

# La prevenzione al centro

I piani mirati di prevenzione per l'area salute e sicurezza sul lavoro  
di cui al Piano Regionale 2021-2025 – PP8

## Il Piano Mirato ADI: Fasi e Strumenti

Webinar 9 aprile 2024

*D.ssa Olga Menoni – Coordinatrice Tavolo Tecnico specifico - IRCCS Cà Granda*

*Dr Marco Tasso – U.O.C Medicina del Lavoro-Ergonomia - IRCCS Cà Granda*

*D.ssa Graziella Zanoni – Referente Tavolo Tecnico specifico – ATS Milano CM*



Regione  
Lombardia

[www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it)



**1° STEP**

**3° STEP**

**2° STEP**

**4° STEP**

## PIU' NELLO SPECIFICO LE DIFFERENTI FASI E GLI STRUMENTI:

### **FASE PRELIMINARE** - PROGETTAZIONE PMP

Predisposizione strumenti da utilizzare:

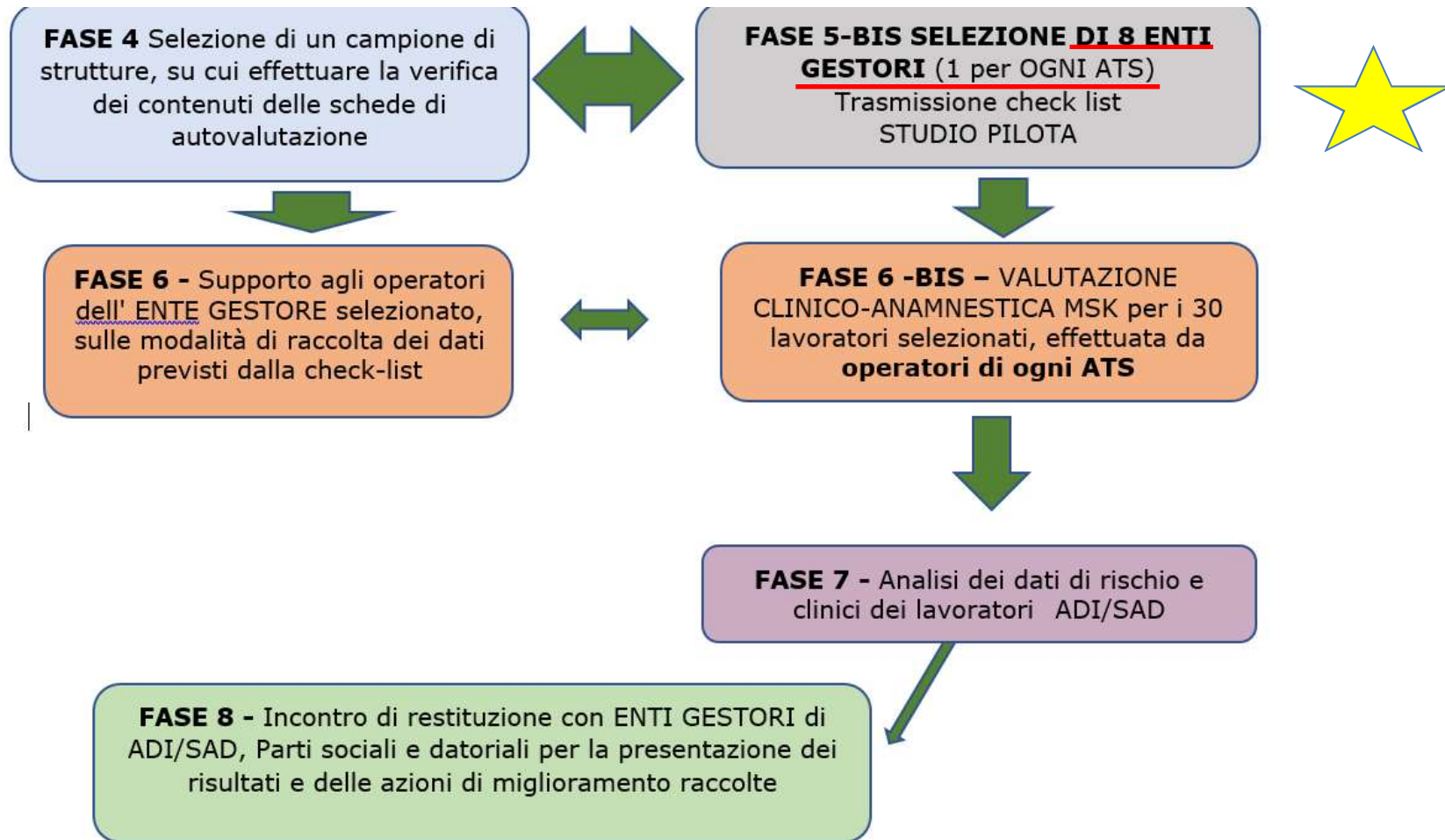
- 1) scheda di autovalutazione
- 2) check list PROGETTO PILOTA per raccolta informazioni
- 3) approvazione documento di indirizzo Decreto 1128 - 11/01/2024

