



Il servizio di assistenza domiciliare

“Individuazione di buone pratiche per la valutazione del rischio e l’adozione di soluzioni per la riduzione del sovraccarico biomeccanico in attività di assistenza domiciliare a persone non autosufficienti”

Bologna 10 ottobre 2023

AMBIENTE LAVORO

23° Salone della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Dott.ssa Francesca Zanardi

**U.O.C Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro AUSL Ferrara
Area Tutela della salute nei luoghi di lavoro - Regione Emilia-Romagna**





Il piano mirato di prevenzione

- Lo strumento in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza, equità e uniformità dell'azione pubblica e una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche e soprattutto attraverso il **coinvolgimento di tutti i soggetti interessati** per una **crescita globale della cultura della sicurezza**.



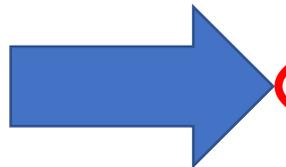
Piano mirato di prevenzione

- Fase di assistenza:
 - progettazione (2022)
 - seminario di avvio (2022)
 - produzione buone pratiche condivise e scheda autovalutazione (2022)
 - informazione/formazione (2023)
- Fase di vigilanza
 - autovalutazione delle aziende (2023-2024)
 - vigilanza da parte delle ASL sulle aziende coinvolte nell'intervento di prevenzione (2024-2025)
- Fase di valutazione di efficacia
 - raccolta e diffusione di buone pratiche o misure di miglioramento (2025)
 - restituzione dei risultati e/o di buone prassi (2025)



Infortunio da sforzo «grave» come indicatore

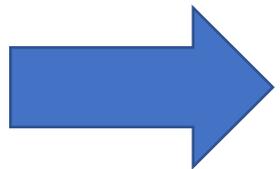
Gruppi Ateco	2017	2018	2019	Tot 2017-2019	addetti 2018	Indice di Incidenza *10000
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	3	1	1	5	7.802	1,3
C Attivita' manifatturiere	154	121	61	336	507.638	2,4
D Fornitura di energia	2	0	1	3	9.814	0,0
E Fornitura di acqua	8	2	1	11	9.947	2,0
F Costruzioni	80	65	46	191	125.619	5,2
G Commercio	59	65	23	147	236.876	2,7
H Trasporto e magazzinaggio	100	65	37	202	74.033	8,8
I Alloggio e ristorazione	19	18	11	48	81.077	2,2
J Informazione e comunicazione	0	2	0	2	42.049	0,5
L Attivita' immobiliari	4	3	2	9	20.829	1,4





Infortunio da sforzo «grave» come indicatore

M Professioni	5	9	0	14	66.952	1,3
N Noleggio, agenzie di viaggio	34	38	18	90	57.318	6,6
O Amministrazione pubblica	28	18	6	52	58.539	3,1
P Istruzione	2	3	2	7	18.752	1,6
Q Sanita'	94	74	36	204	91.936	8,0
R Arte, sport, intrattenimento	2	8	0	10	13.129	6,1
S Altre attivita' di servizi	14	11	2	27	40.081	2,7
X Non Classificato	26	32	29	87	85.208	3,8
totali industria	634	535	276	1.445	1.621.783	3,3





Il contesto

Individuazione di buone pratiche per la valutazione del rischio e l'adozione di soluzioni tecniche per la riduzione del sovraccarico biomeccanico in attività di assistenza domiciliare a persone non autosufficienti.

	Punti di forza	Punti di debolezza	
<i>Fattori interni</i>	Studio pilota con prima base conoscitiva e metodologica. Messa a punto, seppur ancora in corso, di documento di indirizzo su valutazione del rischio da movimentazione dei malati non autosufficienti da parte del gruppo nazionale.	Non risultano ancora disponibili metodi di valutazione del rischio per le attività di assistenza domiciliare di persone non autosufficienti.	<i>Modificabili</i>
	Opportunità	Criticità	
<i>Fattori esterni</i>	Collaborazione intersettoriale (parti sociali, enti di ricerca, servizi regionali, rappresentanti dei Comuni e Unioni dei Comuni)	Complessità delle caratteristiche organizzative (pluralità di soggetti afferenti) e strutturali (domicilio dell'assistito).	<i>Azioni intersettoriali</i>



Punti fondamentali

- Erogazione del servizio SAD
- Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Il domicilio.....
- Individuazione e prescrizione di ausili
- La comunicazione con i familiari
- Ruolo, responsabilità e difficoltà per le strutture erogatrici del servizio.....
- Il ruolo del medico competente.....





Il servizio SAD

Il servizio di assistenza domiciliare (SAD) ha lo scopo di permettere alle persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di vario grado, di rimanere al proprio domicilio, vicino alla famiglia e nella realtà sociale di appartenenza.





Soggetti istituzionali competenti al rilascio degli accreditamenti socio sanitari (SIC)

AUSL / PROVINCIA	SIC
01-PC	3
02-PR	4
03-RE	6
04-MO	7
05-BO	6
06-IMO	1
07-FE	3
08-RA	3
09-FC	3
10-RN	2
Totale	38

I Soggetti istituzionali competenti al rilascio degli accreditamenti socio-sanitari (Sic) sono di norma Comuni capofila o Unioni di Comuni e sono presenti in ognuno dei 38 ambiti distrettuali che compongono il territorio regionale.





Servizi accreditati

AUSL / PROVINCIA	Persona Giuridica Privata no profit	Persona Giuridica Pubblica	Totale complessivo
01-PC	9	3	12
02-PR	18	1	19
03-RE	11	5	16
04-MO	10	2	12
05-BO	10	1	11
06-IMO	2		2
07-FE	7		7
08-RA	4		4
09-FC	9		9
10-RN	5		5
Totale	85	12	97





Le strutture erogatrici

- Per il tema di questo documento, la metodologia del **piano mirato di prevenzione** consente di condividere la progettazione e la realizzazione di **un'assistenza virtuosa** con realtà che normalmente non sono collocate all'interno del luogo di lavoro (medico di base, assistente sociale, fornitore di ausili alle famiglie) ma che determinano in modo rilevante le condizioni di sicurezza del lavoro.





