



**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**

**PP08 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro**

**PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025**



## PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025

DGR 2144/2021

Programma Predefinito (PP) 08 – Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

*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*

### Regione Emilia-Romagna

*Direzione Generale cura della persona, salute e welfare*

**Giuseppe Diegoli** Responsabile Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

**Mara Bernardini** Responsabile Area Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro

**Marco Broccoli** Area Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro, Responsabile PP08

### Gruppo di lavoro

**Antonio Argentino** SPSAL Ausl della Romagna

**Simone Capogrossi** SPSAL Ausl della Romagna

**Walter Catellani** SPSAL Ausl Parma

**Luci Corcagnani** SPSAL Ausl Piacenza

**Valentina Croci** SPSAL Ausl della Romagna - Cesena

**Vincenzo D'Elia** SPSAL Ausl Bologna

**Patrizia Di Ciolo** SPSAL Ausl Ferrara

**Matteo Di Lello** SPSAL Ausl Bologna

**Cinzia Di Maggio** SPSAL Ausl Parma

**Elisabetta Di Pilato** SPSAL Ausl della Romagna - Forlì

**Alberto Liverani** SPSAL Ausl della Romagna - Ravenna

**Olga Menoni** IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico

**Simonetta Puglioli** Area Integrazione sociosanitaria - Non autosufficienza - Regione Emilia-Romagna

**Matteo Riccò** SPSAL Ausl Reggio Emilia

**Giuseppe Sergi** SPSAL Ausl Piacenza

**Donata Serra** SPSAL Ausl Modena

**Chiara Tanzi** SPSAL Ausl Parma

**Paola Tarozzi** SPSAL Ausl Imola

**Marco Tasso** IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico

**Francesca Zanardi** SPSAL Ausl Ferrara

### In collaborazione con

SC Medicina del Lavoro, Dipartimento di Medicina Preventiva - Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"

Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico - Milano

Prima edizione

Stampa: Regione Emilia-Romagna, maggio 2023

Grafica e impaginazione: tracce.com

# Sommario

<b>Attività</b>	<b>3</b>
Il servizio di assistenza domiciliare in Emilia-Romagna	3
<b>Problematica (pericolo/rischio/danno)</b>	<b>4</b>
Dati di letteratura	4
Ricerca intervento in provincia di Ravenna	4
La rilevazione del rischio e implicazioni per una valutazione del rischio (Scenari)	5
<b>Erogazione del servizio SAD</b>	<b>10</b>
Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	10
Il domicilio	10
Individuazione e prescrizione di ausili	11
La comunicazione con i familiari	11
Ruolo, responsabilità e difficoltà per le strutture erogatrici del servizio	11
Il ruolo del medico competente	12
<b>Soluzione (riduzione del rischio)</b>	<b>12</b>
Schede di autovalutazione	12
<b>Efficacia</b>	<b>13</b>
<b>Costi / benefici</b>	<b>13</b>
<b>Allegato 1. Integrazione del Piano di Assistenza individualizzato (PAI)</b>	<b>14</b>
<b>Allegato 2. Descrizione delle condizioni di sovraccarico biomeccanico</b>	<b>16</b>
<b>Allegato 3. Questionario anamnestico disturbi muscoloscheletrici di rachide, spalle e ginocchi</b>	<b>17</b>



# Attività

## Il servizio di assistenza domiciliare in Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna promuove la tutela della salute e del benessere delle persone disabili attraverso un programma per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi domiciliari.

**Il servizio di assistenza domiciliare sociale (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<sup>1</sup>. Assistenza domiciliare sociale garantisce, sulla base del programma assistenziale individualizzato o del programma educativo individualizzato elaborato dai Servizi territoriali competenti, diverse prestazioni: dalla cura personale (ad esempio aiuto nell'igiene personale, nel vestirsi, nella somministrazione del cibo...) al supporto sociale nella vita quotidiana e supporto educativo, emotivo e psicologico.

Per l'attivazione del servizio è necessario rivolgersi agli assistenti sociali del Comune di residenza della persona disabile che, dopo la valutazione del caso, possono proporre l'inserimento nel servizio e, quindi, concordare un piano di assistenza personalizzato che definisce la frequenza degli accessi, la durata e la tipologia di prestazioni da assicurare. Per ogni piano individualizzato, è individuato un responsabile operativo e si favorisce la continuità degli operatori che seguono un caso.

Il soggetto gestore assicura il coinvolgimento, da parte degli operatori del servizio, dei familiari e/o dell'assistente privato nel processo di cura, con la definizione e il coordinamento dei rispettivi compiti e la programmazione dell'attività di supervisione, affiancamento e tutoring dei caregiver.

Nei servizi di AD sociale accreditati (DGR 514/09 e s.m.i.) operano, secondo specifica programmazione, le seguenti figure professionali: l'operatore socio-sanitario (OSS); il coordinatore del servizio con specifica professionalità sociale; l'educatore, per interventi di carattere socio-educativo a sostegno dell'autonomia relazionale delle persone con disabilità; personale amministrativo.

Il servizio di assistenza domiciliare accreditata viene svolto in Regione Emilia-Romagna da 48 soggetti, titolari nel complesso di 97 atti di accreditamento, operanti complessivamente in tutte le Ausl e province della regione. In 36 casi i soggetti sono titolari di un unico accreditamento e il 12 casi sono titolari di più di un accreditamento (fino ad un massimo di 13). In 12 casi il servizio è fornito da soggetti pubblici.

I Soggetti istituzionali competenti al rilascio degli accreditamenti socio-sanitari (Sic) sono Comuni capofila o Unioni di Comuni e sono individuati in tutti e 38 gli ambiti distrettuali che coprono l'intero territorio della Regione Emilia-Romagna.

### I Servizi di assistenza domiciliare sociale accreditati risultano nel 20212:

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 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza).