**FASE 1 - PRESENTAZIONE di piano mirato**, strumenti e modalità di compilazione a ENTI GESTORI di ADI/SAD da parte di componenti TaTe Parti sociali e datoriali.

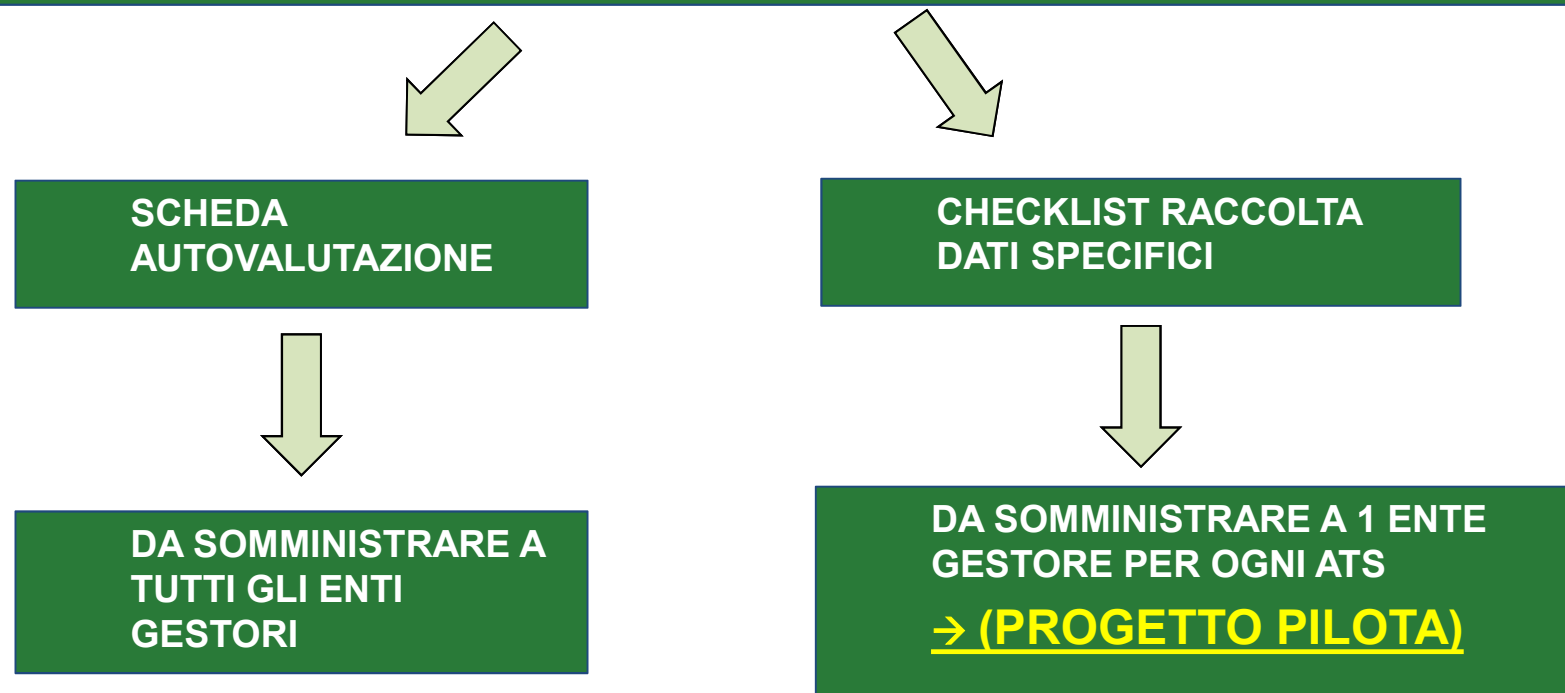
**WEBINAR 9/4/24**

**FASE 2 - COMPILAZIONE SCHEDA DI AUTO VALUTAZIONE DA PARTE DI TUTTI gli ENTI GESTORI**

**FASE 3 - Analisi degli esiti delle schede di autovalutazione a sostegno degli ENTI GESTORI**



# → PRIMI STEP PER IMPOSTAZIONE PMP IN LOMBARDIA



# AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO

**STRUMENTO** di supporto per il monitoraggio della situazione della salute e sicurezza sul lavoro aziendale, al fine della gestione dei rischi del ciclo lavorativo.

Il processo di autovalutazione mira prioritariamente a **stimolare una riflessione sul proprio assetto organizzativo in particolare in merito alla valutazione dei rischi, alle misure di prevenzione e protezione, alla formazione ecc.** così come a verificare la propria conformità legislativa .

La scheda cerca di introdurre nelle realtà aziendali, un approccio incentrato **anche sugli aspetti migliorativi**, allo scopo di favorire un riesame nel tempo orientato ad una efficace gestione della prevenzione in azienda.

## Documento di Indirizzo - Decreto 1128/24

### SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE

... stimolo alle Imprese per l'avvio di un processo di riflessione sui propri sistemi di sicurezza, **quale occasione di miglioramento**, permette altresì, di identificare le macro-classi di lavoratori esposti al rischio, suddivisi per genere, profilo professionale ed età anagrafica...

### CHI PARTECIPA alla COMPILAZIONE

Figure della Prevenzione (DL, RSPP, MC, RLS) e **TUTTI** coloro che possono contribuire, nel fornire elementi utili all'emersione del RISCHIO, sulla base della conoscenza del ciclo lavorativo.

### A CHI CHIEDERE chiarimenti

All' ATS competente territorialmente dell'unità locale in cui viene esercitata l'attività.

