversi gruppi pilota

Le limitazioni riferite sono complessivamente poco frequenti, interessando il 5% del campione totale.

Il livello di attività fisica varia tra nulla o saltuaria, regolare o intensa, con una prevalenza dell'attività scarsa o saltuaria in tutti i gruppi.

Le ore settimanali dedicate all'Assistenza Domiciliare Integrata risultano in media intorno alle 30.

Nel questionario alcuni quesiti riguardavano l'utilizzo di attrezzature e la formazione specifica effettuata.

	TOT N=193	OSS N=54 (28%)	INF N=77 (40%)	FISIO N=62 (32%)
Attrezzature fornite	53 (27%)	14 (26%)	21 (27%)	18 (29%)
Formazione su attrezzature	127 (66%)	37 (69%)	49 (64%)	41 (66%)
Sollevatori	126 (65%)	48 (89%)	43 (56%)	35 (56%)
<i>%utilizzo (mediana, RIQ)</i>	20 [10-50]	40 [10-60]	20 [10-45]	20 [10-40]
Letti regolabili	161 (83%)	47 (87%)	65 (84%)	49 (79%)
<i>%utilizzo (mediana, RIQ)</i>	40 [20-60]	40 [20-77]	30 [20-50]	40 [20-60]
Formazione attrezz utilizzo	171 (89%)	48 (89%)	69 (89%)	54 (87%)

Tabella 8.6.: attrezzature utilizzate

Circa un quarto dei lavoratori riferisce di avere attrezzature (ausili minori) fornite. La maggioranza dichiara inoltre di aver ricevuto una formazione specifica sulle attrezzature, con valori che oscillano tra il 64% e il 69%. Per quanto riguarda l'uso dei sollevatori, il 65% del campione totale dichiara di utilizzarli. Gli OSS utilizzano questi dispositivi con una frequenza molto elevata (89%), mentre infermieri e fisioterapisti li utilizzano in misura inferiore. Quasi tutti i partecipanti riferiscono di aver ricevuto una formazione sull'uso corretto delle attrezzature, con una copertura vicina al 90% in tutti i gruppi.

Nella successiva tabella vengono riportati con segnalazione in giallo i dati maggiormente importanti per rachide lombare, spalle e ginocchi.

	TOT N=193	OSS N=54 (28%)	INF N=77 (40%)	FISIO N=62 (32%)
Disturbi ultimi 12 mesi	78 (40%)	46 (46%)	35 (45%)	18 (29%)
<i>Di cui soglia positiva</i>	33 (17%)	15 (28%)	15 (19%)	3 (5%)
Lombalgia acuta	25 (23%)	7 (13%)	11 (14%)	7 (11%)
Patologie degenerative rachide	39 (20%)	14 (26%)	16 (21%)	9 (15%)
<i>Di cui ernie</i>	18 (9%)	11 (20%)	5 (6%)	2 (3%)
Spalla SX negli ultimi 12 mesi	38 (20%)	11 (20%)	18 (23%)	9 (15%)
<i>Di cui soglia positiva</i>	21 (11%)	6 (11%)	10 (13%)	5 (8%)
Spalla dx negli ultimi 12 mesi	37 (19%)	12 (22%)	17 (22%)	8 (13%)
<i>Di cui soglia positiva</i>	16 (8%)	7 (13%)	9 (12%)	-
Ginocchio sx negli ultimi 12 m	16 (8%)	6 (11%)	6 (8%)	4 (6%)
<i>Di cui soglia positiva</i>	8 (4%)	4 (7%)	2 (3%)	2 (3%)
Ginocchio dx negli ultimi 12 m	18 (9%)	9 (17%)	5 (6%)	4 (6%)
<i>Di cui soglia positiva</i>	6 (3%)	5 (9%)	1 (2%)	-
Diagnosi rachide lombare	32 (17%)	11 (20%)	14 (18%)	7 (11%)
Diagnosi spalla dx	8 (4%)	2 (4%)	3 (4%)	3 (5%)
Diagnosi spalla sx	8 (4%)	1 (2%)	4 (5%)	3 (5%)
Diagnosi ginocchio dx	11 (6%)	3 (6%)	5 (6%)	3 (5%)
Diagnosi ginocchio sx	13 (7%)	2 (4%)	6 (8%)	5 (8%)

Tabella 8.7 emersione di disturbi e patologie MSK

Nel complesso del campione, il 40% riferisce disturbi muscoloscheletrici negli ultimi 12 mesi, con il 17% che supera la soglia positiva per i tre (organi bersaglio analizzati). Il 46% degli OSS riferisce disturbi negli ultimi 12 mesi, con il 28% che presenta una soglia positiva. Tra gli infermieri i disturbi interessano il 45% del campione, con il 19% che supera la soglia positiva. Nei fisioterapisti i disturbi sono riportati dal 29%, mentre il 5% raggiunge la soglia positiva. I dati sicuramente maggiormente interessanti riguardano i soggetti

con almeno una lombalgia acuta negli ultimi 12 mesi e che interessa il 23% del totale, con valori distribuiti tra il 13% degli OSS, il 14% degli infermieri e l'11% dei fisioterapisti.

Le patologie del rachide (con esami strumentali di conferma) coinvolgono il 29% del campione, con il 9% di ernie. Tra gli OSS le patologie sono il 26% (20% ernie), tra gli infermieri il 21% (6% ernie) e tra i fisioterapisti il 15% (3% ernie).

Per leggere tale dato correlato a lavoratori non esposti al rischio ci si riferisca a tabella 8.8 in cui si riportano, con metodologia analoga di analisi e per classi di età confrontabili, i dati di prevalenza delle patologie sia nel nostro totale gruppo campione che nel gruppo di lavoratori non esposti.

	Prevalenza nel campione N=193	Prevalenza in non esposti N=1046
Età considerata	37-51	36-55
Lombalgie acute	25 (23%)	39 (3,7%)
Ernie discali	18 (9%)	31 (2,9%)
Patologie spalla	8 (4%)	12 (1,15%)
Patologia ginocchia	13 (7%)	23 (2,2%)

Tabella 8.8 : confronto delle patologie emerse nel gruppo analizzato con dati di lavoratori non esposti

Il dato maggiormente significativo è relativo al rachide lombare, sia per i soggetti portatori di lombalgia acuta che per le ernie discali. Comunque, significativi i dati inerenti gli altri due organi bersaglio.

Concludendo i lavoratori esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico in ADI mostrano un significativo aumento sia dei segni premonitori (lombalgie acute) che delle patologie al rachide lombare, spalla e ginocchio.

8.4. Risultati dati di rischio

Attraverso l'analisi dei dati e la loro successiva elaborazione è stato possibile ottenere in primo luogo una panoramica dei dati generali (numero di giornate, media delle tempistiche, numero medio e tipologia di pazienti assistiti, presenza di attrezzature a domicilio) raccolti attraverso apposita web app per ciascuna categoria professionale analizzata.

In secondo luogo è stato possibile individuare alcuni scenari tipici di rischio che caratterizzano il lavoro di assistenza a domicilio di pazienti autosufficienti e non, in relazione a una serie di attività svolte dai tre profili professionali in esame.

Gli scenari individuati si configurano pertanto come un utile strumento da cui è possibile stimare il rischio per OSS, infermieri e fisioterapisti, qualora si riesca a ricostruire una giornata modale per tipo di paziente assistito e tipo di attività svolta dal singolo operatore.

8.4.1 Dati generali

Il numero complessivo di giornate analizzate è pari a 1.277, di cui 410 riferite agli OSS, 523 agli infermieri, e 344 ai fisioterapisti. Ogni operatore ha gestito in media 5 pazienti al giorno (range 1–20). In particolare, gli OSS hanno seguito mediamente 4 pazienti/giorno (range 1–11), gli infermieri 6 pazienti/giorno (range 1–20) e i fisioterapisti 4 pazienti/giorno (range 1–10).

	N°	PAZIENTI/GG
TOT	1.277	5 (1-20) 4 [3-6]
GIORNATE OSS	410	4 (1-11) 4 [3-5]
INFERMIERI	523	6 (1-20) 6 [4-8]
FISIOTERAPISTI	344	4 (1-10)

Tabella 8.G: totale giornate analizzate, media pazienti a giornata (min-max) e mediana [1°- 3° quartile]

Il tempo complessivo medio per giornata è di 279 minuti. A livello generale, il tempo amministrativo incide per l'11% (36 minuti), il tempo di intervento per il 71% (190 minuti) e il tempo di spostamento complessivo per il 18% (53 minuti) del totale.

I tempi medi complessivi risultano sostanzialmente comparabili tra le tre categorie professionali (279 minuti per gli OSS, 271 per gli infermieri e 290 per i fisioterapisti), mentre emergono differenze nelle quote di tempo amministrativo e di intervento tra gli OSS e le altre due categorie professionali: 3% di tempo amministrativo rispetto al 16% e al 13% di infermieri e fisioterapisti e 84% di tempo di intervento rispetto al 62% e 70% di infermieri e fisioterapisti.

Il tempo medio di intervento per paziente è di 39 minuti, con valori più elevati per gli OSS (63 minuti) rispetto a Infermieri (25 minuti) e Fisioterapisti (45 minuti).

Il tempo medio di spostamento tra pazienti è di 14 minuti, simile tra le tre categorie.

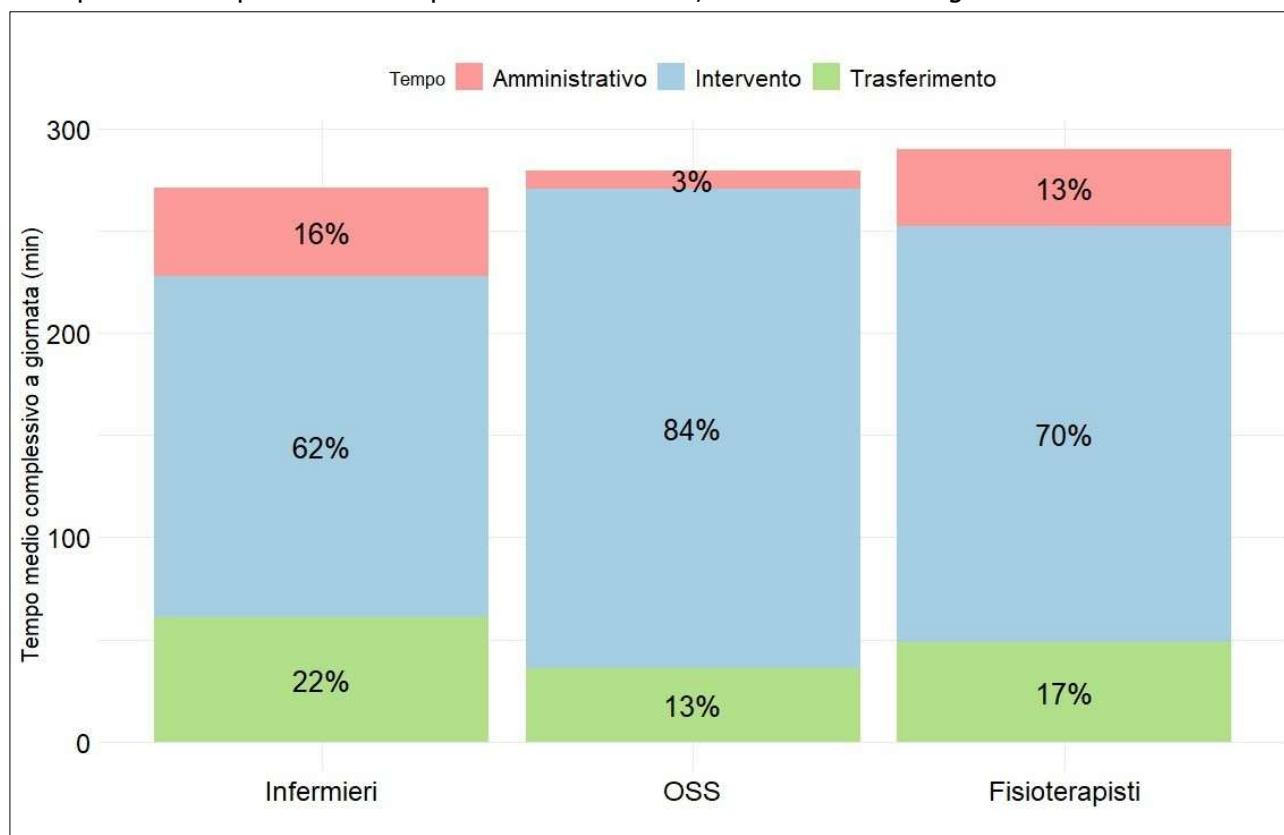
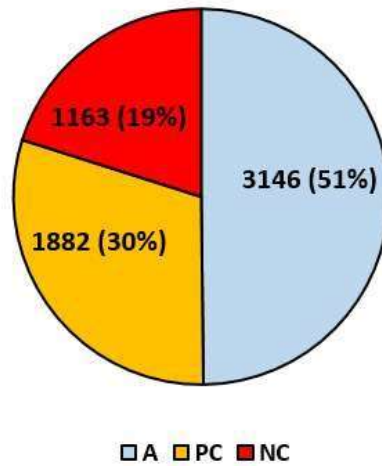


Tabella 8.10: Percentuali di tempi medi complessivi a giornata per ciascuna categoria professionale

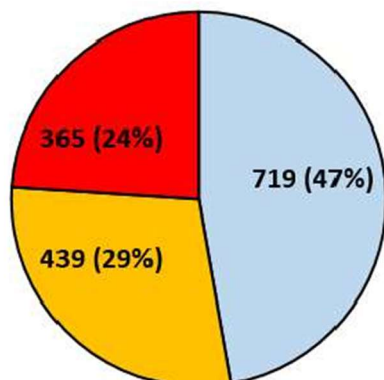
Dall'analisi delle 1.277 giornate sono stati esaminati in totale 6.191 pazienti, suddivisi in 3.146 autosufficienti, 1.882 parzialmente collaboranti e 1.163 totalmente non collaboranti, corrispondenti rispettivamente al 51%, 30% e 19% del totale.

**N° totale pazienti assistiti - tutte le figure
(N° = 6.191 pazienti totali)**



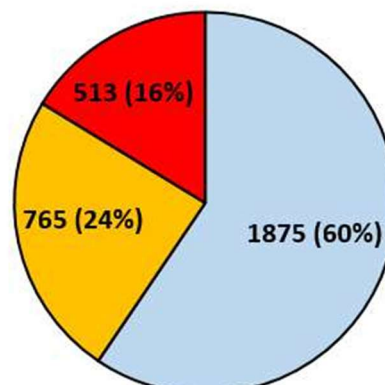
Gli OSS hanno gestito complessivamente 1.523 pazienti, con una distribuzione bilanciata tra le tre categorie di autonomia, di cui 47% autosufficienti, 29% parzialmente collaboranti, 24% totalmente non collaboranti. Gli infermieri hanno seguito 3.153 pazienti, prevalentemente autosufficienti (60%), mentre i fisioterapisti, con 1.515 pazienti, hanno trattato più frequentemente soggetti parzialmente collaboranti (45%).

N° totale pazienti assistiti – OSS
(N° = 1.523 pazienti totali)



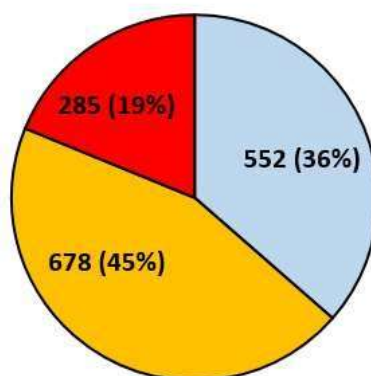
□ A □ PC □ NC

N° totale pazienti assistiti – INFERMIERI
(N° = 3.153 pazienti totali)



□ A □ PC □ NC

N° totale pazienti assistiti – FISIOTERAPISTI
(N° = 1.515 pazienti totali)



□ A □ PC □ NC

La quasi totalità dei pazienti (circa il 97%) presenta un peso inferiore a 100 kg. Si evidenzia che la fascia 70–100 kg risulta la più rappresentata tra i pazienti parzialmente collaboranti (923, il 49% del totale dei pazienti PC).

	N°	<70 kg	70-100 kg	100-150kg
PAZIENTI TOT	6.191	3411 (55%)	2620 (42%)	160 (3%)
A	3.146	1822 (58%)	1256 (40%)	68 (2%)
PC	1.882	902 (48%)	923 (49%)	57 (3%)
NC	1.163	687 (59%)	441 (38%)	35 (3%)

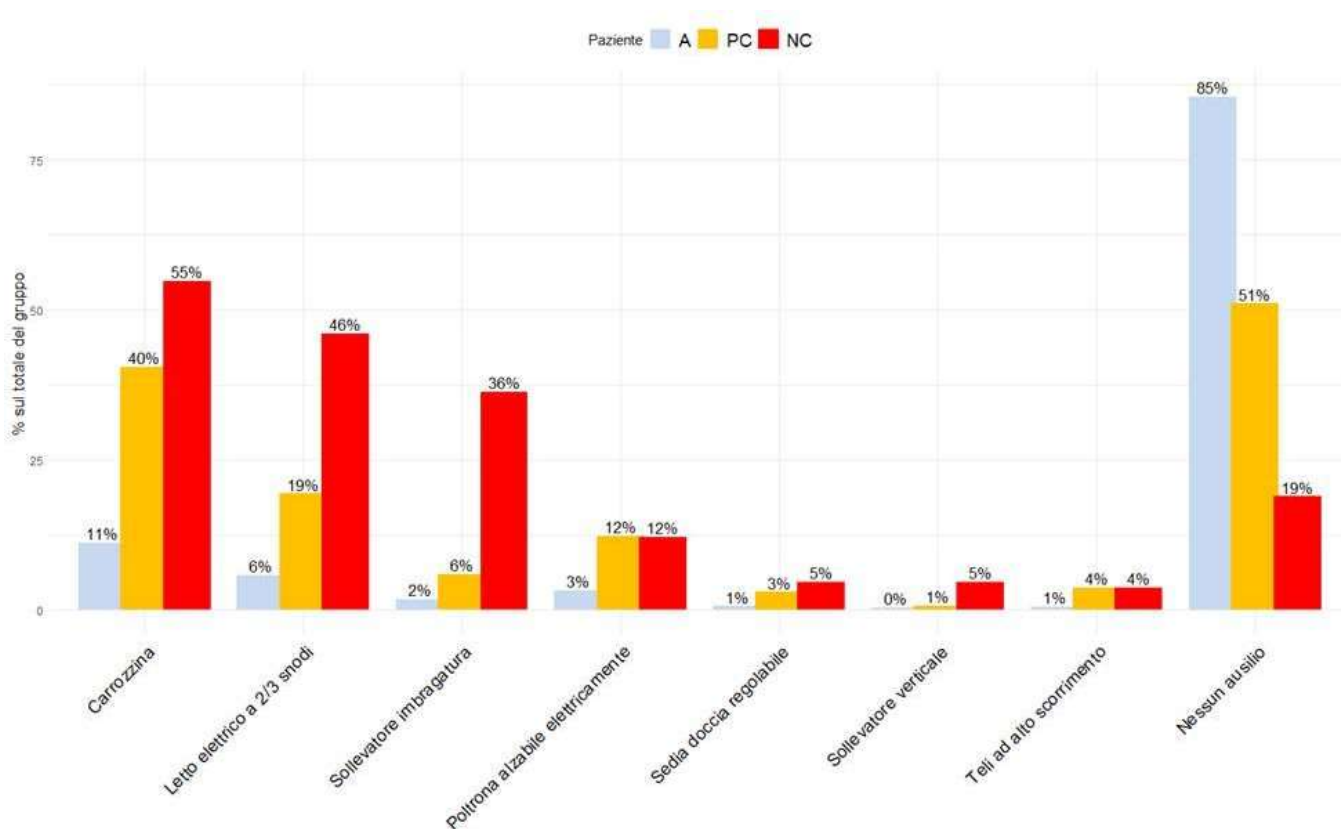
Tabella 8.11: Categorie di peso relative ai pazienti assistiti

Solo una quota minima di pazienti (1%) richiede l'intervento contemporaneo di due operatori, quasi sempre OSS. In circa un quinto dei casi (19%) l'assistenza avviene con il supporto di un caregiver, prevalentemente per i pazienti totalmente non collaboranti (54%).