Gli utenti

Nei Servizi di assistenza domiciliare sociale accreditati risultano nel 2021:

Assistenza domiciliare con finalità socio-assistenziale (anziani e disabili)

- **25.664** utenti (di cui: 15.488 persone anziane n.a.; 2.182 persone con disabilità; 7.994 utenti programma dimissioni protette);
- 1.798.759 ore erogate (di cui l'82% sostenuto con FRNA).

Assistenza domiciliare con finalità socio – educativa (persone con disabilità)

- **1.181** utenti
- 177.235 ore erogate (di cui il 93% sostenuto con FRNA)

*Fonte: Monitoraggio annuo dei dati di attività dell'Area non autosufficienza della RER
(Dati 2021 non ufficiali; saranno oggetto di specifico report di prossima pubblicazione)*



Intersectorialità

Il percorso, dell'assistenza domiciliare SAD, prevede il coinvolgimento di diverse realtà e professionalità e in particolare:

- medico di base
- servizio di assistenza sociale del comune di residenza
- Ausl che fornisce gli ausili (nomenclatore 2017)
- struttura finale di erogazione del servizio.





Il piano di assistenza - PAI

Il PAI dovrebbe contenere:

- caratteristiche della **persona** (grado di autosufficienza e peso),
- tipologia di **prestazione** letta anche indicando i compiti (preferibilmente indicando le attività riferibili agli “scenari” di rischio),
- informazioni relative ad **arredi dei locali utilizzati** (presenza di letto matrimoniale basso – inferiore a 70 cm; letto singolo fisso; eventuali poltrone utilizzate; utilizzo di wc; utilizzo di sedia-doccia fissa; utilizzo di vasca fissa; spazi liberi in bagno - misure)
- richiesta di **ausili adeguati** al paziente, alla qualità di servizio fornita, che tuteli sia pazienti che famigliari/caregivers che lavoratori





Il domicilio

- Per il datore di lavoro che invia il lavoratore a domicilio per il servizio SAD il primo elemento è la **non disponibilità** per lui del luogo di lavoro.
- A questo si aggiunge la **diversità** delle abitazioni, delle stanze, dei servizi igienici, degli arredi e la loro frequente inadeguatezza in quanto concepiti generalmente in momenti della vita in cui non si prendono in considerazione eventuali condizioni di non autosufficienza e bisogno di assistenza.
- La **resistenza ad eventuali adeguamenti/cambiamenti** ha forti motivazioni affettive ed economiche oltre che la supposta transitorietà della situazione e del bisogno.
- Anche la **possibilità di accesso** (sopralluogo) per la verifica delle condizioni di rischio comporta una individuazione di soggetto che può accedere al domicilio per questo scopo (assistente sociale/responsabile della sicurezza di chi eroga il servizio /operatore che eroga il servizio).





La comunicazione con i familiari

- Quando si presenta la necessità di un'assistenza a domicilio, **una famiglia vive un momento problematico.**
- La comunicazione con i familiari da parte del medico di base e degli assistenti sociali nella fase di presa in carico e poi da parte della struttura erogatrice del servizio in particolare con l'operatore (OSS), ha soprattutto la finalità di **sostenere la famiglia e l'assistito.**
- Del resto, fin da subito vi è l'opportunità di valutare la possibilità di eventuali **modifiche di spazi e arredi e di introduzione di ausili** che possono essere in un primo momento rifiutati.





La comunicazione con i familiari

- Anche ai fini comunicativi la **chiarezza** e **l'ottimizzazione** dell'individuazione delle condizioni da perseguire facilita la comprensione e l'adesione.
- La **semplicità di utilizzo** e l'evidente **adeguatezza** di quanto proposto, può essere giustamente percepito come un **vantaggio** anche per gli altri **caregiver** (familiari e badante) ma soprattutto come un maggiore **benessere della stessa persona assistita**.
- Una utile finalità di questo piano mirato è anche quella di individuare contenuti e modalità di **comunicazione efficaci nell'ottica della sicurezza complessiva**.





