

Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 2144/2021) - (PP8)

“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.”



OLGA MENONI – MARCO TASSO

FORMAZIONE FIGURE AZIENDALI DELLA PREVENZIONE - 2023

Obiettivo del corso:

- Condivisione degli elementi utili del Piano di Assistenza individualizzato (PAI)
- gestione del rischio da parte dei soggetti titolari degli atti di accreditamento
- implementazione dell'utilizzo di ausili efficaci presso i domicili

PIANO MIRATO DI PREVENZIONE E IN ATTUAZIONE DELLA BUONA PRATICA (PRP 2021-2025).

Destinatari

- Coordinatori dei Servizi accreditati
- Operatori dei Soggetti Istituzionali Competenti (accreditamenti)
- Assistenti sociali dei comuni

CONTENUTI

14:00-14:15	Direttore UOCPSAL – DASS -	Saluto e introduzione ai lavori
14:15-15:00	Medico PSAL – Olga Menoni/Marco Tasso	Il Piano Mirato e Perché è stato attivato questo piano mirato (dalla ricerca svolta in Provincia di Ravenna).
15:00-15:45	Olga Menoni/Marco Tasso	Caratteristiche ed efficacia del PAI (per l'operatore e per l'assistito) Ausili efficaci e loro utilizzabilità.
15:45-16:15	Medico PSAL - Olga Menoni/Marco Tasso	Proposta di buona pratica a livello regionale e verifica di efficacia
16:15-16:40	Medico PSAL - Olga Menoni/Marco Tasso	Un percorso con il medico competente
16:40-18:00		Discussione

Obiettivi:

- Condivisione integrazione PAI
- Proposta di progetto pilota per conferma scenari di rischio descritti nel documento di Buone Pratiche
- Raccolta di informazioni anamnestiche cliniche degli operatori



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Unità Sanitaria Regione
Lombardia

DIPARTIMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
E.D.C. MEDICINA DEL LAVORO

PREVALENZA WMSDs IN OPERATORI ASSISTENZA DOMICILIARE

1993 – Myers

**5,9% OPERATORI
OSPEDALIERI**

**15,4% OPERATORI
DOMICILIARI**

**2002 – Myers
and Silverstein**

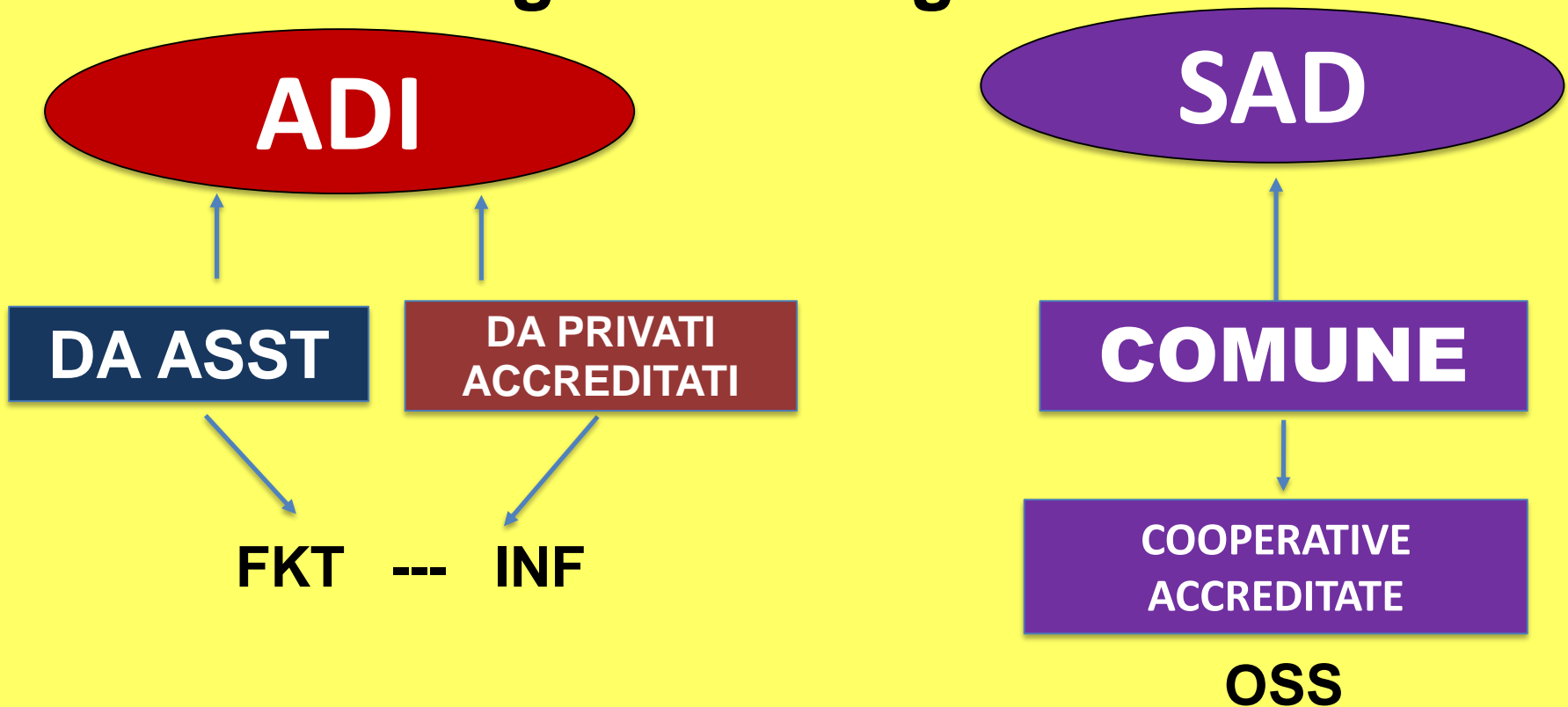
**Elevata incidenza (46% operatori/anno) combinata
di infortuni spalla e rachide lombare**

2017 - Carneiro

**Operatori domiciliari hanno 3 volte maggiore la
possibilità di avere disturbi lombari rispetto alle loro
colleghe che non effettuano home care**

I SERVIZI DOMICILIARI

In ITALIA, per le normative vigenti i servizi domiciliari si dovrebbero suddividere in due grandi categorie:



IL PIANO MIRATO SI OCCUPERA' ESCLUSIVAMENTE DI SAD

GLI UTENTI

ESPANIMENTO FASIA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
E.D.C. MEDICINA DEL LAVORO

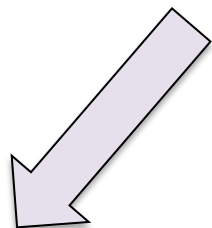
Nei Servizi di assistenza domiciliare sociale accreditati risultano nel 2021:

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

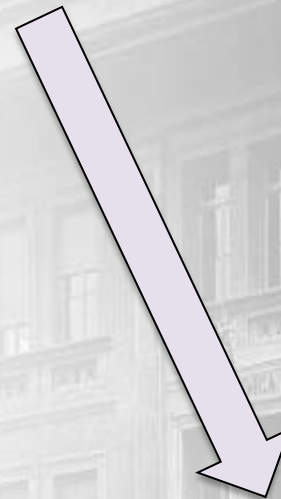
- **25.664** utenti (di cui: 15.488 persone anziane n.a.; 2.182 persone con disabilità; 7.994 utenti programma dimissioni protette);
- 1.798.759 ore erogate (di cui l'82% sostenuto con FRNA).

