



**Gruppo pilota per la valutazione del
rischio da sovraccarico
biomeccanico negli operatori
dell'assistenza domiciliare**

**Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza
domiciliare**

**TRE SCHEDE DI RACCOLTA INFORMAZIONI
PER TRE
DIVERSI PROFILI PROFESSIONALI:**

OSS

INFERMIERI

FKT



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - OSS



Giorno e
Orario
turno



Tipologia
pazienti



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)										



DATI ANAGRAFICI E PRELIMINARI

SCHEMA RACCOLTA INFORMAZIONI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - OSS

★	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):		

COMPILARE UNA SCHEMA PER OGNI SINGOLO GIORNO

INDICARE L'ORARIO COMPLESSIVO DI LAVORO EFFETTUATO NELLA GIORNATA
→ OVVERO SOMMA DI:
- TEMPI DI INTERVENTO
- TEMPI DI TRASFERIMENTO DA UN PZ A UN ALTRO

Tempo di trasferimento tra 1 pz e l'altro	1° - 2°	2° - 3°	3° - 4°	4° - 5°	5° - 6°	6° - 7°	7° - 8°	8° - 9°	9° - 10°



DATI RELATIVI ALLA TIPOLOGIA DEI PAZIENTI

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



TRE TIPOLOGIE DI PAZIENTI DA DEFINIRE IN BASE ALLE **ATTIVITA'** CHE L'OPERATORE DEVE SVOLGERE

PAZIENTE «AUTOSUFFICIENTE» → PAZIENTE CHE NON NECESSITA DI AIUTO NELLE ATTIVITA' DI MOVIMENTAZIONE O PAZIENTE A CUI L'OPERATORE EFFETTUA ATTIVITA' CHE NON PREVEDONO COMPITI DI MMP A DOMICILIO

**PAZIENTE (NC) DA
SOLLEVARE COMPLETAMENTE**

**PAZIENTE DA SOLLEVARE
COMPLETAMENTE DA
PARTE DELL'OPERATORE
(PZ ALLETTATO)**

**PAZIENTE PARZIALMENTE
COLLABORANTE (PC)**

**PAZIENTE CON RESIDUE CAPACITA'
MOTORIE CHE VIENE SOLLEVATO
PARZIALMENTE DALL'OPERATORE (ES. PZ
CHE CAMMINA MA HA PROBLEMI DI
EQUILIBRIO)**



ATTIVITA' AL LETTO: TEMPO, TIPOLOGIA DI LETTO E COMPITI DI MMP



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)										
Tempo dedicato ad attività al letto (min)										
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)										
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
<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 (vv) manuale</i>										
<i>Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi con ausili</i>										
<i>Riposizionamento in carrozzina</i>										



ATTIVITA' AL LETTO: TEMPO, TIPOLOGIA DI LETTO E COMPITI DI MMP



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)										
Tempo dedicato ad attività al letto (min)										
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)	✘									
DESCRIZIONE DEI COMPITI DI MOVIMENTAZIONE (inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate)										
<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 (vv) manuale</i>	✘									
<i>Letto / carrozzina o viceversa con sollevatore</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa (vv)</i>										
<i>Sollevamento da seduto a in piedi con ausili</i>										
<i>Riposizionamento in carrozzina</i>										



ALTRE ATTIVITA': RIORDINO AMBIENTI, RIFACIMENTO LETTI, MONITORAGGIO PZ PER FARMACI...



