



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

istano Scritto  Regione
Lombardia



INCONTRO RLS SANITA' – CHECKLIST PER RLS - DISCUSSIONE





**valutazione
del rischio**

**STRATEGIE SCELTA
AUSILI**

valutazione di aspetti
**SULLA CARTA TUTTI QUESTI ASPETTI SONO STATI EFFETTUATI,
MA SONO SERVITI?
PER LA GESTIONE
MACROERGONOMICA**

**FORMAZIONE
E VERIFICA EFFICACIA**

**SORVEGLIANZA
SANITARIA per
Rischio specifico**



Premessa di carattere generale

**Non importa come fai ad
ottenere un risultato basta
che raggiungi l'obiettivo !!!!!**

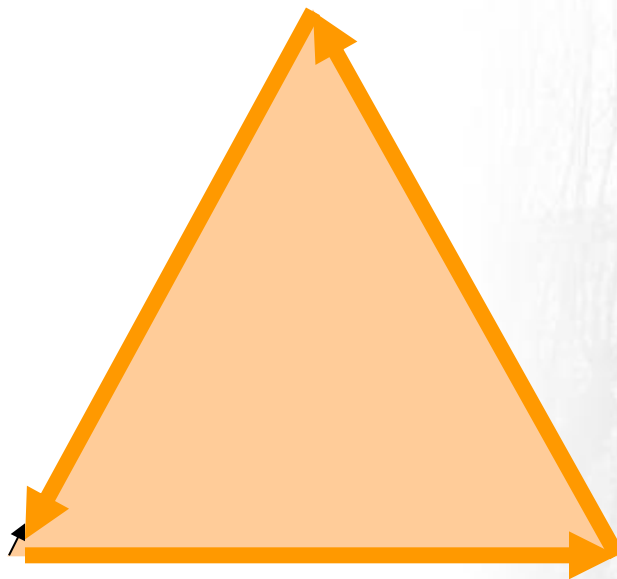


Il triangolo delle responsabilità

Direzione
Generale

Dirigenti

Preposti





Il triangolo delle competenze

RSPP

MEDICO
COMPETENTE

Rappresentanti
dei Lavoratori



Cosa può fare l'RLS?

Valutare i requisiti minimi di un DVR per la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico del Rachide

- Conoscenza dell'organizzazione del lavoro;
- Sopralluogo in reparto;
- Identificare il pericolo
- Stimare la presenza di rischio



I PRIMI INDICATORI DI DANNO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

Analisi infortuni: DESCRIZIONE E DIAGNOSI
.....**STRAPPO MUSCOLARE ALLA SPALLA...**
....**LOMBALGIA ACUTA.....**
...**TENDINITE.....**

Interpretare la relazione annuale sulla Sorveglianza Sanitaria
degli Esposti: con **LIMITAZIONI LAVORATIVE PER WMSDs**



CHECKLIST PER RLS

Checklist per RLS

*la verifica del Documento di Valutazione del Rischio Movimentazione
Pazienti*

A. FONDAMENTALI CARATTERISTICHE STRUTTURA:

n° reparti degenza _____ n° blocchi operatori _____ n° PS _____
servizi riabilitazione _____ servizi radiologia _____ n° esposti _____
Eventuale ristrutturazione nei 3 anni di osservazione **SI** **NO**

NOTE



1° PARTE

Checklist per RLS: verifica di gestione del Rischio da Movimentazione Pazienti

A. FONDAMENTALI CARATTERISTICHE STRUTTURA:

n° reparti degenza _____ n° blocchi operatori _____ n° PS _____
 servizi riabilitazione _____ servizi radiologia _____ n° esposti a MMP _____
 Eventuale ristrutturazione negli ultimi 3 anni **NO** **SI - DOVE** _____