		Coppia Operatore	Coppia OSS	Coppia INF	Coppia FKT	Coppia con Caregiver
PAZIENTI TOT	6.191	56 (1%)	44	11		1.173 (19%)
A	3.146	6 (0.2%)	3	3	-	143 (5%)
PC	1.882	15 (1%)	14	1	-	402 (21%)
NC	1.163	35 (3%)	27	7	1	628 (54%)

Tabella 8.12: lavoro in coppia con operatore o caregiver per tipologia di pazienti assistiti

Per quanto riguarda la fornitura di attrezzature al domicilio dei pazienti, si è riscontrato, come del resto evidenziato dal grafico sottostante, come il grado di autonomia dei pazienti influenzi in modo diretto la tipologia e la quantità degli ausili presenti.



Per quanto riguarda i pazienti autosufficienti, ben l'85% non presenta al proprio domicilio alcun ausilio; le tipologie di attrezzature più rappresentate, coerentemente anche con le altre due tipologie di autonomia, sono le carrozzine (11%) e i letti regolabili in altezza elettricamente a 2-3 snodi (6%), mentre la presenza di altri ausili risulta marginale.

Per quanto concerne i pazienti parzialmente collaboranti, il 51% di questa tipologia di pazienti non risulta avere al proprio domicilio alcuna attrezzatura; carrozzine (40%), letti elettrici a 2-3 snodi (19%) e poltrone alzabili elettricamente (12%) risultano essere i più diffusi, mentre per quanto riguarda i sollevatori si segnala un 6% per i sollevatori a imbragatura e soltanto un 1% per i verticalizzatori / sollevatori attivi.

Nell'ambito dei pazienti totalmente collaboranti, il 19% non presenta nessun ausilio al domicilio; anche per questa tipologia, carrozzine (55%) e letti regolabili in altezza elettricamente a 2-3 snodi (19%) risultano essere le attrezzature più presenti, seguite dal sollevatore a imbragatura (36%).

A livello complessivo, si sottolinea una scarsità diffusa di teli ad alto scorrimento (presenti nel 4% di PC e NC) e di sedie doccia regolabili in altezza (3% PC e 5% NC).

Al crescere del livello di autonomia dei pazienti si assiste a una progressiva minore presenza di ausili; questa tendenza è riscontrabile anche osservando la presenza di ausili in combinazione tra loro: sono gli NC infatti ad avere le percentuali più alte in merito alla contemporanea presenza di letto elettrico e carrozzina (21%), di sollevatore a imbragatura e carrozzina (33%) e di letto elettrico, sollevatore a imbragatura e carrozzina (24%).

8.4.2 Scenari di rischio per OSS

Su 1.523 pazienti assistiti dalla categoria professionale degli OSS, l'attività a letto è stata svolta a 611 pazienti (40% del totale): 20 autosufficienti (3%), 243 (55%) parzialmente collaboranti, 348 non collaboranti (95%).

L'attività in bagno è stata effettuata a 678 pazienti (45%): 387 autosufficienti (54%), 265 parzialmente collaboranti (60%), 26 non collaboranti (7%).

L'attività di riordino e disfacimento del letto ha riguardato 1.044 pazienti (69%): 524 autosufficienti (80%), 282 parzialmente collaboranti (81%), 238 non collaboranti (91%). Il monitoraggio del paziente è stato eseguito su 719 pazienti (47%): 395 autosufficienti (60%), 195 parzialmente collaboranti (56%), 129 non collaboranti (50%).

	TOT N=1.523	A N=719 (47%)	PC N=439 (29%)	NC N=365 (24%)
Attività a letto	611 (40%)	20 (3%)	243 (55%)	348 (95%)
Attività in bagno	678 (45%)	387 (54%)	265 (60%)	26 (7%)
Riordino ambienti e disfacimento letto	1044 (69%)	524 (80%)	282 (81%)	238 (91%)
Monitoraggio paziente	719 (47%)	395 (60%)	195 (56%)	129 (50%)

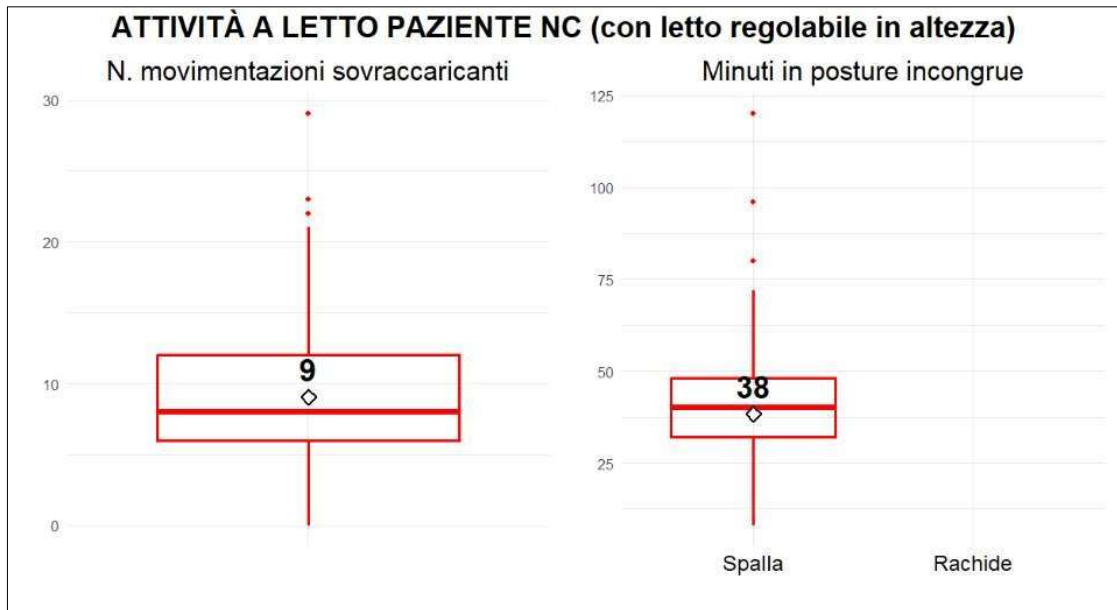
Tabella 8.13: attività effettuate dalla categoria professionale OSS suddivise per tipologia di paziente

8.4.2.1 Attività a letto regolabile / non regolabile paziente NC

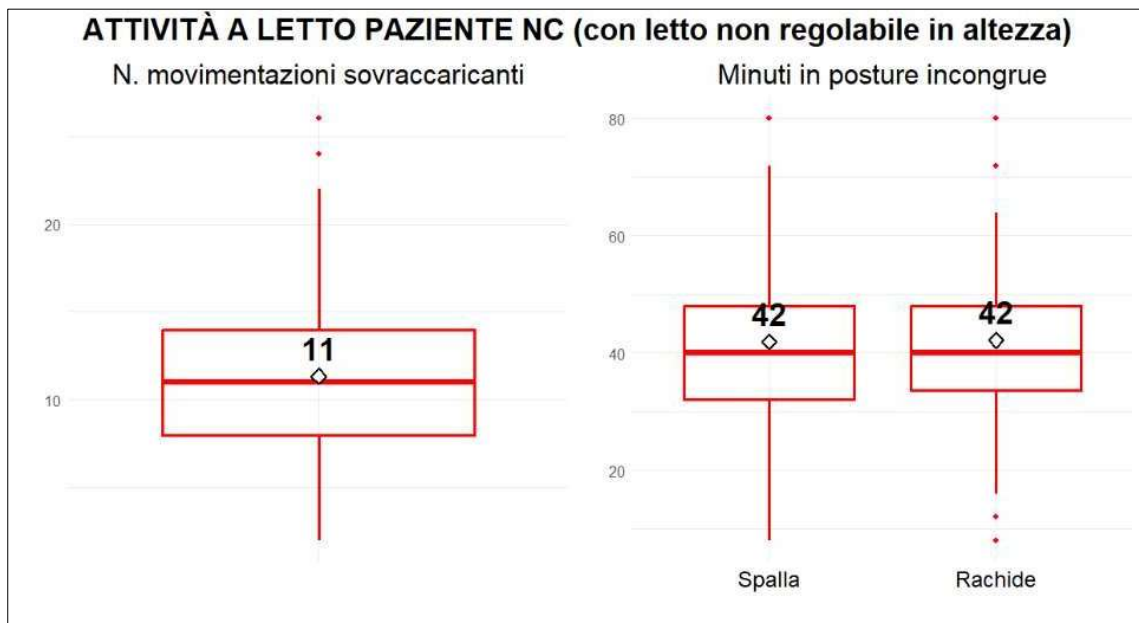
La quasi totalità dei pazienti NC (95%, N=348) comportano attività a letto. Di essi, il 70% (N=242, ovvero il 66% degli NC totali) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=106) è di 60 cm (range interquartile 50-60).

Gli scenari di rischio che emergono per la categoria degli OSS sono quindi di due tipi: attività a letto per un paziente NC con letto regolabile in altezza e attività a letto per un paziente NC con letto non regolabile in altezza.

Nel primo caso, lo scenario di rischio si caratterizza da 9 compiti sovraccaricanti e da 38 minuti di postura incongrua per il distretto spalla.



Nel caso di attività al letto effettuata a pazienti NC con letto non regolabile in altezza, per gli OSS si configura uno scenario di rischio comportante 11 compiti sovraccaricanti e 42 minuti di postura incongrua sia per il distretto spalla che per il distretto rachide.

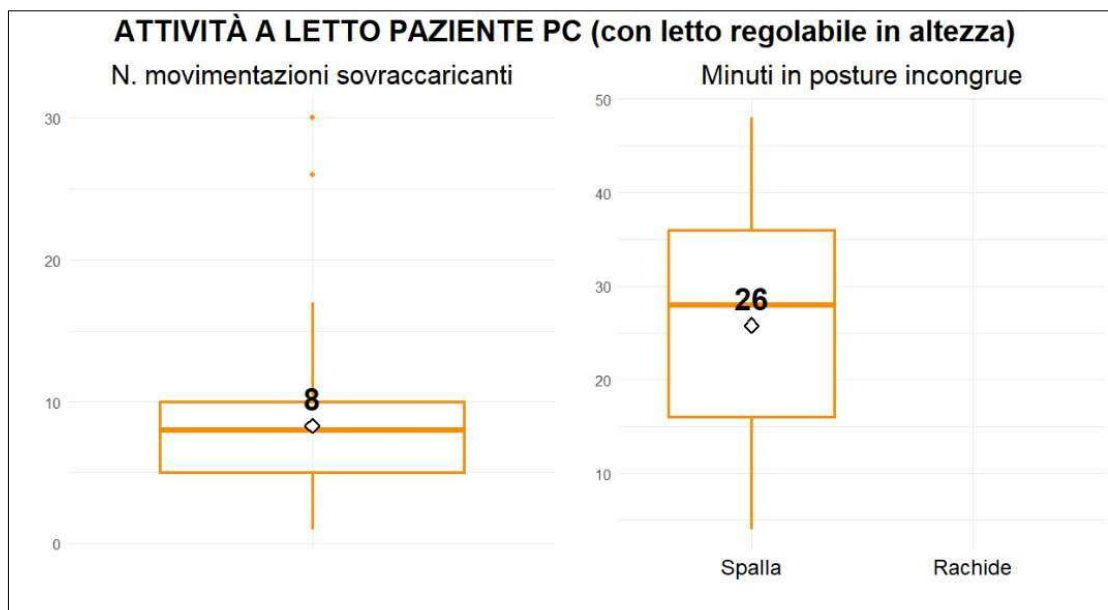


8.4.2.2 Attività letto regolabile / non regolabile paziente PC

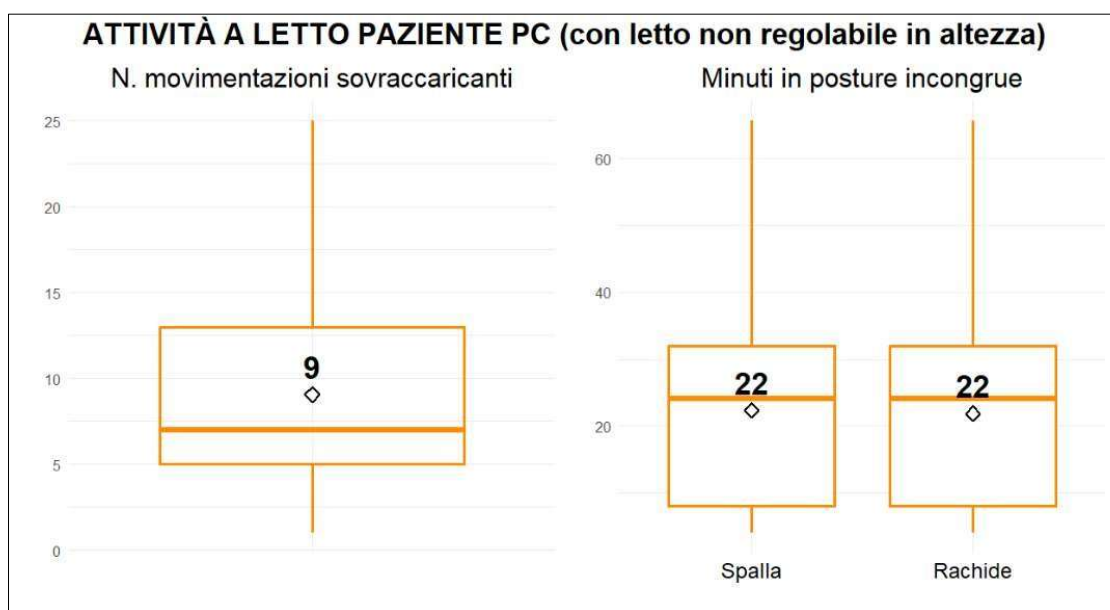
Poco più della metà dei pazienti PC (55%, N=243) comportano attività a letto. Di essi, il 49% (N=119, ovvero il 27% dei PC totali) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=124) è di 60 cm (range interquartile 50-61).

Gli scenari di rischio per gli OSS risultano essere di due tipi: attività a letto per un paziente PC con letto regolabile in altezza e attività a letto per un paziente PC con letto non regolabile in altezza.

Nel primo caso, lo scenario di rischio si caratterizza da 8 compiti sovraccaricanti e da 26 minuti di postura incongrua per il distretto spalla.



Nel caso di attività al letto effettuata a pazienti PC con letto non regolabile in altezza, per gli OSS si configura uno scenario di rischio comportante 9 compiti sovraccaricanti e 22 minuti di postura incongrua sia per il distretto spalla che per il distretto rachide.

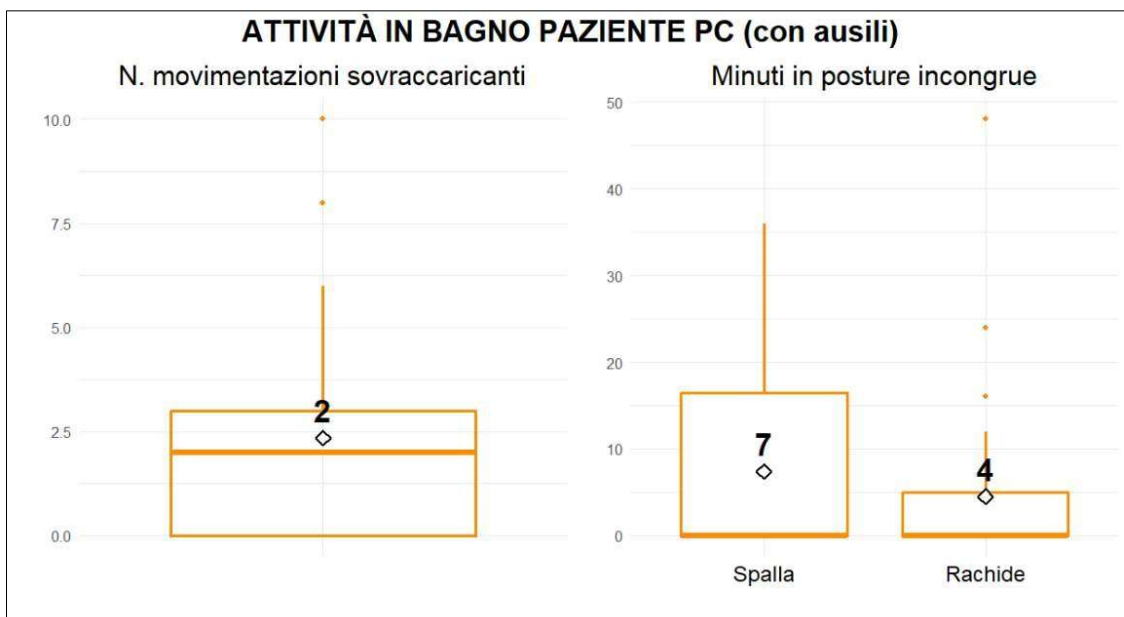


8.4.2.3 Attività in bagno con ausili / senza ausili paziente PC

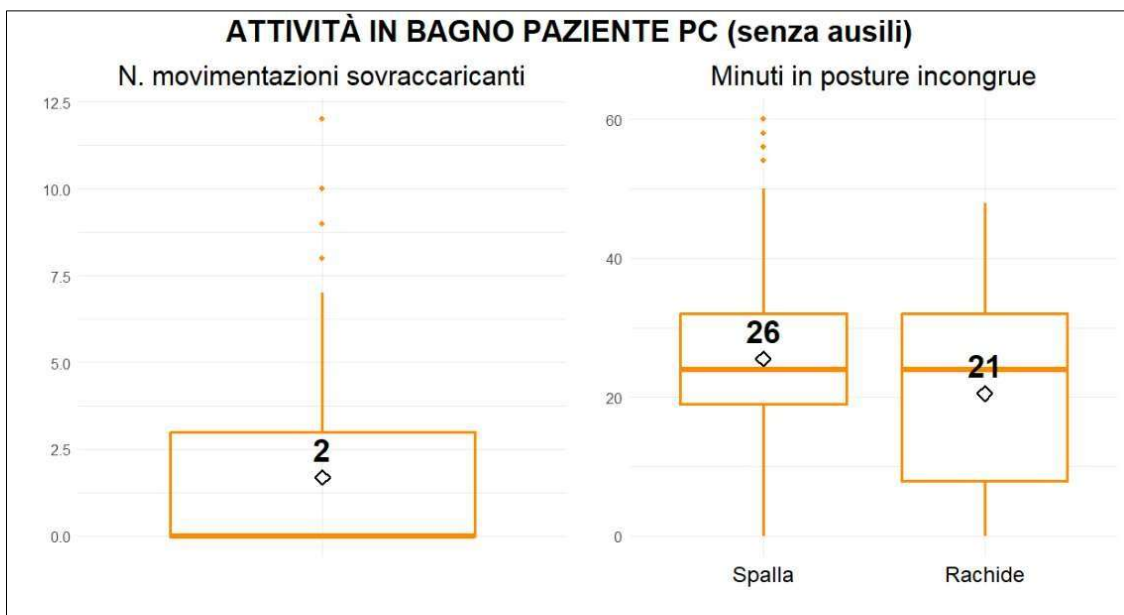
Il 60% dei pazienti PC (N=265) richiede per gli OSS l'effettuazione di attività in bagno. Di essi, il 42% (N=111) riceve attività di igiene su WC, la cui altezza è riportata da quasi tutti (N=110) inferiore a 70 cm. Il 22% (N=59) prevede attività di igiene in vasca e il 40% (N=107) su sedia doccia, regolabile nel 27% (N=29) dei casi. L'altezza media delle sedie doccia riportata tra coloro che non ne dispongono di regolabili (N=78) è di 46 cm (range interquartile 40-48).