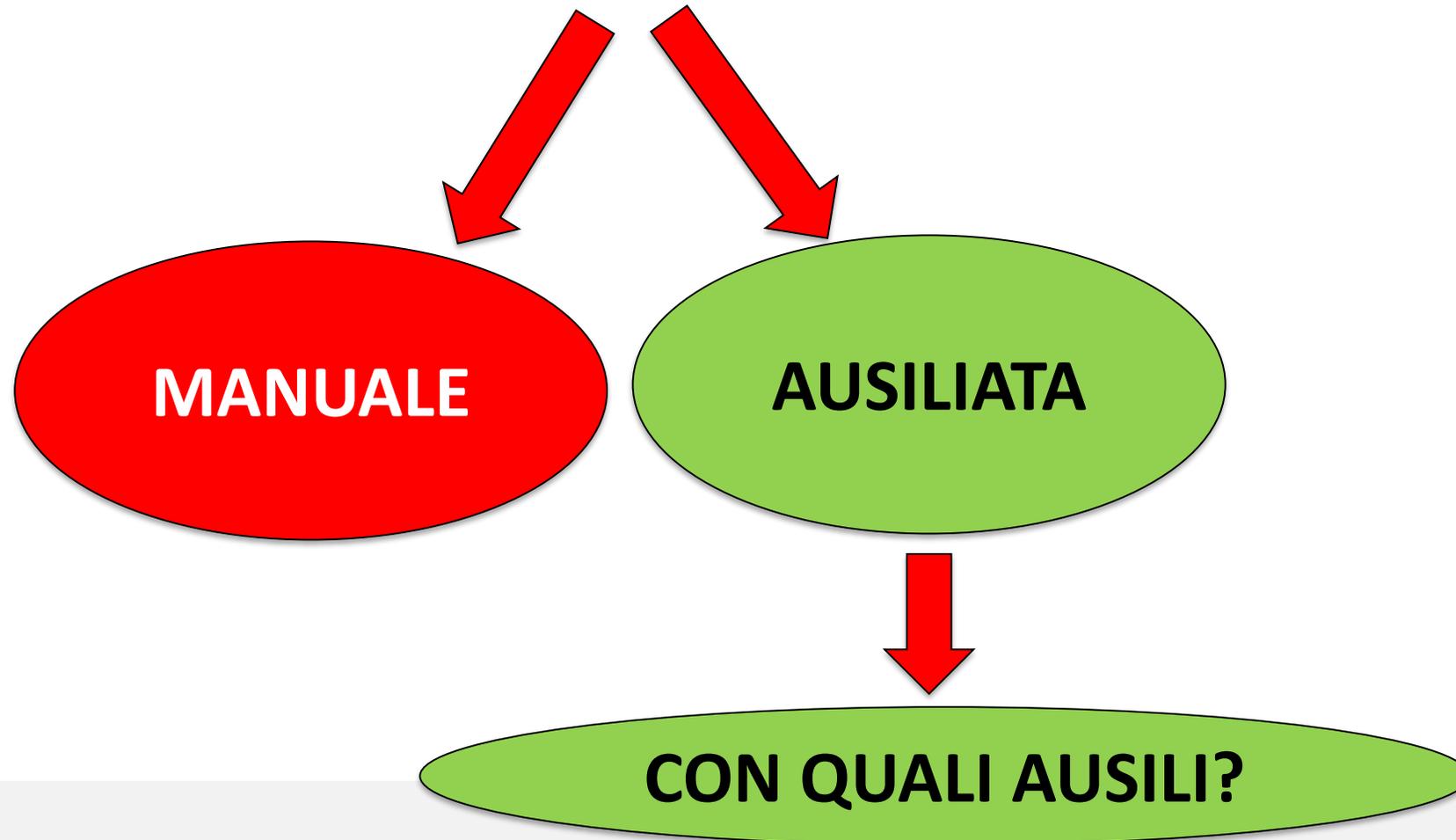
DESCRIZIONE ALTRE ATTIVITA'										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Tempo dedicato a riordino ambienti, rifacimento letto (min)										
Tempo dedicato a monitoraggio pz per farmaci – solo controllo – spesa etc. (min)										

AUSILI / ATTREZZATURE FORNITE (INDICARE IL NUMERO ANCHE SE NON VENGONO USATE DALL'OPERATORE)

AUSILI – ATTREZZATURE FORNITE										
	1°PZ	2°PZ	3°PZ	4°PZ	5°PZ	6°PZ	7°PZ	8°PZ	9°PZ	10°PZ
Sollevatore a imbragatura										
Sollevatore verticalizzatore										
Teli alto scorrimento										
Sedia-doccia regolabile elettricamente in altezza										
Letto (elettrico 2 o 3 snodi – spondine)										
Carrozzina										



LA DESCRIZIONE / FREQUENZA DELLE ATTIVITA' DI MMP PAZIENTI



I LETTI



SINGOLO CONTRO IL MURO: MISURARE ALTEZZA



MATRIMONIALE : MISURARE ALTEZZA

ELETTRICO A 3 SNODI – CON SPONDINE



IL LETTO DI DEGENZA ERGONOMICO: CARATTERISTICHE

- **LETTO REGOLABILE ELETTRICAMENTE**
- **PRESENZA DI 3 SNODI E 4 SEZIONI**
- **ASSENZA DI SOLLEVAMENTO MANUALE
DI TESTIERA / PEDIERA**
- **ASSENZA DI INGOMBRI LATERALI**
- **SPAZIO LIBERO SOTTO IL LETTO (15 CM)**

PER VERIFICARE GLI SNODI ALZARE MATERASSO



QUALI MANOVRE POSSO AUSILIARE?

