



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Settore Sanitario Regione Lombardia



# LA GESTIONE DEL RISCHIO MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI IN AMBITO SANITARIO



**OLGA MENONI**

[epmospedali@tiscali.it](mailto:epmospedali@tiscali.it)



# GLI "ATTORI" DEL PROCESSO DI GESTIONE

**DIRETTORE GENERALE  
RSPP, RIs**

**MEDICO  
COMPETENTE**

**LA GESTIONE DEL RISCHIO  
DA MOVIMENTAZIONE MANUALE  
PAZIENTI IN OSPEDALE/RSA**

**SITRA**

**CAPOSALA**

**"FORMATORI"**

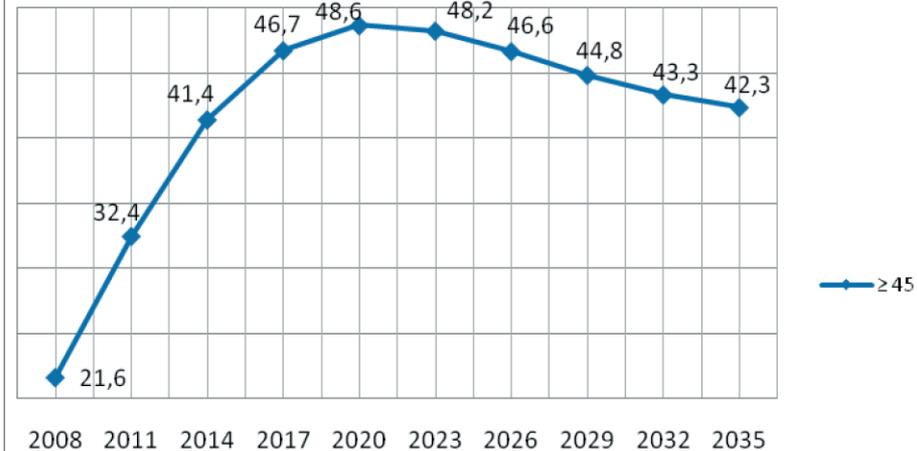
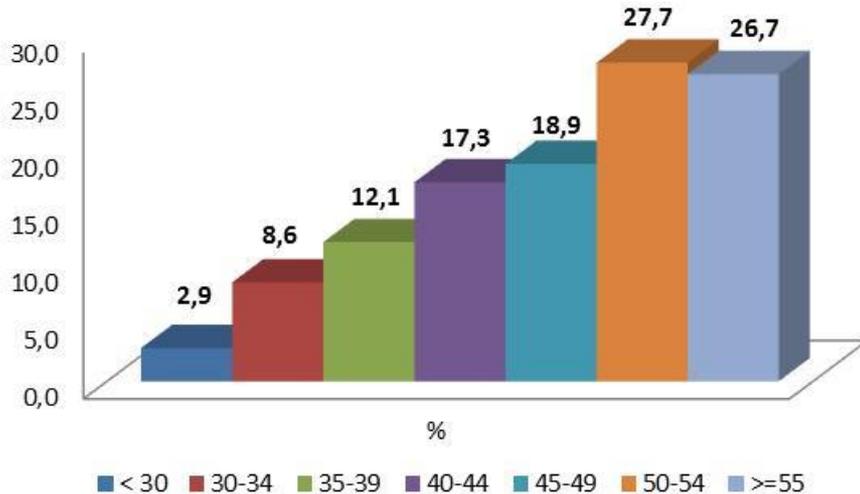


# IL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI IN OSPEDALE

## 2011 – 2021 “STIMA DEL TREND DI INVECCHIAMENTO POPOLAZIONE INFERMIERISTICA”

(Guardini I, Deroma L et al 2011 – G. Ital. Med Lav Erg)

Inidoneità a MMC certificate al 2008 (infermieri N=2256)



**Prevenzione WMSDs e gestione dei soggetti patologici**



FONDAZIONE IRCCS CA' GIULIA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Regione  
Lombardia



# ***GESTIONE AZIENDALE COLLOCAZIONE LAVORATIVA***

**MEDICO  
COMPETENTE**

**Gestione dei soggetti  
con ridotte  
capacità lavorative**

**SITRA  
UFFICIO TECNICO**

**“FORMATORI”**

**DIRETTORE GENERALE  
RSPP, RiS**



# PREMESSE

**IL GIUDIZIO DI IDONEITA', NEI CASI PROBLEMATICI, E' DI FATTO LA RICERCA DI UN RAGIONEVOLE COMPROMESSO TRA CONDIZIONI INDIVIDUALI DI SALUTE E SPECIFICA CONDIZIONE DI LAVORO.**