Assistenza domiciliare con finalità socio - educativa (persone con disabilità):

- 1.181 utenti;
- 177.235 ore erogate (di cui il 93% sostenuto con Fondo Regionale per la Non Autosufficienza).

Studi e ricerche indicano la presenza di un rilevante rischio di sovraccarico biomeccanico nell'assistenza domiciliare a persone non autosufficienti. Lo svolgimento in sicurezza di questo servizio, sia per i lavoratori che per gli assistiti e i loro familiari, risente di specifiche e complesse caratteristiche organizzative e strutturali (pluralità di soggetti afferenti, domicilio dell'assistito con vincoli di spazio e arredi di uso comune, ausili alla movimentazione dell'assistito non presenti o non adeguati). Non è ancora disponibile una metodica di valutazione del rischio che invece risulta presente per altre tipologie di attività con sovraccarico biomeccanico (es. sollevamento di oggetti).

1. Il servizio SAD che fa capo agli ambiti territoriali sociali può integrarsi con l'Assistenza domiciliare Integrata (ADI) garantita dal Servizio sanitario regionale che prevede, a favore delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

2. 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).

Per questi motivi il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 della Regione Emilia-Romagna nel Programma Predefinito 8 (PP8) ha previsto un piano mirato denominato "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".

## Problematica (pericolo/rischio/danno)

### Dati di letteratura

Già nel 1993 uno studio su low back pain (LBP) e operatori domiciliari (4.723 operatori) ha rilevato una prevalenza di dolore lombare negli ultimi 12 mesi pari al 63% e una prevalenza puntuale del 18%. Il 29% degli operatori (137 soggetti) aveva effettuato assenza dal lavoro (23.396 giorni) e l'assenza media per LBP è risultata di 36 giorni. Le lombalgie acute in addetti all'assistenza sono state rilevate nel 15,4% degli operatori domiciliari e nel 5,9% degli operatori ospedalieri (Moens - Belgio 1993). Uno studio prospettico della durata di 18 mesi per Assistenti Infermieristici di "Nursing home" ha evidenziato una incidenza di infortuni alla spalla e al rachide lombare pari a 45,8% operatore /anno (Myers e Silverstein - 2002).

Uno studio condotto mediante questionario rivolto a infermiere del nord del Portogallo che lavorano in home care e altre esclusivamente in health centers, nonostante il campione ridotto raggiunto (147 risposte), ha consentito agli autori di concludere che le infermiere dell'home care (87% donne) hanno 3 volte maggiore la possibilità di avere disturbi lombari rispetto alle loro colleghe che non effettuano home care. (Carneiro e altri - 2017).

### Ricerca intervento in provincia di Ravenna

In provincia di Ravenna è stata attivata una convenzione tra Ausl della Romagna Dipartimento di Sanità pubblica e IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico (sezione Ergonomia) - Milano - mediante finanziamento della Regione Emilia-Romagna ai sensi dell'art. 13 e 14 del D.Lgs 81/08.

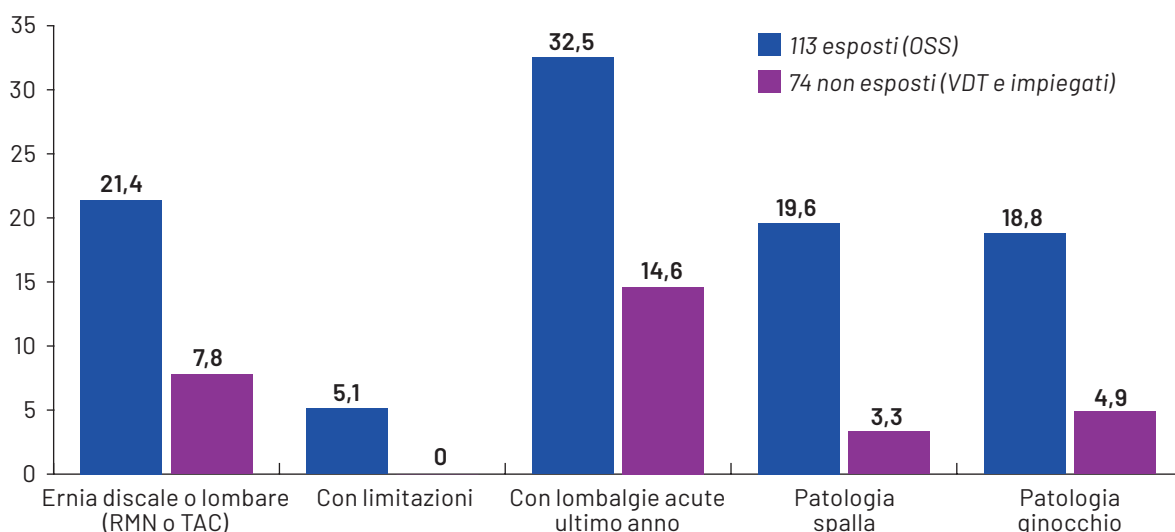
La convenzione è stata attivata con l'obiettivo di identificare metodi di quantificazione del rischio in attività di assistenza alla persona e definire i requisiti per l'efficace utilizzo di ausili/attrezzature per la riduzione del rischio.

Sono state coinvolte tre cooperative che sul territorio erogano il servizio di Assistenza Domiciliare con il coordinamento dell'Organismo Paritetico Provinciale per la sicurezza - Settore della Cooperazione Sociale - Provincia di Ravenna.

Nell'ambito della ricerca sono stati analizzati anche i dati clinici di un gruppo di operatori (113 operatori OSS a confronto con 74 addetti a VDT e impiegati) nello stesso periodo e nello stesso territorio. Si riporta nel grafico seguente il risultato. È evidente la prevalenza maggiore di disturbi e patologie nel gruppo di operatori OSS per tutti i distretti analizzati (rachide lombare, spalla, ginocchio).