Fonte: Monitoraggio annuo dei dati di attività dell'Area non autosufficienza della RER

→ IL PROGETTO DI RICERCA INIZIALE CON AUSL ROMAGNA



**VALUTAZIONE DEL RISCHIO
TRAMITE PRELIMINARE
PROGETTO PILOTA E
SUCCESSIVO
AMPLIAMENTO NUMERICO DEI
LAVORATORI RAGGIUNTI**



**VALUTAZIONE DI
WMSDs IN OSS E
LAVORATORI NON
ESPOSTI AL RISCHIO**



VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEL SERVIZIO SAD

QUALI SONO LE VARIABILI DA CONSIDERARE?



N° Pazienti non autosufficienti pro/op



N° di operazioni di MMP pro/op



Posture incongrue

**PESO PAZIENTE
NA**



CARENZA / ASSENZA AUSILI



**ARREDI
-
SPAZI
INADEGUATI**

**MMP EFFETTUATA SINGOLARMENTE O IN COPPIA
CON BADANTE / PARENTE**



COMPLESSIVAMENTE IL SOVRACCARICO BIOMECCANICO PRO/OPERATORE E' DETERMINATO DA:



**FREQUENZA
PRO OPERATORE DI
COMPITI DI
MOVIMENTAZIONE
PAZIENTI
MANUALI**

N° PAZIENTI



**MINUTI POSTURA
INCONGRUA
RACHIDE LOMBARE**



**MINUTI POSTURA
INCONGRUA
SPALLA**

AMBIENTE / ARREDI INADEGUATI

CHECKLIST PER LA RILEVAZIONE DEI DATI: un esempio

GRUPPO PILOTA – PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025 (DGR 2144/2021) - (PP8)										
Cognome: XXXXXXXXXXXXX	Nome: XXXXX			Età: X			Sesso: X			
Data (giorno/mese/anno): XX				Cooperativa: XX						
Ausl: XX				Comune: XX						
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)										
Giorno della settimana: <input checked="" 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: 7.00 – 12.50					<input type="checkbox"/> Orario pomeriggio: 17.00 – 19.00					
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)	30	60	40	25	30	40	50	25	30	50
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)	x	x				x		x	x	
Paziente che si aiuta – DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)			x		x		x			
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)				x						x
Giro-pasti (riportare i minuti)										
Peso paziente (kg)	80	90	75		60	80	85	75	90	
Attività effettuata in coppia con OSS (SI-NO)	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Attività effettuata in coppia con badante o parente (SI-NO)	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no



DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' SAD

TEMPO DEDICATO E ARREDI PRINCIPALI

DESCRIZIONE 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 al letto (min)	20	40	10		10	35		25	25	
Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto (SI-NO)	NO	NO	NO			NO		NO	NO	
Se non regolabile in altezza, riportare altezza	60	55	45			48		50	60	
Letto con manovelle per testiera e pediera (SI-NO)	si	si	si			si		si	si	
Letto matrimoniale (SI-NO)					si					
Se SI riportare altezza					50					
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
<i>Sollevamento verso il cuscino manuale</i>	1					1		2	1	
<i>Rotazioni nel letto</i>	4	4			4	6		6	4	
<i>Sollevamento tronco manuale</i>	2				1			2		
<i>Sollevamento tronco tramite manovella</i>	2	1	1			1		2	1	
<i>Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale</i>		1							1	
<i>Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore</i>	1									
<i>Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)</i>			1		1					
<i>Sollevamento da seduto a in piedi con ausili</i>										
<i>Riposizionamento in carrozzina</i>										

QUANTIFICAZIONE COMPITI DI MOVIMENTAZIONE





ULTERIORI ATTIVITA' SAD CON LA STESSA LOGICA

DESCRIZIONE 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)			25	20			45			35
Tempo dedicato a monitoraggio/controllo igiene effettuata dal pz in piedi (min)			10	5						
Tempo igiene effettuata in bagno su vasca fissa (min)										
Tempo igiene effettuata in bagno su wc (min)			15	15						
Riportare altezza wc			50	45						
Tempo Igieni effettuata su sedia-doccia (min)							45			30
Sedia-doccia fissa in altezza (SI-NO)							si			si
Riportare altezza sedia-doccia fissa							45			45
Vasca fissa e spazi ristretti (SI-NO)	no	no	si	si	no		si			no
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
Carrozzina/wc o viceversa							2			
Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa			2							2
Sollevamento da seduto a in piedi con ausili										
DESCRIZIONE 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)	5	10	5	5	10	5	5			
Tempo dedicato a monitoraggio pz per farmaci – solo controllo – spesa etc. (min)	5	10			10					



AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE (CON POSSIBILITA' DI AGGIUNGERE NOTE)

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	x									
Sollevatore verticalizzatore										
Spostamento sollevatore in spazi ristretti (SI-NO)	si									
Teli alto scorrimento										
Sedia-doccia regolabile elettricamente in altezza										
Letto (elettrico 2 o 3 snodi – spondine)										
Carrozzina	x	x								
Altro:										

Note:

CRITERI UTILIZZATI PER COMPITI SOVRACCARICANTI

Stefano Carbone | Lefebodia



CRITERI DI VALUTAZIONE DEL SOVRACCARICO BIOMECCANICO SULLA BASE DEI SOLLEVAMENTI PAZIENTI E DELLA BIBLIO DEGLI ULTIMI 15 ANNI

Tipo di sollevamento del peso del paziente	Manuali	Con ausili e arredi inadeguati	Con ausili e arredi regolabili
Totali → NC	ALTO	MEDIO	ACCETTABILE
Parziali → PC	ALTO	MEDIO	ACCETTABILE

SI CONSIDERA LA TIPOLOGIA DI SOLLEVAMENTO IN RAPPORTO ALLA TIPOLOGIA DI NON AUTOSUFFICIENZA E POSTURE INCONGRUE (COMPITI EFFETTUATI IN COPPIA)

NELL'AMBITO DELLA SAD, LA MOVIMENTAZIONE VIENE EFFETTUATA DA SINGOLO OPERATORE DI SEGUITO SI ILLUSTRATA TABELLA CON I CRITERI UTILIZZATI

Tipo di movimentazione	Peso <70 kg	Peso <100 kg	Peso >= 100 kg
Movimentazione <i>nel letto</i>	ALTO	ALTO	ELEVATO
Letto/carrozzina	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Seduto/piedi	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Carrozzina/wc	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
Sollevamento del tronco	ALTO	ALTO	ELEVATO
Paziente PC con Atteggiamento ostile	ELEVATO		

CONSIDERANDO CHE IL 61% DEI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI È SUPERIORE A 70 KG, I COMPITI SOVRACCARICANTI SONO AD ELEVATO RISCHIO