**IL MEDICO DEL LAVORO (COMPETENTE) E' IL CONSULENTE AZIENDALE RESPONSABILE DELLA SALUTE DEI LAVORATORI**

**E DEVE GESTIRE I GIUDIZI DI IDONEITA' A 360° GRADI OCCUPANDOSI, OLTRE CHE DELLA LORO FORMULAZIONE, DI TUTTI GLI ASPETTI DEL CONCRETO REINSERIMENTO LAVORATIVO**

**DEI CASI PROBLEMATICI**

**ASSIEME AGLI ALTRI PROTAGONISTI AZIENDALI.**





# Idoneità e Indice MAPO

## • Proposta 1999:

- Patologie gravi ▶ Assenza di MMP
- Se non possibile MAPO fascia verde
- Se non possibile Mapo fascia gialla ( la più bassa)

**Ricerca del miglior abbinamento possibile fra patologia e livello di esposizione**

## • Proposta 2006:

- Patologie gravi ▶ MAPO fascia verde o nullo
- Patologie medie ▶ MAPO fascia gialla

**Se presenti... uso obbligatorio degli ausili e controllo del carico biomeccanico complessivo**





FONDAZIONE IRCCS CA' GIULIA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Regione  
Lombardia



Unità di  
Ricerca



# Proposta 2010:

## Possibilità di personalizzare i criteri rispetto alle diverse attività descritte nella scheda MAPO

**Ciò vuol dire che il medico competente aziendale deve evitare di esprimere giudizi generici (del tipo: idoneo solo a reparti con Indice Mapo < 1,5) , ma deve cercare di declinare gli indirizzi ai concreti compiti assegnabili al lavoratore interloquendo anche con gli altri protagonisti aziendali (DDL; SPP; SITRA)**

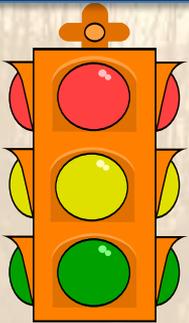
***Va tenuta ferma in ogni caso la necessità di uno stretto follow-up clinico dei lavoratori coinvolti oltre che di un impegno a un miglioramento continuo delle condizioni di movimentazione che coinvolgono questi soggetti.***



# Gestione dei soggetti con ridotte capacità lavorative

COME LEGGERE ED INTERPRETARE LA  
SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO

Indice MAPO



QUALI  
ASPETTI / PARAMETRI  
CI SAREBBERO  
ULTERIORMENTE  
UTILI ???

**STRUMENTI PER IL MEDICO COMPETENTE**



1°

## TIPOLOGIA DI TURNI EFFETTUATA DAI LAVORATORI NEL SETTORE ANALIZZATO

2°

## CALCOLARE PERCENTUALE DI SOLLEVAMENTI SPOSTAMENTI AUSILIATI PER TURNO

	1° turno	2° turno	3° turno
% di compiti ST ausiliati	57	40	0
% di compiti complessivi ausiliati (ST ed SP)	29	17	0

ELEMENTI TRATTI DALLA SCHEDA MAPO COMPILATA



# COSA SI ASPETTANO SITRA E COORDINATORI DI REPARTO PER RIUSCIRE A GESTIRE ???

**INDICAZIONI SPECIFICHE DI ATTIVITA' IN TERMINI DI  
COMPITI ED OPERAZIONI REALMENTE GESTIBILI NELLA  
REALTA' IN ESAME**

CONFRONTO SU  
ASPETTI ORGANIZZATIVI  
(TURNI – MALATTIE – FERIE – NUMERO OP. PER TURNO – ALTRE  
LIMITAZIONI=>ORGANICO REALE)

SCHEDA MAPO (PARTE DESCRITTIVA)





**MANCA FORMAZIONE  
 ADEGUATA E  
 PERMANENTE**

	Sollevamento totale (ST) AUSILIATO (SOLLEVATORE – LETTO) ma permangono modalità scorrette			Spostamento Parziale (SP) AUSILIATO ma permangono modalità scorrette		
	mattino	pomeriggio	notte	mattino	pomeriggio	notte
	G	H	I	L	M	N
<input type="checkbox"/> sollevamento verso il cuscino	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
<input type="checkbox"/> rotazioni nel letto (per cambio decubito)				□□□□□	□□□□□	□□□□□
x <input type="checkbox"/> letto degenza/carrozzina e viceversa	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> sollevamento da seduto a stazione eretta				□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> letto degenza/barella e viceversa	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> carrozzina/wc e viceversa	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> altro	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> altro	□□	□□	□□	□□	□□	□□