In questo ambito specifico, gli scenari di rischio emersi dall'analisi dei dati raccolti per gli OSS risultano essere di due tipi: attività in bagno per un paziente PC con attrezzature (quali sedia doccia o verticalizzatori) e attività a letto per un paziente PC senza alcuna attrezzatura.

Nel caso in cui l'assistenza al bagno fornita dagli OSS a un paziente PC avvenga con ausili, l'operatore in media effettuerà 2 movimentazioni sovraccaricanti e sarà sottoposto a 7 minuti di postura incongrua per le spalle e 4 per il rachide.



Nel caso in cui l'assistenza al bagno fornita dagli OSS a un paziente PC avvenga senza ausili, l'operatore in media effettuerà sempre 2 movimentazioni sovraccaricanti ma sarà sottoposto a 26 minuti di postura incongrua per le spalle e 21 per il rachide.

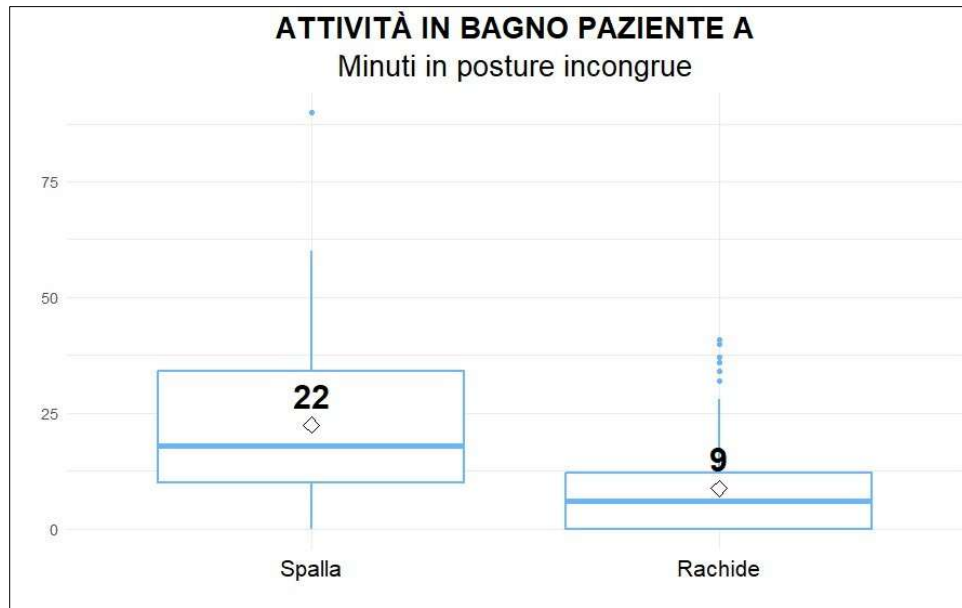


8.4.2.4 Attività in bagno paziente A

Il 54% dei pazienti A (N=387) richiede attività in bagno. Di essi, il 24% (N=92) riceve attività di igiene su WC, la cui altezza è riportata da tutti inferiore a 70 cm. Il 25% (N=98) prevede attività di igiene in vasca e il 40% (N=154) su sedia doccia, regolabile nel 36% (N=56) dei casi. L'altezza media delle sedie doccia riportata tra

coloro che non ne dispongono di regolabili (N=98) è di 50 cm (range interquartile 42-60). Infine, 266 (69%) comportano un'attività di monitoraggio e controllo.

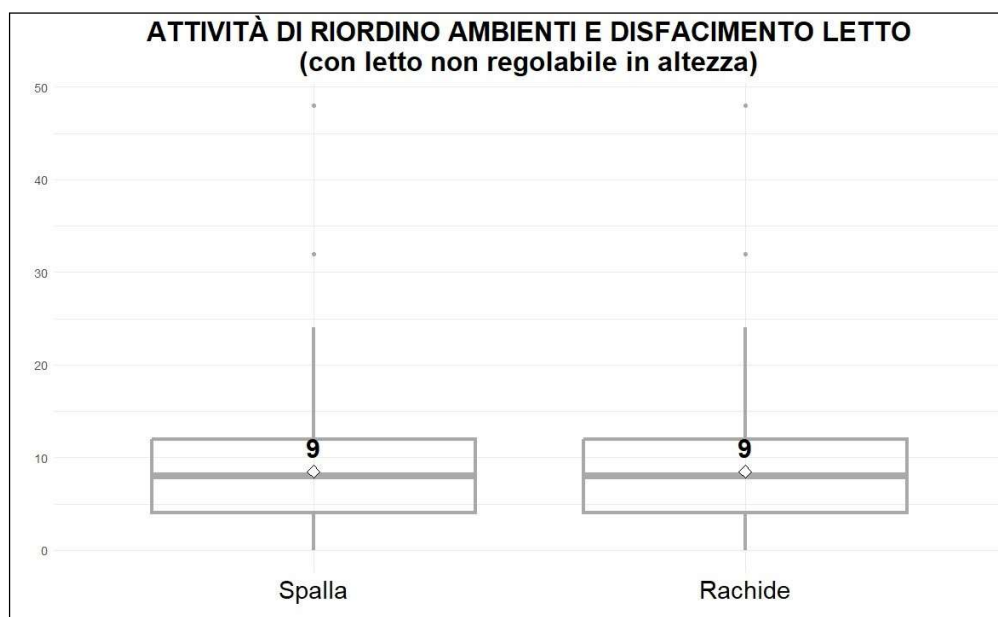
Riepilogando, lo scenario di rischio l'attività svolta in bagno da OSS a un paziente A si caratterizza da 22 minuti di postura incongrua per il distretto spalla e 9 minuti di postura incongrua per il distretto rachide.



8.4.2.5 Riordino ambienti /disfacimento letto non regolabile in altezza per pazienti NC-PC-A

Attività di riordino e disfacimento del letto ha riguardato 1044 pazienti (69%): 524 autosufficienti (80%), 282 parzialmente collaboranti (81%), 238 non collaboranti (91%).

Gli scenari di rischio per tale attività effettuata con letto non regolabile in altezza prevedono 9 minuti in postura incongrua per rachide e spalla per tutte e tre le tipologie di pazienti analizzate.



8.4.3 Scenari di rischio per Infermieri

Su 3.153 pazienti assistiti, l'attività a letto è stata svolta a 1.487 pazienti (47%): 644 autosufficienti (34%), 390 (51%) parzialmente collaboranti, 453 non collaboranti (88%). L'attività in sedia/poltrona è stata effettuata a più della metà dei pazienti totali (54%, N=1.711): 1.214 autosufficienti (65%), 409 parzialmente collaboranti (53%), 88 non collaboranti (17%). La fasciatura arto inferiore è stata effettuata a 460 pazienti (15%): 250 autosufficienti (13%), 169 parzialmente collaboranti (22%), 41 non collaboranti (8%). Altre attività hanno riguardato 1.315 pazienti (42%): 780 autosufficienti (42%), 281 parzialmente collaboranti (37%) e 254 non collaboranti (50%).

	TOT N=3153	A N=1875 (59%)	PC N=765 (24%)	NC N=513 (16%)
Attività a letto	1.487 (47%)	644 (34%)	390 (51%)	453 (88%)
Attività in sedia/poltrona	1.711 (54%)	1.214 (65%)	409 (53%)	88 (17%)
Fasciatura arto inferiore	460 (15%)	250 (13%)	169 (22%)	41 (8%)
Altre attività	1.315 (42%)	780 (42%)	281 (37%)	254 (50%)

Tabella 8.14: attività effettuate dalla categoria professionale Infermieri suddivise per tipologia di paziente

Tra le varie attività effettuate dagli infermieri, le più frequenti risultano essere medicazione (svolta a 2.146 pazienti, il 68% del totale), monitoraggio parametri vitali (svolta a 954 pazienti, il 30% del totale), e prelievi (svolta a 586 pazienti, il 19% del totale).

Attività	TOT N=3153	A N=1875	PC N=765	NC N=513
Prelievo	586 (19%)	425 (22%)	117 (15%)	44 (9%)
Tampone covid	-	-	-	-
Infusione endovenosa	133 (4%)	60 (3%)	28 (4%)	45 (9%)
Medicazione	2.146 (68%)	1.160 (62%)	579 (76%)	407 (79%)
Gestione stomia	210 (7%)	107 (6%)	53 (7%)	50 (10%)
Cateterismo vescicale	243 (8%)	99 (5%)	65 (8%)	79 (15%)
Monitoraggio parametri vitali	954 (30%)	479 (26%)	243 (32%)	232 (45%)
Prelievo + medicazione	93 (3%)	36 (2%)	33 (4%)	24 (5%)

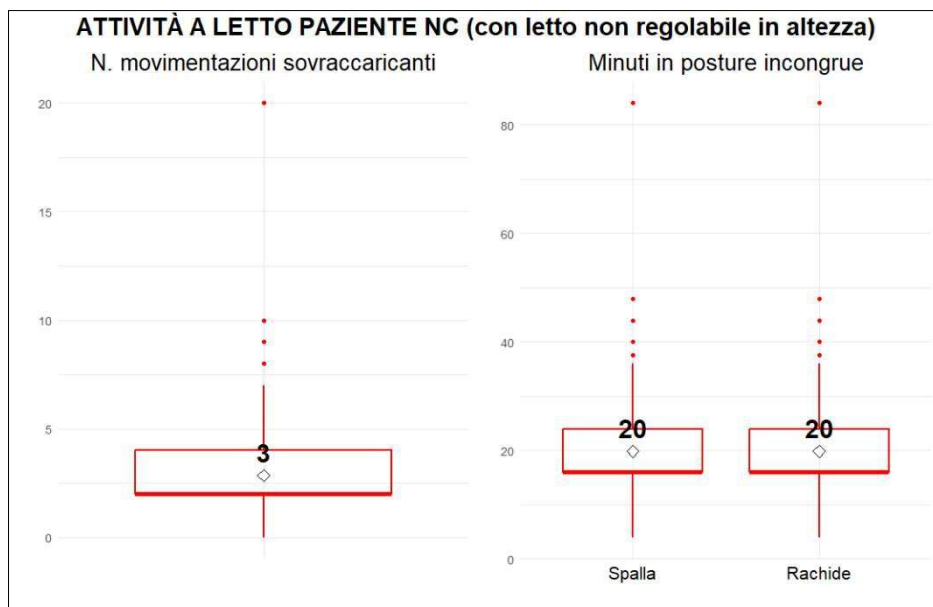
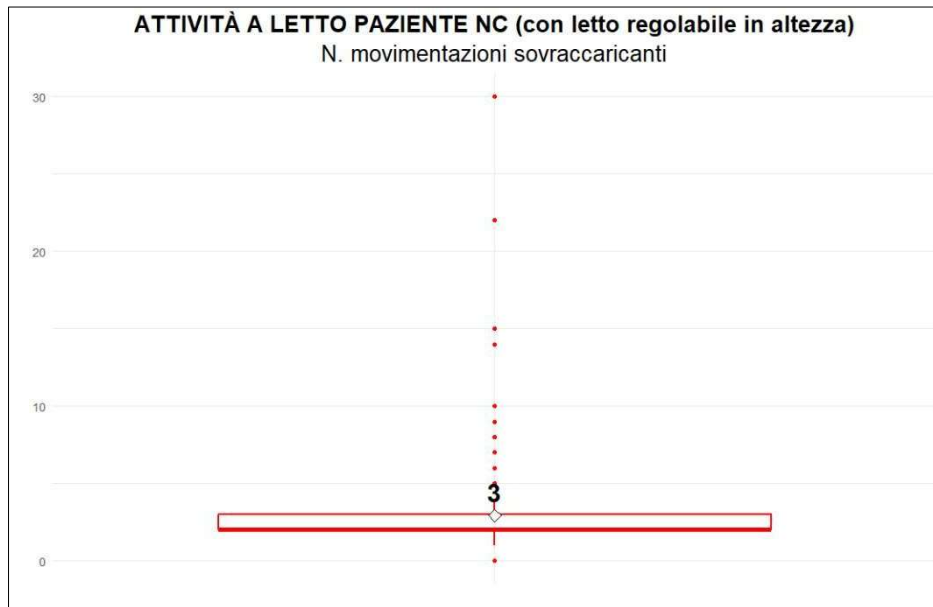
Tabella 8.15: attività effettuate dalla categoria professionale infermieri suddivise per tipologia di paziente

8.4.3.1 Attività letto regolabile / non regolabile pazienti NC

L'ampia maggioranza dei pazienti NC (88%, N=453) comporta attività a letto. Quasi tutti (91%, N=413) richiedono almeno un'attività tra medicazione, gestione stomia e cateterismo vescicale. A 33 (7%) pazienti viene effettuata una fasciatura all'arto inferiore.

Il 45% (N=204, ovvero il 40% di tutti i pazienti NC) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=249) è di 50 cm (range interquartile 48-62). Il 79% (N=196) dei letti non regolabili ha un'altezza inferiore a 70 cm.

Per questo tipo di attività, gli scenari di rischio emersi dall'analisi dei dati raccolti per gli infermieri risultano essere di due tipi: attività con letto regolabile in altezza per paziente NC e non regolabile per paziente NC. Nel primo caso, l'infermiere effettuerà in media 3 movimentazioni sovraccaricanti al paziente NC; nel secondo caso, ai tre compiti sovraccaricanti, si sommeranno 20 minuti in postura incongrua per i distretti spalla e rachide.

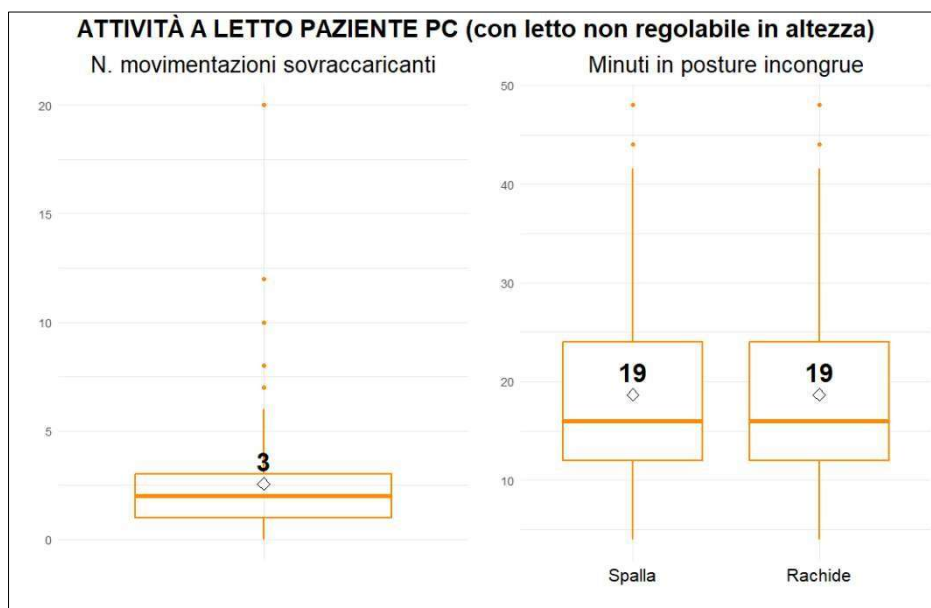


8.4.3.2 Attività letto regolabile / non regolabile pazienti PC

La metà dei pazienti PC (51%, N=390) comporta attività a letto. L'86% (N=337) comporta almeno un'attività tra medicazione, gestione stomia e cateterismo vescicale. Nel 9% (N=36) dei pazienti viene effettuata una fasciatura all'arto inferiore.

Il 40% (N=155, ovvero il 20% di tutti i pazienti PC) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=235) è di 50 cm (range interquartile 40-60). Il 91% (N=213) dei letti non regolabili ha un'altezza inferiore a 70 cm.

Parallelamente a quanto emerso dall'analisi per i pazienti NC, anche per l'attività al letto con pazienti PC si configurano due scenari di rischio per gli infermieri: attività con letto regolabile in altezza per paziente PC e non regolabile per paziente PC. Nel primo caso, l'infermiere effettuerà in media 2 movimentazioni sovraccaricanti; nel secondo caso, ai 2 compiti sovraccaricanti, si sommeranno 19 minuti in postura incongrua per i distretti spalla e rachide.

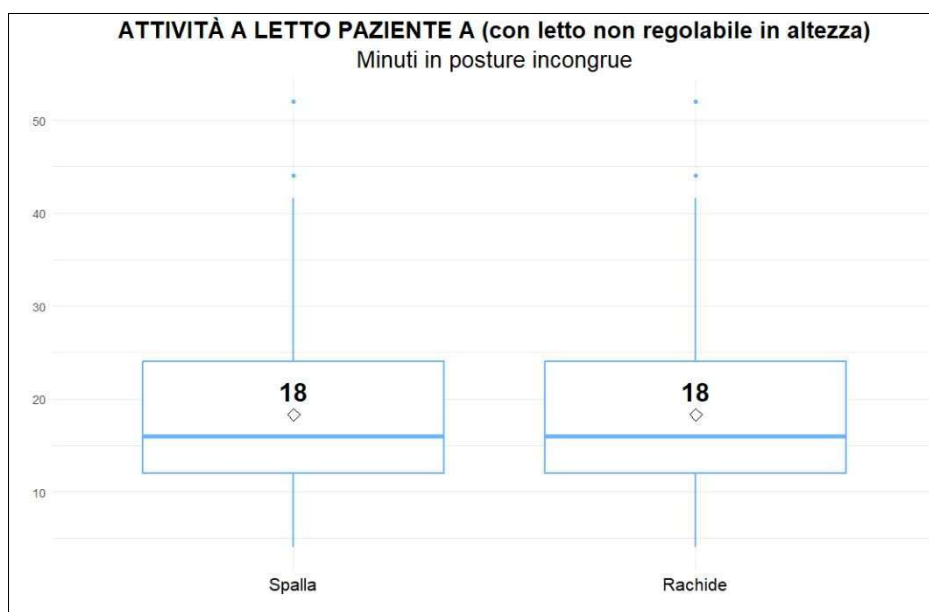


8.4.3.3 Attività letto non regolabile paziente A

Il 34% dei pazienti A (N=644) comporta attività a letto. L'80% (N=512) comporta almeno un'attività tra medicazione, gestione stomia e cateterismo vescicale. In 53 (8%) pazienti viene effettuata una fasciatura all'arto inferiore.