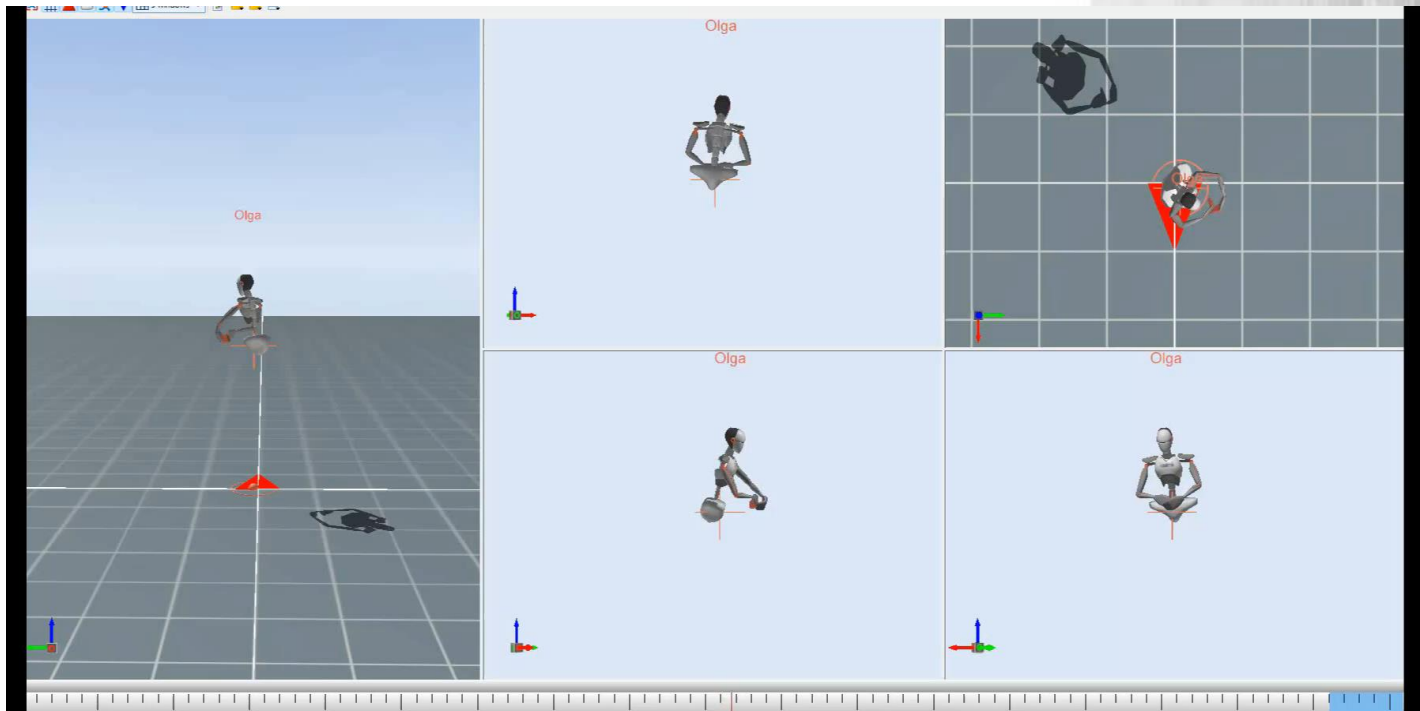
CRITERI UTILIZZATI PER POSTURE INCONGRUE

PAZIENTI	POSTURE INCONGRUE SPALLA-RACHIDE PER LE DIVERSE ATTIVITA'			
	ATTIVITA' AL LETTO		IGIENE IN BAGNO	
	SPALLA	RACHIDE LOMBARE	SPALLA	RACHIDE LOMBARE
A – PC - NC	QUALSIASI LETTO	LETTO < 70 CM		
NC			WC	WC
PC			VASCA - WC	VASCA- WC
PC			SEDIA DOCCIA FISSA	SEDIA DOCCIA FISSA
A			SE WC < 70 CM	SE WC < 70 CM
A			IN PIEDI	

**MINUTI IN POSTURA INCONGRUA PER ARREDI INADEGUATI
OVVERO PER ARREDI FISSI (NON REGOLABILI IN ALTEZZA)
INFERIORI A 70 CM**



PER VALIDARE I CRITERI DI POSTURA INCONGRUA DEL RACHIDE UTILIZZATI E INDICATI IN LETTERATURA, E' STATA UTILIZZATA UNA TUTA CON SENSORI PER LA RILEVAZIONE DEI MOVIMENTI





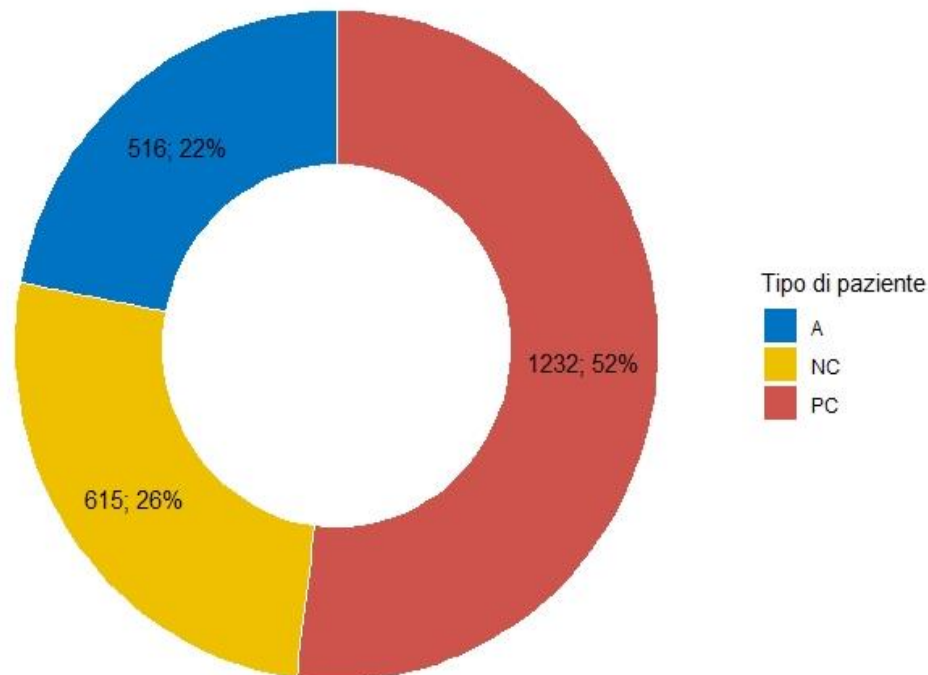
GRUPPO PILOTA + 2° FASE DI RILEVAZIONE

SONO STATE RILEVATE ATTIVITA' SVOLTE PER **2.475**
PAZIENTI DI CUI ELABORATE PER **2.363** PZ (95%)
EFFETTUATE IN **364** giornate lavorative DA **56** OSS

IDENTIFICARE SCENARI TIPICI DI RISCHIO SULLA BASE DELL'
ATTIVITA' EFFETTUATA E DEL TIPO DI PAZIENTE

FINALIZZATI A ESTENDERE ANCHE AD ALTRE REALTA' TERRITORIALI

RISULTATI DELLA QUANTIFICAZIONE DEL RISCHIO



	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



AUSILI FORNITI PER I 1.847 PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI