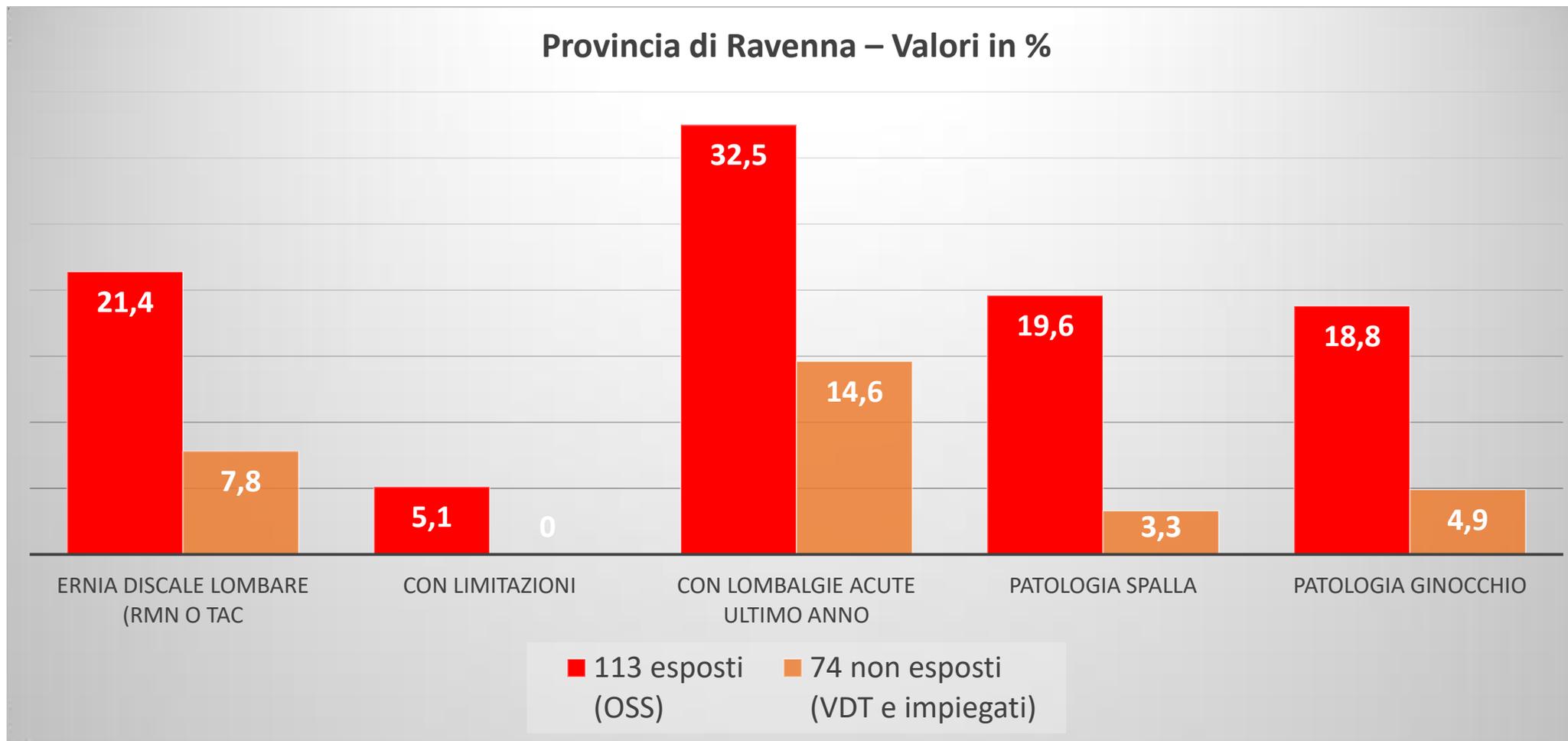
Gli ausili – Banca delle soluzioni

- Il **nomenclatore tariffario** attualmente vigente propone ausili che possono essere adeguati alla movimentazione di persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti a domicilio.
- Per facilitare la scelta dell'ausilio adatto sono state predisposte schede descrittive pubblicate in un apposito sito predisposto da operatori AUSL (Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro – SPSAL) e ricercatori **UNIBO (Dipartimento di ingegneria)**:
- <http://safetyengineering.din.unibo.it/banca-delle-soluzioni>.
- Queste schede specifiche sono state predisposte con il contributo di ricercatori **IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico (sezione Ergonomia) – Milano**.





Una ricerca in Romagna





Alcuni risultati

Corso di formazione a 60 OSS

Descrizione dell'attività presso 2.475 pazienti

Analizzate 1.667 schede (67% del totale)

- Ausili forniti per 1.295 pazienti non autosufficienti
 - Sollevatori: 19% di cui 2 sollevatori attivi
 - Qualche sedia doccia, peraltro non regolabile in altezza
 - Letti con il piano letto regolabile in altezza: 8,4%
- Movimentazione ausiliate: 3,5%
- Tempo del turno in postura incongrua: 44% (119 min su 269 min)
- Operazioni svolte da un solo operatore: 99%
- Pazienti (2.475): autonomi (24,3%); parzialmente collaboranti (50,8%); non collaboranti (25%)
- Non autonomi obesi: 5,6% (di cui 4,3 > 100 kg)
- Aiuto di parente / badante: negato nel 90%





Valutazione del rischio: le variabili

- Le variabili da considerare per la valutazione del rischio sono state così individuate:
 1. Numero di pazienti non autosufficienti per operatore/die
 2. Numero di movimentazioni manuali di pazienti per operatore/die
 3. Peso del paziente (suddivisione in categorie di peso)
 4. Arredi e spazi inadeguati (rilevazione altezza arredi o presenza di arredi “regolabili in altezza”)
 5. Tempo in postura incongrua per operatore/die (indotte da arredi e spazi inadeguati)
 6. Presenza o assenza di ausili e relativo utilizzo
 7. Movimentazione effettuata singolarmente o in coppia con badante/caregiver





Valutazione del rischio: «scenari» tipici

Attività di igiene al letto per paziente totalmente non collaborante (NC)

Attività di igiene al letto per paziente parzialmente collaborante (PC)

Attività di igiene in bagno per paziente parzialmente collaborante (PC)

Attività svolta a pazienti autosufficienti (A).

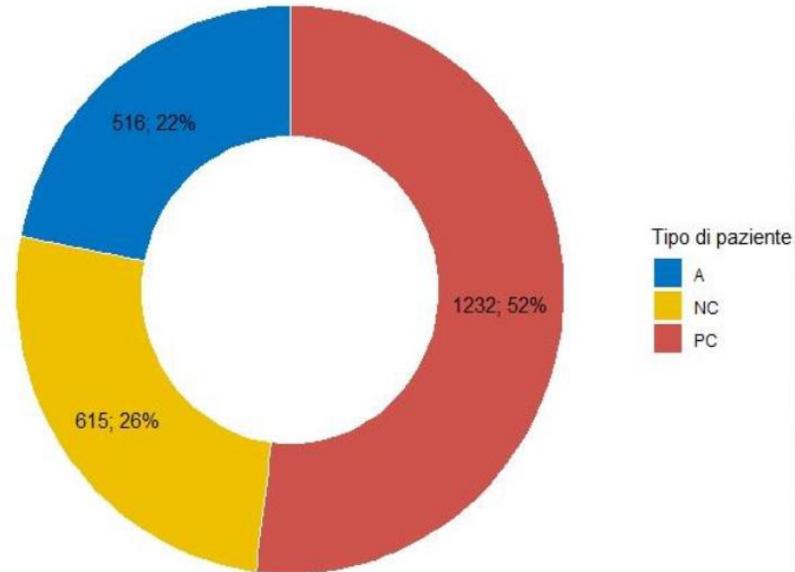




RISULTATI DELLA QUANTIFICAZIONE DEL RISCHIO




 DEPARTAMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
 U.O.C. MEDICINA DEL LAVORO