**OPERAZIONI MMPz  
 SEMPRE AUSILIATE +  
 FORMAZIONE PERMANENTE**

	Sollevamento totale (ST) AUSILIATO (SOLLEVATORE – LETTO – A MINORI) ma CON FORMAZIONE			Spostamento Parziale (SP) AUSILIATO ma CON FORMAZIONE		
	mattino	pomeriggio	notte	mattino	pomeriggio	notte
	G	H	I	L	M	N
<input type="checkbox"/> rotazioni nel letto (per cambio decubito)	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
x <input type="checkbox"/> letto degenza/carrozzina e viceversa	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> sollevamento da seduto a stazione eretta				□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> letto degenza/barella e viceversa	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> carrozzina/wc e viceversa	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> altro	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<input type="checkbox"/> altro	□□	□□	□□	□□	□□	□□



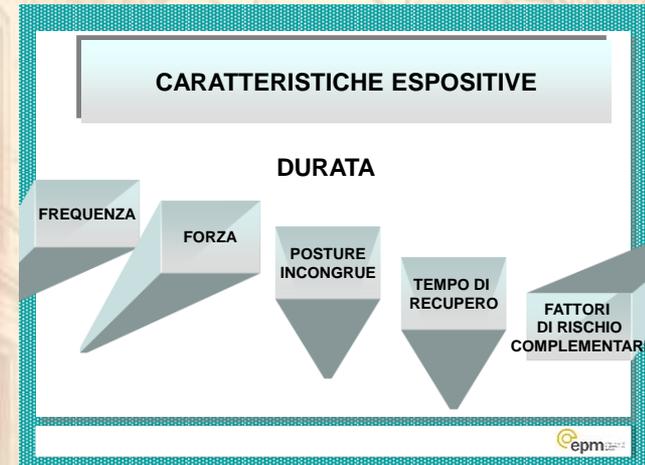
# LA GESTIONE DEL RISCHIO ARTI SUPERIORI

I PRIMI DATI EMERGENTI DALLA SORVEGLIANZA SANITARIA  
INERENTI GLI ULTIMI 10 ANNI SOTTOLINEANO UNA  
**PREVALENZA CONSIDEREBILE**

DI PATOLOGIE ALLA SPALLA

MA ANCHE AD ALTRI DISTRETTI DELL'ARTO SUPERIORE

In 2005, the American Conference of Governmental Hygienists (**ACGIH**) published its **TLV for Lifting** – IN CUI SI RIPORTA  
**PREVALENZA DISTURBI RACHIDE E SPALLA COLLEGATI A MMC**



**NECESSITA' DI "RICOSTRUZIONE"  
ORGANIZZATIVA NON SEMPRE SEMPLICE**



# La possibile soluzione

**“Raccogliatore” di compiti semplici e ricomposizione ad hoc per ogni tipologia di organizzazione del lavoro**

COMPITI “GIRO LETTI”	CHECK OCRA
rifacimento completo letto non regolabile paziente autosufficiente	15,3
rifacimento letto parziale (traversa, lenzuola non cambiate) paz. Autosufficiente	0,0
rifacimento completo letto fisso con paziente NA	0,0
rifacimento completo letto regolabile con paziente NA	14,0
rifacimento parziale letto fisso paziente NA	0,0
rifacimento parziale letto regolabile paziente NA	11,3
alzare testata con paziente (allettati+nc)50 kg e manovella letto nuovo -ginocchia fle	27,9
alzare testata con paziente 50-70 kg e manovella letto nuovo - gin flesse	27,9
alzare testata con paziente >70 kg e manovella letto nuovo - gin flesse	94,4

rotazione paziente nel letto per igiene NC inf 50 Kg - scorretta	10,6
rotazione paziente nel letto per igiene PAZ NC tra 50 e 70 - scorretta	10,6
rotazione paziente nel letto per igiene PAZ NC SUP 70 KG - scorretta	41,2
igiene pz NA dorso pz	10,6
igiene orale pz NA	16,6
igiene mi- - viso pz completamente NA allettato	17,3
cambio pannolone + igiene bacino paziente allettato (senza rotazioni)	3,3



# MAPPA RISCHIO

**Nelle situazioni lavorative in cui l'esposizione a rischio da sovraccarico biomeccanico sia stata chiaramente valutata può anche essere predisposto un elenco di compiti lavorativi attribuibili ai soggetti portatori di patologie del rachide oppure degli arti superiori.**