Letto-carrozzina

Seduto/stazione eretta

LETTO ERGONOMICO

**Sollevamento
Verso Cuscino**

Sollevamento tronco

AUSILI / ATTREZZATURE: SOLLEVATORI A IMBRAGATURA SU RUOTE



AUSILI / ATTREZZATURE: SOLLEVATORI A IMBRAGATURA SU RUOTE

Definizione:

Struttura mobile costituita da :

- **Un sistema meccanico** in grado di effettuare un sollevamento con portata prestabilita, può essere anche a soffitto, a parete e a bandiera
- **Imbragatura** in tessuto diversificato riutilizzabile o monouso con varie misure
- Abbiamo diverse imbragature in relazione al deficit motorio della persona: es. con sostegno per il capo, per amputazioni arti inferiori ecc.
- Ausilia i trasferimenti da letto a carrozzina/sedia / poltrona

AUSILI / ATTREZZATURE: VERTICALIZZATORE



VERTICALIZZATORE (SOLLEVATORE A FASCIA TORACICA)



Ausilia:

- letto-carrozzina (e viceversa)
- carrozzina-wc (e viceversa)
- letto-poltrona (e viceversa)
- seduto-stazione eretta
- riposizionamento in carrozzina

DEAMBULATORE ASSISTITO (VERTICALIZZATORE CON SEDUTA)



PER PAZIENTI PC CON UTILIZZO
DELLE BRACCIA E DIFFICOLTA' A
CAMMINARE



**UTILIZZABILE
ANCHE IN SPAZI
RISTRETTI**

TELI AD ALTO SCORRIMENTO

- Teli in nylon (o in altro materiale) che, posti sotto il paziente, diminuiscono l'attrito tra corpo del paziente e superficie su cui deve scorrere.
- Consentono di spostare il paziente senza sollevarlo



TELI AD ALTO SCORRIMENTO

2 TIPOLOGIE PRINCIPALI:

1 – **TELI DOPPI SOVRAPPOSTI/PIANI:** sono due teli da sovrapporre uno sull'altro che, una volta inseriti, consentono spostamenti in tutte le direzioni (sia orizzontale che verticale): la loro superficie infatti è tale da coprire tutta l'interezza del corpo del paziente (ideali quindi per pz NC)

2 – **TELI TUBOLARI:** teli di diversa dimensione che possono ausiliare sia le movimentazioni sul piano del letto che i riposizionamenti in carrozzina/scivolano in una sola direzione



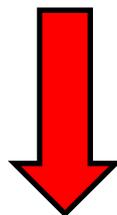
SEDIA-DOCCIA REGOLABILE IN ALTEZZA



CARROZZINE / BASCULE / COMODE



**CI SONO OSS PRESENTI IN SALA?
SE SÌ, PROVIAMO A COMPILARE UNA
SCHEDA ASSIEME**



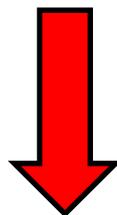
**TRE SCHEDE DI RACCOLTA INFORMAZIONI
PER TRE
DIVERSI PROFILI PROFESSIONALI:**

OSS

INFERMIERI

FKT

**CI SONO INFERMIERI PRESENTI IN SALA?
SE SÌ, PROVIAMO A COMPILARE UNA
SCHEDA ASSIEME**



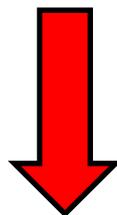
**TRE SCHEDE DI RACCOLTA INFORMAZIONI
PER TRE
DIVERSI PROFILI PROFESSIONALI:**

OSS

INFERMIERI

FKT

**CI SONO FKT PRESENTI IN SALA?
SE SÌ, PROVIAMO A COMPILARE UNA
SCHEDA ASSIEME**



DOVE RIPORTARE I DATI DELLE SCHEDE?