Si nota come a fronte della presenza di patologie di circa il 20% nei tre distretti esaminati, solo il 5% degli operatori ha avuto limitazioni di idoneità al lavoro.

### Provincia di Ravenna - Valori in %



### La rilevazione del rischio e implicazioni per una valutazione del rischio (Scenari)

Il numero molto contenuto di limitazioni di idoneità riscontrate nel campione esaminato, ma anche la probabile sotto denuncia di malattia professionale e il limitato riconoscimento per le malattie da sovraccarico in operatori di questo settore, vede tra le cause rilevanti la mancanza di indicazioni e metodi di valutazione del rischio.

Un contributo significativo della ricerca condotta in provincia di Ravenna è relativo alla metodologia di stima del rischio.

Con la collaborazione fondamentale delle 3 cooperative erogatrici del servizio di assistenza domiciliare, si è proceduto a formare un gruppo di 60 operatori OSS all'utilizzo di una scheda di rilevazione delle caratteristiche dei pazienti (grado di autonomia motoria e peso corporeo), dei compiti svolti (macrofasi e singoli compiti), delle caratteristiche del domicilio (spazi e arredi), degli ausili disponibili e loro adeguatezza, della organizzazione del lavoro (durata del turno, numero di pazienti, possibilità di lavoro in coppia con badante/caregiver).

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

Un primo studio pilota ha consentito di ottimizzare lo strumento di rilevazione; con la seconda fase di studio sono state rilevate le descrizioni delle attività svolte per 2.475 pazienti di cui il 95% è stato analizzato (2363 pazienti per 364 giornate di lavoro di complessivamente 56 lavoratori).

Dalla prima analisi dei 2363 pazienti risulta una suddivisione per tipologia di non autosufficienza e di peso del paziente come rilevato in tabella 1.

**TABELLA 1**

**Suddivisione dei pazienti analizzati per grado di non autosufficienza e peso**

	Inferiore a 70kg N (%)	Da 70kg a 100kg N (%)	Da 101kg a 240 kg N (%)	Missing	Totale
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%)

Dalla tabella 1 emerge che il 77% dei pazienti assistiti necessita di aiuto nei compiti di sollevamento.

Inoltre, risulta particolarmente rilevante il peso maggiore di 100Kg per il 12% dei pazienti totalmente non collaboranti, spesso allettati.

Sia nello studio pilota che nella seconda fase di analisi è possibile individuare alcuni “scenari” che caratterizzano il lavoro di assistenza a domicilio di persone non autosufficienti, ovvero compiti che vengono svolti ad analoghe tipologie di pazienti e di attività svolte per un numero riproducibile di azioni sovraccaricanti. Gli “scenari” individuati sono pertanto un utile strumento da cui è possibile stimare l’esposizione per singolo operatore qualora si riesca a ricostruire una giornata modale per tipo di paziente assistito e tipo di attività svolta dal singolo operatore sia nella giornata lavorativa che in un periodo quale la settimana.

**In particolare, sono stati evidenziati i seguenti “scenari” tipici di esposizione:**

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).

## ATTIVITÀ DI IGIENE AL LETTO

L’attività di igiene al letto viene svolta per 1311 pazienti, ovvero il 55,5% del totale.

Il tempo medio di attività al letto è di 23 minuti per PC e 33 minuti per NC. Per i pazienti totalmente non collaboranti si identificano 8 compiti sovraccaricanti e 6 per i parzialmente collaboranti, in particolare rappresentati dal numero di rotazioni nel letto per eseguire attività di igiene e di vestizione. Per tali attività si è inoltre analizzata la tipologia di letto disponibile al domicilio, riscontrando solo 78 letti regolabili in altezza su 1847 pazienti non autosufficienti (4,2%).

Viene fornito un letto fisso con manovelle per schienale denominato “letto ortopedico” per il 28% dei pazienti PC e il 67% dei pazienti NC, con un’altezza media di 62,1 cm; scenario che induce postura incongrua del rachide (per altezza fissa) e della spalla per utilizzo delle manovelle.

### Scenario 1. Attività di igiene al letto per paziente totalmente non collaborante (NC)

lo “scenario” identificabile per le attività di igiene al letto per pazienti NC è il seguente:

- Tempo medio di esecuzione 33 minuti
- Numero complessivo di manovre sovraccaricanti n°= 8
- “letto ortopedico” – quindi non regolabile in altezza per il 67% di pazienti NC
- 33 minuti di postura incongrua del rachide lombare e spalla indotti da arredi inadeguati (letti regolabili forniti a 1,3 % dei pazienti NC)

### Scenario 2. Attività di igiene al letto per paziente parzialmente collaborante (PC)

lo “scenario” identificabile per igiene al letto pazienti PC:

- Tempo medio di esecuzione 23 minuti
- Numero complessivo di manovre sovraccaricanti n°= 6
- “letto ortopedico” – quindi non regolabile in altezza per il 28% di pazienti PC
- Letto regolabile in altezza fornito a 70 pazienti pari al 10 % di pazienti PC (con igiene al letto)
- 23 minuti di postura incongrua della spalla, e 23 minuti di postura incongrua per il rachide lombare qualora il letto non sia regolabile in altezza.

## ATTIVITÀ DI IGIENE IN BAGNO

Le attività di igiene in bagno vengono svolte per 1054 pazienti, ovvero il 45% del totale, con un tempo medio di 26 minuti per i PC, 29 minuti per NC. Per tali attività sono stati analizzati gli arredi, riscontrando presenza di sedia doccia fissa con altezza media di 52 cm e WC di 50 cm. Per 114 pazienti viene svolta attività in vasca fissa che induce posture incongrue del rachide lombare e della spalla - con tempo medio di esecuzione di 30 minuti.

I compiti sovraccaricanti per igiene in bagno a pazienti PC sono mediamente 3.