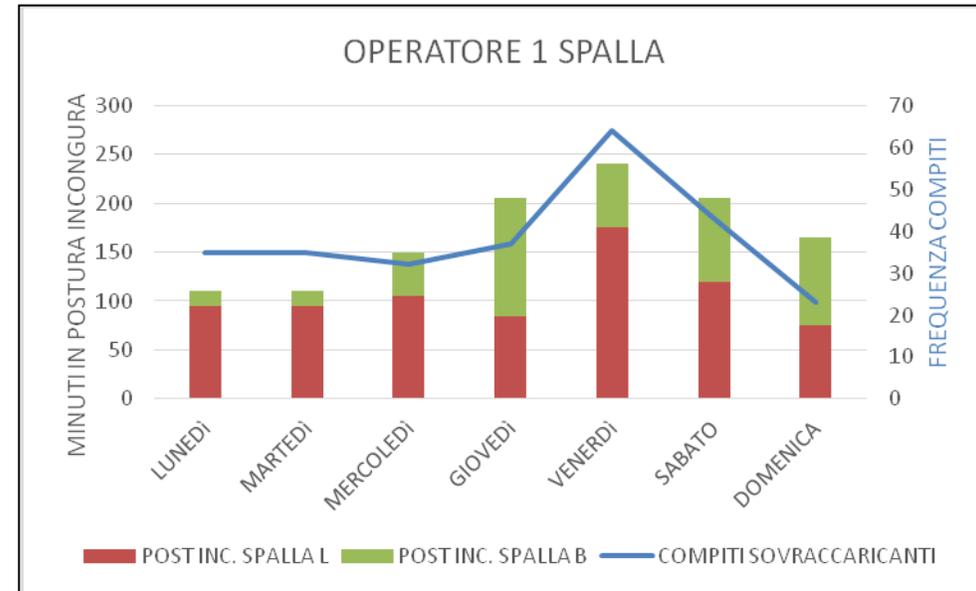
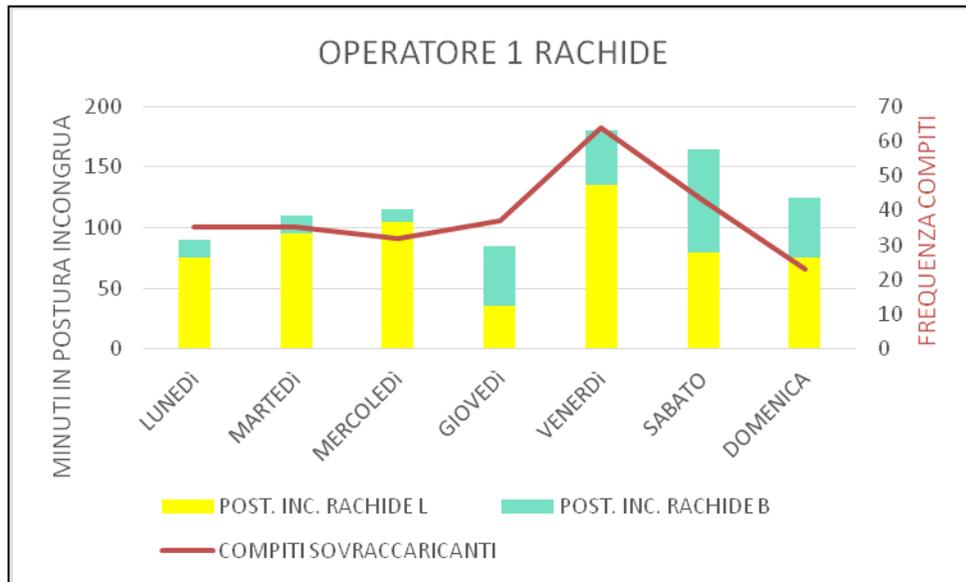
	Inferiore a 70kg N (%)	Da 70kg a 100kg N (%)	Da 101kg a 240 kg N (%)	Missing	TOT
A	220 (43%)	241 (47%)	31 (5,5%)	24 (4.5%)	516 (22%)
PC	487 (39.5%)	674 (55%)	71 (5,5%)	-	1232 (52%)
NC	234 (38%)	310 (50%)	71 (12%)	-	615 (25%)

Tabella 1: suddivisione dei pazienti analizzati per grado di non autosufficienza e peso



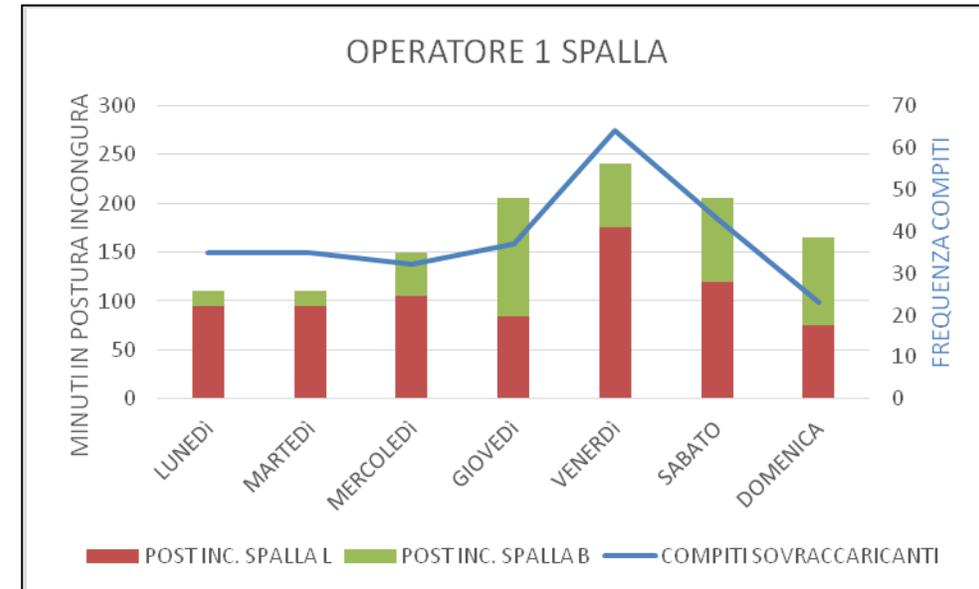
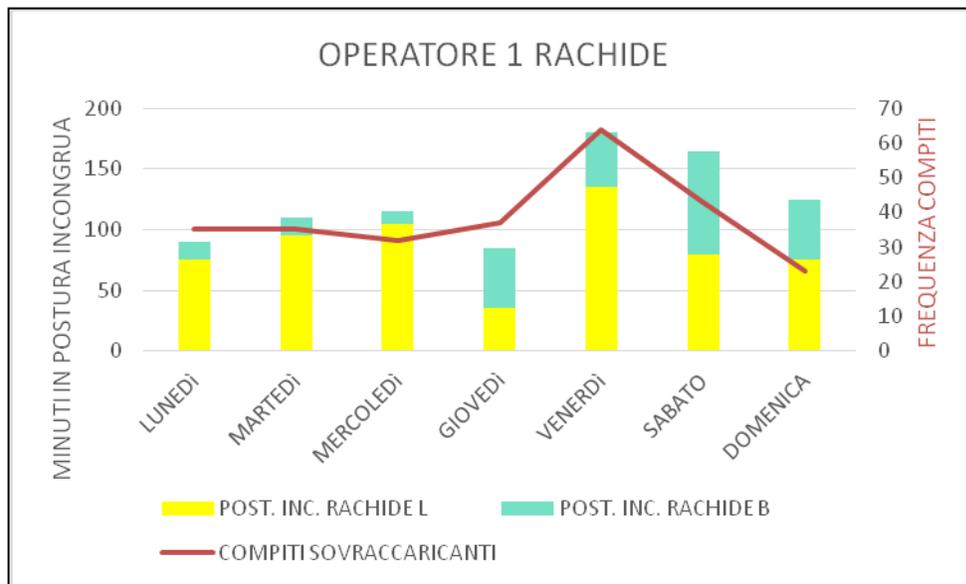