Allegato 1

Valutazione del rischio da Sovraccarico Biomeccanico (SB) nei lavoratori del Servizio di Assistenza Domiciliare

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE / AUDIT AZIENDALE

INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione:	
Ragione Sociale:	
P.IVA/CF:	
Area coperta da assistenza domiciliare:	
Ente che si occupa di servizio di Assistenza Domiciliare:	
Ente che si occupa di servizio di Assistenza Domiciliare:	
Responsabile Servizio Assistenza Domiciliare:	
tel.:	
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:	
tel.:	
PEC:	
Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza:	
* in caso di più RLS indicare un solo nominativo	
tel.:	
PEC:	
Medico competente:	
tel.:	
PEC:	
Indirizzo dell'eventuale sito web dell'azienda:	

Ripartizione delle risorse umane

Tipologia
LAVORATORI
DIPENDENTI/SOCI
LAVORATORI AUTONOMI
PERSONALE ASST

Regione Lombardia

DECRETO N. 1128 Del 11/01/2024

Identificativo Atto n. 4 DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ATTIVAZIONE DEL PIANO MIRATO DI PREVENZIONE A VALENZA REGIONALE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO (SB) NEI LAVORATORI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

1. definire un percorso di AUTOVALUTAZIONE del RISCHIO di patologie muscoloscheletriche legate al lavoro che consente alle imprese coinvolte nel percorso di verificare la propria capacità di adozione della misura. È stata prodotta una scheda (allegato 1) che consente "il censimento delle modalità di erogazione di Assistenza Domiciliare 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)". La scheda, che vuole essere da stimolo alle imprese per l'avvio di un processo di riflessione sui propri sistemi di sicurezza, quale occasione di miglioramento, permette altresì, di identificare le macro-classi di lavoratori esposti al rischio, suddivisi per genere, profilo professionale ed età anagrafica.