CLINICA MEDICINA DEL LAVORO



**SOLLEVATORI AD IMBRAGATURA AVVOLGENTE
(19,3 % RISPETTO A TOTALE PAZIENTI NA)**



**QUALCHE SEDIA-DOCCIA (PERALTRO NON
REGOLABILE IN ALTEZZA)**



**LETTI REGOLABILI IN ALTEZZA PIANO LETTO → (4,2 %
RISPETTO A TOTALE PAZIENTI NA)**



SCENARI TIPICI DI RISCHIO

- **UTILE STRUMENTO PER STIMARE IL RISCHIO LADDOVE SI RIESCA A RICOSTRUIRE UNA GIORNATA MODALE PER ATTIVITA' EROGATE AI PAZIENTI PRO/OPERATORE**
- **UTILE INFORMATIZZAZIONE PARAMETRI**

- 1. Attività di igiene al letto per paziente totalmente non collaborante (NC)**
- 2. Attività di igiene al letto per paziente parzialmente collaborante (PC)**
- 3. Attività di igiene in bagno per paziente parzialmente collaborante (PC)**
- 4. Attività svolta a pazienti autosufficienti (A)**

SCENARI TIPICI DI RISCHIO

1 - ATTIVITÀ DI IGIENE AL LETTO

Tipo di letto

	Letto regolabile	Letto con manovelle
A	-	7 (100%)
PC	70 (10%)	410 (59.5%)
NC	8 (1,3%)	344 (56%)

↓
5,9 %

↓
58 %

Attività a letto

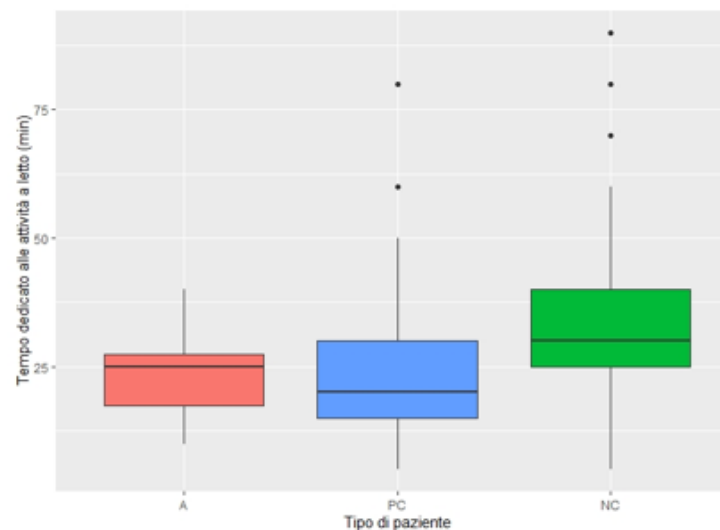
Si	1311 (55.5%)
No	1052 (44.5%)

	Si	No
A	7 (1%)	509 (99%)
PC	689 (56%)	543 (44%)
NC	615 (100%)	-

Tempo dedicato ad attività a letto (N=1311)

	mean (sd)	median	min-max
A	23.6 (9.9)	25	10-40
PC	23.4 (12.1)	20	5-80
NC	32.9 (13.0)	30	5-90

Anova (differenza tra medie) $p < 0.001$



FOCUS LETTI

DIPARTIMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
E.D.C. MEDICINA DEL LAVORO

Altezza media letto 60.7

Altezza medio letto con manovelle 62.1

94,1%



SCENARI TIPICI DI RISCHIO

1 - ATTIVITÀ DI IGIENE AL LETTO

Numero di attività sovraccaricanti

	PC		NC	
	mean (sd)	median (Q1-Q3)	mean (sd)	median (Q1-Q3)
Sollevamento	0.4 (0.9)	0	0.8 (1.0)	1
Rotazioni nel letto	3.6 (2.3)	4	5.9 (2.4)	6
Sollevamento tronco	0.9 (1.1)	1	1.3 (1.4)	1
Letto/carrozzina	0.3 (0.5)	0	0.1 (0.4)	0
Sollev seduto/in piedi				

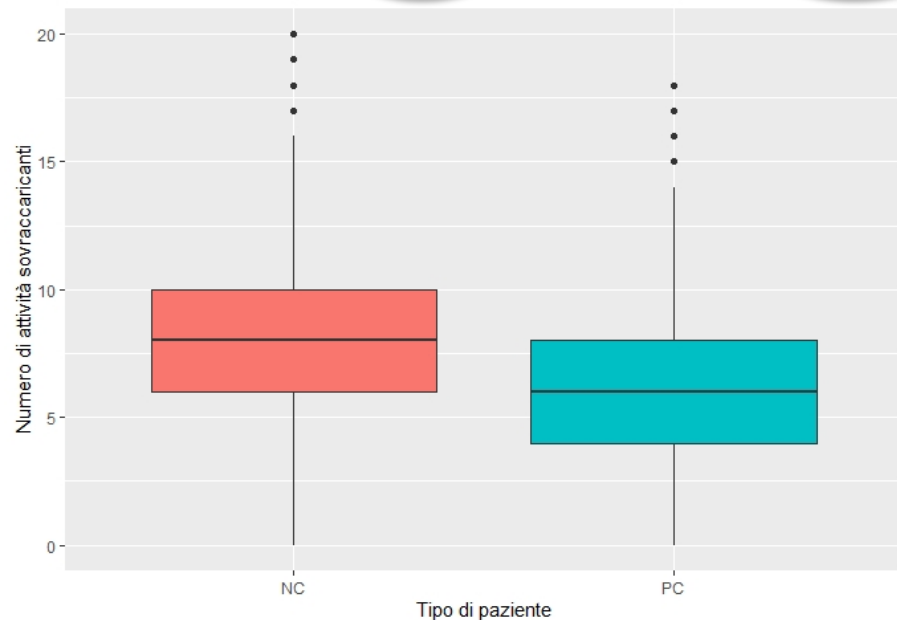
Numero tot

5.8 (3.0)

6

8.2 (3.2)