Valutazione del rischio: la settimana



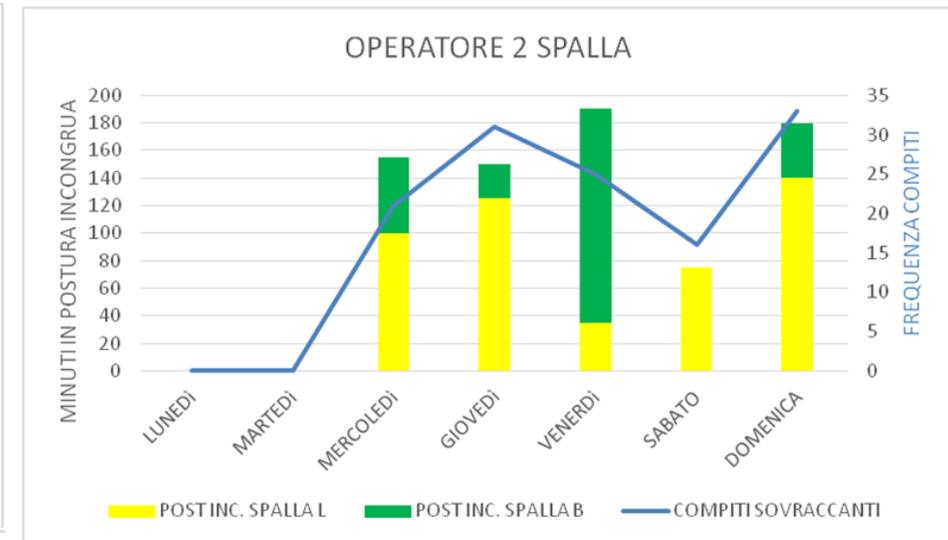
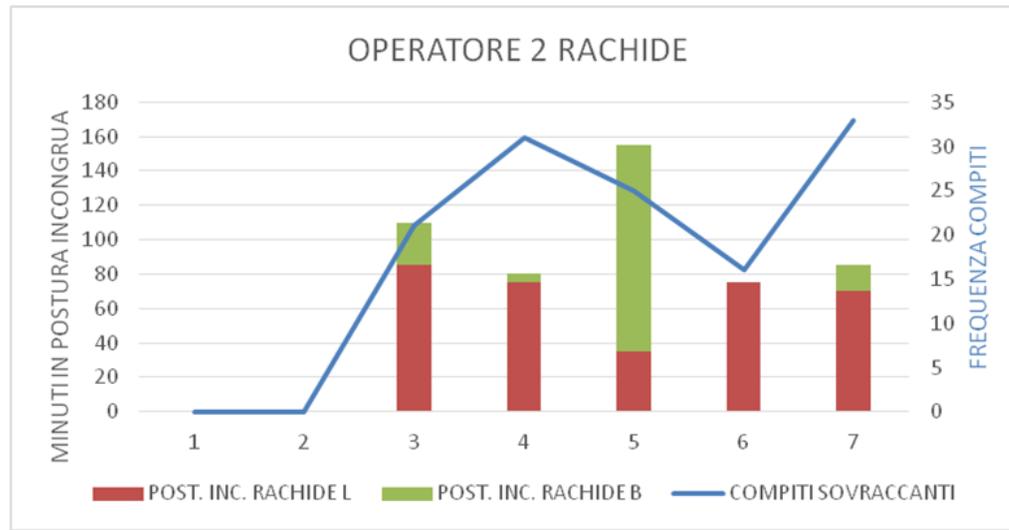