## ATTRAVERSO piattaforma WEB

<http://www.previmpresa.servizirl.it/lime/index.php/633633/lang-it>

### COMPILAZIONE

56 domande

I sezione:

#### INFORMAZIONI GENERALI

II sezione:

#### RIPARTIZIONE DELLE RISORSE UMANE

III sezione:

#### ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

IV sezione:

#### RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

V sezione:

#### SORVEGLIANZA SANITARIA

VI sezione:

#### CONCLUSIONI

[ ] Area territoriale coperta da Assistenza Domiciliare \*  
Scrivere la/e proprie risposta/e qui:  
Comune/i: \_\_\_\_\_  
Provinciale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI GENERALI**

[ ] Denominazione: \*  
Scrivere la propria risposta qui:  
\_\_\_\_\_

[ ] Ragione sociale:  
Scrivere la propria risposta qui:  
\_\_\_\_\_

[ ] P.IVA - CF \*  
Scrivere la propria risposta qui:  
\_\_\_\_\_

[ ] Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione \*  
Scrivere la/e proprie risposta/e qui:  
Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
@mail: \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

[ ] Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza  
Scrivere la/e proprie risposta/e qui:  
Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
@mail: \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Numero RLS in azienda: \_\_\_\_\_  
In caso di più RLS indicare un solo nominativo di riferimento

[ ] Medico Competente \*  
Scrivere la/e proprie risposta/e qui:  
Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
@mail: \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

[ ] Indirizzo dell'eventuale sito WEB  
Scrivere la propria risposta qui:  
\_\_\_\_\_

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



# DI PARTICOLARE ATTENZIONE per l'attuazione di un processo MIRATO DI PREVENZIONE

Il sezione:

## RIPARTIZIONE DELLE RISORSE UMANE

IV sezione:

## RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

V sezione:

## SORVEGLIANZA SANITARIA

VI sezione:

## CONCLUSIONI

### CONCLUSIONI

#### [ ] L'utilizzo della presente autovalutazione

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

- Revisione del DVR
- Applicazione e/o miglioramento (nuovo personale)
- Dotazione aggiuntiva/manutenzioni
- Formazione/inferno formativo
- Sorveglianza mirata (es: protocollo)
- Definizione e condivisione procedure
- Audit periodici
- Altro: \_\_\_\_\_

[ ]

#### Documento redatto con la c

Scrivere l'ale proprie risposte qui:

Nome	_____
Cognome	_____
Ruolo	_____
Nome	_____
Cognome	_____
Ruolo	_____
Nome	_____
Cognome	_____
Ruolo	_____
Nome	_____
Cognome	_____
Ruolo	_____

[ ] 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;

### 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:

- Sì e dalla pre-valutazione è emerso che i lavoratori sono potenzialmente esposti, ma non è stata condotta una valutazione approfondita
- Sì ed è stata effettuata una valutazione approfondita
- NO perché non conosciuti metodi di valutazione rischio in ADI e SAD
- 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
- A seguito di evento infortunistico

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

Completamento di un percorso di **autovalutazione del rischio** di insorgenza patologie muscoloscheletriche legate al lavoro;