Il 33% (N=214, ovvero l'11% di tutti i pazienti A) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=430) è di 50 cm (range interquartile 40-60). Il 91% (N=390) dei letti non regolabili ha un'altezza inferiore a 70 cm.

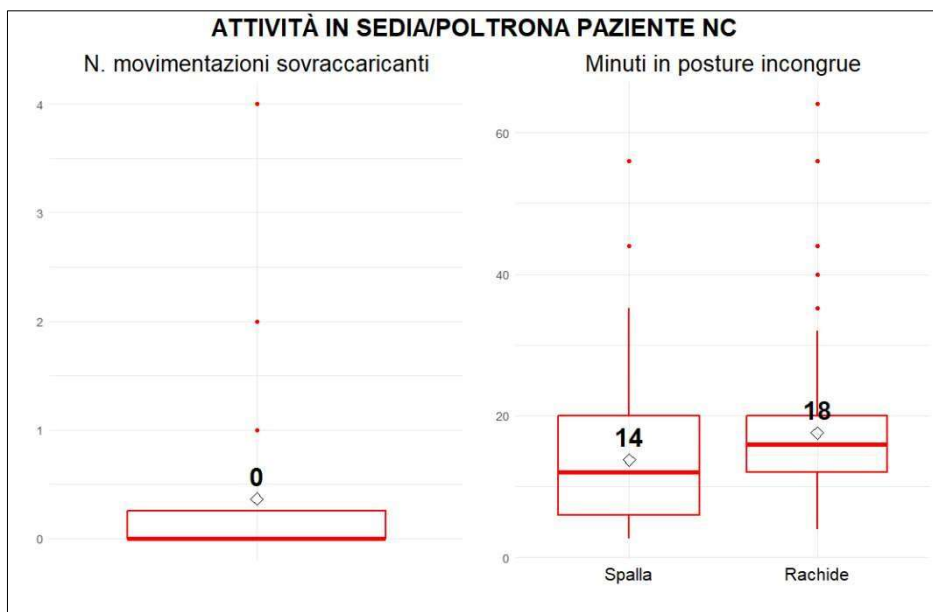
Per l'attività al letto non regolabile svolta da infermieri a un paziente autonomo si configura uno scenario contraddistinto da 18 minuti di postura incongrua sia del rachide che della spalla.



8.4.3.4 Attività sedia o poltrona paziente NC

Il 17% dei pazienti NC (N=88) richiede attività in sedia/poltrona. Di essi, 73 (83%) richiedono almeno un'attività tra medicazione, gestione stomia e cateterismo vescicale e 23 (26%) una tra prelievo e infusione venosa. A 14 (16%) pazienti viene effettuata una fasciatura all'arto inferiore. L'altezza media dell'altezza della sedia/poltrona è di 50 cm (range interquartile 45-60).

Per l'attività in sedia o poltrona svolta da infermieri a un paziente NC si configura uno scenario contraddistinto da 18 minuti di postura incongrua per il rachide e 14 per la spalla.

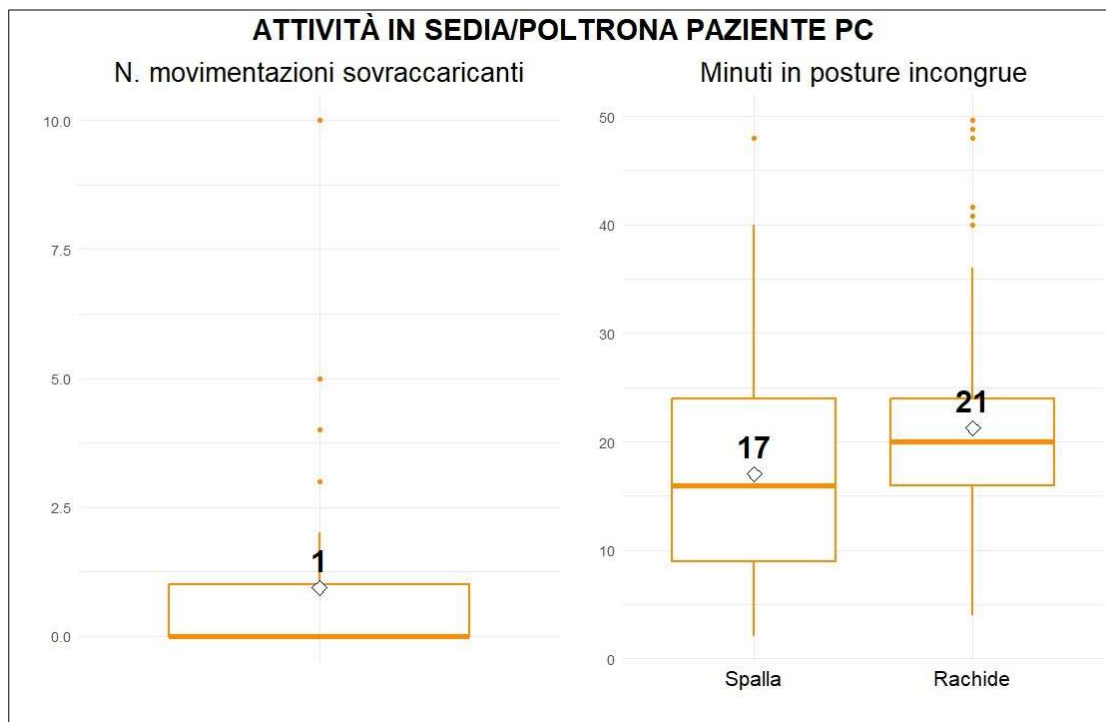


8.4.3.5 Attività sedia o poltrona paziente PC

Il 53% dei pazienti PC (N=409) richiede attività in sedia/poltrona. Di essi, 341 (83%) richiedono almeno un'attività tra medicazione, gestione stomia e cateterismo vescicale e 76 (19%) una tra prelievo e infusione venosa. A 148 (36%) pazienti viene effettuata una fasciatura all'arto inferiore.

L'altezza media dell'altezza della sedia/poltrona è di 50 cm (range interquartile 40-60).

Per l'attività in sedia o poltrona svolta da infermieri a un paziente PC si configura uno scenario contraddistinto da 1 compito sovraccaricante, 21 minuti di postura incongrua per il rachide e 17 per la spalla.

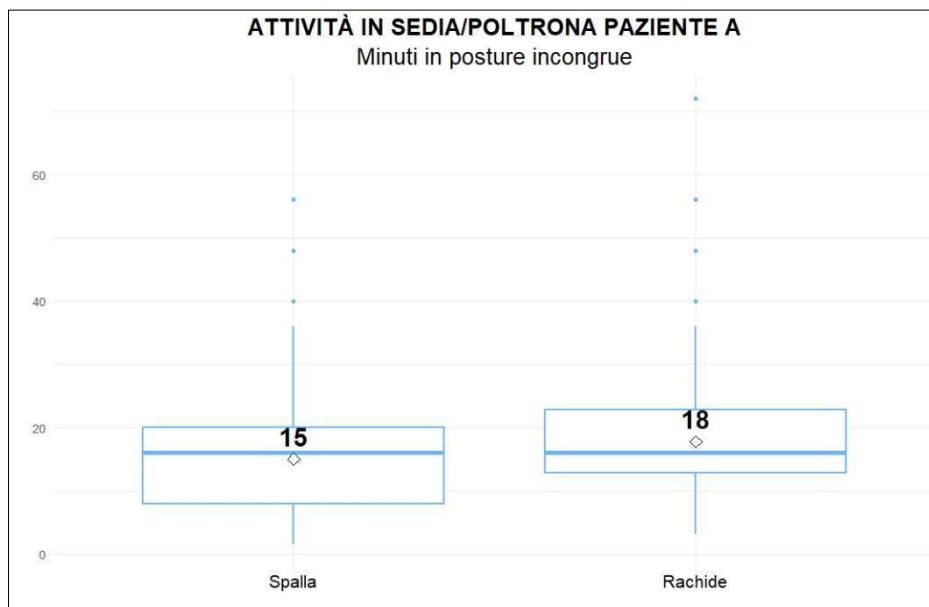


8.4.3.6 Attività sedia o poltrona paziente A

Il 65% dei pazienti A (N=1214) richiede attività in sedia/poltrona. Di essi, 797 (66%) richiedono almeno un'attività tra medicazione, gestione stomia e cateterismo vescicale e 356 (29%) una tra prelievo e infusione venosa. A 203 (17%) pazienti viene effettuata una fasciatura all'arto inferiore.

L'altezza media dell'altezza della sedia/poltrona è di 50 cm (range interquartile 45-60).

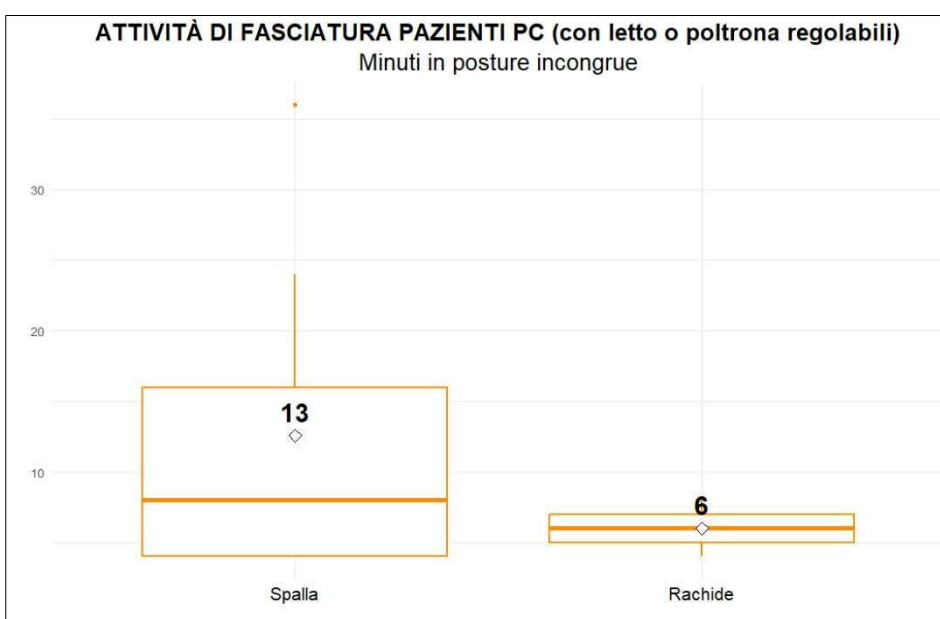
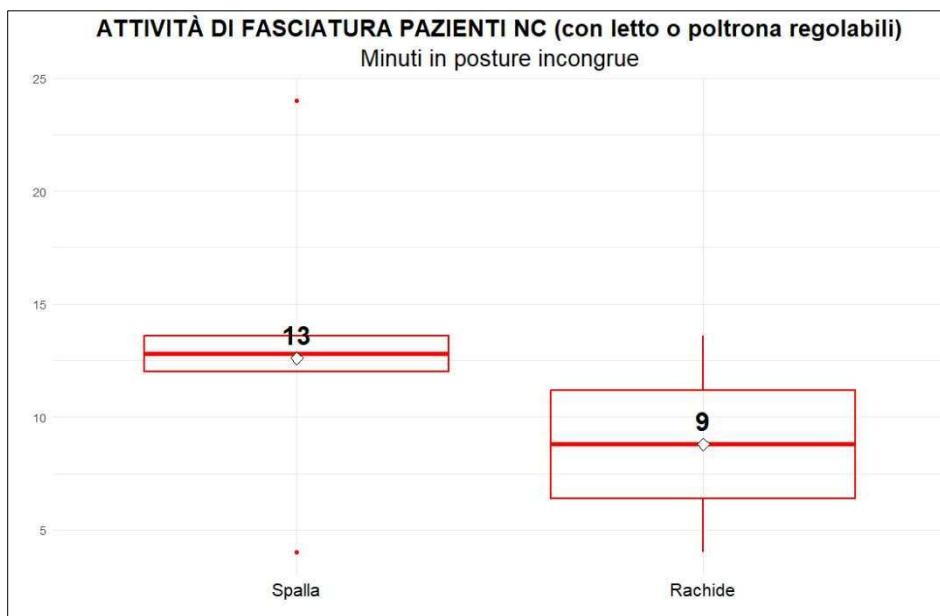
Per l'attività in sedia o poltrona svolta da infermieri a un paziente A si configura uno scenario caratterizzato da 18 minuti di postura incongrua per il rachide e 15 per la spalla.



8.4.3.7 Attività di fasciatura arto inferiore effettuata con letto o poltrona regolabili in altezza pazienti NC-PC.

L'attività di fasciatura dell'arto inferiore effettuata da infermieri con letto o poltrona regolabili in altezza prevede due scenari differenti in relazione alla tipologia di paziente assistito.

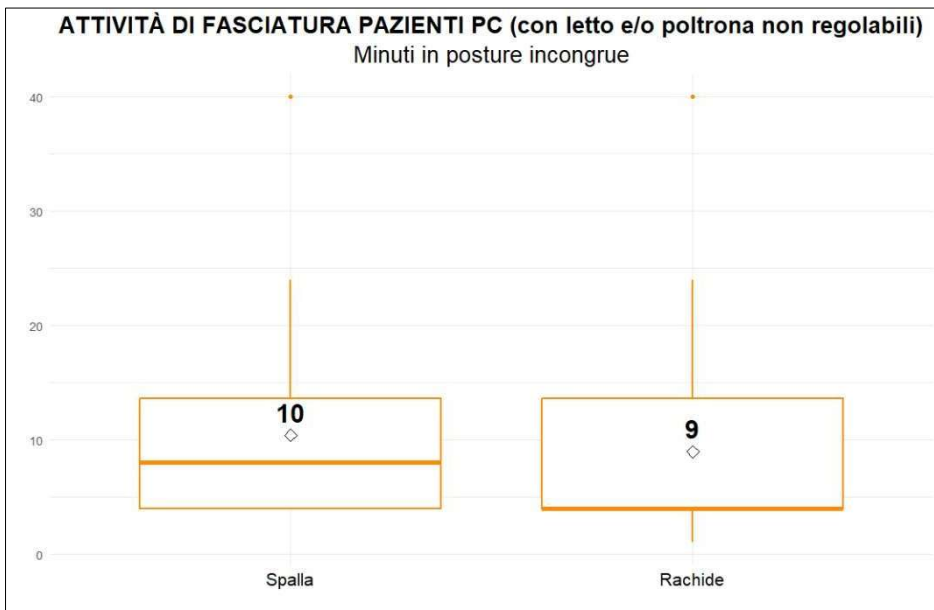
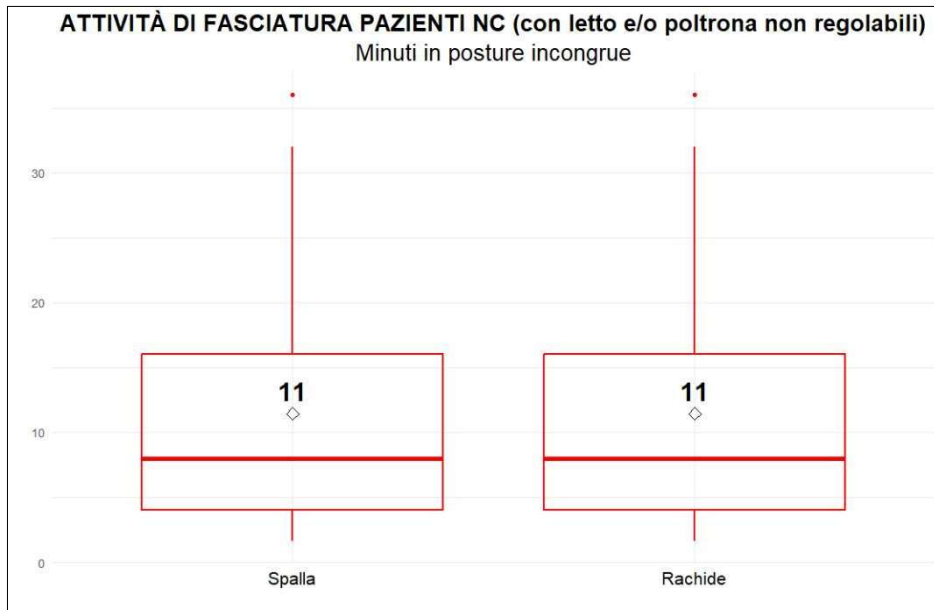
Per il paziente NC, l'infermiere permane in media in postura incongrua 13 minuti per il distretto spalla e 9 per il distretto rachide, mentre per il paziente PC permane in media in postura incongrua 13 minuti per il distretto spalla e 6 per il distretto rachide.

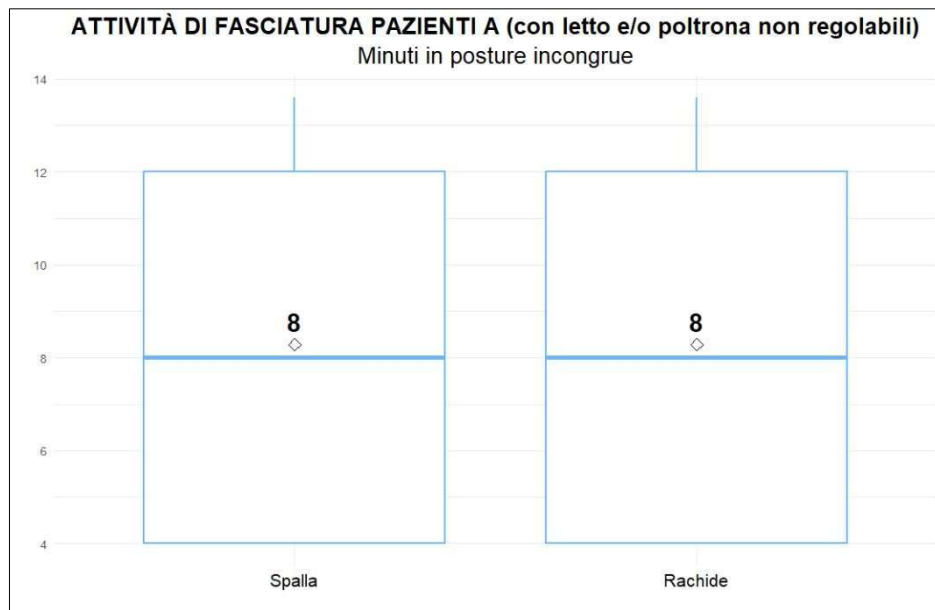


8.4.3.8 Attività di fasciatura arto inferiore effettuata con letto e/o poltrona non regolabili in altezza pazienti NC-PC-A

L'attività di fasciatura dell'arto inferiore effettuata da infermieri con letto o poltrona non regolabili in altezza prevede tre scenari differenti in relazione alla tipologia di paziente assistito.