→ 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

Prevenzione Rischio ADI

Accedi

Utenti interni ATS Milano

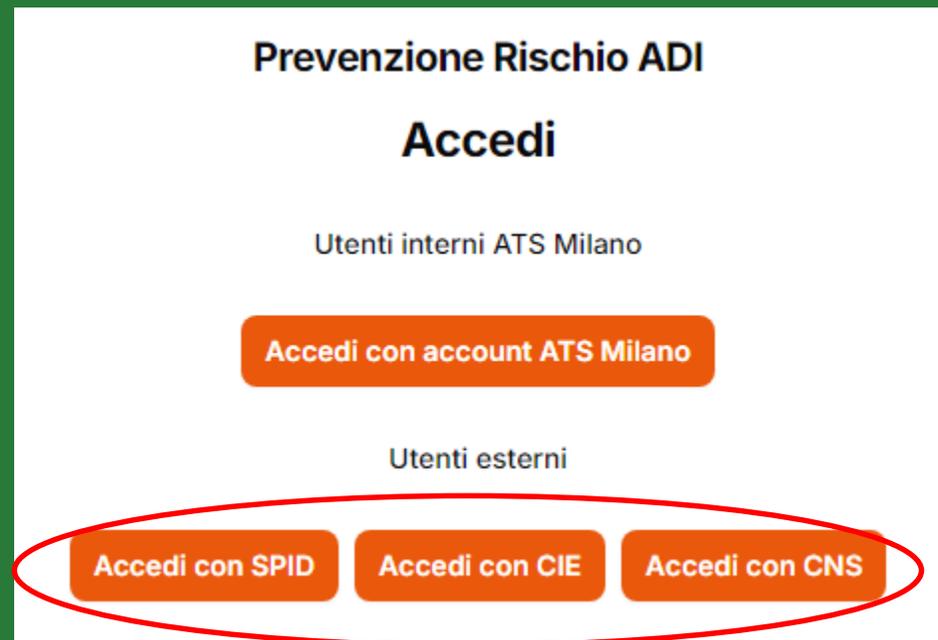
Accedi con account ATS Milano

Utenti esterni

Accedi con SPID **Accedi con CIE** **Accedi con CNS**

→ **WEB APP PER RACCOLTA DATI RISCHIO:**

→ prevenzione-rischio-adi.ats-milano.it

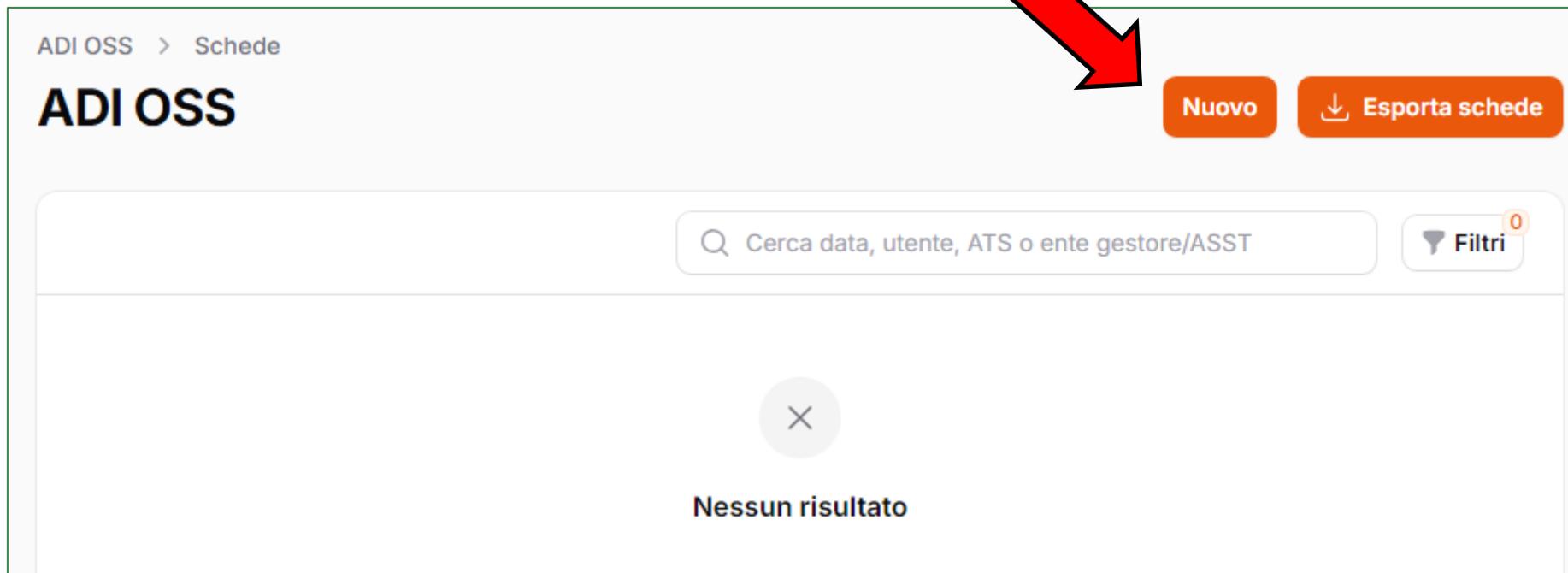


→ Effettuare login tramite SPID, CIE, CNS

→ Per problemi tecnici sulla web app contattare

info@burningflame.it

Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare



ADI OSS > Schede

ADI OSS

Nuovo **Esporta schede**

Q Cerca data, utente, ATS o ente gestore/ASST **Filtri**⁰

×

Nessun risultato



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

ADI OSS > Nuova scheda ADI OSS

Nuova scheda ADI OSS

Dati principali

Utente*

Seleziona un utente



Data*

Il giorno della settimana è lunedì



07/10/2024

Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata*

Inserisci il tempo di lavoro in minuti

minuti

Giro pasti*

Inserisci il tempo dei pasti in minuti

minuti

N. totale pazienti*

Ente gestore/ASST*

Seleziona un ente gestore/ASST



Salva

Annulla



**L'ORARIO COMPLESSIVO DI LAVORO
EFFETTUATO NELLA GIORNATA DOVRA' ESSERE
UGUALE ALLA SOMMA DEI SEGUENTI TEMPI:**

**ATTIVITA' AL
LETTO**

**ATTIVITA' AL
BAGNO**

**ALTRE
ATTIVITA'**

**TEMPI DI
TRASFERIMENTO**



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

ADI OSS > Nuova scheda ADI OSS

Nuova scheda ADI OSS

Dati principali

Utente*

OSS User



Data*