NOTE

1. QUESITI PRELIMINARI

- 1.1 L'attività assistenziale svolta comporta movimentazione pazienti? **NO** **SI**
- 1.1 **bis** La movimentazione pazienti si svolge in tutti i settori citati nella sezione A? **NO** **SI**
- 1.2 Se SI, è stata effettuata la valutazione del rischio? **NO** **SI** **Non in tutti i settori**
- 1.3 Quale metodologia è stata utilizzata?
 MAPO **ALTRE METODOLOGIE**
- 1.4 La metodologia applicata viene descritta nel documento? **NO** **SI**



2. ANALISI DOCUMENTO di RISCHIO

2.1 Viene riportata una **presentazione generale** della struttura?

NO **SI**

2.2 Per **OGNI REPARTO /SETTORE** vengono definiti specificamente gli **elementi organizzativi** **NO** **SI**

Se si, quali:

- Organico adibito alla MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI (MMP)
- Suddivisione dell'organico in categorie professionali (Infermieri, OSS/OTA/ASA)
- N° operatori addetti alla MMP per ogni turno
- N° letti presenti
- N° abituale di pazienti presenti da sollevare totalmente (NC) o parzialmente (PC)
- N° di operatori adibiti a MMP formati, durata del corso, periodo di effettuazione del corso

2.3 La valutazione condotta ha comportato l'effettuazione di **colloquio** con caposala o con personale competente per fornire gli aspetti organizzativi ed in particolare l'elenco dei compiti effettuati per ogni turno ? **NO** **SI**

2.4 E' stato effettuato **sopralluogo** finalizzato alla verifica degli aspetti organizzativi e delle caratteristiche ambientali? **NO** **SI**

2.5 Per ogni reparto/settore viene riportato:

2.5.1 unicamente il **risultato sintetico (indice) della valutazione** condotta **NO** **SI**

2.5.2 il valore di tutti i **determinanti di rischio** nonché il **valore finale (indice)** **NO** **SI**



2.5 Per ogni reparto/settore viene riportato:

- 2.5.1 unicamente il risultato sintetico (indice) della valutazione condotta NO SI
- 2.5.2 il valore di tutti i determinanti di rischio nonché il valore finale (indice) NO SI
- 2.5.3 la scheda di rilevazione del rischio comprensiva di colloquio e sopralluogo NO SI
- 2.5.4. la presenza di sollevatori/ausili minori e relativa % di reale utilizzo NO SI

Il risultato della valutazione condotta è stato espresso in termini di:

Reparto	INDICE MAPO	LIVELLO DI ESPOSIZIONE				Altro criterio di classificazione
		Assente	Trascurabile	Medio	Elevato	
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						
8)						



2° PARTE

2.5.3 la scheda di rilevazione del rischio comprensiva di colloquio e sopralluogo

 NO SI

2.5.4. la presenza di sollevatori/ausili minori e relativa % di reale utilizzo

 NO SI**Il risultato della valutazione condotta è stato espresso in termini di:**

Reparto	INDICE MAPO	LIVELLO DI ESPOSIZIONE				Altro criterio di classificazione
		Assente	Trascurabile	Medio	Elevato	
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						
8)						
9)						
10)						
11)						

2..6 **L'esposizione** valutata, ha comportato la predisposizione di un **PROGRAMMA di interventi di bonifica del RISCHIO?** NO SI2.6.1 Gli interventi programmati sono stati **previsti nel periodo** _____2.6.2 Analisi degli **INTERVENTI** predisposti per ogni reparto/settore:



2.7 SORVEGLIANZA SANITARIA: sono stati predisposti e sono disponibili protocolli specifici per esposizione a sovraccarico biomeccanico WMSDs? **NO** **SI**

2.7.1 Verificare se nella **RELAZIONE SANITARIA ANNUALE** sono riportati i seguenti dati:

- NUMERO ESPOSTI** a rischio MMP: n° _____
- Idoneità con **LIMITAZIONI / prescrizioni**: n° soggetti _____
- PREVALENZA** Limitazioni per WMSDs negli esposti : _____% (N° soggetti con limitazioni/ N° totale esposti a MMP)
- PATOLOGIE** Rachide Dorso–Lombare : n° soggetti _____
- PATOLOGIE SPALLA** (TENDINOPATIE): n° soggetti _____
- PREVALENZA LOMBALGIE ACUTE** ultimo anno: _____