Per il paziente NC, l'infermiere permane in media in postura incongrua 11 minuti per il distretto spalla e per il distretto rachide; per il paziente PC permane in media in postura incongrua 10 minuti per il distretto spalla e 9 per il distretto rachide, mentre per il paziente A l'infermiere permane in media in postura incongrua 8 minuti sia per il distretto spalla che per il distretto rachide.





8.4.4 Scenari di rischio per Fisioterapisti

Su 1.515 pazienti assistiti, l'attività a letto dei fisioterapisti è stata svolta a 1.207 pazienti (80%): 416 autosufficienti (75%), 540 (80%) parzialmente collaboranti, 251 non collaboranti (88%). L'attività in altri luoghi è stata effettuata a 1.266 pazienti (84%): 492 autosufficienti (89%), 623 parzialmente collaboranti (92%), 151 non collaboranti (53%).

	TOT N=1.515	A 552 (36%)	PC 678 (45%)	NC 285 (19%)
Attività a letto	1.207 (80%)	416 (75%)	540 (80%)	251 (88%)
Attività in altri luoghi	1.266 (84%)	492 (89%)	623 (92%)	151 (53%)

Tabella 8.16: attività effettuate dalla categoria professionale fisioterapisti suddivise per tipologia di paziente

8.4.3.1 Attività letto regolabile / non regolabile paziente NC

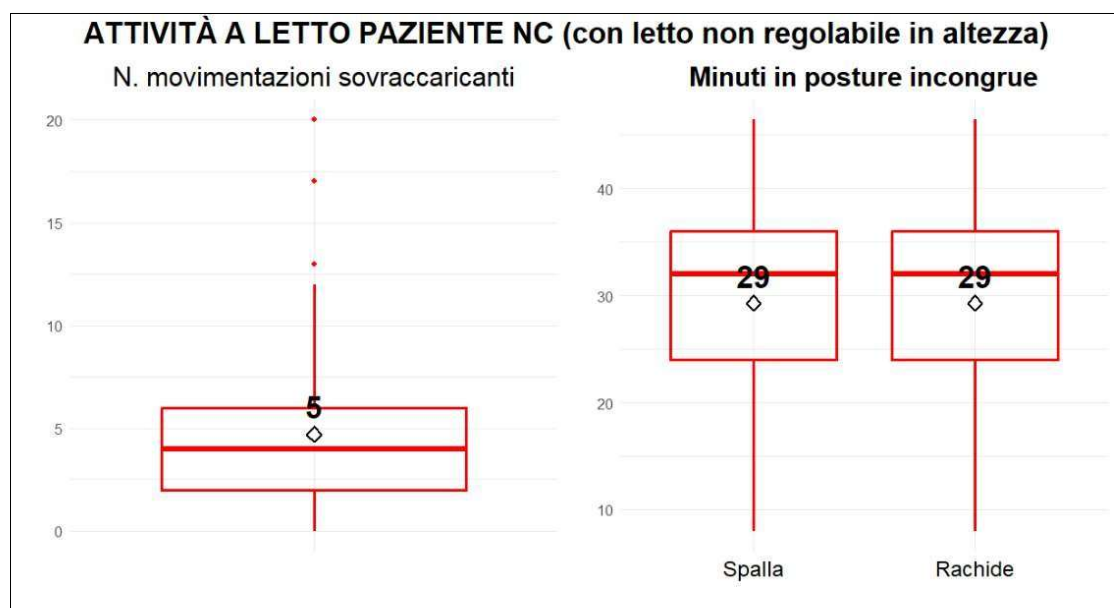
L'ampia maggioranza dei pazienti NC (88%, N=251) comporta attività a letto. Di essi, il 54% (N=136, ovvero il 48% del totale di tutti i pazienti NC) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=115) è di 60 cm (range interquartile 50-60).

Gli scenari di rischio che emergono sono quindi di due tipi: attività a letto per un paziente NC con letto regolabile in altezza e attività a letto per un paziente NC con letto non regolabile in altezza.

Nel primo caso il letto regolabile comporta soltanto movimentazioni sovraccaricanti, per la precisione una media di 4 compiti sovraccaricanti.



Nel caso invece di attività a letto per paziente NC con letto non regolabile in altezza, lo scenario di rischio per la categoria dei fisioterapisti prevede una media di 5 movimentazioni sovraccaricanti ma anche una media di 29 minuti di postura incongrua sia per il distretto spalla che per il distretto rachide a causa dell'altezza inadeguata del letto.



8.4.3.2 Attività letto regolabile / non regolabile paziente PC

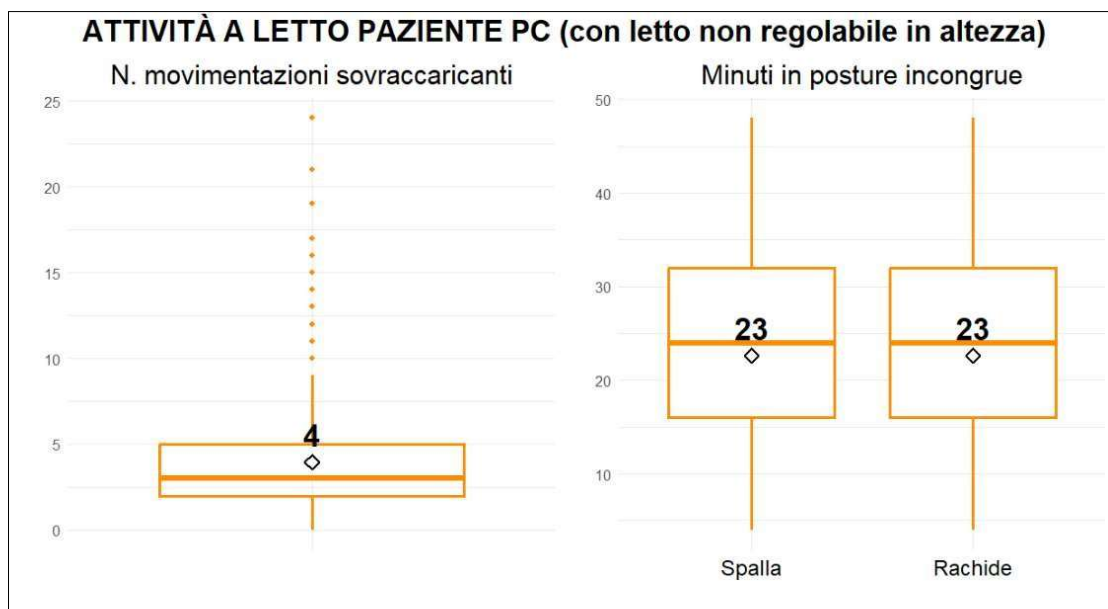
La maggioranza dei pazienti PC assistiti da fisioterapisti (80%, N=540) comporta attività a letto. Di essi, il 21% (N=112, ovvero il 17% di tutti i pazienti PC) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=428) è di cm (range interquartile 50-61).

Anche in questo caso, gli scenari di rischio che emergono sono di due tipi: attività a letto per un paziente PC con letto regolabile in altezza e attività a letto per un paziente PC con letto non regolabile in altezza.

Nel caso dell'attività svolta con il letto regolabile, analogamente a quanto abbiamo potuto constatare per il paziente NC, lo scenario di rischio prevede soltanto movimentazioni sovraccaricanti, per la precisione una media di 3 compiti sovraccaricanti.



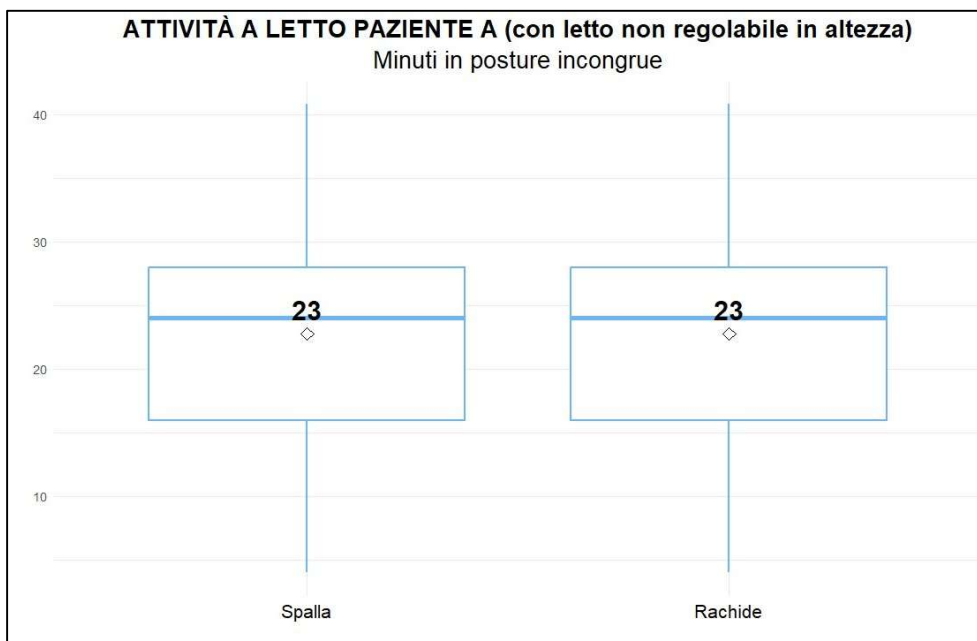
Nel caso invece di attività a letto svolta a paziente PC con letto non regolabile in altezza, lo scenario di rischio per la categoria dei fisioterapisti prevede una media di 4 movimentazioni sovraccaricanti ma anche una media di 23 minuti di postura incongrua sia per il distretto spalla che per il distretto rachide.



8.4.3.3 Attività letto non regolabile paziente A

Il 75% dei pazienti A (N=416) comporta attività a letto. Di essi, solo il 10% (N=43, ovvero l'8% di tutti i pazienti A) dispone di un letto regolabile. L'altezza media riportata tra coloro che non dispongono un letto regolabile (N=373) è di cm (range interquartile 50-61).

Considerando che la quasi totalità dei pazienti A non possiede letto regolabile in altezza, è stato considerato soltanto lo scenario di rischio con letto non regolabile in altezza. In tale scenario si stimano, in media, 23 minuti di posture incongrue per spalla e rachide.



8.4.3.4 Altre attività / attività in altri luoghi pazienti NC-PC

Parallelamente all'attività al letto, i fisioterapisti hanno effettuato a un'ampia maggioranza dei pazienti totali (84%), in particolare a pazienti autonomi (89%) e parzialmente collaboranti (92%), altre attività o attività in altri luoghi. Tale attività ha comportato l'emersione di tre scenari di rischio.

Per l'attività in altri luoghi effettuata a un paziente NC, lo scenario di rischio per la categoria dei fisioterapisti prevede una media di 13 minuti di postura incongrua sia per il distretto spalla che per il distretto rachide.



Per l'attività in altri luoghi effettuata a un paziente PC, lo scenario di rischio per la categoria dei fisioterapisti prevede una media di 14 minuti di postura incongrua sia per il distretto spalla che per il distretto rachide.



9. Sistema informativo di raccolta dati

Il Tavolo Tecnico attraverso ATS Milano Città Metropolitana ha disposto l'attivazione di un software in grado di fornire buoni risultati in termini di efficacia, efficienza e risposta alle esigenze definite dalle disposizioni sopra citate ed in particolare dotata di un'interfaccia grafica studiata appositamente per agevolare gli utenti nella navigazione e nell'utilizzo delle funzionalità dell'applicazione.

Tecnologie utilizzate

Il progetto verrà sviluppato utilizzando il nostro framework BIF (*Business Innovation Framework*) su base Laravel, così da garantire ottime performance e un elevato livello di affidabilità e sicurezza. I linguaggi di sviluppo alla base del progetto saranno PHP e Javascript, mentre i dati verranno memorizzati e gestiti tramite database MySQL.

Infrastruttura

L'accesso al progetto avverrà unicamente tramite protocollo *HTTPS*.

Il datacenter che ospita le macchine è situato a Francoforte ed è certificato *GDPR, SOC 2 Type II, ISO/IEC 27001:2013, PCI-DSS*.

Il backup del progetto e dei dati viene garantito attraverso tre processi:

- Backup giornaliero del database effettuato sul server
- Backup giornaliero del progetto e del database effettuato su un differente server collocato in altra area geografica (sempre all'interno dell'Unione Europea)
- Backup bi-settimanale dell'intero server effettuato su una differente infrastruttura cloud

G.1. Trattamento dei dati e tutela della privacy

Sicurezza logica, fisica e organizzativa

Dato il grado di confidenzialità delle informazioni gestite dal sistema, si è provveduto a garantire tutte le misure di sicurezza logica (riservatezza, integrità, disponibilità dei dati) e organizzativa per garantire il rispetto della normativa vigente, tenendo conto delle best practices di sicurezza informatica.

Configurazioni Informative

Il sistema, per tutti gli utenti dello stesso, gestisce diversi avvisi configurabili dagli amministratori e relativi, ad esempio, alla policy Privacy, cookie Privacy, comunicazioni di servizio, etc.

GDPR (General Data Protection Regulation) – Regolamento UE 2016/679

Le prestazioni sono essere conformi al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR, General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679) e alla normativa italiana vigente in materia di protezione (D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.).

Protocollo HTTPS

Il software applicativo, oggetto della fornitura, è fruibile dai client esclusivamente mediante protocollo HTTPS attraverso la fornitura ed al rinnovo dei certificati necessari per il corretto funzionamento del sistema. Ogni certificato fornito è emesso da una Certification Authority italiana pubblicamente riconosciuta.

SEC6 Accordi di Non Divulgazione (NDA) e di Trattamento dei Dati (DPA)

Si è garantita la non divulgazione delle informazioni sensibili trattate dal sistema a cui avrà accesso nel corso delle fasi di progettazione, sviluppo, avviamento e manutenzione del sistema. Tali accordi (Non Disclosure Agreement, NDA) dovranno valere anche dopo la conclusione delle attività. Si è garantito il rispetto di accordi specifici sul trattamento e la protezione dei dati (Data Protection Agreement, DPA), personali e sensibili secondo la normativa vigente.

10. CONCLUSIONI PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI STRUMENTI DESTINATI ALLA DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PATOLOGIE MUSCOLOSCELETRICHE LAVORO-CORRELATE

L'analisi integrata dei risultati della scheda di autovalutazione, dello studio pilota e dei questionari anamnestici MSK ha reso possibile delineare con chiarezza il quadro del rischio da sovraccarico biomeccanico (SB) nei servizi di assistenza domiciliare della Lombardia, evidenziando al contempo le criticità e le opportunità che hanno consentito la definizione di un modello di valutazione standard del rischio di patologie muscoloscheletriche legate al lavoro, da adottare sul territorio regionale.

La mappatura degli Enti Gestori e l'elevato tasso di risposta hanno confermato una forte eterogeneità organizzativa, sia nella configurazione del personale, sia nell'adozione di misure di prevenzione strutturate. Tale variabilità è risultata particolarmente evidente:

- nella modalità di considerazione del rischio SB all'interno del DVR, con oltre la metà degli enti che riporta una valutazione soltanto preliminare o non approfondita;
- nella presenza discontinua di ausili, attrezzature e soluzioni ambientali adeguate al domicilio;
- nella diversa maturità dei sistemi di prevenzione e sorveglianza sanitaria, non sempre orientati agli organi bersaglio del rischio (rachide lombare, spalle, ginocchia).

L'autovalutazione ha permesso, inoltre, di identificare i determinanti principali del rischio SB nei contesti domiciliari (spazi insufficienti, arredi non regolabili, elevato numero di pazienti non autosufficienti), confermando la necessità di strumenti di analisi più specifici e tarati sulle reali condizioni operative degli operatori ADI/SAD/C-Dom.

Lo studio pilota, condotto su 214 lavoratori appartenenti ai tre profili professionali, ha fornito dati operativi fondamentali per la costruzione del modello di valutazione, consentendo di:

- quantificare scenari ricorrenti di movimentazione e assistenza, differenziati per tipologia di paziente e altezza degli arredi;

- misurare il numero di compiti sovraccaricanti e di minuti in postura incongrua per ogni operatore;
- verificare le differenze tra attività svolte in autonomia e attività svolte in coppia;
- definire la base metodologica per l'individuazione del livello di esposizione complessivo durante la giornata lavorativa.

In parallelo, attraverso il questionario anamnestico MSK, è stato possibile far emergere le prevalenze di disturbi e patologie già note nei tre distretti di interesse, fornendo un contributo indispensabile.

Dalla sintesi dei risultati emergono due elementi di rilievo:

1. l'assenza, rilevata da una parte degli Enti Gestori, di metodologie specifiche per il contesto domiciliare, caratterizzato da variabilità ambientale e impossibilità di standardizzare le condizioni ergonomiche.
2. la forte richiesta di supporto tecnico-metodologico, espressa dagli stessi enti nelle sezioni conclusive della survey, che ha evidenziato come prioritarie:
 - formazione specifica e rinforzo delle competenze,
 - revisione delle valutazioni del rischio,
 - definizione condivisa di procedure operative,
 - potenziamento dell'uso e della manutenzione degli ausili.

Sulla base di tali evidenze, la definizione del modello di valutazione del rischio di patologie muscoloscheletriche legate al lavoro, oltre che obiettivo dell'azione 7.2 del PRP si è resa indispensabile per:

- garantire omogeneità metodologica tra i territori;
- assicurare confrontabilità dei dati raccolti;
- sostenere gli Enti Gestori nella valutazione e gestione del rischio;
- integrare i risultati della sorveglianza sanitaria con i fattori di esposizione operativa;
- orientare l'adozione di misure preventive efficaci e mirate.

In concreto, il percorso svolto dal Tavolo Tecnico (Ta.Te.) ha permesso la definizione dei seguenti strumenti operativi:

- scheda di autovalutazione;
- checklist operative specifiche per infermieri, OSS e fisioterapisti, basate su scenari di rischio verificati;
- criteri di calcolo del rischio fondati sulle più recenti evidenze scientifiche internazionali (Marras, Jaeger, ISO 11226);
- questionario anamnestico standardizzato e piattaforma informatizzata per la raccolta dei dati clinici e operativi;
- indicazioni condivise per la definizione dei protocolli di sorveglianza sanitaria;
- parametri quantitativi per la classificazione dell'esposizione.

Altresì, l'integrazione delle tre componenti – autovalutazione, studio pilota, indagine anamnestica – ha permesso:

- di costruire un quadro conoscitivo robusto e scientificamente coerente del rischio di settore;
- di definire un modello di valutazione del rischio da patologie muscoloscheletriche realmente applicabile ai servizi domiciliari, in grado di orientare l'azione preventiva in Lombardia (criteri per l'analisi di rischio per i profili infermieri, OSS e fisioterapisti – allegato 8; schede di rischio - allegato 9).