### Scenario 3. Attività di igiene in bagno per paziente parzialmente collaborante (PC)

Lo "scenario" identificabile per le attività di igiene in bagno a pazienti PC è:

- Tempo medio di esecuzione 29 minuti
- Numero complessivo di manovre sovraccaricanti  $n^{\circ}=3$
- 29 minuti che inducono postura incongrua del rachide e della spalla

### ATTIVITÀ SVOLTA A PAZIENTI AUTOSUFFICIENTI (A)

#### Scenario 4. Attività svolta a domicilio a pazienti autosufficienti

Lo "scenario" identificabile per le attività svolte a pazienti autosufficienti è il seguente:

- Tempo medio di permanenza a domicilio 38,7 minuti
- Per la maggioranza dei pazienti il tempo di permanenza varia da 25 a 60 minuti
- Attività a letto svolta per soli 7 pazienti (1,4% del totale dei pazienti autosufficienti) con sforzo percepito indotto da letti bassi e non regolabili (BORG 2,5)
- Attività svolta in bagno per 210 pazienti (40,7%) con un tempo medio pari a 31 minuti
- Per la maggior parte dei pazienti il tempo varia da 20 a 40 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.

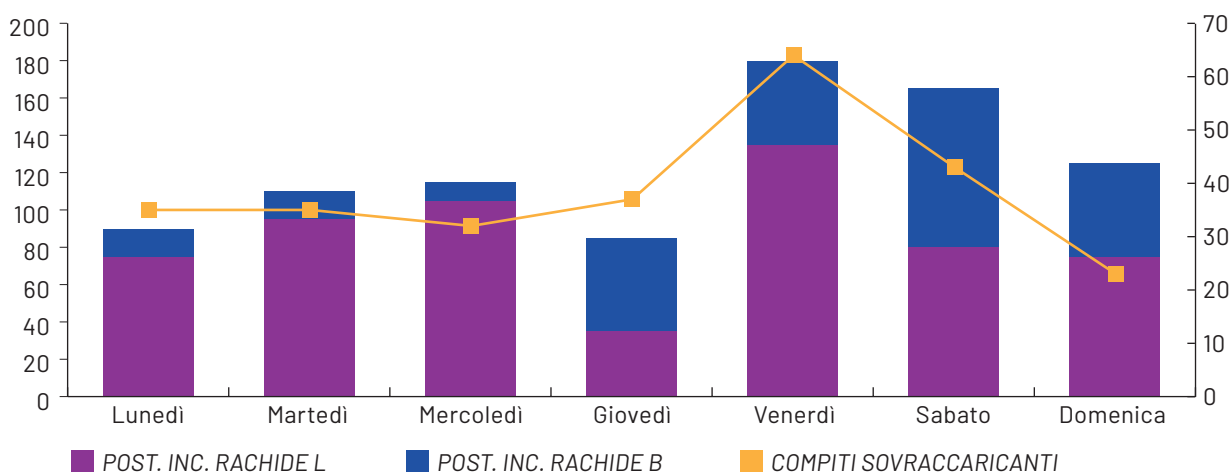
**Altre attività quali riordino/rifacimento letti** appaiono residuali per i pazienti non autosufficienti, circa 10 minuti, mentre per la maggior parte dei pazienti autosufficienti queste attività occupano dai 15 a 20 minuti.

Si è riscontrata infine la presenza di sollevatore ad imbragatura per 358 pazienti non autosufficienti su 1847 totali, 19% (rare volte sollevatore "attivo" o verticalizzatore).

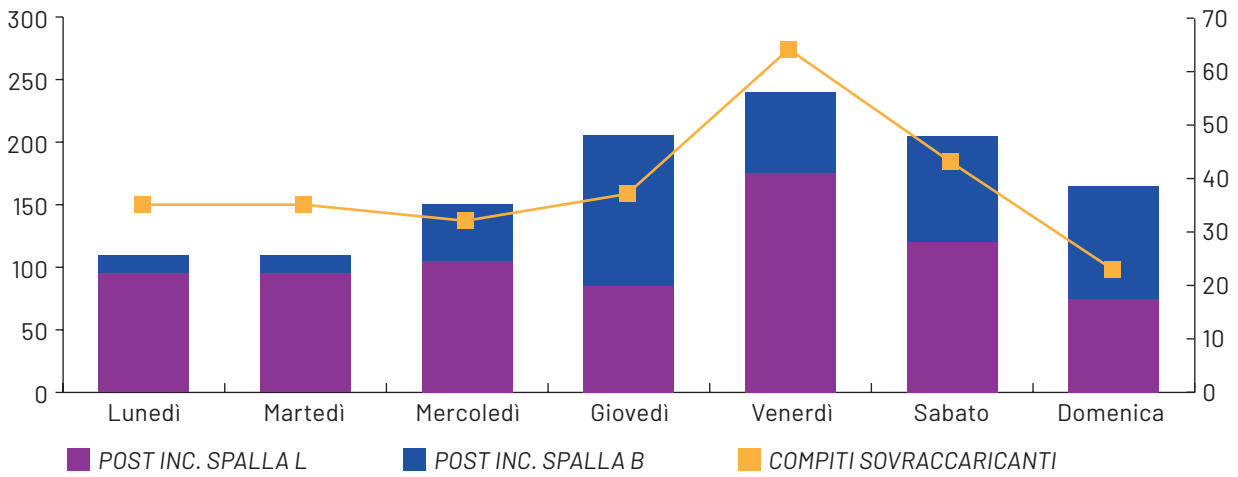
Sulla base dei dati raccolti da alcuni operatori socio-sanitari in giornate di lavoro consecutive (in 1 settimana) è stato possibile riepilogare analisi di carichi cumulati rappresentati dalla frequenza di compiti sovraccaricanti nella singola giornata lavorativa e dai minuti in postura incongrua suddivisi per rachide e spalla e per attività al letto (L) o in bagno (B).

