



Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva
UOC **MEDICINA del LAVORO** - Direttore: **Dott. Luciano Riboldi**

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 sì, 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**



2.5.3 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 SI

2.6.1 Gli interventi programmati sono stati **previsti nel periodo** _____

2.6.2 Analisi degli **INTERVENTI** predisposti per ogni reparto/settore:

REPARTO/SETTORE :							
AUSILI MAGGIORI: N° ed utilizzo abituale				AUSILI MINORI: N° ed utilizzo abituale			
AUSILI MAGGIORI	N°	Abitualmente utilizzati	Usati eccezionalmente	AUSILI MINORI	N°	Abitualmente utilizzati	Usati eccezionalmente
SOLLEVATORE PASSIVO su ruote:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TELI ALTO SCORRIMENTO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SOLLEVATORE A SOFFITTO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TAVOLA ALTO SCORRIMENTO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
BARELLA REGOLABILE in altezza:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SOLLEV. SU RUOTE ATTIVO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
BARELLA REGOLABILE in altezza		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CINTURE ERGONOMICHE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
LETTI ELETTRICI A TRE SNODI E 4 SEZIONI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DISCO O RULLO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



RIEPILOGO PER TUTTA L'AZIENDA

AZIONE (acquisizione, interventi organizzativi)	DESCRIZIONE	TEMPI	
		Programmate ANNO	Adottate ANNO
A. Ausilazione: Sollevatori	(tipo e n°)		
B. Ausilazione : Letti	(tipo e n°)		
C. Ausili minori : Teli, tavole alto scorrimento, cinture ergonomiche. altro	(tipo e n°)		
D. Ausili igiene: Barella doccia, Vasca attrezz. Doccia attrezz.	(tipo e n°)		
E. Formazione	(tipo e n°operatori coinvolti)		
F. Organizzazione N° add.mmp, Turni, Procedure, istruzioni operative			

3. SORVEGLIANZA SANITARIA: sono stati predisposti e sono disponibili protocolli specifici per Patologie e disturbi muscoloscheletrici ? **NO** **SI**

3.1 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: _____

3.2 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)

4. ERRORI CHE COMUNEMENTE SI RILEVANO:





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

- Organico totale pari al numero di operatori addetti alla MMP nelle 24 ore
- Includere nel calcolo degli operatori anche personale non adibito a MMP

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.

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

- Presenza di sollevatori/ausili minori in assenza di verifica del loro reale utilizzo (non si raggiunge il 90% di manovre ausiliate)
- Attribuzione di un valore demoltiplicante adeguato anche se gli ausili sono condivisi con altri reparti
- Carenza di congruenza tra gli ausili presenti e i compiti di movimentazione dichiarati come ausiliati

4.3 ERRATA ATTRIBUZIONE DEL FATTORE FORMAZIONE (FF)

- Attribuzione di valore demoltiplicante anche per corsi effettuati prima di 24 mesi dalla data di rilevazione del rischio e con 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° _____

Quanti sono i pazienti da sollevare parzialmente (PC): n° _____

Il numero e la tipologia di attrezzature presenti in reparto corrisponde a quanto dichiarato nel colloquio: NO SI

→ Per verificare l'utilizzo dei **SOLLEVATORI** indicare se :

- Presente e disponibile sul piano Non condiviso con altri nuclei Con batteria carica

Ausili minori (teli/tavole alto scorrimento): n° _____

→ **verificare se :**

- Presenti e disponibili sul piano Non condivisi con altri nuclei Presenti ma ancora confezionati

Numero di letti elettrici regolabili in altezza e a 3 snodi : n° _____

(per verificare la presenza dei 3 snodi, far sollevare il materasso)

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