Il giorno della settimana è lunedì



07/10/2024

Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata*

180

minuti

Giro pasti*

0

minuti

N. totale pazienti*

4

Ente gestore/ASST*

Ente 5



Salva

Annulla



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

✓ Salvato



ADI OSS > Scheda OSS

Scheda OSS

Elimina

Dati principali



Salva

Annulla

Pazienti

Devi inserire ancora 4 pazienti. Inseriscili tramite la sezione sottostante.

L'orario complessivo di lavoro di 180 minuti effettuato nella giornata non corrisponde al tempo totale di intervento e trasferimento dei pazienti di 0 minuti. La differenza è di 180 minuti.

Nuovo

🔍 Cerca



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

01 **Caratteristiche paziente**

02 Attività al letto

03 Attività al bagno

04 Altre attività

05 Attrezzature

Tempo di intervento*

minuti effettivi, esclusi trasferimenti

Città di svolgimento del servizio*

50

minuti

Abbiategrosso

X v

Tipo paziente*

Peso paziente*

Paziente da sollevare parzialmente

X v

Inferiore a 70 Kg

X v

Attività effettuata in coppia con OSS*

Attività effettuata in coppia con badante o parente*

No

X v

No

X v

Successivo



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Salva paziente



Caratteristiche paziente

02

Attività al letto

03

Attività al bagno

04

Altre attività

05

Attrezzature

Sono state svolte attività al letto*

No



Compiti di movimentazione al letto

Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Sollevamenti verso cuscino manuale*