A titolo di esempio si riporta l'analisi effettuata per due lavoratori OSS in due differenti settimane.

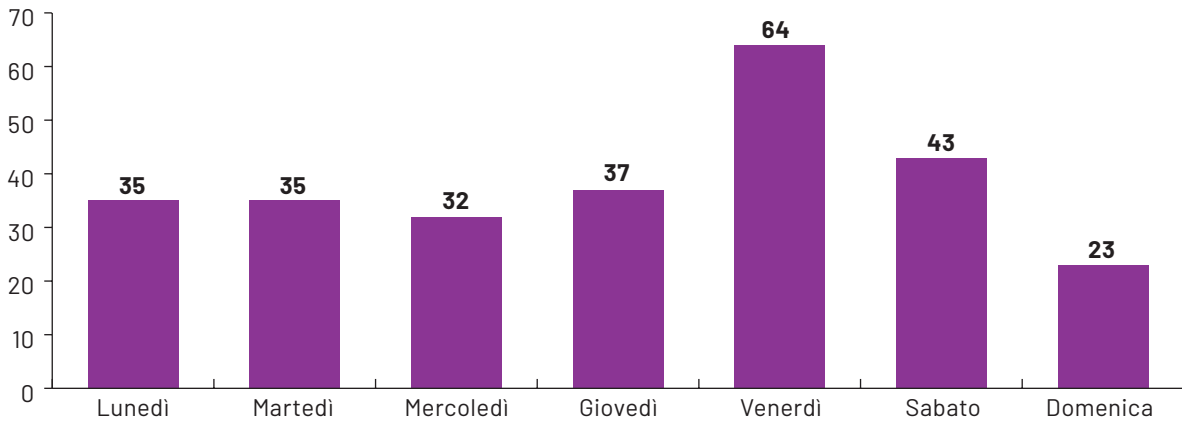
#### Operatore 1 sovraccarico rachide



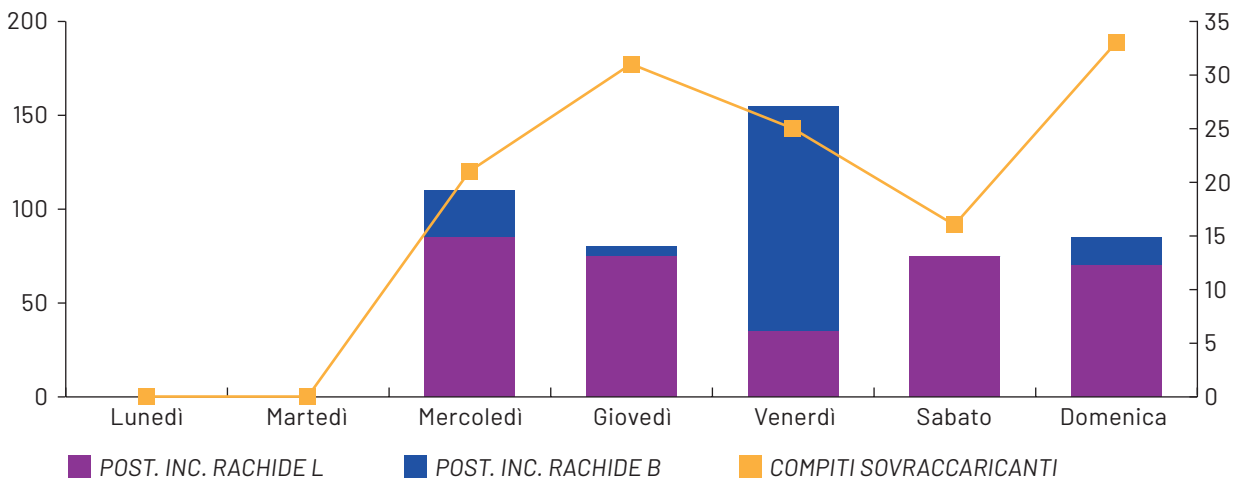
### Operatore 1 sovraccarico spalla



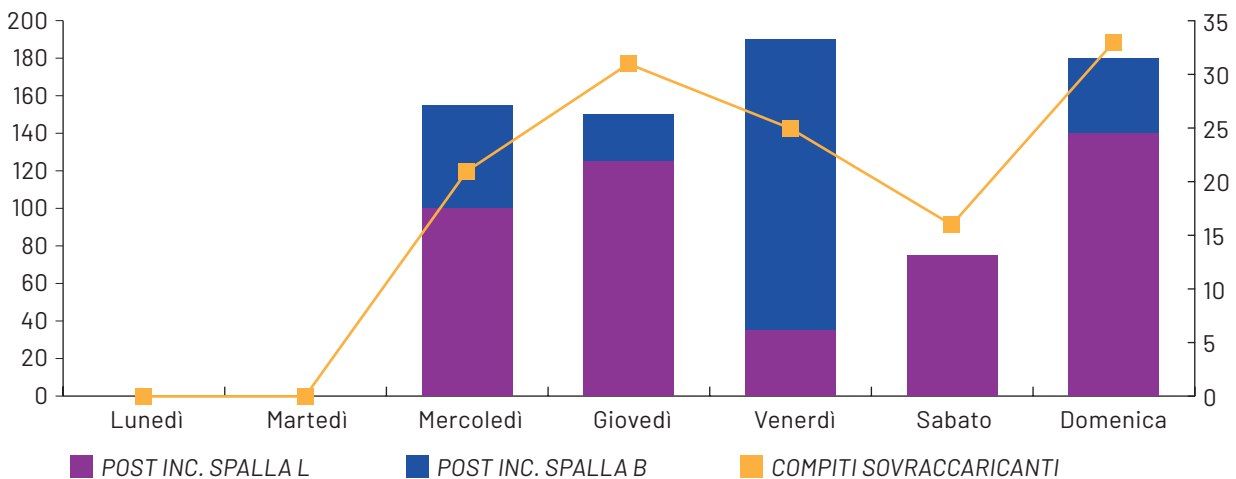
### Operatore 1 compiti sovraccaricanti



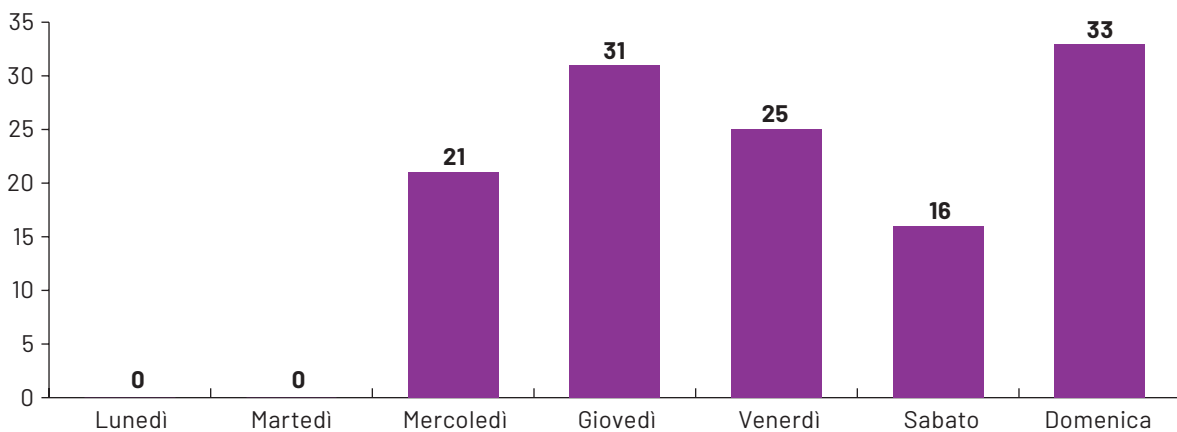
### Operatore 2 sovraccarico rachide



## Operatore 2 sovraccarico spalla



## Operatore 2 compiti sovraccaricanti



Come si può osservare nelle due settimane rappresentate per due lavoratori OSS nel primo operatore si evidenzia una assenza di giornate recupero e un sovraccarico biomeccanico particolarmente elevato per i distretti di spalla e rachide ed indotto dalla frequenza di compiti sovraccaricanti e dai minuti di postura incongrua per singolo distretto. Nel secondo operatore invece sono presenti due giornate di recupero settimanali, e i determinanti di esposizione restano gli stessi evidenziati nel primo operatore per le diverse giornate lavorative. I due casi descritti rappresentano il range possibile tra i determinanti fondamentali nella settimana intera di lavoro; si sottolinea che il turno complessivo raggiunge difficilmente le 7 ore, sebbene alcuni operatori effettuino doppio turno (mattino e pomeriggio). L'esposizione a sovraccarico biomeccanico nei servizi ADI/SAD appare particolarmente elevato e indotto dal contesto di lavoro in ambito domiciliare e dalla sostanziale assenza di arredi regolabili in altezza e di adeguate attrezzature.

La **stima dell'esposizione** per operatore SAD è pertanto ipotizzabile ricostruendo la giornata modale che deve 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;
- Numero di pz con sollevatore.

Attribuendo i risultati degli "scenari" a tali aspetti rilevati nella giornata modale, è possibile stimare l'esposizione a sovraccarico biomeccanico negli operatori OSS come:

- frequenza dei compiti sovraccaricanti (aspetto che coinvolge i distretti di rachide, spalla e ginocchio);
- tempo in postura incongrua (rachide lombare e spalla).

Per lo studio del carico cumulato è necessario analizzare un'intera settimana di lavoro dello stesso operatore.