11. Potenziali target del PMP: ruoli della prevenzione e prescrittori del PAI

Gli strumenti scheda di autovalutazione, checklist professionali, criteri di quantificazione dell'esposizione sono da ritenere utili alle ATS nell'esercizio delle attività di verifica e controllo della valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico adottata dagli Enti Gestori; ma devono essere diffusi sia alle **figure della prevenzione aziendale**, che ai **prescrittori del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**, quale riferimento per la valutazione, la gestione del rischio e la presa in carico del paziente nel contesto domiciliare.

In via d'ordine generale, è definito un modello condiviso "dalla valutazione al PAI", centrato su sicurezza, appropriatezza ed equità.

✓ **Per le figure della prevenzione (DL, RSPP, MC, RLS)**

Gli strumenti permettono di:

- **Uniformare la valutazione del rischio SB** nelle diverse realtà territoriali e tra differenti Enti Gestori, superando la variabilità di approcci emersa in fase di autovalutazione.
- **Supportare la redazione e l'aggiornamento del DVR**, fornendo un quadro metodologico strutturato e indicatori misurabili di esposizione.
- **Rafforzare la sorveglianza sanitaria**, integrando i dati clinici (questionari MSK) con quelli operativi raccolti tramite le checklist.
- **Orientare le misure di prevenzione e protezione**, grazie alla possibilità di identificare attività e scenari a elevato impatto sul carico biomeccanico.
- **Condividere procedure operative standardizzate**, favorendo formazione mirata e audit interni periodici.

✓ **Per i prescrittori del PAI (infermiere case manager, medico di comunità, équipe multiprofessionale)**

Il loro utilizzo nella fase di pianificazione assistenziale rappresenta un elemento innovativo di integrazione tra tutela del paziente e tutela dell'operatore.

Gli strumenti permettono di:

- **Integrare nel PAI informazioni sull'impatto ergonomico-assistenziale**, tenendo conto della tipologia di paziente (autosufficiente, parzialmente collaborante, non collaborante) e delle caratteristiche dell'abitazione.
- **Prevedere fin dalla prescrizione la necessità di ausili e attrezzature**, inserendo nel PAI indicazioni quali: sollevatori, letti regolabili, sedie doccia, presidi per il trasferimento, ma anche eventuale necessità di assistenza in coppia.
- **Valutare la compatibilità tra bisogni del paziente e sicurezza degli operatori**, identificando i casi che richiedono revisione del setting domiciliare o verifica con l'équipe ADI/ASST.
- **Condividere con gli operatori una descrizione accurata dello scenario assistenziale**, riducendo il margine di improvvisazione nell'intervento a domicilio.
- **Monitorare nel tempo la congruità del PAI**, integrando i feedback clinici e operativi del personale assistenziale e aggiornando la prescrizione quando necessario.

Il vantaggio risiede nell'assicurare il "**come farlo in sicurezza**", con ricadute positive sia sulla qualità dell'assistenza che sulla prevenzione dei disturbi muscoloscheletrici.

L'adozione degli strumenti da parte delle figure della prevenzione e dei prescrittori del PAI consentirebbe di:

- creare un **linguaggio comune** tra servizi sanitari, enti gestori e operatori;
- garantire **continuità informativa** tra fase valutativa, pianificazione e attuazione dell'intervento;
- promuovere un modello in cui la sicurezza degli operatori è parte integrante della qualità assistenziale;
- aumentare l'appropriatezza dei PAI e ridurre il rischio di sovraccarico fisico non necessario;
- assicurare equità di trattamento per gli assistiti e uniformità organizzativa tra territori.

AUTOVALUTAZIONE Rischio da Sovraccarico Biomeccanico (SB) nei lavoratori del Servizio di Assistenza Domiciliare

INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione:

Scrivere la propria risposta qui:

Ragione sociale:

Scrivere la propria risposta qui:

P.IVA - CF

Scrivere la propria risposta qui:

Area territoriale coperta da Assistenza Domiciliare

Scrivere la propria risposta qui:

Elencazione dei Comuni in cui si opera

Ente che si occupa del Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
 NO

Ente che si occupa di Servizio di Assistenza Domiciliare integrata - ADI

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
 NO

Responsabile Servizio di Assistenza Domiciliare

Scegliere tutte quelle che corrispondono e inserire un commento:

- Nome
 Cognome
 @mail
 PEC
 Telefono

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

Scegliere tutte quelle che corrispondono e inserire un commento:

Nome

Cognome

@mail

PEC

Telefono

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Scegliere tutte quelle che corrispondono e inserire un commento:

Nome

Cognome

@mail

PEC

Telefono

Numero RLS in azienda

In caso di più RLS indicare un solo nominativo di riferimento

Medico Competente

Scegliere tutte quelle che corrispondono e inserire un commento:

Nome

Cognome

@mail

PEC

Telefono

Indirizzo dell'eventuale sito WEB

Scrivere la propria risposta qui:

--

RIPARTIZIONE DELLE RISORSE UMANE

NUMERO personale addetto

Scegliere tutte quelle che corrispondono e inserire un commento:

Lavoratori

dipendenti/soci:

Lavoratori autonomi:

Altro:

NUMERO addetti suddiviso per TIPOLOGIA

	Cooperative	Enti Gestori Privati	personale ASST
Maschi TOT N°			
Maschi di cui esposti al rischio SB N°			
Femmine TOT N°			
Femmine di cui esposte al rischio SB N°			
TOTALE			
di cui >50 anni di età			

NUMERO addetti suddiviso per PROFILI LAVORATIVI

	MASCHI TOT N°	Maschi di cui esposti al rischio SB	Di cui >50 anni di età	FEMMINE TOT N°	Femmine di cui esposte al rischio SB	Di cui >50 anni di età
INFERMIERI						
OSS-ASA-OTA						
Tecnici di Riabilitazione						
TOTALE						

ALTRI

Qualora, all'interno dell'organizzazione aziendale, vi fosse presenza di Cooperativa/e, gestori e aziende, esercenti attività lavorativa a Rischio da Sovraccarico Biomeccanico, diversi da quelli indicati nelle INFORMAZIONI GENERALI, indicare:

Scegliere tutte quelle che corrispondono e inserire un commento:

Denominazione

Ragione Sociale

P.IVA - CF

ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

RSPP, indicare se:

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Datore di lavoro
- Interno
- Esterno

Se Interno indicare se:

Scegli **solo una** delle seguenti:

- A tempo pieno
- A tempo parziale

Quantitativamente al mese

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

N° ore

N° accessi

Se Esterno indicare se:

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Società di consulenza
- Libero professionista

Quantitativamente al mese

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

N° ore

N° accessi

Sono presenti addetti SPP:

Scegli **solo una** delle seguenti:

- NO
- SI, quanti:

Inserire un commento sulla scelta fatta qui:

MEDICO COMPETENTE

Nomina Medico Competente

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO
- NON necessario

Se nominato

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Interno
- Esterno

Visite mediche

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Media ORE anno

Media ACCESSI anno

Escluse visite mediche

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Media ORE anno

Media ACCESSI anno

Presenza Medico Competente Coordinatore

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO

RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

RLS eletto/i designato/i

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO

Se eletto/i designato/i è/sono e quanti

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Interno/i
- Esterno/i
- Quanti:

Inserire un commento sulla scelta fatta qui:

RIUNIONE ANNUALE

Indicare data dell'ultima riunione annuale di prevenzione

Scegliere tutte quelle che corrispondono e inserire un commento:

Data

Non dovuta

La riunione è stata verbalizzata

Scegli **solo una** delle seguenti:

SI

NO

Nel corso della riunione sono stati esaminati:

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- Il documento di valutazione dei rischi ed eventuali aggiornamenti;
- Eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio;
- Verifica delle misure di prevenzione adottate nell'ultimo anno;
- Il programma delle misure di miglioramento;
- L'andamento degli infortuni e delle malattie professionali;
- I programmi di informazione e formazione;
- I risultati della sorveglianza sanitaria;
- Altro:

Il datore di lavoro ha consegnato o messo a disposizione del RLS, il Documento di Valutazione del Rischio

Scegli **solo una** delle seguenti:

SI

NO

RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

Nel documento di valutazione dei rischi è stato preso in considerazione il rischio da Sovraccarico Biomeccanico:

Scegli **solo una** delle seguenti:

- NO perchè non conosciuti metodi di valutazione rischio in ADI e SAD
- SI e dalla pre-valutazione è emerso che i lavoratori sono potenzialmente esposti, ma non è stata condotta una valutazione approfondita
- SI ed è stata effettuata una valutazione approfondita
- NO - perché valutata da:

Inserire un commento sulla scelta fatta qui:

Data ultimo aggiornamento della Valutazione del Rischio

Scrivere la propria risposta qui:

Perché l'azienda ha provveduto all'aggiornamento del rischio

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- Su indicazione dell'organo di vigilanza
- Su segnalazione di problematiche da parte delle figure della prevenzione
- Dopo analisi della tipologia di pazienti e delle loro necessità assistenziali
- A seguito di variazioni organizzative e/o introduzione di ausili e/o procedure

Quali determinanti di rischio sono stati considerati per il rischio specifico

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- Numero dei pazienti non autosufficienti seguiti nella giornata modale;
- Numero di attrezzature-ausili presenti a domicilio per tutti i pazienti seguiti;
- Spazi e arredi spesso inadeguati;
- Durata del turno;
- Altro:

Nel processo valutativo, sono stati coinvolti

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- RSPP
- Medico Competente
- RLS
- Consulente esterno
- Altro

In valutazione del rischio, viene considerato il profilo professionale

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO

Compilare la tabella, indicando il livello di esposizione al rischio

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

	ACCETTABILE	LIEVE	MEDIO	ELEVATO
INFERMIERE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FISIOTERAPISTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OSS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sono indicate, nella Valutazione del Rischio le misure di PREVENZIONE e/o di miglioramento, programmate - ipotizzabili per la gestione del rischio da Sovraccarico Biomeccanico

Scegli **solo una** delle seguenti:

- NO, perché dalla Valutazione del Rischio non è emersa la necessità di predisporre un programma di miglioramento specifico;
- SI, quali sono le azioni di miglioramento a carattere generale;
- SI e le azioni di miglioramento individuate sono ausili minori per lavoratori che assistono pazienti non autosufficienti;
- Si sono state programmate riunioni periodiche con Assistenti Sociali e Medici Prescrittori.
- Altro

È prevista attività di formazione/informazione specifica, per il rischio da Sovraccarico Biomeccanico

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI, in occasione della visita da parte del Medico Competente;
- SI, è prevista una formazione specifica teorico - pratica.
- SI, per utilizzo attrezzature.

I corsi di formazione/informazione specifici per questo rischio, prevedono

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- Formazione in presenza;
- Distribuzione opuscoli informativi;
- Ricorso a piattaforma per formazione e-learning;
- Lezioni teoriche in aula;
- Addestramento all'utilizzo di ausili;

Le seguenti attività sono svolte da

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

	RSPP	MEDICO COMPETENTE	ERGOFORMATORI	FORMATORI ESTERNI	ALTRO
INFORMAZIONE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FORMAZIONE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADDESTRAMENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

È prevista una valutazione dell'apprendimento

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO

Se SI tramite

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Test finale;
- Audit;
- Preposti;
- Altro

La formazione dei lavoratori è periodicamente ripetuta

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO

In caso di impiego di lavoratori stranieri, è stata verificata la conoscenza della lingua italiana

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO
- Non presenti lavoratori stranieri

In presenza di lavoratori stranieri, che non conoscono la lingua italiana, è stata verificata la corretta comprensione dei contenuti formativi (ad es. opuscoli in lingua, mediazione di altro collega connazionale, mediatore culturale) *

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO

SORVEGLIANZA SANITARIA

Viene effettuata la sorveglianza sanitaria degli operatori al rischio specifico *

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- Dalla Valutazione del Rischio non è emersa la necessità di effettuare attività di sorveglianza sanitaria per il rischio specifico;
- Non è stato predisposto un protocollo sanitario specifico per gli addetti al rischio da Sovraccarico Biomeccanico
- Viene effettuato accertamento clinico con particolare attenzione agli organi bersaglio (rachide lombare, spalle, ginocchi)
- Utilizzo di protocolli sanitari specifici
- Altro:

Nella RELAZIONE SANITARIA ANNUALE sono riportati i seguenti dati

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Soggetti visitati

Visitati esposti a rischio da Sovraccarico

Biomeccanico

Denunce di sospette malattie professionali da Sovraccarico Biomeccanico

Infortuni sul lavoro per Sovraccarico

Biomeccanico rachide lombare/spalla (lesioni da sforzo, strappi muscolari, tendiniti ,lombalgie acute)

Per Malattie Professionali e Infortuni considerare gli ultimi 3 anni

Idoneità con limitazioni/prescrizioni

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Totale soggetti con limitazioni per tutte le cause (numero)

Esposti a rischio da Sovraccarico

Biomeccanico con limitazione per tutte le cause (numero)

Esposti al rischio da Sovraccarico

Biomeccanico con limitazione per WMSDs (numero)

Nessuna della precedenti

Esiste una procedura per la gestione dei giudizi di idoneità con limitazioni

Scegli **solo una** delle seguenti:

- NO
- SI, specificare

Inserire un commento sulla scelta fatta qui:

--

A tale processo di ricollocazione lavorativa partecipa

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- RSPP
- DATORE DI LAVORO
- PREPOSTO
- MC
- RLS
- SERVIZIO INFERMIERISTICO

L'azienda/struttura partecipa a programmi volontari di promozione della salute, inerenti l'area tematica dell'attività fisica

Scegli **solo una** delle seguenti:

- SI
- NO

CONCLUSIONI

L'utilizzo della presente autovalutazione, ha suggerito

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Revisione del DVR
- Applicazione e/o miglioramento misure organizzative (ridistribuzione del personale fra i turni/assunzione di nuovo personale/modifica dei capitolati d'appalto per servizi alberghieri/ridistribuzione dei pazienti/ospiti nei reparti/nuclei)
- Dotazione/manutenzione di ausili per la movimentazione pazienti (nuove attrezzature, manutenzione...)
- Formazione/rinforzo formativo
- Sorveglianza sanitaria mirata (es; utilizzo di protocolli pecifici)
- Definizione e condivisione procedure operative nell' ADI
- Audit periodici
- Altro

Documento redatto con la collaborazione di:

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Nome	
Cognome	
Ruolo	
Nome	
Cognome	
Ruolo	
Nome	
Cognome	
Ruolo	
Nome	
Cognome	
Ruolo	

**SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - OSS**

Codice OSS:										
Ente gestore (cooperativa):					Città di svolgimento del servizio:					
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)										
Giorno della settimana: <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM										
<input type="checkbox"/> Orario mattino:					<input type="checkbox"/> Orario pomeriggio:					
CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI - Nota 1: focalizzarsi sulle movimentazioni da effettuare (a prescindere dal piano di assistenza, ad es. paziente psichiatrico autosufficiente che deve essere aiutato ad entrare in vasca per il bagno è da sollevare parzialmente); Nota 2: se si effettua il giro pasti ovvero la distribuzione di pasti - utilizzare l'apposito spazio per indicare i minuti dedicati										
TIPO DI PAZIENTE (selezionare una sola tipologia)	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo intervento (minuti effettivi, esclusi trasferimenti)										
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)										
Paziente che si aiuta – DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)										
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)										
Giro-pasti (riportare i minuti)										
Peso paziente (kg)										
Attività effettuata in coppia (SI-NO)										
DESCRIZIONE DEL TEMPO DEDICATO ALLE ATTIVITA' AL LETTO										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo dedicato ad attività di igiene al letto (min)										
Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza, riportare altezza										
Letto con manovelle per testiera e pediera (SI-NO)										
Letto matrimoniale (SI-NO)										
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
<i>Sollevamento verso il cuscino manuale</i>										
<i>Rotazioni nel letto</i>										
<i>Sollevamento tronco manuale</i>										
<i>Sollevamento tronco tramite manovella</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi con ausili</i>										
<i>Riposizionamento in carrozzina</i>										
DESCRIZIONE DEL TEMPO DEDICATO ALLE ATTIVITA' IN BAGNO										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo dedicato ad attività di igiene in bagno (min)										
Tempo dedicato a monitoraggio/controllo igiene effettuata dal pz in piedi (min)										
Tempo igiene effettuata in bagno su vasca fissa (min)										
Tempo igiene effettuata in bagno su wc (min)										
Riportare altezza wc										
Tempo Igiene effettuata su sedia-doccia (min)										
Sedia-doccia fissa in altezza (SI-NO)										



Riportare altezza sedia-doccia fissa											
Vasca fissa e spazi ristretti (SI-NO)											
Maniglioni removibili (SI-NO)											
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)											
Carrozzina/wc o viceversa											
Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa											
Sollevamento da seduto a in piedi con ausili											
DESCRIZIONE DEL TEMPO DEDICATO AD ALTRE ATTIVITA'											
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ	
Tempo dedicato a riordino ambienti, rifacimento letto (min)											
Tempo dedicato a monitoraggio pz per farmaci – solo controllo – spesa etc. (min)											

AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE											
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ	
Sollevatore a imbragatura											
Sollevatore verticalizzatore											
Teli alto scorrimento											
Sedia-doccia regolabile elettricamente in altezza											
Letto (elettrico 2 o 3 snodi - spondine)											
Carrozzina											

Note:





SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - INFERMIERI

Codice infermiere:										
Ente gestore (cooperativa):					Città di svolgimento del servizio:					
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)										
Giorno della settimana: <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM										
<input type="checkbox"/> Orario mattino:					<input type="checkbox"/> Orario pomeriggio:					
CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI - Nota 1: focalizzarsi sulle movimentazioni da effettuare (a prescindere dal piano di assistenza, ad es. paziente psichiatrico autosufficiente che deve essere aiutato ad alzarsi da sedia e da sollevare parzialmente)										
TIPO DI PAZIENTE (selezionare una sola tipologia)	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo intervento (minuti effettivi, esclusi trasferimenti)										
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)										
Paziente DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)										
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)										
Peso paziente (kg)										
Attività effettuata in coppia (SI - NO)										
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' EFFETTUATE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Prelievo (SI - NO)										
Tampone COVID (SI - NO)										
Infusione endovenosa (SI - NO)										
Medicazione (SI - NO)										
Gestione stomia (vescicale/intestinale) (SI - NO)										
Cateterismo vescicale (SI - NO)										
Monitoraggio parametri vitali (SI - NO)										
DESCRIZIONE DEL TEMPO DEDICATO ALLE ATTIVITA' AL LETTO / SEDIA POLTRONA / ALTRE ATTIVITA'										
Tempo dedicato ad attività al letto (min)										
Letto regolabile in altezza di tutto il piano letto (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza riportare altezza										
Letto con manovelle per testiera e pediera (SI-NO)										
Letto matrimoniale (SI-NO)										
Tempo dedicato ad attività in sedia/poltrona (min)										
Altezza piano seduta sedia/poltrona (cm)										
Tempo dedicato ad altre attività (min)										
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
<i>Sollevamento verso il cuscino manuale</i>										
<i>Rotazioni nel letto</i>										
<i>Sollevamento tronco manuale</i>										
<i>Sollevamento tronco tramite manovella</i>										
<i>Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o vv</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi con ausili</i>										





Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva
UOC **MEDICINA del LAVORO** - Direttore: **Prof. Bonzini**

<i>Sollevamento da poltrona a stazione eretta</i>											
<i>Riposizionamento in carrozzina</i>											
<i>Carrozzina / wc o viceversa</i>											

AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Sollevatore a imbragatura										
Sollevatore verticalizzatore										
Teli alto scorrimento										
Sedia-doccia regolabile in altezza										
Letto (elettrico 2 o 3 snodi - spondine)										
Poltrona alzabile elettricamente										
Carrozzina										

Note:



**SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - FKT**

Codice fisioterapista:										
Ente gestore (cooperativa):						Città di svolgimento del servizio:				
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)										
Giorno della settimana: <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM										
<input type="checkbox"/> Orario mattino:						<input type="checkbox"/> Orario pomeriggio:				
CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI - Nota 1: focalizzarsi sulle movimentazioni da effettuare a prescindere dal piano di riabilitazione, ad es. paziente psichiatrico autosufficiente che deve essere aiutato per sedersi sul wc è da sollevare parzialmente										
TIPO DI PAZIENTE (selezionare una sola tipologia)	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo intervento (minuti effettivi, esclusi trasferimenti)										
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)										
Paziente che si aiuta – DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)										
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)										
Peso paziente (kg)										
Attività effettuata in coppia (SI - NO)										
DESCRIZIONE DEL TEMPO DEDICATO ALLE ATTIVITA' AL LETTO E AL BAGNO										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo dedicato ad attività al letto (min)										
Letto regolabile in altezza di tutto il piano letto (SI-NO)										
Se non regolabile in altezza riportare altezza										
Letto con manovelle per testiera e pediera (SI-NO)										
Letto matrimoniale (SI-NO)										
Tempo dedicato a monitoraggio pz in bagno (min)										
Altezza WC (se utilizzato durante monitoraggio)										
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
<i>Sollevamento verso il cuscino manuale</i>										
<i>Rotazioni nel letto</i>										
<i>Sollevamento tronco manuale</i>										
<i>Sollevamento tronco tramite manovella</i>										
<i>Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o vv</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi con ausili</i>										
<i>Sollevamento da poltrona a stazione eretta</i>										
<i>Riposizionamento in carrozzina</i>										
<i>Carrozzina / wc o viceversa</i>										
Training deambulatorio (SI-NO)										



AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Sollevatore a imbragatura										
Sollevatore verticalizzatore										
Teli alto scorrimento										
Sedia-doccia regolabile in altezza										
Letto (elettrico 2 o 3 snodi - spondine)										
Poltrona alzabile elettricamente										
Carrozzina										
Note:										





LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO ADI LOMBARDIA

Principale obiettivo è la ricostruzione dell'entità del rischio per la colonna vertebrale e per le spalle abitualmente indotto dalle attività di movimentazione pazienti o attività in postura inadeguata.