Valutazione del rischio: la settimana



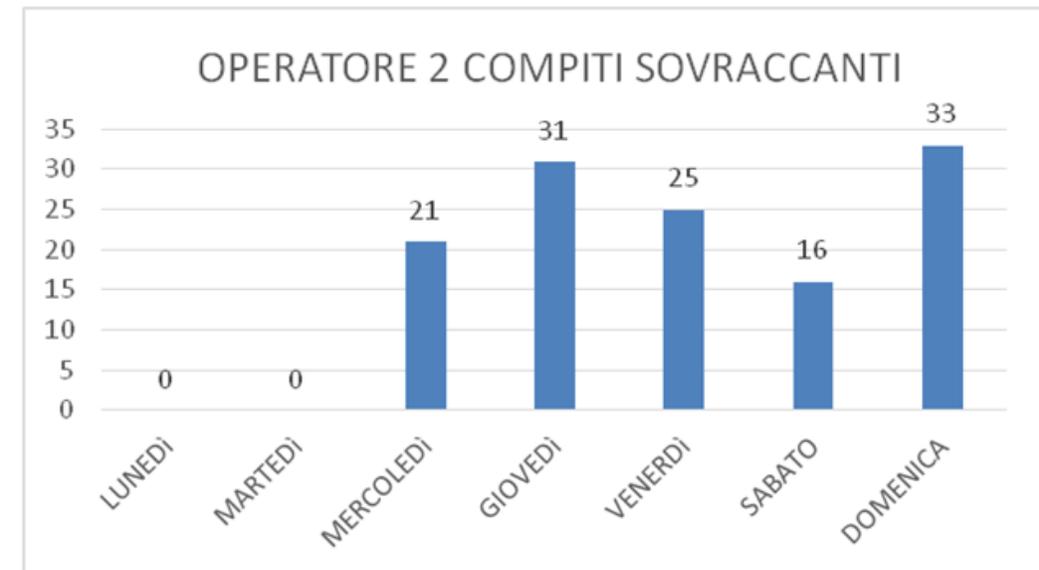
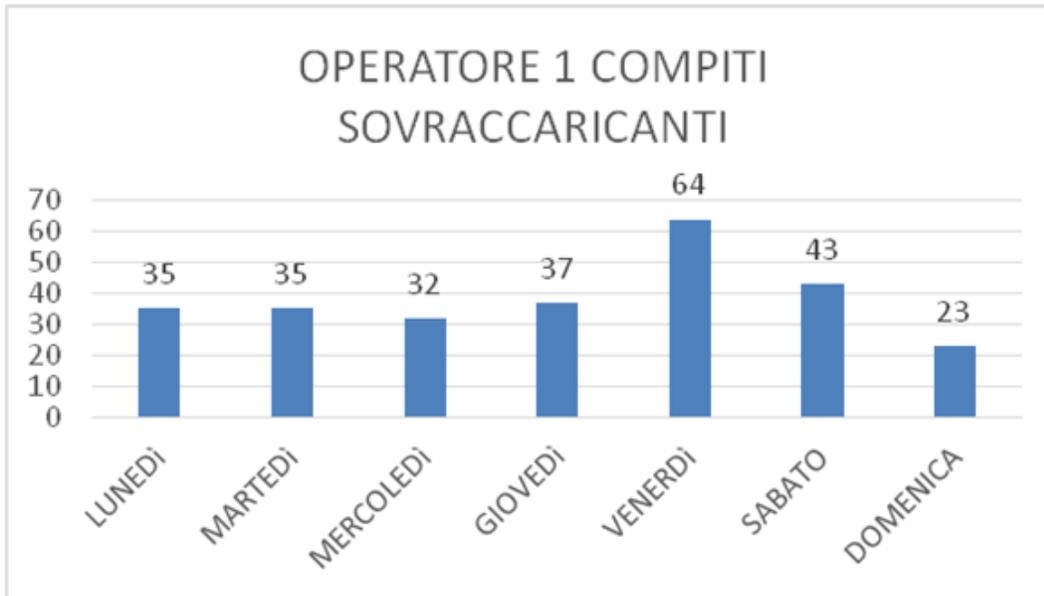


Valutazione del rischio: la settimana





Valutazione del rischio: la settimana





Proposta di miglioramento

1. Cercare di organizzare la turnazione inserendo in ogni giornata almeno 2 pazienti autonomi
2. Applicare ed integrare il PAI con gli aspetti riportati nell'allegato 1
3. In presenza di paziente Non Autosufficiente di peso > 100 kg fornire il servizio di assistenza domiciliare con 2 operatori
4. Sulla base del PAI e del sopralluogo fornire attrezzature adeguate (Banca delle soluzioni)
5. In presenza di paziente non autosufficiente (sia NC che PC) fornire un letto regolabile in altezza





Il piano di assistenza individualizzato

La persona

NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE: solo/a con coniuge di età > 65 aa con figlio età > 65 aa con badante

DESCRIZIONE DEL PAZIENTE: AUTONOMIE MOTORIE (segnalare 1 sola voce)

- Autonomo (non necessita di aiuto né per alzarsi né per spostarsi nel letto)
- Necessita di aiuto per alzarsi e cammina con bastone / deambulatore
- Necessita di aiuto per alzarsi e camminare
- Necessita di aiuto parziale nei passaggi da piano a piano
- Necessita di aiuto totale nei passaggi da piano a piano
- Permane allettato

PESO DEL PAZIENTE: Peso in kg: < 70 kg da 70 a 100 kg > 100 kg > 150 kg

ATTIVITA' DA SVOLGERE A DOMICILIO

- IGIENE AL LETTO
- ALZATA DA LETTO
- IGIENE IN BAGNO
- RIORDINO
- MONITORAGGIO PAZIENTE
- ALTRE ATTIVITA' _____





Il piano di assistenza individualizzato L'ambiente

SOPRALLUOGO A DOMICILIO no sì, effettuato con OSS infermiere fisioterapista

ABITAZIONE:

scale interne scale esterne ascensore montascale

CAMERA DA LETTO:

- Larghezza porta _____ cm
 Letto matrimoniale Letto singolo Letto ortopedico Altezza del letto _____ cm
 Letto elettrico regolabile in altezza e nelle sezioni
 Spazio attorno al letto non adeguato a passaggio carrozzina o sollevatore
 Spazio libero sotto al letto di almeno 15 cm

BAGNO:

- Larghezza porta ___ cm
 Altezza WC ___cm Alza water Doccino per WC
 Sedia doccia regolabile elettricamente Sedia doccia fissa Doccia filo pavimento
 Spazio non adeguato a rotazione di carrozzina o sollevatore

CUCINA/SALOTTO/CORRIDOIO

- Spazi utilizzabili per rotazione e passaggio di carrozzina o sollevatore
 Se non utilizzabili, motivazioni:





Il piano di assistenza individualizzato

Gli ausili

<u>ATTREZZATURE GIÀ IN DOTAZIONE</u>	<u>ATTREZZATURE DA PRESCRIVERE</u>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bastone / Deambulatore / Tripode <input type="checkbox"/> Teli ad alto scorrimento <input type="checkbox"/> Sollevatore passivo elettrico a imbragatura avvolgente <input type="checkbox"/> Sollevatore attivo / verticalizzatore <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Bascula <input type="checkbox"/> Letto elettrico regolabile in altezza <input type="checkbox"/> Sedia doccia regolabile elettricamente <input type="checkbox"/> Alza persona manuale su ruote con seduta <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Bariatrico 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bastone / Deambulatore / Tripode <input type="checkbox"/> Teli ad alto scorrimento <input type="checkbox"/> Sollevatore passivo elettrico a imbragatura avvolgente <input type="checkbox"/> Sollevatore attivo / verticalizzatore <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Bascula <input type="checkbox"/> Letto elettrico regolabile in altezza <input type="checkbox"/> Sedia doccia regolabile elettricamente <input type="checkbox"/> Alza persona manuale su ruote con seduta <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Bariatrico
<u>MODIFICHE AMBIENTALI</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Piatto doccia filo pavimento <input type="checkbox"/> Sollevatore a bandiera <input type="checkbox"/> Sollevatore a soffitto e binari <input type="checkbox"/> Montascale <input type="checkbox"/> Ascensore 	
<p><u>NOTE:</u></p>	





Autovalutazione del rischio

La persona

PROVINCIA:	DISTRETTO:	Età:
GESTORE:	Data inizio periodo:	M/F:
CARATTERISTICHE DELL'ASSISTITO (Nota)		
Per NC si intende che →	deve essere completamente sollevato (Non Collaborante)	
Per PC si intende che →	deve essere solo parzialmente sollevato o aiutato (Parzialmente Collaborante)	
Per A si intende che →	è solo da controllare – completamente Autosufficiente negli spostamenti (Autosufficiente)	

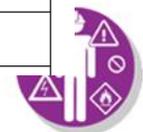
DESCRIZIONE ASSISTITI IN 1 SETTIMANA							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti da Sollevare Completamente = NC							
N° di assistiti da Sollevare Parzialmente = PC							
N° di assistiti autosufficienti = A							
N° di assistiti con Peso > 100 kg							





Autovalutazione del rischio L'assistenza

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' AL LETTO E DEGLI ARREDI							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti NC con attività di igiene al letto							
N° di assistiti PC con attività di igiene al letto							
N° di letti con manovelle per testiera e pediera							
N° di letti regolabili elettricamente in altezza							
N° di assistiti NC/PC con sollevatore							
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' IN BAGNO							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti NC con attività di igiene in bagno							
N° di assistiti PC con attività di igiene in bagno							
N° di assistiti con attività di igiene in vasca fissa							
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RIORDINO / PULIZIA / COMPAGNIA / MONITORAGGIO							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti NC/PC che necessitano di tale attività							
N° di assistiti Autosufficienti (A) che necessitano di tale attività							





Autovalutazione del rischio L'aiuto?

AMBIENTI – ATTIVITA' EFFETTUATA IN COPPIA							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti con ristrutturazione ambienti finanziato							
N° di assistiti con attività in coppia (due operatori OSS)							
N° di assistiti con attività in coppia (con caregiver della famiglia)							
NOTE – ASPETTI DI INTERESSE							





Ausili, nomenclatore, banca delle soluzioni

SOLLEVATORI (COD. 12.36.) ATTIVI CON IMBRAGATURA 12.36.21



PER ANZIANO CON DIFFICOLTA' NEL CAMMINO E NEL MANTENIMENTO STAZIONE ERETTA. NECESSARIO SOSTEGNO DEL CAPO E DEL TRONCO + 1 ARTO INFERIORE

- Freni – supporto ginocchia e imbrago di varie misure
- Imbrago lavabile/ gancio di sicurezza
- Larghezza esterna da 57 cm a 1.029 mm
- Lunghezza massima da 900 a 110 mm circa
- Portata: da 155 a 200 kg
- Costo: da 2000 a 3700 € circa

LETTI «ORTOPEDICI» E CODICI NOMENCLATORE



**LETTO FISSO IN ALTEZZA
REGOLAZIONE TESTIERA E
PEDIERA A MANOVELLA**

18.12.07.003



18.12.10.003

**LETTO REGOLABILE ELETTRICAMENTE
(solo la testiera e la pediera elettrica
ALTEZZA PIANO RETE FISSA)**





3 - ATTIVITÀ DI IGIENE IN BAGNO

FOCUS LETTI

DEPARTAMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
U.O.C. MEDICINA DEL LAVORO

Altezza media letto 60.7

Altezza medio letto con manovelle 62.1

94,1%



Media (sd)	Mediana (min-max)
49.7 (8.1)	50 (35-80)
52.2 (8.5)	50 (35-80)

TEMPO DEDICATO

in bagno con vasca fissa (n=114)

	mean (sd)	median
A	26.3 (14.7)	25
PC	30.4 (10.1)	30





Il ruolo del medico competente

- La ricerca condotta in un territorio (Ravenna) ha già evidenziato la **rilevanza della sorveglianza sanitaria** al fine di contribuire alla conoscenza epidemiologica delle condizioni di salute dei lavoratori.
- La condivisione e adozione a livello dell'intero territorio di metodi di rilevazione porterà a consolidare queste evidenze.
- Nello stesso tempo, l'approfondimento di modalità di stima del rischio faciliterà al medico competente **l'adempimento medico legale in caso di sospetta malattia professionale**.
- La riduzione del rischio (soprattutto con l'adozione di ausili) e la sua valutazione potrà consentire una **migliore gestione dei casi di limitazione di idoneità**.