8



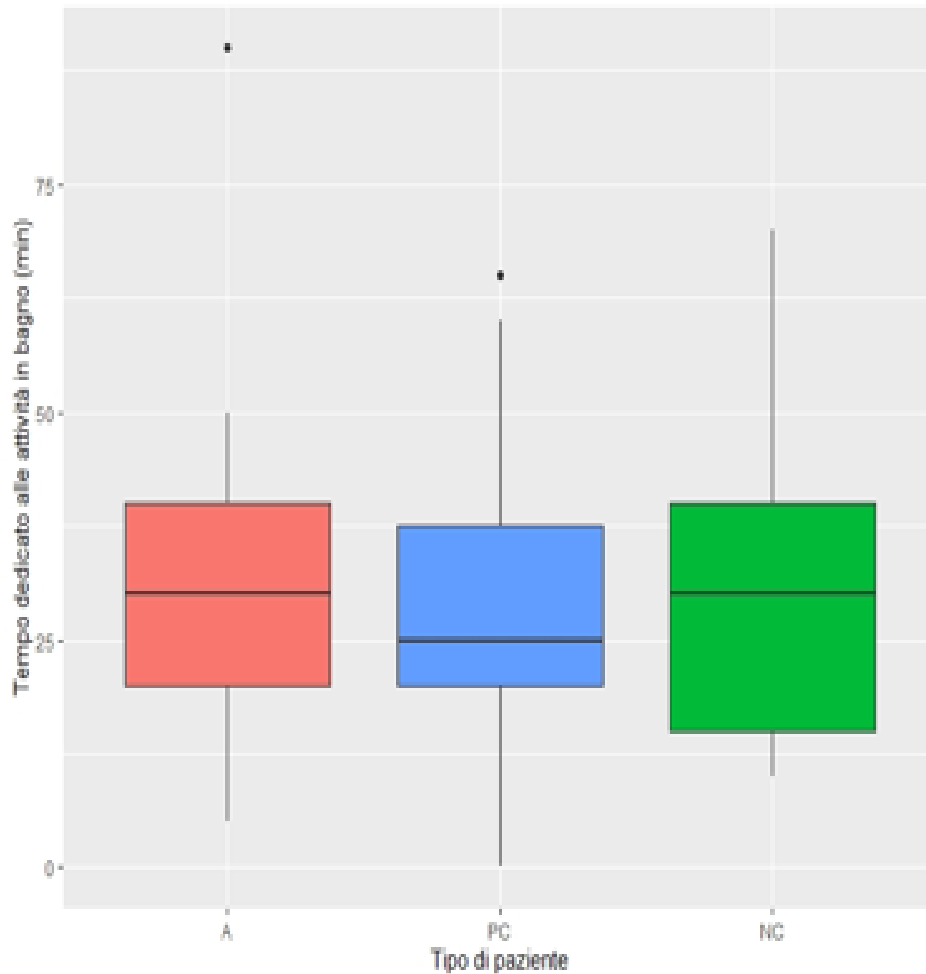
GLI SCENARI TIPICI DI RISCHIO SONO CONFERMATI POICHE' MEDIA E MEDIANA SONO SIMILI

SCENARI TIPICI DI RISCHIO

- 1. Attività di igiene al letto per paziente totalmente non collaborante (NC)**
 - Tempo medio di esecuzione 33 minuti
 - Numero complessivo di **manovre sovraccaricanti n°= 8**
 - **33 minuti di postura incongrua** del rachide lombare e spalla indotti da arredi inadeguati (**letti regolabili forniti a circa 1% dei pazienti NC**)
 - **Sollevatori Utilizzati per il 41,7% (letto/carrozzina o vv)**
- 2. Attività di igiene al letto per paziente parzialmente collaborante (PC)**
 - Tempo medio di esecuzione 23 minuti
 - Numero complessivo di **manovre sovraccaricanti n°= 6**
 - **Letto regolabile in altezza per circa il 10% di pazienti PC**
 - **23 minuti di postura incongrua** della spalla e rachide lombare qualora il letto non sia regolabile in altezza
 - **Sollevatori Utilizzati per il 10,5%**

SCENARI TIPICI DI RISCHIO

3 - ATTIVITÀ DI IGIENE IN BAGNO



Attività in bagno

Si	1054 (45%)
No	1309 (55%)

	Si	No
A	210 (41%)	306 (59%)
PC	819 (66%)	413 (34%)
NC	25 (4%)	590 (96%)

Tempo dedicato ad attività in bagno (N=1054) (Media generale 27.3 min)

	mean (sd)	median
A	31.1 (12.5)	30
PC	26.4 (11.6)	25
NC	29.4 (16.0)	30

Anova (differenza tra medie) $p < 0.001$



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Unità Sanitaria Regione
Lombardia

DIPARTIMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
E U.C. MEDICINA DEL LAVORO

3 - ATTIVITÀ DI IGIENE IN BAGNO

	Media (sd)	Mediana (min-max)
Altezza WC	49.7 (8.1)	50 (35-80)
Sedia doccia fissa	52.2 (8.5)	50 (35-80)

TEMPO DEDICATO

Igiene effettuata in bagno con vasca fissa (n=114)



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



SCENARI TIPICI DI RISCHIO

3 - ATTIVITÀ DI IGIENE IN BAGNO

Attività sovraccaricanti in bagno (solo per PC)

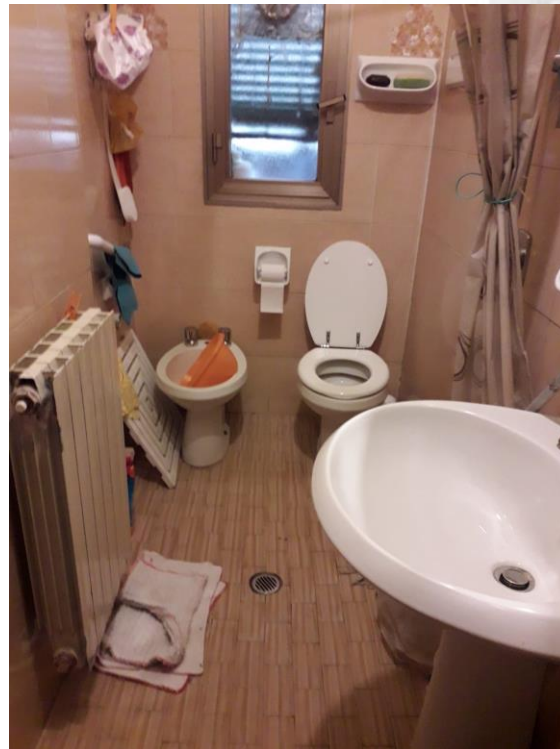
	PC	
	mean (sd)	median (min-max)
Carrozzina/WC	0.3 (0.8)	0 (0-6)
Sollev seduto/piedi bagno	2.7 (1.5)	3 (0-10)
Totale attività bagno	3.0 (1.5)	3 (0-10)

Numero di Carrozzina/WC	0	1	2	3	4	5	6
N (%) di PC	703 (86%)	2 (0.2%)	103 (12.5%)	3 (0.4%)	7 (0.8%)	-	1 (0.1%)

Numero di Sollevamenti seduto/piedi	0	1	2	3	4	5	6	8	10
N (%) di PC	117 (14%)	24 (3%)	185 (22.5%)	248 (30%)	186 (23%)	22 (3%)	35 (4%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)

SCENARI TIPICI DI RISCHIO

3. **Attività di igiene in bagno per paziente parzialmente collaborante (PC)**
- Tempo medio di esecuzione 29 minuti
 - **Numero complessivo di manovre sovraccaricanti n°= 3**
 - **29 minuti che inducono postura incongrua del rachide e della spalla**



SCENARI TIPICI DI RISCHIO

DEPARTAMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA

4. Attività svolta a pazienti autosufficienti (A)

- Tempo medio di permanenza a domicilio 38,7 minuti
- Viene eseguito monitoraggio in piedi per il 60,5% dei pazienti, con un tempo medio di **postura incongrua della spalla di 23,4 minuti**
- Il 26% di pazienti effettua igiene in vasca fissa, con tempo medio di permanenza in **postura incongrua di spalla e rachide di 25,4 minuti**
- Il 29,5% di pazienti invece esegue igiene in sedia doccia fissa con **postura incongrua di rachide per un tempo medio di 33,2 minuti**