0

Rotazioni nel letto*

0

Sollevamenti tronco manuale*

0

Sollevamento tronco tramite manovella*

0

Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o viceversa*

0

Letto/carrozzina o viceversa manuale*

0

Letto/carrozzina o viceversa con sollevatore*

0

Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa*

0

Sollevamento da seduto a in piedi con ausili*

0

Riposizionamento in carrozzina*

0



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Caratteristiche paziente

02 Attività al letto

03 Attività al bagno

04 Altre attività

05 Attrezzature

Sono state svolte attività al letto*

Si

Tempo dedicato ad attività al letto*

minuti

Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto*

No

Se non regolabile in altezza, riportare altezza*

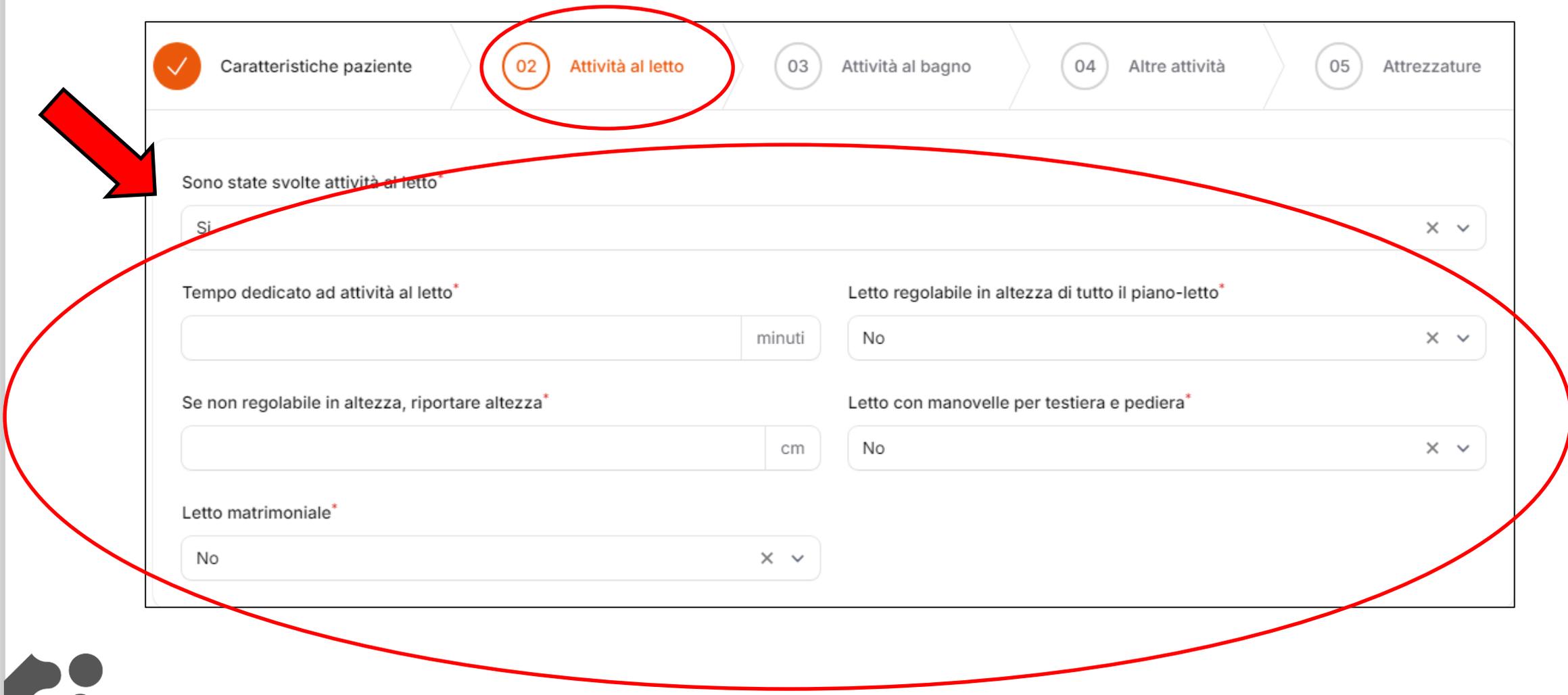
cm

Letto con manovelle per testiera e pediera*

No

Letto matrimoniale*

No



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Sono state svolte attività al letto*