Malattie sommerse

- Sintomi taciuti (lavoratore)
- Malattie non denunciate (medico)
- Il danno si aggrava (singolo lavoratore)
- Il danno si diffonde (altri lavoratori esposti perché il rischio non emerge)
- Conflittualità, denunce, ecc...
- Legittimazione a porre il problema
- Formazione e informazione





Sintomi segnalati precocemente

- Danni che regrediscono
- Indicatori di situazione di rischio
- Soluzioni
- Nessuna responsabilità civile e penale





Resistenze

- Cosa costa di più?
- Conoscenze, cultura, intelligenza organizzativa?
- Relazioni e comunicazione?





Come affrontare le resistenze

- Conflittualità competente, ben orientata, coordinata, multicentrica, tenace
- Consapevolezza dei lavoratori
- Ricorso alla vigilanza





Approccio di ergonomia partecipativa

Coinvolgimento pratico dei lavoratori, supportati da una adatta comunicazione, nella pianificazione e gestione di una quantità significativa delle loro attività di lavoro, con conoscenza e con capacità sufficienti a influire sia sui processi che sui risultati in ordine all'ottenimento degli obiettivi desiderabili.





Il contributo della sorveglianza sanitaria

“Individuazione di buone pratiche per la valutazione del rischio e l’adozione di soluzioni per la riduzione del sovraccarico biomeccanico in attività di assistenza domiciliare a persone non autosufficienti”





Incertezze della valutazione del rischio

- Allo stato attuale **non è ancora disponibile una metodologia validata di valutazione del rischio** finalizzata anche all'espressione di un giudizio di idoneità da parte del medico competente.
- L'esperienza condotta fin qua in un territorio regionale ha consentito di formulare alcune **ipotesi che richiedono ulteriori approfondimenti** e soprattutto una verifica della estensibilità anche in altri territori.





Il Piano di Assistenza Individualizzato

- Il gestore del servizio, partendo dai **piani di assistenza individualizzati (PAI)** compilati nella modalità suggerita in allegato 1, può già valutare quali sono gli scenari di esposizione prevalenti.
- Ad esempio, **la percentuale di assistenza fornita a persone autosufficienti** potrebbe essere diversa e, qualora elevata, potrebbe ridurre il rischio complessivo e anche consentire una più facile attribuzione di un lavoratore ad assistenza non sovraccaricante o meno sovraccaricante.





Posizioni incongrue e azioni sovraccaricanti

- Contemporaneamente è opportuno verificare se l'esposizione attribuita ad ogni scenario in termini di **minuti in posizione incongrua e di azioni sovraccaricanti** descrive adeguatamente la modalità di erogazione della prestazione.
- Per questo serve attuare ancora una fase di ricerca che abbia come interlocutore ogni **gestore** e come attore anche **singoli lavoratori**.





Dati singoli e anonimi collettivi

- A tal fine si propone una **scheda di autovalutazione** per la raccolta di dati relativi a tipo e frequenza di assistenza fornita e rischio associato.
- In questo contesto, il contributo del medico competente sarà quello di fornire **dati anonimi collettivi** in esito alla sorveglianza sanitaria svolta ed anche **dati di singoli su un campione di lavoratori**.



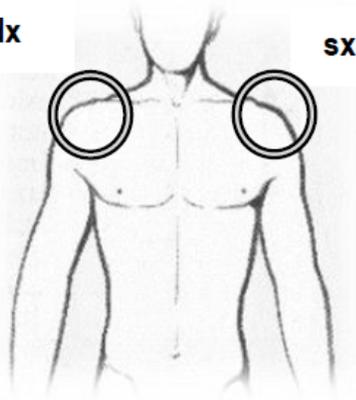


Il giudizio di idoneità

- Considerando le incertezze ancora presenti, il contributo del medico competente in termini di giudizio di idoneità sarà pertanto prevalentemente quello di **indicare l'eventuale necessità di limitare l'esposizione, non essendo attualmente disponibili criteri per individuare livelli di rischio differenziati.**





C-SPALLE: DISTURBI NEGLI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE					
C1-SPALLE	<input type="checkbox"/> NO	SI <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INZIATI I DISTURBI (ANNO)=	DX	SX
dx  sx	RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI: <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci		Dolore ai movimenti Dolore a riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HA EFFETTUATO: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Ecografia / RMN		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"/>





D-RACHIDE LOMBARE: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE

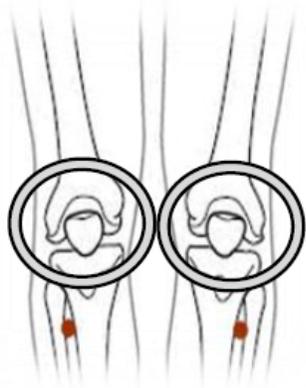
RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI: <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci HA EFFETTUATO: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrice. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC/RMN	D3-LOMBOSACRALE (FASTIDIO, DOLORE) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	RARAMENTE	ALMENO 3 – 4 EPISODI DELLA DURATA DI MINIMO 3 GIORNI	ALMENO 3 – 4 EPISODI CON ANTIDOLORIFICI	QUASI TUTTI I GIORNI
	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> FASTIDIO
	<input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE
	SOGLIA POSITIVA (SOLO IN "GRASSETTO") <input type="checkbox"/>			
N° DI GIORNI DI ASSENZA DAL LAVORO PER DOLORI RACHIDE=				
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



RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:

Ha Assunto Farmaci

HA EFFETTUATO:

- Fisioterapia
- Visita Ortopedica/Fisiatrica.
- RX
- Ecografia / RMN

Dolore durante il movimento

Dolore a riposo

SOGLIA POSITIVA= presenza di

dolore continuo o subcontinuo
oppure

dolore durato almeno 7 giorni nell'ultimo anno
oppure

dolore almeno 1 volta al mese nell'ultimo anno

N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI GINOCCHI

E2-ARTI INFERIORI DIAGNOSI GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)

PATOLOGIE DEGENERATIVE/MENISCOPATIE GINOCCHIO

SI NO

RX RMN/ECO QUANDO?

ASSENZE PER MALATTIA ULTIMI 12 MESI (qualsiasi patologia)

N° di giorni _____





COSTRUIAMO SALUTE

IL PIANO DELLA PREVENZIONE 2021-2025
DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