- **FORNENDO SEDIA DOCCIA REGOLABILE ELETTRICAMENTE IN ALTEZZA SI EVITEREBBE AGLI OPERATORI L'ASSUNZIONE DI POSTURE INCONGRUE, OVVERO**

RISCHIO TRASCURABILE



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Ilano Sironi Regione
Lombardia

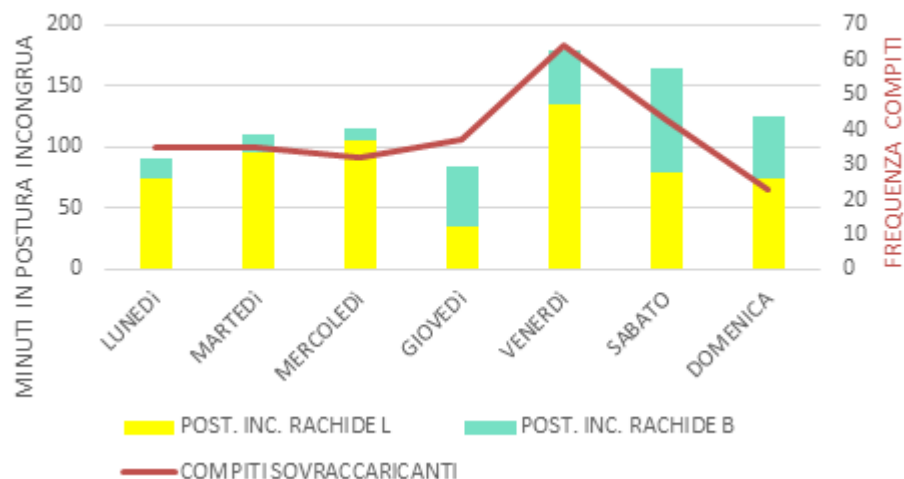
DIPARTIMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
E.D.C. MEDICINA DEL LAVORO

VI RICONOSCETE IN QUESTI SCENARI DI RISCHIO?

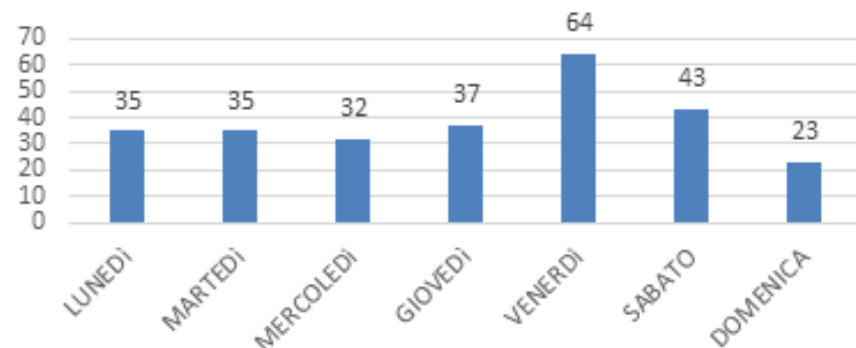


COMPLESSIVAMENTE L'ANALISI PRO/OPERATORE DI UNA SETTIMANA CI CONSENTE DI VALUTARE L'EVENTUALE CARICO CUMULATO

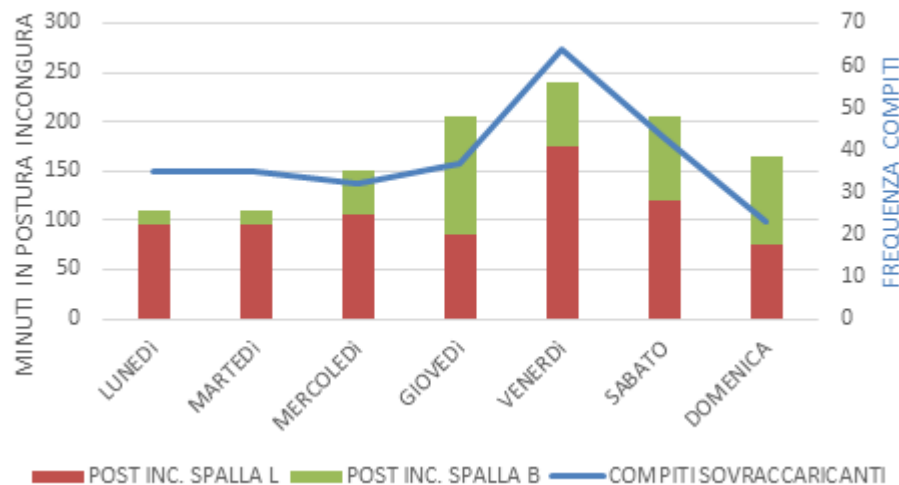
OPERATORE 1 RACHIDE



OPERATORE 1 COMPITI SOVRACCARICANTI



OPERATORE 1 SPALLA





OBIETTIVO PRINCIPALE BUONE PRATICHE

RENDERE OMOGENEA L'ANALISI DEI BISOGNI DEL PAZIENTE NONCHE' DELLE NECESSITA' PER GLI OPERATORI / CAREGIVER / FAMIGLIARI



SCHEDA AUTOVALUTAZIONE



PROPOSTA INTEGRAZIONE PAI (ALLEGATO 1)

LA PROPOSTA DI ANALISI OMOGENEA DEI PZ NON AUTOSUFFICIENTI SU BASE NAZIONALE E' STATA EFFETTUATA DAL PATTO DEL NUOVO WELFARE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE (ATTUALMENTE IN STASI IN PARLAMENTO)



Schede di autovalutazione

Come già rilevato, il percorso dell'assistenza domiciliare sociale, nella sua completezza, prevede il coinvolgimento di diverse realtà e professionalità e in particolare si evidenzia:

- servizio di assistenza sociale del comune di residenza
- medico di base
- Ausl quale fornitore di ausili
- struttura finale di erogazione del servizio.



AD OGNI ENTE GESTORE/COOPERATIVA VERRA' FORNITA UNA SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DA COMPILARE IN FORMATO WORD E DA RESTITUIRE AD AUSL DI COMPETENZA



Piano Mirato di Prevenzione:
Valutazione del rischio da Sovraccarico Biomeccanico
nei Servizi di Assistenza Domiciliare
SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE

INFORMAZIONI GENERALI

DENOMINAZIONE GESTORE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE:		
Datore di lavoro:		
tel.:	fax:	@mail:
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:		
tel.:	fax:	@mail:
Rappresentante dei Lavoratori (anche territoriale) per la Sicurezza n.*:		
(* in caso di più RLS indicare un solo nominativo di riferimento)		
tel.:	fax:	@mail:
Medico competente:		
tel.:	fax:	@mail:
Tipo di attività: _____ _____		
Indirizzo eventuale sito web: _____		



Ripartizione delle risorse umane (alla data di compilazione della scheda)

Tipologia	Maschi			Femmine		
	N°	N° esposti al rischio da MMP	N°>50 anni età	N°	N° esposti al rischio da MMP	N°>50 anni età
OSS-ASA-OTA						



ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nomina RSPP: SI NO Datore di lavoro

Se nominato, RSPP è:

- interno:**
 - a tempo pieno
 - a tempo parziale, ore/mese _____
- esterno:**
 - società di consulenza/ libero professionista
 - Ore/anno _____ n. accessi/anno _____

I requisiti formativi del RSPP sono soddisfatti: SI NO

Disponibile a partecipare al Progetto Pilota SI NO

MEDICO COMPETENTE

Nomina medico competente: SI NO NON NECESSARIO

Se nominato è:

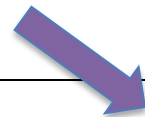
- Interno** **Esterno:**
 - società di consulenza / libero professionista
 - _____

N° Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria _____

Media Ore/anno ____ media n. accessi/anno ____ (per le visite mediche)

Media Ore/anno ____ media n. accessi/anno ____ (altre attività escluse le visite mediche)

Disponibile a partecipare al Progetto Pilota SI NO



**PER CONFERMARE GLI
SCENARI DI RISCHIO**

Allegato 1 - Integrazione del Piano di Assistenza individualizzato (PAI)

Identificativo della scheda:

PROVINCIA:

DISTRETTO:

COMUNE:

Area di intervento (ADI/SAD):

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: < 70 kg da 70 a 100 kg > 100 kg > 150 kg. Se sì, pesa kg

ATTIVITA' DA SVOLGERE A DOMICILIO

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





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:





ATTREZZATURE GIÀ IN DOTAZIONE

- Bastone / Deambulatore / Tripode
- Teli ad alto scorrimento
- Sollevatore passivo elettrico a imbragatura avvolgente
- Sollevatore attivo / verticalizzatore
- Carrozzina
- Bascula
- Letto elettrico regolabile in altezza
- Sedia doccia regolabile elettricamente
- Alza persona manuale su ruote con seduta
 - Standard Bariatrico

ATTREZZATURE DA PRESCRIVERE

- Bastone / Deambulatore / Tripode
- Teli ad alto scorrimento
- Sollevatore passivo elettrico a imbragatura avvolgente
- Sollevatore attivo / verticalizzatore
- Carrozzina
- Bascula
- Letto elettrico regolabile in altezza
- Sedia doccia regolabile elettricamente
- Alza persona manuale su ruote con seduta
 - Standard Bariatrico

MODIFICHE AMBIENTALI

- Piatto doccia filo pavimento
- Sollevatore a bandiera
- Sollevatore a soffitto e binari
- Montascale
- Ascensore

NOTE:





LEGENDA COMPILAZIONE SCHEDA INTEGRAZIONE PER PAI

Importante segnalare 1 sola voce in “autonomie motorie” per poter indentificare al meglio il paziente e di conseguenza il rischio per l’operatore.

Altro dato importante è il peso del paziente trattato, che determina la necessità o meno di lavoro in coppia di operatori.

Segnalare tutte le attività che necessitano per l’assistito; in altre attività rientrano distribuzione pasti, spesa, accompagnamento a visite, pulizie domestiche oltre al semplice rifacimento letti.

Da segnalare presenza di gradini, scale o altre barriere architettoniche che possano ostacolare o impedire il passaggio dell’operatore con gli ausili, sia per l’ingresso nell’abitazione del paziente sia per gli spostamenti tra stanze (esempio passaggio da camera da letto a salotto/bagno con sollevatore).

Importante segnalare se gli spazi interni alla casa (camera da letto comodini, armadi altro arredamento e in bagno, bidet, gradini, lavatrice) sono presenti ostacoli per il passaggio del paziente e/o del paziente in carrozzina e/o del paziente con sollevatore.

Prestare attenzione alle caratteristiche tecniche degli ausili in dotazione e da prescrivere, soprattutto in funzione di peso e altezza dell’assistito (ad esempio necessità di prescrizione di sollevatore bariatrico e adeguata imbragatura per pazienti con peso >180 kg).





FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Istituto Scientifico Regione Lombardia

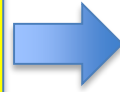
DIPARTIMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
E.D.C. MEDICINA DEL LAVORO

COSA NE PENSATE DELL'INTEGRAZIONE PAI?



COLLABORAZIONE CON UNIBO PER PIANO MIRATO

«BANCA DELLE SOLUZIONI»
CON SCHEDE SPECIFICHE
ATTREZZATURE



WWW.BANCADELLESOLUZIONI.ORG

TIPO DI AUSILI



PER QUALE FUNZIONE



CARATTERISTICHE NON AUTOSUFFICIENZA



CARATTERISTICHE AMBIENTE

PREGI/DIFETTI





ALTRO ESEMPIO DI SCHEDA ATTREZZATURA

SOLLEVATORE Pz PC



PAZIENTE:

- ANZIANO CON DIFFICOLTA' DI EQUILIBRIO
- PAZIENTE CON DIFFICOLTA' AD ALZARSI DA SEDILE BASSO
- PAZIENTE IN GRADO DI UTILIZZARE UN SOLO ARTO INFERIORE
- PAZIENTE CHE CONTROLLA BENE TESTA E TRONCO.

MOVIMENTAZIONI/ATTIVITA' POSSIBILI:

IGIENE A PZ PC

- PASSAGGIO DA SEDUTO SUL LETTO A STAZIONE ERETTA
- IN STAZIONE ERETTA POSSIBILITA' DI IGIENE E CAMBIO PANNOLONE
- DA SEDUTO IN CARROZZINA A WC E VICEVERSA

ALZATA E CAMBIO AMBIENTE

- PASSAGGI DA SEDUTO SUL LETTO A SEDUTO IN CARROZZINA
- PASSAGGI DALLA POSIZIONE SEDUTA A SEDUTA.
- RIPOSIZIONAMENTO IN CARROZZINA

CARATTERISTICHE AMBIENTE:

- APERTURA PORTA (CAMERA O BAGNO O SALA) DI ALMENO 60 CM
- SPAZI LIBERI NECESSARI PER UN'OTTIMA MANOVRABILITA' → DIAMETRO 150 CM

CODICE NOMENCLATORE 2017:

12.36.03



TALI SCHEDE ATTREZZATURE POTREBBERO ESSERE UTILI A:

ASSISTENTI SOCIALI

PREDISPOSIZIONE PAI

MEDICO DI BASE

**PER EROGAZIONE ALCUNE
ATTREZZATURE**

**MEDICO
PRESCRITTORE**

**SULLA BASE DELLA
VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE**



DATI CLINICI RICERCA

ANALIZZATI NELLO STESSO PERIODO E NELLO STESSO
TERRITORIO CON SOMMINISTRAZIONE DI
QUESTIONARIO INDAGANTE DISTURBI E PATOLOGIE
DIAGNOSTICATE

N° DI OPERATORI OSS CON RILEVAZIONE DANNO →
N=116

NUMERO DI LAVORATORI NON ESPOSTI (CONFRONTO)
VDT E IMPIEGATI → **N=70**

**VEDIAMO ORA ALCUNI DATI INERENTI WMSDs
ESPOSTI/NON ESPOSTI**

WMSDs RICERCA ADI ROMAGNA RISULTATI

ERNIA DISCALE LOMBARRE (CON REFERTI TAC O RMN):
OSS → 22,41% **OSS CON LIMITAZIONI → 7%**
OSS CON LOMBALGIE ACUTE ULTIMO ANNO → 31%