## Erogazione del servizio SAD

Come già anticipato, il servizio 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.

Per l'attivazione del servizio è necessario rivolgersi agli assistenti sociali del Comune di residenza della persona disabile. Viene successivamente concordato un piano di assistenza personalizzato che definisce la frequenza degli accessi, la durata e la tipologia di prestazioni da assicurare.

Successivamente all'inserimento nel servizio viene concordato un piano di assistenza personalizzato che definisce la frequenza degli accessi, la durata e la tipologia di prestazioni da assicurare.

Sulla base del programma assistenziale individualizzato, l'assistenza domiciliare sociale garantisce, diverse prestazioni: dalla cura personale (ad esempio aiuto nell'igiene personale, nel vestirsi, nella somministrazione del cibo...) al supporto sociale nella vita quotidiana e supporto educativo, emotivo e psicologico.

Il percorso, nella sua completezza, prevede quindi 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 (Gazzetta Ufficiale n° 65 - 18-3-2017 "nomenclatore di protesi ed ausili secondo nuovi LEA");
- struttura finale di erogazione del servizio.

### Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

La valutazione della persona per cui si attiva il servizio, le prestazioni e gli ausili necessari e adeguati, sono un momento centrale di tutto il processo di attivazione e organizzazione e che può garantire sicurezza e confort sia per il paziente che per il lavoratore.

Le modalità di analisi e la struttura di un PAI possono agevolmente e proficuamente contenere entrambe le finalità e soggetti: assistito e operatore che assiste.

Per le finalità di questo documento, il PAI dovrebbe contenere:

1. caratteristiche della persona (grado di autosufficienza e peso);
2. tipologia di prestazione letta anche indicando i compiti (preferibilmente indicando le attività riferibili agli "scenari" di esposizione);
3. 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; eventuali ostacoli o barriere architettoniche);
4. richiesta di ausili adeguati al paziente, alla qualità di servizio fornita, che tuteli sia pazienti che famigliari/caregivers che lavoratori.