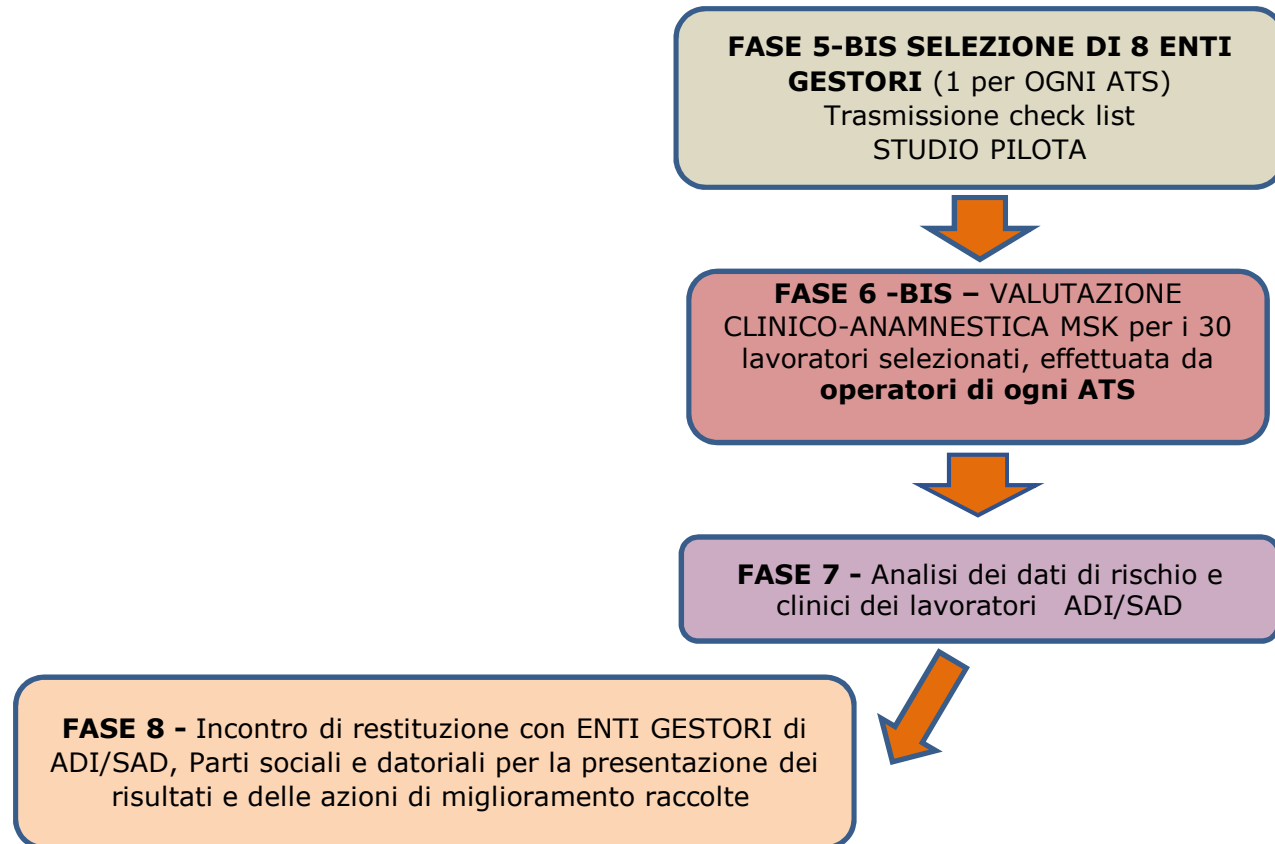
**Censimento delle modalità di erogazione dei Servizi ADI e SAD nei diversi territori** relativamente agli ambiti di prevenzione e protezione;

**Definizione di un modello di valutazione del rischio** di patologie muscoloscheletriche legate al lavoro;

**Elaborazione successiva di una specifica linea guida per l'attivazione del PMP regionale da realizzare a cura delle ATS.**



# DOPO... LA SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE



# PROPOSTA DI STUDIO PILOTA PER ATS

→ Dai risultati delle schede di autovalutazione emergeranno, per ogni ATS, gli enti gestori con lavoratori appartenenti ai tre profili analizzati:

- OSS
- Fisioterapisti
- Infermieri

→ Su questi tre profili professionali si imposterà il progetto di studio «pilota»



# PROPOSTA DI STUDIO PILOTA PER ATS

→ Sono state predisposte tre checklist che comprendono le caratteristiche della tipologia di assistenza erogata dai diversi profili professionali (infermieri, fisioterapisti, OSS).