ERNIA DISCALE LOMBARRE (NON ESPOSTI):
NE → 8,6% **NE CON LIMITAZIONI → 0%**
NE CON LOMBALGIE ACUTE ULTIMO ANNO → 14,3%

PATOLOGIE NOTE SPALLA (CON ESAMI STRUMENTALI)
OSS → 19,8% **OSS CON LIMITAZIONI → 7%**
NE → 4,3% **NE CON LIMITAZIONI → 0%**

cause -media					0,006 ⁱ
Giorni malattia ultimi 12 mesi - dist.	7.09 (19.5)		0.74 (2.48)		P<0.001 [*]
(%)					
ERNIA DISCALE - n° lavoratori (%)	26	(22,41%)	6	(8,57%)	P=0,03 ⁱ
lavoratori (%)					
Patologie note GINOCCHIA -n° lavoratori (%)	22	(18,97%)	4	(5,71%)	P=0,01 ^j



ALLEGATO 3 – BUONE PRATICHE

WMSDs → COSA DOVREBBERO FARE I MEDICI COMPETENTI

Allegato 3 - Questionario anamnestico disturbi muscoloscheletrici di rachide, spalle e ginocchi

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e nome:		Data visita:	
Gestore:		Età:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Anzianità lavorativa nell'attuale azienda:		Limitazioni lavorative per <u>WMSDs</u> : <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			



A-SPALLE: DISTURBI NEGLI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE				
A1-SPALLE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO INZIATI I DISTURBI (ANNO)=	DX	SX
	RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI: <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci		<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		<input type="checkbox"/> Dolore ai movimenti <input type="checkbox"/> Dolore a riposo	<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°	
A2-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"/>





ALLEGATO 3 – BUONE PRATICHE

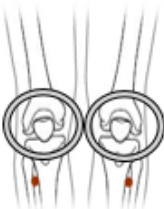
WMSDs → COSA DOVREBBERO FARE I MEDICI COMPETENTI

B-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/Fisiatrica. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC/RMN	B1-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=			
B2-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		
B3-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?



ALLEGATO 3 – BUONE PRATICHE

WMSDs → COSA DOVREBBERO FARE I MEDICI COMPETENTI

E-GINOCCHI: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE					
C1- GINOCCHI		DX	SX		
 <p>RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:</p> <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci	<p><u>Dolore durante il movimento.</u></p> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Dolore a riposo.</u></p> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>HA EFFETTUATO:</p> <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> <u>Ecografia / RMN</u>	<p>SOGLIA POSITIVA= presenza di</p> <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"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI GINOCCHI</p>				
C2-ARTI INFERIORI DIAGNOSI GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)					
<p>PATOLOGIE DEGENERATIVE/MENISCOPATIE GINOCCHIO</p>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> RMN/ECO QUANDO?	

<p>ASSENZE PER MALATTIA ULTIMI 12 MESI (qualsiasi patologia)</p>	<p>N° di giorni _____</p>
<p>NOTE DI RILIEVO PER WMSDs (a cura del MEDICO COMPETENTE)</p>	



RIASSUMENDO OGNI AUSL DOVRA':



**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE
A TUTTE LE COOPERATIVE DEL PROPRIO
TERRITORIO**



**UN GRUPPO PILOTA PER OGNI AUSL
(checklist di rilevazione dati a
20 oss – compilazione di 1 settimana di
lavoro – più questionario clinico)**



**CONDIVISIONE INTEGRAZIONE PAI CON
ASSISTENTI SOCIALI DEI COMUNI DEL
TERRITORIO**

PER CONFERMARE GLI SCENARI DESCRITTI OCCORRERA' CHE GLI RSPP DI QUALCHE ENTE GESTORE/COOPERATIVA CONDIVIDANO IL SEGUENTE PROGETTO

OGNI PROVINCIA INDIVIDUERA' UN ENTE GESTORE/EROGATORE DI SAD CHE POSSA EFFETTUARE UNO STUDIO PER CONFERMARE GLI SCENARI SOPRACITATI

Le caratteristiche saranno le seguenti:

- Agli RSPP verrà fornita la checklist di rilevazione rischio utilizzata in AUSL Romagna con relativa legenda specifica
 - OSS n=20 compileranno una checklist al giorno per almeno 1 settimana
- Per i dati trascritti pro-operatore-die si è prevista la fornitura di una piattaforma web appositamente predisposta per la raccolta dati per quantificare il rischio
- Per facilitare agli oss la trascrizione dati su web verrà fornito un video-tutorial ad ogni cooperativa che parteciperà



OBIETTIVO – RIEPILOGO SCENARI DIVERSE PROVINCE

POTRA' INDIRIZZARCI ALLA RICOSTRUZIONE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

- La **stima del rischio** per operatore SAD è pertanto ipotizzabile ricostruendo una giornata modale che dovrà contenere i seguenti aspetti:
 - Durata del tempo di turno
 - Numero complessivo di pazienti assistiti nella giornata.
 - Numero di pazienti NC e PC assistiti;
 - Tipologia di attività effettuate ai pazienti NC e PC;
- Attribuendo i risultati degli “scenari” a tali aspetti rilevati nella giornata modale, è possibile stimare il rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori OSS sia per **frequenza** dei **compiti sovraccaricanti** che per **tempo in postura incongrua** (differenziato per rachide lombare e spalla).
- Per lo studio del carico cumulato è necessario analizzare un'intera settimana di lavoro dello stesso operatore.

SOLUZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO

- NON POSSONO ESSERE A CARICO SOLAMENTE DELL'ENTE GESTORE/COOPERATIVA
- NECESSARIO INTERVENTO A LIVELLO DEI DIVERSI COMUNI (possono intervenire sul PAI – sulle quote integrative a carico della famiglia)
- NECESSARIO INTERVENTO A LIVELLO DEI SERVIZI DI GESTIONE AUSL DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (SIC etc) → possibilità di analizzare quanti e quali ausili sono abitualmente forniti?
- FORMAZIONE DEI MEDICI DI BASE/DEI MEDICI PRESCRITTORI SULLA FORNITURA DI ADEGUATI AUSILI DA FORNIRE

RIDUZIONE DEL RISCHIO A CARICO DELL'ENTE GESTORE

Sulla base dei dati precedentemente riportati (e dagli scenari attività che emergeranno dalle diverse province) ed inerenti il rischio specifico si possono ipotizzare le seguenti azioni per la riduzione del rischio:

- 1) cercare di organizzare la turnazione inserendo in ogni giornata anche pazienti autosufficienti
- 2) Almeno in presenza di paziente Non Autosufficiente di peso > 100 kg considerare il servizio di assistenza domiciliare con 2 operatori
- 3) In presenza di paziente non autosufficiente (sia NC che PC) fornire letto regolabile in altezza



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

istituto Scribano Regione
Lombardia

DIPARTIMENTO AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA
E U.C. MEDICINA DEL LAVORO

ED ORA DISCUSSIONE E PROPOSTE