A tal fine si propone lo schema di analisi in allegato 1 - da utilizzare al momento della definizione del Piano di Assistenza Individualizzato.

### Il domicilio

La differenza radicale del domicilio che diventa anche ambiente lavorativo rispetto ad un altro luogo di lavoro che nasce a tale scopo è evidente.

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 esposizione 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).

Entrambe queste fasi hanno sicuramente molta rilevanza per la scelta degli ausili e poi per la proposta di eventuali adeguamenti di spazi e arredi senza dimenticare l'organizzazione degli interventi (1 o 2 operatori).

## Individuazione e prescrizione di ausili

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.

## 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.

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.

## Ruolo, responsabilità e difficoltà per le strutture erogatrici del servizio

Un Piano Mirato ha di per sé soprattutto finalità di promozione della prevenzione.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, riconosce infatti nel Piano Mirato di Prevenzione (PMP) 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. Il PMP si configura come un modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto alle imprese nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro, da attivare in tutte le Regioni.

Il Piano Mirato di Prevenzione si configura come un percorso che preveda: progettazione condivisa individuazione di indicatori per la verifica dell'efficacia dell'azione; individuazione delle Aziende da coinvolgere e informazione su obiettivi, modalità e strumenti di supporto caratterizzanti l'intervento; formazione e informazione alle varie figure aziendali su metodologie e strumenti tecnici, incentivazioni, buone prassi organizzative e accordi di contesto utili al miglioramento delle performance di salute e sicurezza del lavoro in ottica gestionale; monitoraggio/controllo durante il periodo dell'intervento; verifica dell'efficacia dell'intervento di prevenzione; piano di comunicazione e condivisione dei risultati.

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.

In un contesto di responsabilità sociale il miglioramento di ogni strumento e percorso sono sicuramente un valore non rinunciabile.

## 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 dell'esposizione faciliterà al medico competente l'adempimento medico legale in caso di sospetta malattia professionale.

La riduzione dell'esposizione (soprattutto con l'adozione di ausili) e la sua valutazione potrà consentire una migliore gestione dei casi di limitazione di idoneità.

# Soluzione (riduzione del rischio)

Sulla base dei dati precedentemente riportati (scenari) ed inerenti il rischio specifico si possono ipotizzare le seguenti azioni per la riduzione dell'esposizione:

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
6. In allegato 3 si fornisce uno strumento utile per l'emersione dei disturbi/patologie muscoloscheletriche (strumento utile per la sorveglianza sanitaria)

## 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.

La complessità della rete attivata comporta la presenza di vincoli importanti per la struttura finale di erogazione del servizio, non ultima la caratteristica del luogo dove il servizio viene erogato (un domicilio) che è anche il luogo di vita dell'assistito, della sua famiglia, dei caregiver.

Nell'ambito di questa proposta di buona pratica è pertanto ipotizzabile la promozione di diversi strumenti e di loro caratteristiche che in vari momenti possono facilitare il miglioramento del servizio sia relativamente alla tutela della salute dei lavoratori coinvolti (scopo principale del programma del piano regionale in cui si colloca questa buona pratica) sia la sicurezza dell'assistito.

Si individuano in tal senso 4 principali strumenti:

1. Caratteristiche del Piano di Assistenza individualizzato (PAI) per la descrizione della persona, del servizio richiesto, del domicilio (ambienti e arredi) degli ausili presenti o utili e prescrivibili (Allegato 1);
2. Scheda per la descrizione delle condizioni di sovraccarico biomeccanico (Allegato 2);
3. Strumento per la rilevazione dei dati della sorveglianza sanitaria (Allegato 3);

- Schede di descrizione degli ausili disponibili nel nomenclatore tariffario e fruibili per tutti soggetti coinvolti (redattore del PAI, prescrittore, struttura erogatrice, caregiver), presenti nella Banca delle Soluzioni (<http://safetyengineering.din.unibo.it/banca-delle-soluzioni>).

La proposta si colloca in un chiaro contesto di intersectorialità, indispensabile per la gestione di questo rischio, e pertanto saranno adottate azioni di coinvolgimento rivolte alle strutture erogatrici le cui azioni potranno essere di adozione degli strumenti proposti ai punti 3 e 4.

Per la adozione della scheda di cui al punto 1 saranno attivate azioni di coinvolgimento dei soggetti istituzionali competenti al rilascio degli accreditamenti socio-sanitari (SIC) che sono di norma Comuni capofila o Unioni di Comuni, azioni in coordinamento con l'Area Integrazione sociosanitaria - Non autosufficienza - Regione Emilia-Romagna.

La disponibilità delle schede indicate al punto 2 sarà garantita da uno specifico gruppo di lavoro regionale.

## Efficacia

Per la valutazione di efficacia relativamente all'adozione delle indicazioni contenuti nella presente buona pratica, si individuano i seguenti indicatori:

- Percentuale di adozione di struttura del Piano di Assistenza individualizzato (PAI) corrispondente agli elementi individuati;
- Percentuale di adozione della scheda di quantificazione dell'esposizione da parte delle strutture erogatrici del servizio;
- Percentuale di adozione di uno strumento concordato nel contesto del piano mirato per la rilevazione dei dati della sorveglianza sanitaria (vedi Buona pratica di sorveglianza sanitaria);
- Disponibilità delle schede di descrizione degli ausili nella Banca delle Soluzioni.

## Costi / benefici

I risultati attesi dall'adozione della buona pratica e dallo svolgimento del piano mirato sono i seguenti:

- Diminuzione dell'esposizione a sovraccarico biomeccanico dei lavoratori e dei caregiver;
- Diminuzione degli infortuni e degli infortuni da sforzo, delle malattie professionali e delle limitazioni delle idoneità nei lavoratori delle strutture erogatrici del servizio;
- Emergenza malattie professionali;
- Maggiore sicurezza per gli assistiti (con ausili utilizzabili anche dai caregiver o dai familiari);
- Ottimizzazione della spesa per ausili per l'adozione di ausili appropriati.