→ Compilazione per almeno 7 giorni lavorativi (nell'arco di 1-2 settimane consecutive) di checklist di rischio per 30 lavoratori così suddivisi:

- Infermieri n=10
- Fisioterapisti n=10
  - OSS n=10

→ A questi 30 lavoratori saranno anche somministrati questionari sui disturbi/patologie muscoloscheletriche

# SUPPORTO PER LA CONDUZIONE DELLO STUDIO PILOTA

- E' stata predisposta una web app che permette di raccogliere i dati di rischio e di danno nel rispetto dei dati sensibili dei lavoratori coinvolti tramite codice univoco numerico
- Verrà fornita apposita formazione e videotutorial per favorire la compilazione adeguata dei dati richiesti

# → WEB APP PER RACCOLTA DATI RISCHIO



Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Benvenuto Paolo  
**Cambio password**  
Esci

Dashboard

Compila una nuova scheda rischio ADI

Visualizza le schede rischio ADI

## CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE

*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).*

Tipo di paziente

Da sollevare completamente

Tempo di intervento

(minuti effettivi, esclusi trasferimenti)

50

Atteggiamento ostile / resiste alla movimentazione

No

No

Si

Peso del paziente

Da 70Kg a 100Kg

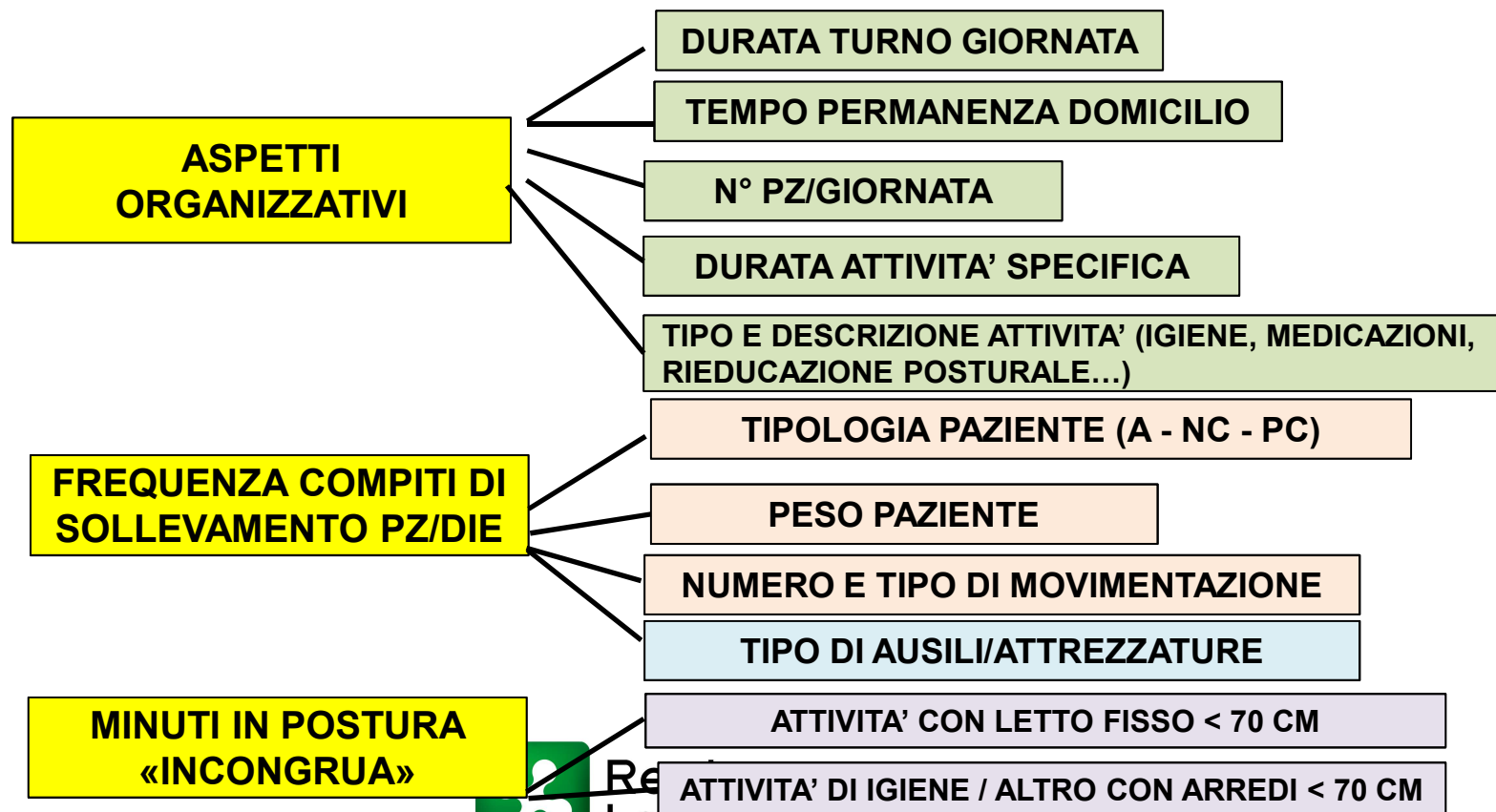


Regione  
Lombardia

www.regione.lombardia.it



## ASPETTI CONSIDERATI NEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEI DIVERSI PROFILI PROFESSIONALI





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



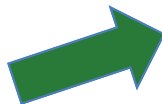
**Giorno e  
Orario  
turno**



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						Data:				
Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata (in minuti):										
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, oppure attività amministrativa 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)										
Tempo di trasferimento tra 1 pz e l'altro										
Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)										
Paziente che si aiuta - DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)										
Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)										
Giro-pasti o attività amministrativa (riportare i minuti)										
Peso paziente (kg)										
Attività effettuata in coppia con OSS (SI-NO)										
Attività effettuata in coppia con badante o parente (SI-NO)										



**Tipologia  
pazienti**



**Regione  
Lombardia**



Descrizione letto

Descrizione N° Compiti di MMP

DESCRIZIONE ATTIVITA' AL LETTO										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Attività effettuata al letto (SI/NO)										
<b>Tempo dedicato ad attività al letto (min)</b>										