2.8 IL REGISTRO INFORTUNI RIPORTA NELL'ULTIMO ANNO EPISODI DI:

- Strappi muscolari /lesioni da strappamento rachide dorso lombare;
- Strappi muscolari spalle;
- Lombalgie acute;
- Tendiniti arti superiori (tendiniti spalla; epicondiliti)



3. ERRORI CHE COMUNEMENTE SI RILEVANO:

3.1 CALCOLO DEL PERSONALE ADIBITO – NELLE 24 ORE – A MMP:

3.1.1 Organico totale pari al numero di operatori addetti alla MMP nelle 24 ore

3.1.2 Includere nel calcolo degli operatori anche personale non adibito a MMP

P.S. Al fine di effettuare una adeguata **programmazione dei diversi turni** effettuati dall'**organico di reparto** occorre trovare uno "scarto" tra organico di reparto ed organico presente nei tre turni.

3.2 ERRATA ATTRIBUZIONE DEL FATTORE SOLLEVATORI (FS) O FATTORE AUSILI MINORI (FA)

3.2.1 Mancata descrizione delle manovre/compiti ausiliati nei tre turni

3.2.2 Presenza di sollevatori/ausili minori in assenza di verifica del loro reale utilizzo (non si raggiunge il 90% di manovre ausiliate)

3.2.3 Attribuzione di un valore demoltiplicante adeguato anche se gli ausili sono condivisi con altri reparti

3.2.4 Attribuzione di un valore demoltiplicante nonostante non vengano mai utilizzate le attrezzature (se non eccezionalmente – es. pazienti obesi)

3.2.5 Carenza di congruenza tra gli ausili presenti e i compiti di movimentazione dichiarati come ausiliati

3.3 ERRATA ATTRIBUZIONE DEL FATTORE FORMAZIONE (FF)

3.3.1 Attribuzione di valore demoltiplicante anche per corsi effettuati prima di 24 mesi dalla data di rilevazione del rischio

3.3.2 Attribuzione di valore demoltiplicante anche in presenza di una percentuale di personale formato < al 75%



AL FINE DI EFFETTUARE LA VERIFICA DEI DATI DICHIARATI, VISITARE UN NUCLEO/REPARTO:

Il **numero di Operatori** addetti alla MMP e presenti nel turno (durante il sopralluogo) corrisponde a quanto dichiarato dalla caposala? **NO** **SI**

→Inoltre Chiedere agli operatori presenti al sopralluogo:

Quanti sono gli operatori del turno di notte impegnati unicamente in questo reparto:

n° _____

Quanti sono i pazienti da sollevare completamente (NC): n° _____

CONSIDERAZIONE FINALE

In assenza di ristrutturazione e piano di prevenzione attuato, è difficile trovare un ospedale/RSA con indici di rischio da sovraccarico biomeccanico trascurabile

corrisponde a quanto dichiarato dalla caposala? **NO** **SI**

Numero **carrozine** in dotazione al reparto /nucleo n° _____

corrisponde a quanto dichiarato dal DVR? **NO** **SI**

La tipologia degli **spazi** e degli **arredi dei bagni** consente l'uso delle attrezzature che ausiliano la movimentazione pazienti? **NO** **SI**

La tipologia degli **spazi** e degli **arredi delle camere di degenza** consente l'uso delle attrezzature che ausiliano la movimentazione pazienti? **NO** **SI**

Le caratteristiche del **corso di formazione** che riferiscono gli operatori presenti corrispondono per numero di ore/periodo di effettuazione/tipologia a quanto dichiarato? **NO** **SI**



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Istituto Istituto  Regione Lombardia



DISCUSSIONE