Si

X v

Tempo dedicato ad attività al letto*

30

minuti

Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto*

No

X v

Se non regolabile in altezza, riportare altezza*

cm

Letto con manovelle per testiera e pediera*

No

X v

Letto matrimoniale*

Si

X v

Se sì, riportare altezza del letto matrimoniale*

50

cm

Compiti di movimentazione al letto

Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Sollevamenti verso cuscino manuale*

0

Rotazioni nel letto*

6

Sollevamenti tronco manuale*

2

Sollevamento tronco tramite manovella*

0

Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o viceversa*

0

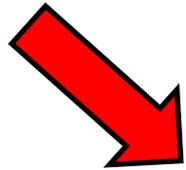
Letto/carrozzina o viceversa manuale*

2

Letto/carrozzina o viceversa con sollevatore*

Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa*

2



RICORDARSI DI INDICARE SEMPRE LE ALTEZZE DEGLI ARREDI UTILIZZATI (ES. LETTO NON REGOLABILE IN ALTEZZA)

Tempo dedicato ad attività al letto*

30

minuti

Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto*

No

x v

Se non regolabile in altezza, riportare altezza*

cm

Letto con manovelle per testiera e pediera*

No

x v

Il campo se non regolabile in altezza, riportare altezza è richiesto.

Letto matrimoniale*

Si

x v

Se sì, riportare altezza del letto matrimoniale*

cm

Il campo se sì, riportare altezza del letto matrimoniale è richiesto.



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

✓ Caratteristiche paziente ✓ Attività al letto **03 Attività al bagno** 04 Altre attività 05 Attrezzature

Sono state svolte attività in bagno*

Si ✕ ▾

Tempo dedicato ad attività di igiene in bagno* Tempo monitoraggio/controllo igiene effettuata dal pz in piedi*

10 minuti 0 minuti

Tempo igiene effettuata in bagno su vasca fissa* Tempo igiene effettuata in bagno su wc*

10 minuti 0 minuti

Tempo igiene effettuata in bagno su sedia-doccia* Vasca fissa e spazi ristretti*

minuti Si ✕ ▾

Maniglioni removibili*

No ✕ ▾

Compiti di movimentazione al bagno
Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Carrozzina/wc o viceversa* Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa*

0 ✕ ▾ 2



**IL TEMPO DEDICATO ALL'ATTIVITA' IN BAGNO
DOVRA' ESSERE
UGUALE ALLA SOMMA DEI SEGUENTI TEMPI:**

**MONITORAGGIO / CONTROLLO
IGIENE EFFETTUATA DAL PZ IN
PIEDI**

**IGIENE EFFETTUATA
SU VASCA FISSA**

**IGIENE EFFETTUATA
SU WC**

**IGIENE EFFETTUATA
SU SEDIA DOCCIA**



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Salva paziente

- ✓ Caratteristiche paziente
- ✓ Attività al letto
- ✓ Attività al bagno
- 04 Altre attività**
- 05 Attrezzature

Sono state svolte altre attività *

Si x v

Tempo dedicato a riordino ambienti, rifacimento letto *

10 minuti

Tempo dedicato a monitoraggio paziente per farmaci, solo controllo, spesa, ecc. *

0 minuti

Precedente

Successivo



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Salva paziente



Caratteristiche paziente



Attività al letto



Attività al bagno



Altre attività

05

Attrezzature

Sollevatore a imbragatura*

No



Sollevatore verticalizzatore*

No



Teli alto scorrimento*

No



Sedia-doccia regolabile elettricamente in altezza*

No



Letto (elettrico 2 o 3 snodi, spondine)*

No



Carrozzina*

No



Tempo di trasferimento da un paziente all'altro*

10

minuti

Precedente

Salva



ATTENZIONE ALLA COERENZA LOGICA TRA COMPITI DI MMP E AUSILI

Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o viceversa*	Letto/carrozzina o viceversa manuale*
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="2"/>
Letto/carrozzina o viceversa con sollevatore*	Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa*
<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
Letto (elettrico 2 o 3 snodi, spondine)*	Carrozzina*
<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="No"/>
	<p>Carrozzina è obbligatorio se Letto/carrozzina o viceversa manuale, Letto/carrozzina o viceversa con sollevatore, Riposizionamento in carrozzina o Carrozzina/wc o viceversa sono maggiori di 0</p>
Tempo di trasferimento da un paziente all'altro*	
<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="minuti"/>	



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Prevenzione Rischio ADI < MT