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)										
<b>DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)</b>										
<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 (XX) manuale</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (XX)</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi con ausili</i>										
<i>Riposizionamento in carrozzina</i>										



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

Codice OSS: 1

Ente gestore (cooperativa): xyz

Città di svolgimento del servizio: Brescia

### DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' MOVIMENTAZIONE PAZIENTI (MMP)

Giorno della settimana:  LUN  MAR  MER  GIO  VEN  SAB  DOM      Data: 09/04/2024

Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata (in minuti): 350

**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, oppure attività amministrativa, 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
<b>Tempo intervento (minuti effettivi, esclusi trasferimenti)</b>	30	60	40	25	30	40	50			
<b>Tempo di trasferimento tra 1 pz e l'altro</b>		10	10	15	15	10	5			
<b>Paziente DA SOLLEVARE COMPLETAMENTE (NC)</b>	x	x				x				
<b>Paziente che si aiuta – DA SOLLEVARE PARZIALMENTE (PC)</b>					x		x			
<b>Paziente autosufficiente o DA NON SOLLEVARE (A)</b>				x						
Giro-pasti o attività amministrativa (riportare i minuti)										
Peso paziente (kg)	80	90	75		60	80				
Attività effettuata in coppia con OSS (SI-NO)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			
Attività effettuata in coppia con badante o parente (SI-NO)	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO			

DESCRIZIONE ATTIVITA' AL LETTO										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Attività effettuata al letto (SI/NO)	SI	SI	SI		SI	SI				
<b>Tempo dedicato ad attività al letto (min)</b>	20	40	10		10	35				
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)	SI	SI	SI			SI				
Letto matrimoniale (SI-NO)					SI					
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
<i>Sollevamento verso il cuscino manuale</i>	1					1				
<i>Rotazioni nel letto</i>	4	4			4	6				
<i>Sollevamento tronco manuale</i>					1					
<i>Sollevamento tronco tramite manovella</i>	2									
<i>Letto / carrozzina o viceversa (vv) manuale</i>		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>										

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



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

**N° PAZIENTI NC/PC**

**CARENZA AUSILI**



**MINUTI POSTURA  
INCONGRUA  
RACHIDE LOMBARE**

**AMBIENTE / ARREDI**



**MINUTI POSTURA  
INCONGRUA  
SPALLA**



***Grazie!***