Ogni scheda riguarda le attività svolte in un giorno della settimana. Ciascun professionista sanitario (OSS o Infermiere o Fisioterapista) dovrà compilare per almeno una settimana consecutiva una scheda al giorno, specificando:

- Il proprio codice \assegnato;
- L'ente gestore di appartenenza (cooperativa dalla quale si è assunti);
- La città in cui si svolge il servizio di assistenza domiciliare;
- Il giorno della settimana a cui si fa riferimento;
- L'orario complessivo di lavoro effettuato.

Per quanto riguarda la sezione dedicata al paziente, si specificano di seguito gli aspetti fondamentali da compilare:

- Il tempo complessivo di intervento, ovvero il numero di minuti dedicati a tutte le attività a domicilio del paziente esclusi i trasferimenti;
- La tipologia di non autosufficienza: paziente da sollevare completamente, paziente che si aiuta (da sollevare parzialmente), paziente autosufficiente o da non sollevare;
- L'eventuale minutaggio dell'attività di giro pasti (se effettuato dagli operatori OSS);
- Il peso del paziente (espresso, anche indicativamente, in kg);
- L'eventuale attività svolta in coppia o con professionista sanitario o con badante o parente.

Le attività a domicilio sono state suddivise in diverse tipologie in base all'ambiente in cui vengono svolte e al profilo professionale.

Per ogni attività svolta, dove richiesto, riportare il tempo dedicato (numero di minuti), il numero dei compiti di movimentazione pazienti effettuati e l'altezza degli arredi non regolabili utilizzati dai lavoratori nell'attività eseguita a domicilio.

Per le attività effettuate al letto del paziente segnalare il tipo di letto e l'altezza (se il letto indicato non è regolabile in altezza).

Per ogni compito, inserire il numero di movimentazioni effettuate (ad esempio per le attività di igiene al letto contare le rotazioni effettuate dal professionista sanitario e riportarle nell'apposito riquadro). Qualora si eseguisse vestizione del paziente a letto con sollevamento tronco – mantenimento in posizione per infilare indumenti – e riposizionamento sdraiato, si indicheranno 2 sollevamenti del tronco poiché si tratta di sollevamento tronco + ritorno sdraiato. In tal modo andranno contati tutti i passaggi effettuati.

Analogamente per le altre attività segnalare il tempo dedicato, i compiti di movimentazione effettuati e le altezze degli arredi ove richiesti.

Si sottolinea che, per quanto riguarda la scheda rivolta agli OSS, il tempo dedicato ad attività di igiene in bagno rappresenta la somma dei successivi tempi indicati nella sezione bagno



(monitoraggio/controllo igiene effettuata dal paziente in piedi, igiene effettuata su vasca fissa, su wc e su sedia-doccia).

Per le attività di movimentazione pazienti, se ad esempio occorre portare in bagno per utilizzare wc un pz da sollevare parzialmente e posto seduto con utilizzo deambulatore si conteranno le seguenti movimentazioni: seduto/in piedi + utilizzo deambulatore + in piedi/seduto wc + seduto wc/in piedi + deambulatore + in piedi/seduto → di conseguenza scriverò:

Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)	4
--	---

Soprattutto per le movimentazioni da seduto a stazione eretta di paziente che si aiuta parzialmente, si dovrebbe trovare sempre un numero maggiore di 1 considerando il ritorno in posizione seduta: quindi almeno 2 movimentazioni da indicare.

Nella sezione ausili, indicare l'eventuale presenza di attrezzature fornite al paziente a domicilio.
- se il bagno viene utilizzato, la presenza di vasca fissa e spazi ristretti e di maniglioni removibili.



PIANO MIRATO DI PREVENZIONE

“Valutazione del rischio delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico rivolto agli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata -ADI”*

*Delibera di Giunta regionale 2 agosto 2022 n. XI/6869 -
Approvazione del Piano Regionale 2022-2025 per l'attuazione



Sperimentazione di un modello territoriale partecipativo di **ASSISTENZA E SUPPORTO ALLE IMPRESE**, nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro attraverso condivisione di metodologie di controllo e strumenti di supporto e la **DIVULGAZIONE DI BUONE PRASSI**.

LE FASI DEL PIANO MIRATO DI PREVENZIONE

- definizione di un percorso di **autovalutazione del rischio** di insorgenza patologie muscoloscheletriche legate al lavoro;
- censimento delle modalità di erogazione dei Servizi ADI e SAD nei diversi territori** relativamente agli ambiti di prevenzione e protezione;
- previsione della stima del rischio** abitualmente indotto dalle attività di movimentazione pazienti o dalle attività in postura inadeguata, per la colonna vertebrale e per le spalle.
- elaborazione di una specifica linea guida riportante i risultati delle azioni di miglioramento raccolte.**

Presentazione del PIANO MIRATO DI PREVENZIONE

e delle sue fasi di realizzazione

Incontro informativo

9 APRILE 2024
Ore 14,30

Modalità Webinar

Clicca qui sotto per accedere:

RIUNIONE



Accedi per numero riunione

Numero riunione (codice di accesso): 2788 126 3166

Password riunione: RRmN8yGaj29

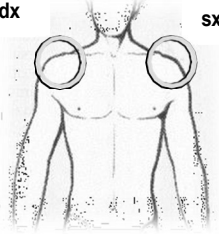
Sistema Socio Sanitario




ATS Milano
Città Metropolitana / ATS Bergamo / ATS Brescia / ATS Brianza /
ATS Insubria / ATS Montagna / ATS Pavia / ATS Val Padana

ANAMNESI MUSCOLOSCELETRICA

QUESTIONARIO ANAMNESTICO DISTURBI MUSCOLOSCELETRICI DI RACHIDE,
SPALLE E GINOCCHI

A-DATI ANAGRAFICI					
CODICE		Data			
Azienda/cooperativa		Mansione	<input type="checkbox"/> INF <input type="checkbox"/> FKT <input type="checkbox"/> OSS		
Anzianità lavorativa di sovraccarico:		età		sesto	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Anzianità lavorativa nell'attuale azienda:		Limitazioni lavorative per WMSDs		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Se SI per patologie	<input type="checkbox"/> RACHIDE	<input type="checkbox"/> ARTI SUPERIORI	<input type="checkbox"/> ARTI INFERIORI		
Attività fisica	<input type="checkbox"/> INTENSA (>3 VV/SETT)	<input type="checkbox"/> REGOLARE (2-3 VV/SETT)	<input type="checkbox"/> SALTUARIA (< 1 SETTIMANA)		
B- DATI ANAMNESTICI RISCHIO					
N° ORE SETTIMANALI		% DI SOLLEVATORI NEI pazienti ASSISTITI			
UTILIZZO DI TALI ATTREZZATURE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 50% <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 90%				
% DI LETTI REGOLABILI IN ALTEZZA NEI PAZIENTI ASSISTITI					
UTILIZZO DI LETTI REGOLABILI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 50% <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 90%				
SEI STATO FORMATO ALL'UTILIZZO DELLE ATTREZZATURE?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ASSENZE PER MALATTIA ULTIMI 12 MESI (qualsiasi patologia)		N° di giorni _____			
C- SPALLE – DISTURBI ULTIMI 12 MESI					
C1-SPALLE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI (ANNO)=		DX	SX
dx  sx	RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:		Dolore ai movimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci		Dolore a riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO:		SOGLIA POSITIVA= presenza di		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fisioterapia		<input type="checkbox"/> dolore continuo o subcontinuo			
<input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrice.		oppure			
<input type="checkbox"/> RX		<input type="checkbox"/> dolore durato almeno 7 giorni nell'ultimo anno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ecografia / RMN		oppure			
		<input type="checkbox"/> dolore almeno 1 volta al mese nell'ultimo anno			
N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI SPALLE				N°	
C2-SPALLE: PRESENZA DI PATOLOGIE GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)					
TENDINITI,TENDINOSI	<input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> RMN	QUANDO?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-RACHIDE LOMBARE: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE					
RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:		D3-LOMBOSACRALE (FASTIDIO,DOLORE) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci		RARAMENTE	ALMENO 3 – 4 EPISODI DELLA DURATA DI MINIMO 3 GIORNI	ALMENO 3 – 4 EPISODI CON ANTIDOLORIFICI	QUASI TUTTI I GIORNI
HA EFFETTUATO:		<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> FASTIDIO
<input type="checkbox"/> Fisioterapia		<input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE
<input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrice.		SOGLIA POSITIVA (SOLO IN "GRASSETTO") <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> RX		N° DI GIORNI DI ASSENZA DAL LAVORO PER DOLORI RACHIDE=			
<input type="checkbox"/> TAC/RMN					
D4-LOMBALGIA ACUTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Numero totale di episodi acuti =			
N° di lombalgie acute nell'ultimo anno=		<input type="checkbox"/> ALMENO 1 EPISODIO DI LOMBALGIA ACUTA ULTIMO ANNO			
D5-RACHIDE - DIAGNOSI GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)					
ERNIA DISCALE LOMBARE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> RMN/TAC	QUANDO?	
ALTRE PATOLOGIE DEGENERATIVE RACHIDE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> RMN/TAC	QUANDO?	

E-GINOCCHI: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE			
E1- GINOCCHI		DX	SX
 <p>RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI: <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci</p> <p>HA EFFETTUATO: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Ecografia / RMN</p>	Dolore durante il movimento <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolore a riposo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SOGLIA POSITIVA= presenza di <input type="checkbox"/> dolore continuo o subcontinuo oppure <input type="checkbox"/> dolore durato almeno 7 giorni nell'ultimo anno oppure <input type="checkbox"/> dolore almeno 1 volta al mese nell'ultimo anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI GINOCCHI	
E2-ARTI INFERIORI DIAGNOSI GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)			
PATOLOGIE DEGENERATIVE/MENISGOPATIE GINOCCHIO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> RMN/ECO QUANDO?
ASSENZE PER MALATTIA ULTIMI 12 MESI (qualsiasi patologia)		N° di giorni _____	
NOTE DI RILIEVO PER WMSDs (a cura del MEDICO)			
Empty space for notes			

Gruppo pilota per la valutazione del rischio da negli operatori dell'assistenza domiciliare sovraccarico biomeccanico

10 e 11 ottobre 2024 (14.00 -18:00)

PoliS-Lombardia, Aula Benaco

Via Pola 12-14, Milano



Regione Lombardia



AFSSL ACCADEMIA
DI FORMAZIONE PER IL SERVIZIO
SOCIOSANITARIO LOMBARDO

Gruppo pilota per la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

ID evento: AFSSL24015

Sede: aula Benaco, Polis Lombardia, via Pola, 12 Milano

Data: **prima edizione** 10 ottobre (ore 14.00-18.00)

seconda edizione 11 ottobre (ore 14.00-18.00)

PREMESSA

Regione Lombardia, con uno specifico Piano Mirato Regionale 2022-2025 sulla valutazione del rischio delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico rivolto ai lavoratori dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), indirizza uno specifico corso di formazione sulla quantificazione del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori ADI.

OBIETTIVI FORMATIVI

Principale obiettivo del corso è la ricostruzione dell'entità del rischio per la colonna vertebrale e per le spalle abitualmente indotto dalle attività di movimentazione pazienti o attività in postura incongrua per differenti profili professionali nel settore dell'assistenza domiciliare.

METODOLOGIA DIDATTICA

Il corso si sviluppa in modalità frontale in presenza con registrazione finalizzata alla condivisione con tutti gli Enti Gestori lombardi. Alla parte teorica si affiancherà successiva esercitazione rivolta alla compilazione di checklist dedicate ai tre profili professionali analizzati.

DESTINATARI

Enti Gestori accreditati da Regione Lombardia per l'esercizio delle attività di Assistenza Domiciliare rivolta a persone in situazioni di fragilità, caratterizzate dalla presenza di:

- una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo
- una condizione di impossibilità a deambulare e di non trasportabilità presso i presidi sanitari ambulatoriali
- condizioni abitative che permettano la praticabilità dell'assistenza a domicilio

Gruppo pilota per la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Francesca Pregnotato, Salute e sicurezza del lavoratore e del cittadino, D.G Welfare Regione Lombardia

RESPONSABILE DEL PROGETTO

Alessandra Piazza, Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo

E-mail: alessandra.piazza@polis.lombardia.it

DOCENTI

Olga Menoni, Coordinatrice Tavolo Tecnico "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico" ADI

Marco Tasso, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

SEGRETERIA DIDATTICA

E-mail: accademia.pianoformativo@polis.lombardia.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM

La soglia minima di partecipazione richiesta è del 100% delle ore totali previste.

Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. VII/18576 del 05/08/2004 e successive modifiche e nel Decreto Direzione Generale Welfare n. 19280 del 29/12/2022, l'evento è accreditato ECM.

L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione.

Gruppo pilota per la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

MODALITÀ DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO

La partecipazione all'evento è a titolo gratuito, poiché l'iniziativa è prevista all'interno del Piano triennale degli interventi formativi rivolto al personale del Servizio Sociosanitario Regionale (SSR) anni 2023 - 2025.

Per iscriversi, è necessario procedere come segue:

- se già iscritti al portale della formazione di Accademia: individuare il corso dal tema: «Gruppo pilota per la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare» e iscriversi all'evento formativo
- se non iscritti al portale della formazione di Accademia:
 - iscrizione al seguente link: formazione.accademia.polis.lombardia.it
 - terminata l'iscrizione, tornare nella home page, individuare il corso ed iscriversi anche all'evento formativo

DESCRIZIONE MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELL'EVENTO

Al termine del corso verrà somministrato un questionario di customer satisfaction ed un test di verifica dell'apprendimento, che sarà proposto online, dal portale della formazione.

PROGRAMMA

13:30 - 14:00

Registrazione dei partecipanti

14:00 - 14:15

Introduzione ai lavori della giornata

Nicoletta Cornaggia - *Dirigente della Struttura Prevenzione sanitaria da rischi ambientali, climatici e lavorativi della D.G. Welfare*

14:15 – 14:30

Impostazione gruppo pilota per le diverse figure professionali interessate

Olga Menoni - *Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Milano*

14:30 - 15:00

I fattori di rischio muscoloscheletrico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Olga Menoni - *Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Milano*

15:00 - 16:00

Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori OSS dell'assistenza domiciliare

Marco Tasso - *Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Milano*

16:00 – 17:00

Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli infermieri e nei fisioterapisti dell'assistenza domiciliare

Marco Tasso - *Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Milano*

17:00 - 18:00

Discussione e Conclusioni

Olga Menoni - *Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Milano*

Marco Tasso - *Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Milano*

Titolo del progetto formativo aziendale

N.B.: Il titolo NON può essere variato rispetto a quello indicato nel P.F.A. deliberato

Valutazione anamnestica muscoloscheletrica. Pregi e difetti

Luogo di svolgimento Se il progetto formativo aziendale si svolge in più luoghi, indicare solo il luogo in cui si svolgerà il maggior numero di incontri. Nel caso di incontri on line specificare la piattaforma digitale utilizzata.

Aula o Piattaforma on line	AULA MORELLI
Indirizzo	VIA BORGO PALAZZO 130
Comune/provincia	BERGAMO

Date dell'evento formativo

Nel caso in cui il progetto formativo aziendale si svolga in più edizioni, replicare la tabella indicando le date di ogni singola edizione

07/11/2024

Breve descrizione del problema, dell'esigenza concreta o dell'obiettivo del SSR (normativa, indicazione, obiettivi ATS, altro) da cui nasce il bisogno formativo.

Regione Lombardia nell'ambito del Piano Regionale Salute e Sicurezza sul Lavoro 2022-2025

ha previsto l'attuazione di Piani Mirati di Prevenzione (PMP) a valenza regionale, fra cui quello dedicato alla "Valutazione del rischio delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico rivolto agli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata-ADI".

Lo stesso Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 nel macro obiettivo 4 riferito a "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali", identifica il modello di intervento territoriale denominato "Piano Mirato di Prevenzione - PMP" quale strumento operativo per organizzare le azioni di supporto al processo di valutazione dei rischi e di organizzazione delle attività di prevenzione e protezione.