## Allegato 1. Integrazione del Piano di Assistenza individualizzato (PAI)

Identificativo della scheda:		
<b>PROVINCIA:</b>	<b>DISTRETTO:</b>	
<b>COMUNE:</b>	<b>Area di intervento (ADI/SAD):</b>	

**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' \_\_\_\_\_

**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:



<u>ATTREZZATURE GIÀ IN DOTAZIONE</u>	<u>ATTREZZATURE DA PRESCRIVERE</u>
<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 <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Bariatrico	<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 <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Bariatrico
<u>MODIFICHE AMBIENTALI</u>	
<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	
<u>NOTE:</u>	

#### LEGENDA COMPILAZIONE SCHEDA INTEGRAZIONE PER PAI

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

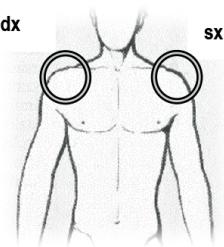
## Allegato 2. Descrizione delle condizioni di sovraccarico biomeccanico

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

<b>DESCRIZIONE ASSISTITI IN 1 SETTIMANA</b>							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti da Sollevare Completamente = <b>NC</b>							
N° di assistiti da Sollevare Parzialmente = <b>PC</b>							
N° di assistiti autosufficienti = <b>A</b>							
N° di assistiti con <b>Peso &gt; 100 kg</b>							
<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' AL LETTO E DEGLI ARREDI</b>							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti <b>NC con attività di igiene al letto</b>							
N° di assistiti <b>PC con attività di igiene al letto</b>							
N° di <b>letti con manovelle</b> per testiera e pediera							
N° di <b>letti regolabili elettricamente in altezza</b>							
N° di assistiti <b>NC/PC con sollevatore</b>							
<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' IN BAGNO</b>							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti <b>NC con attività di igiene in bagno</b>							
N° di assistiti <b>PC con attività di igiene in bagno</b>							
N° di assistiti con <b>attività di igiene in vasca fissa</b>							
<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RIORDINO / PULIZIA / COMPAGNIA / MONITORAGGIO</b>							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti <b>NC/PC</b> che necessitano di tale attività							
N° di assistiti <b>Autosufficienti (A)</b> che necessitano di tale attività							
<b>AMBIENTI – ATTIVITA' EFFETTUATA IN COPPIA</b>							
	Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab	Dom
N° di assistiti con <b>ristrutturazione ambienti finanziato</b>							
N° di assistiti con <b>attività in coppia</b> (due operatori <b>OSS</b> )							
N° di assistiti con <b>attività in coppia</b> (con <b>caregiver</b> della famiglia)							
<b>NOTE – ASPETTI DI INTERESSE</b>							

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

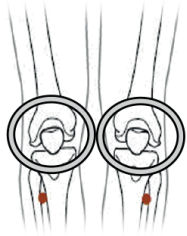
DATI ANAGRAFICI			
Cognome e nome:		Data visita:	
Gestore:		Età:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Anzianità lavorativa nell'attuale azienda:		Limitazioni lavorative per WMSDs: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Se SI per patologie <input type="checkbox"/> Rachide <input type="checkbox"/> Arti superiori <input type="checkbox"/> Arti inferiori			

A-SPALLE: DISTURBI NEGLI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE				
<b>A1-SPALLE</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<b>QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI (ANNO)=</b>		DX	SX
	<b>RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:</b>	Dolore ai movimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci	Dolore a riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HA EFFETTUATO:</b>	<b>SOGLIA POSITIVA=</b> presenza di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> dolore continuo o subcontinuo	oppure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica.	<input type="checkbox"/> dolore durato almeno 7 giorni nell'ultimo anno	oppure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> dolore almeno 1 volta al mese nell'ultimo anno			
<input type="checkbox"/> Ecografia / RMN				
<b>N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI SPALLE</b>			<b>N°</b>	
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"/>

B-RACHIDE LOMBARE: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE				
<b>RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:</b> <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci  <b>HA EFFETTUATO:</b> <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC/RMN	<b>B1-LOMBOSACRALE (FASTIDIO, DOLORE) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</b>			
	<b>RARAMENTE</b>	<b>ALMENO 3 – 4 EPISODI DELLA DURATA DI MINIMO 3 GIORNI</b>	<b>ALMENO 3 – 4 EPISODI CON ANTIDOLORIFICI</b>	<b>QUASI TUTTI I GIORNI</b>
	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> <b>FASTIDIO</b>
	<input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> <b>DOLORE</b>	<input type="checkbox"/> <b>DOLORE</b>	<input type="checkbox"/> <b>DOLORE</b>
	<b>SOGLIA POSITIVA (SOLO IN "GRASSETTO" ) <input type="checkbox"/></b>			
	<b>N° DI GIORNI DI ASSENZA DAL LAVORO PER DOLORI RACHIDE=</b>			
<b>B2-LOMBALGIA ACUTA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Numero totale di episodi acuti =			
N° di lombalgie acute nell'ultimo anno=	<input type="checkbox"/> <b>ALMENO 1 EPISODIO DI LOMBALGIA ACUTA ULTIMO ANNO</b>			
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?	

**E-GINOCCHI: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE**

**C1- 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**

**C2-ARTI INFERIORI DIAGNOSI GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)**

PATOLOGIE DEGENERATIVE/MENISGOPATIE GINOCCHIO

SI

NO

RX

RMN/ECO

QUANDO?

**ASSENZE PER MALATTIA ULTIMI 12 MESI (qualsiasi patologia)**

N° di giorni \_\_\_\_\_

**NOTE DI RILIEVO PER WMSDs ( a cura del MEDICO COMPETENTE)**