**Ciò comunque significa che, oltre a dotarsi di criteri di gestione chiari, condivisi e tecnicamente accettabili (ad es. disporre di una buona analisi del rischio connesso ai diversi compiti nonché di adeguati criteri diagnostici), sono necessari dei database dedicati da utilizzare attraverso opportuni supporti informatici.**



# MAPPA RISCHIO/PATOLOGICI

**L'intero sistema di abbinamento posti/casi patologici deve avere un carattere dinamico.**

**Si presuppone cioè infatti che, anche a causa dell'applicazione del D. Lgs. 81/2008, i posti e le condizioni di lavoro debbano tendere a migliorare**

**(per quanto riguarda l'impegno dell'apparato muscoloscheletrico) nel tempo: il riflesso di questa constatazione è che anche l'abbinamento posti/soggetti patologici vada periodicamente aggiornato.**



# ALCUNE CONSIDERAZIONI DI SINTESI

**GIUDIZIO DI IDONEITA' E RICOLLOCAZIONE LAVORATIVA DI PORTATORI DI PATOLOGIE MSD SONO ATTIVITA' COMPLESSE NON STANDARDIZZABILI IN SEMPLICI SCHEMI, MA DA CONSIDERARE COME SEMPRE SPERIMENTALI E DA DECLINARE CASO PER CASO, DATI GLI INDIRIZZI DI FONDO**

**TALI ATTIVITA' VEDONO LA CENTRALITA' DEL MEDICO DEL LAVORO MA LO STESSO DEVE OPERARE (PER LA RICOLLOCAZIONE) INSIEME A TUTTI GLI ALTRI ATTORI AZIENDALI**

**TALI ATTIVITA' PORTANO VIA TEMPO E RISORSE  
(che andrebbero remunerate)**

**MA SONO IL CUORE DELLA PREVENZIONE PRIMARIA  
E SECONDARIA**

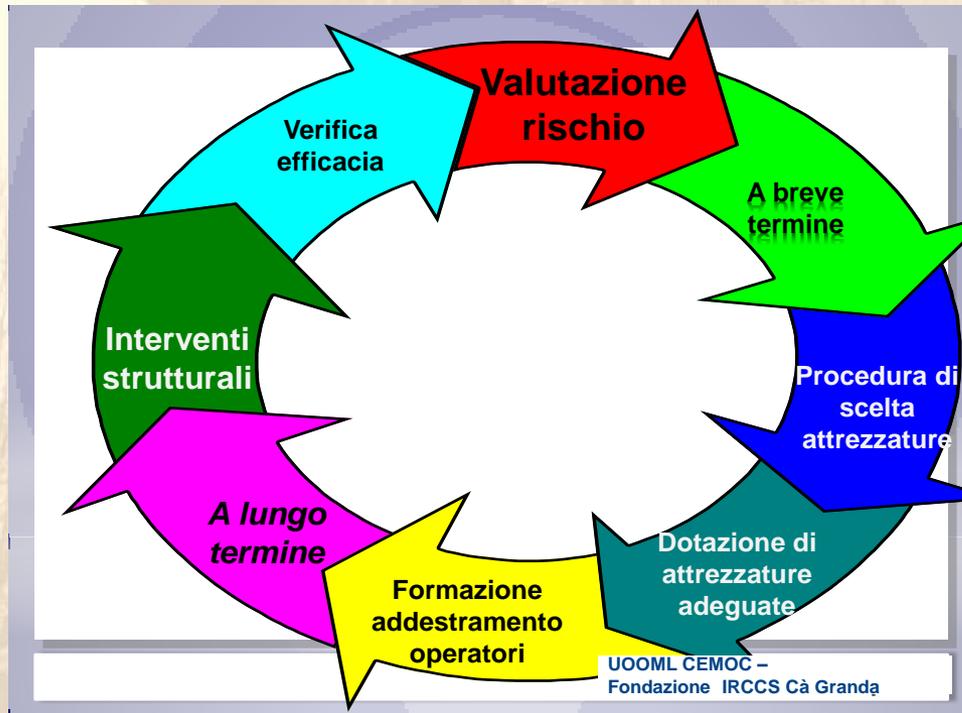
**CON CUI SI POSSONO OTTENERE IMPORTANTI RISULTATI ANCHE PER  
TUTTI I LAVORATORI**



PER OTTENERE TALI RISULTATI DI FONDAMENTALE  
IMPORTANZA RISULTA ESSERE

# LA CONDIVISIONE

– DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO – DELLE  
STRATEGIE PREVENTIVE



# Grazie