Il Tavolo Tecnico Regionale "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico" con il contributo dei propri componenti (ATS, ASST, Parti Sociali e Datoriali) ha provveduto a definire un percorso di AUTOVALUTAZIONE del RISCHIO di insorgenza di patologie muscolo-scheletriche correlate al lavoro che consente alle imprese coinvolte di verificare la propria capacità di adozione della misura. Ha messo a disposizione lo strumento della Scheda di Autovalutazione a tutti gli Enti Gestori accreditati in Lombardia all'esercizio del servizio di Assistenza Domiciliare e a settembre 2024 ha avviato la fase "progetto pilota" prevedendo la selezione di un ente gestore in cui applicare delle specifiche checklist di descrizione delle attività svolte da ogni profilo professionale operante nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare (infermieri, fisioterapisti e operatori sociosanitari). Al fine di poter fornire assistenza anche in questa fase alle realtà reclutate si rende necessario un momento di formazione del personale delle ATS lombarde coinvolto in questo specifico PMP.

Obiettivi

1) **Formativo nazionale** (indicare 1 SOLO obiettivo nazionale scegliendolo tra le tipologie elencate nel mod. MF14-0)

tecnico-professionale

di processo

di sistema

Area di riferimento: 27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione

2) Specifico Occorre indicare l'intento che si intende perseguire con il progetto formativo. La valutazione finale dovrà essere congruente con l'obiettivo specifico dichiarato

Fornire agli operatori ATS coinvolti nelle attività di assistenza e di vigilanza previste dal piano mirato prevenzione alle aziende

Responsabile Scientifico: può essere anche docente/tutor, ma Non può ricoprire il ruolo di discente.

E' colui che definisce e programma il contenuto dell'intero progetto; esperto, in ragione di titoli di studio, nell'area sanitaria e/o sui contenuti dell'evento formativo. Il R.S. non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento.

Cognome Nome	Qualifica	Ente di appartenenza
Zottola Giuseppina	Direttore SC Psal	ATS BG

Metodologia didattica:

LEZIONE/DISCUSSIONE	<input checked="" type="checkbox"/>
DIMOSTRAZIONE	<input type="checkbox"/>
LAVORO IN PICCOLO GRUPPO	<input checked="" type="checkbox"/>
ANALISI DI CASI	<input type="checkbox"/>
ROLE PLAYING	<input type="checkbox"/>
JOURNAL CLUB	<input type="checkbox"/>

Numero previsto di partecipanti (Indicare il numero dei partecipanti per singola edizione)

25

Accreditamento assistenti sociali:

No Si

DESTINATARI (fino a 25 partecipanti previsti

premierità)

AZIENDA	PROFILO PROFESSIONALE	N° previsto
ATS LOMBARDE	TECNICI DELLA PREVENZIONE	8
ATS LOMBARDE	ASSISTENTI SANITARI	8
ATS LOMBARDE	DIRIGENTI MEDICI	9
	TOTALE PER EDIZIONE	25

DOCENTI (Cognome - Nome - Ente di appartenenza - Qualifica)

Dott.ssa MENONI OLGA professore a contratto presso scuola di specializzazione in Medicina del lavoro per l'Università degli studi di Milano
Dott. TASSO MARCO ricercatore presso Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico Milano

Come viene verificata la presenza effettiva dei partecipanti ai singoli eventi?

Attraverso la firma su apposito modulo prestampato fornito da SCP o tramite tracciato piattaforma informatica utilizzata

PROGRAMMA DETTAGLIATODATA 07/11/2024

TOTALE ORE DI FORMAZIONE_7 (escluso registrazione dei partecipanti, saluti introduttivi, pause/intervalli)

Registrazione partecipanti dalle 09.15 alle 09.30

ORARIO	CONTENUTI DELLA DOCENZA	DOCENTE
Dalle ore 09.30 alle ore 13.30	I fattori di rischio muscoloscheletrico negli operatori dell'assistenza domiciliare	Tasso Marco Menoni Olga
Dalle ore 14.00 alle ore 17.00	Strumenti di controllo anamnestico per la ricerca di segni e sintomi di patologia muscoloscheletrica di origine professionale.	Tasso Marco- Menoni Olga

VALUTAZIONE EVENTO

- 1) **Customer Satisfaction**
- 2) **Relazione del responsabile scientifico**
- 3) **Verifica dell'apprendimento** (Non previsto per i convegni con oltre 200 partecipanti)

Con prova pratica individuale (per acquisire abilità nell'uso di strumenti o di tecniche): predisporre scheda di osservazione diretta individuale oppure check list con superamento o meno della verifica da parte del discente).

➤ **Segreteria organizzativa:**

ATS Bergamo - Sviluppo delle Competenze Professionali

Tel. 035.385199/115/092/301 - E-mail: formazione@ats-bg.it

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO

Firma

Dott.ssa GIUSEPPINA ZOTTOLA

Bergamo, 11/10/2024

CRITERI PER ANALISI DATI RISCHIO ADI Regione Lombardia

OSS

GENERALE E PER OGNI PROFILO

- ✓ Media dell'orario complessivo di lavoro
- ✓ Media orario tempo intervento
- ✓ Media orario tempo amministrativo o giropasti
- ✓ Media orario tempo trasferimento
- ✓ Numero di pazienti totali e per tipologia
- ✓ Numero di pazienti suddivisi per peso e tipologia
- ✓ Numero di pazienti seguiti in coppia e per tipologia pz

Gli Scenari di rischio PER OSS saranno:

- 1. Attività al letto non regolabile per pz NC / PC ; Attività al letto regolabile per pz NC / PC**
- 2. Attività in bagno per A / PC**
- 3. Altre Attività per pz A / NC / PC**

1 – SCENARIO: ATTIVITA' LETTO (NC-PC)

- ✓ Numero di pazienti totali che eseguono attività al letto in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per attività letto in generale e per tipologia pz
- ✓ Numero di letti per tipologia (singolo, matrimoniale, regolabile, a manovella) in generale e per tipologia paziente
- ✓ Altezza media dei letti non regolabili
- ✓ Quanti letti NON regolabili sotto i 70 cm ci sono correlati alla tipologia pz
- ✓ Quanti letti a manovella ci sono in generale e correlati a tipologia pz

Qualora l'attività venga svolta in coppia alcune movimentazioni (esempio: rotazioni nel letto) dichiarate per singolo paziente verranno dimezzate numericamente.

Allegato 8: criteri utilizzati per quantificare il rischio da SB nei tre profili professionali

Movimentazioni manuali	NC – sollevare completamente			PC – sollevare parzialmente		
	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg
Movimentazione vs cuscino	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Rotazioni nel letto	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Letto/carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Seduto/piedi				ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Carrozzina/wc	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Sollevamento del tronco	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Riposizionamento in carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO

COPPIA CON OSS

Movimentazioni manuali	NC – sollevare completamente			PC – sollevare parzialmente		
	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg
Movimentazione vs cuscino	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Rotazioni nel letto	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Letto/carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Seduto/piedi				ALTO	ALTO	ALTO
Carrozzina/wc	ALTO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Sollevamento del tronco	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
Riposizionamento in carrozzina	ALTO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO

2 - ATTIVITA' BAGNO (NC-PC)

- ✓ Numero di pazienti totali che eseguono attività al bagno in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per attività igiene bagno in generale e per tipologia pz
- ✓ Numero di pazienti totali a cui si esegue attività controllo igiene al bagno pz in piedi in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per controllo igiene pz bagno in piedi in generale e per tipologia pz
- ✓ Numero di pazienti totali a cui si esegue attività igiene su vasca fissa in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per attività igiene su vasca fissa in generale e per tipologia pz
- ✓ Numero di pazienti totali a cui si esegue attività igiene su wc in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per attività igiene su wc in generale e per tipologia pz
- ✓ Altezza media dei wc
- ✓ Quanti wc sono <70 cm
- ✓ Numero di pazienti totali a cui si esegue attività igiene su sedia doccia in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per attività igiene su sedia doccia in generale e per tipologia pz
- ✓ Quante sedia doccia regolabili in h
- ✓ Altezza media delle sedie doccia

Per scenari di rischio legato a PI LETTO E BAGNO

PAZIENTI	POSTURE INCONGRUE SPALLA-RACHIDE PER LE DIVERSE ATTIVITA'			
	Ed in relazione ad altezza arredi			
	ATTIVITA' AL LETTO		IGIENE IN BAGNO (80% del tempo dedicato)	
	SPALLA	RACHIDE LOMBARE	SPALLA	RACHIDE LOMBARE
A – PC - NC	QUALSIASI LETTO 80% del tempo	LETTO < 70 CM 80% del tempo		
PC - NC			WC < 70 CM 80% del tempo	WC < 70 CM 80% del tempo
A			WC < 70 CM 20% del tempo	WC < 70 CM 20% del tempo
PC			VASCA – 80% del tempo	VASCA – 80% del tempo
PC - NC			SEDIA DOCCIA FISSA 60% del tempo	SEDIA DOCCIA FISSA 80% del tempo
A			SEDIA DOCCIA FISSA 20% del tempo	SEDIA DOCCIA FISSA 20% del tempo

Allegato 8: criteri utilizzati per quantificare il rischio da SB nei tre profili professionali

A		IN PIEDI 100% del tempo	
		BAGNO IN VASCA FISSA 80% del tempo	BAGNO IN VASCA FISSA 80% del tempo

Riportare minuti di postura incongrua letto, riportare minuti di postura incongrua bagno.

NB: non riportare minuti di postura incongrua bagno in presenza di sedia doccia regolabile in altezza

3 - ALTRE ATTIVITA' (NC-PC-A)

- ✓ Numero di pazienti totali che eseguono altre attività in generale e per tipologia pz
- ✓ Numero di pazienti totali che eseguono attività riordino in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per attività riordino in generale e per tipologia pz
- ✓ Numero di pazienti totali che eseguono attività monitoraggio pz in generale e per tipologia pz
- ✓ Media tempo per attività monitoraggio pz in generale e per tipologia pz

Per scenari di rischio legato a PI ALTRE ATTIVITA'

Riportare minuti di postura incongrua per entrambe le attività (riordino e monitoraggio)

ANALISI DELLE ATTREZZATURE DIVISE PER TIPOLOGIA, PER PZ E PER ATTIVITÀ DI MOVIMENTAZIONE AUSILIATA

INFERMIERI

Gli Scenari di rischio saranno:

4. Attività al letto (regolabile e non regolabile) per pz A / NC / PC
5. Attività in sedia poltrona o carrozzina per pz A / NC / PC
6. Attività di fasciatura con letto o poltrona regolabile (e non regolabile) in altezza pz A / NC / PC

SCENARIO N 1 LETTO descrivere quale movimentazione viene effettuata per ciascun tipo di paziente (RIFERIRSI A TABELLA SOTTOSTANTE)

- Si rileveranno gli stessi aspetti già identificati per OSS
- % e tipologia di attività erogata, sia singola che multiple (es: solo prelievo oppure prelievo e medicazione, etc)

SCENARIO N 2 SEDIA – POLTRONA O CARROZZINA descrivere quale movimentazione viene effettuata **PER CIASCUN TIPO DI PAZIENTE**

- Tempo dedicato a sedia poltrona
- % e tipologia di attività erogata in sedia/poltrona, sia singola che multiple (es: solo prelievo oppure prelievo e medicazione, etc)
- Tipologia e numero di compiti sovraccaricanti effettuato

Allegato 8: criteri utilizzati per quantificare il rischio da SB nei tre profili professionali

- Tipologia e numero di compiti effettuato tramite attrezzature
- Descrizione attrezzature presenti

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEL SOVRACCARICO NELLE MOVIMENTAZIONI MANUALI CONSIDERANDO 1 SOLO OPERATORE:

Movimentazioni manuali singole	NC – sollevare completamente			PC – sollevare parzialmente		
	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg
Movimentazione vs cuscino	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Rotazioni nel letto	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Letto/carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Seduto/piedi				ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Carrozzina/wc				ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Sollevamento del tronco manuale o manovella	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Passaggio supino-seduto bordo letto				ALTO	ALTO	ELEVATO
Sollevamento da poltrona a stazione eretta				ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Riposizionamento in carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO

CRITERI PER DETERMINARE IL TEMPO IN POSTURE INCONGRUE INFERMIERI (per tutti i tipi di pazienti)

TIPOLOGIA DI ATTIVITA'	POSTURE INCONGRUE SPALLA-RACHIDE PER LE DIVERSE ATTIVITA'			
	ATTIVITA' AL LETTO		ATTIVITA' SEDIA/POLTRONA	
	SPALLA	RACHIDE LOMBARE	SPALLA	RACHIDE LOMBARE
prelievi				Se tempo > 15 minuti
infusione venosa				80% tempo
Monitoraggio parametri vitali				
Medicazione	SE LETTO < 70 cm	SE LETTO < 70 CM	SE SEDUTA < 50 cm	Eliminare altezze inferiori a 39 cm e superiori a 70 cm
Gestione stomia (vescicale/intestinale)	80% del tempo	80% tempo	80% tempo	
Cateterismo vescicale			SE SEDUTA da 50 cm a 70 cm	SE SEDUTA < 70 cm
			30% tempo	80% tempo
TEMPO Fasciatura arto inferiore	SE LETTO < 70 CM	SE LETTO < 70 CM	80% tempo	80% tempo
	80% tempo	80% tempo		
		Se LETTO > 80 cm		
		10% tempo		

FISIOTERAPISTI

Per ogni giornata, vanno sommate e riportate le movimentazioni viola e rosse con i criteri in tabella

Gli Scenari di rischio saranno:

1. **Attività al letto (regolabile e non regolabile) pz A NC PC**
2. **Attività in altri luoghi per A NC PC**

SCENARIO n 1 si considera:

sollevamento vs cuscino manuale ;rotazione del letto;sollevamento tronco manuale;sollevamento tronco a manovella; letto carrozzina manuale ;Passaggio posturale supino-seduto bordo letto; riposizionamento in carrozzina (solo se c'è trasferimento letto-carrozzina);Seduto/piedi (se attività letto o altri luoghi 0)

Per **analisi attrezzature si considerano**

- sollevatore verticale; poltrona alzabile elettricamente; letto elettrico; Teli ad alto scorrimento

SCENARIO n 2 “attività in altri luoghi” si considerano questi compiti:

- Seduto/piedi (solo se minuti attività letto =0);Carrozzina/wc;Sollevamento da poltrona a stazione eretta; Training deambulatorio; Riposizionamento in carrozzina (solo se minuti attività letto =0)

Movimentazioni manuali singole	NC – sollevare completamente			PC – sollevare parzialmente		
	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg
Sollevamento verso cuscino	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Rotazioni nel letto	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Letto/carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Seduto/piedi	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Carrozzina/wc				ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Sollevamento del tronco manuale o manovella	ALTO	ALTO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Passaggio supino-seduto bordo letto	ALTO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ALTO	ELEVATO
Sollevamento da poltrona a stazione eretta	ELEVATO	ELEVATO		ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Training deambulatorio				ALTO	ALTO	ALTO
Riposizionamento in carrozzina	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO

TIPOLOGIA DI PAZIENTE	POSTURE INCONGRUE SPALLA-RACHIDE PER LE DIVERSE ATTIVITA'			
	ATTIVITA' AL LETTO		ATTIVITA' IN ALTRI LUOGHI	
	SPALLA	RACHIDE LOMBARE	SPALLA	RACHIDE LOMBARE

Allegato 8: criteri utilizzati per quantificare il rischio da SB nei tre profili professionali

NC-PC-A	SE LETTO < 70cm; 80% DEL TEMPO	Se LETTO < 70 cm 80% DEL TEMPO		
PC			60% tempo	60% tempo
A				

GESTORE		N° INFERMIERI		
% DIPENDENTE	% LAVORATORI AUTONOMI	RANGE ORE ATTIVITA'/DIE		
RILEVAZIONE DI: _____				
GIORNATA MEDIA :		N° TOT PZ _____	durata giornata _____	
GIORNATA DI PICCO: N° TOT PZ _____ Durata giornata di picco _____ quante volte/mese _____				
INFERMIERE: ATTIVITA' SVOLTA A LETTO – GIORNATA MEDIA				
	LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA	
	Autonomi	Non Autosufficienti	Autonomi	Non Autosufficienti
N° PZ				
INFERMIERE: ATTIVITA' SVOLTA IN POLTRONA/CARR– GIORNATA MEDIA				
	POLTRONA NON REGOLABILE IN ALTEZZA			
N° PZ				
INFERMIERE: FASCIATURA – GIORNATA MEDIA				
	LETTO/POLTRONA NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO/POLTRONA REGOLABILE IN ALTEZZA	
N° PZ				
INFERMIERE: ATTIVITA' SVOLTA A LETTO – GIORNATA DI PICCO				
	LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA	
N° PZ				
INFERMIERE: ATTIVITA' SVOLTA IN POLTRONA/CARR– GIORNATA DI PICCO				
N° PZ				
INFERMIERE: FASCIATURA – GIORNATA DI PICCO				

	LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA	
N° PZ				
GESTORE			N° OSS	
% DIPENDENTE	% LAVORATORI AUTONOMI		RANGE ORE ATTIVITA'/DIE	
RILEVAZIONE DI: _____				
GIORNATA MEDIA	N° TOT PZ _____	durata giornata _____		
GIORNATA DI PICCO: N° TOT PZ _____ Durata giornata di picco _____ quante volte/mese				
OSS: ATTIVITA' SVOLTA A LETTO – GIORNATA MEDIA				
	LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA	
	Autonomi	Non Autosufficienti	Autonomi	Non Autosufficienti
N° PZ				
OSS: ATTIVITA' SVOLTA IN BAGNO – GIORNATA MEDIA				
	WC/SEDIA NON REGOLABILE IN ALTEZZA		PRESENZA DI AUSILI PER BAGNO	
N° PZ				
OSS: ALTRE ATTIVITA' – GIORNATA MEDIA				
N° PZ				
OSS: ATTIVITA' SVOLTA A LETTO – GIORNATA DI PICCO				
	LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA	
N° PZ				
OSS: ATTIVITA' SVOLTA IN BAGNO – GIORNATA DI PICCO				
	WC/SEDIA NON REGOLABILE IN ALTEZZA		PRESENZA DI AUSILI (verticalizzatore etc)	

N° PZ				
OSS: ALTRE ATTIVITA' – GIORNATA DI PICCO				
N° PZ				

GESTORE		N° FISIOTERAPISTI		
% DIPENDENTE	% LAVORATORI AUTONOMI	RANGE ORE ATTIVITA'/DIE		
RILEVAZIONE				
DI: _____				
GIORNATA MEDIA	N° TOT PZ _____	durata giornata _____		
GIORNATA DI PICCO : N° TOT PZ _____ Durata giornata di picco _____ quante volte/mese _____				
FISIOTERAPISTI: ATTIVITA' SVOLTA A LETTO – GIORNATA MEDIA				
	LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA	
	Autonomi	Non Autosufficienti	Autonomi	Non Autosufficienti
N° PZ				
FISIOTERAPISTI: ATTIVITA' SVOLTA IN ALTRI LUOGHI – GIORNATA MEDIA				
	SENZA AUSILI		CON AUSILI	
N° PZ				
FISIOTERAPISTI: ATTIVITA' SVOLTA A LETTO – GIORNATA DI PICCO				
	LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA		LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA	
N° PZ				
FISIOTERAPISTI: ATTIVITA' SVOLTA IN ALTRI LUOGHI – GIORNATA DI PICCO				
	SENZA AUSILI		CON AUSILI	

Allegato 9

N° PZ				
--------------	--	--	--	--