Dashboard

ADI Infermiere 0

ADI FKT 0

ADI OSS 1

Muscoloscheletrico 0

Impostazioni ^

Utenti 9

ATS 8

Enti gestori/ASST 9

ADI OSS > Scheda OSS

Scheda OSS

Elimina

Dati principali

Salva Annulla

Pazienti

Devi inserire ancora 3 pazienti. Inseriscili tramite la sezione sottostante. Nuovo

L'orario complessivo di lavoro di 180 minuti effettuato nella giornata non corrisponde al tempo totale di intervento e trasferimento dei pazienti di 60 minuti. La differenza è di 120 minuti.

Cerca

<input type="checkbox"/>	Azioni	N. paziente	Tempo di intervento	Tempo di trasferimento	Tipo paziente
<input type="checkbox"/>		1	50 minuti	10 minuti	Paziente da sollevare completamente

per pagina 10



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Prevenzione Rischio ADI <

ADI OSS > Scheda OSS

Scheda OSS

Elimina

Dati principali

Salva Annulla

Pazienti

Nuovo

Cerca

<input type="checkbox"/>	Azioni	N. paziente	Tempo di intervento	Tempo di trasferimento	Tipo paziente
<input type="checkbox"/>		1	50 minuti	10 minuti	Paziente da sollevare completamente
<input type="checkbox"/>		2	30 minuti	10 minuti	Paziente da sollevare parzialmente
<input type="checkbox"/>		3	30 minuti	20 minuti	Paziente da sollevare parzialmente
<input type="checkbox"/>		4	30 minuti	0 minuti	Paziente da sollevare parzialmente

Dashboard

ADI Infermiere 0

ADI FKT 0

ADI OSS 1

Muscoloscheletrico 0

Impostazioni

Utenti 9

ATS 8

Enti gestori/ASST 9

Salvato



POTENZIALI OSTACOLI / INCONGRUENZE



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Prevenzione Rischio ADI < MT

Dashboard 0

ADI Infermiere 0

ADI FKT 0

ADI OSS 1

Muscoloscheletrico 0

Impostazioni

Utenti

ATS 8

Enti gestori/ASST 9

Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata* 0 minuti

Giro pasti* 0 minuti

N. totale pazienti* 4

Ente gestore/ASST* Ente 5

Salva Annulla

Pazienti

L'orario complessivo di lavoro di 0 minuti effettuato nella giornata non corrisponde al tempo totale di intervento e trasferimento dei pazienti di 180 minuti. La differenza è di 180 minuti.

Nuovo

Cerca

<input type="checkbox"/>	Azioni	N. paziente	Tempo di intervento	Tempo di trasferimento	Tipo paziente
<input type="checkbox"/>		1	50 minuti	10 minuti	Paziente da sollevare completamente
<input type="checkbox"/>		2	30 minuti	10 minuti	Paziente da sollevare parzialmente
<input type="checkbox"/>		3	30 minuti	20 minuti	Paziente da sollevare parzialmente
<input type="checkbox"/>		4	30 minuti	0 minuti	Paziente da sollevare parzialmente

**INCONGRUENZE
TEMPO**



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Sono state svolte attività al letto*

Si

Tempo dedicato ad attività al letto*

30 minuti

Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto*

No

Se non regolabile in altezza, riportare altezza*

50 cm

Letto con manovelle per testiera e pediera*

No

Se il sollevamento tronco tramite manovella è maggiore di 0 allora il letto con manovelle per testiera e pediera deve essere uguale a Si

Letto matrimoniale*

Si

Se sì, riportare altezza del letto matrimoniale*

50 cm

ATTENZIONE ALLA COERENZA LOGICA TRA COMPITI DI MMP E AUSILI

Compiti di movimentazione al letto
Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Sollevamenti verso cuscino manuale*

0

Rotazioni nel letto*

6

Sollevamenti tronco manuale*

2

Sollevamento tronco tramite manovella*

2



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare



Caratteristiche paziente



Attività al letto



ATTENZIONE ALLA COERENZA LOGICA TRA COMPITI DI MMP E AUSILI

Sollevatore a imbragatura*

No



Sollevatore a imbragatura è obbligatorio se il paziente è da sollevare completamente e si utilizza un sollevatore per carrozzina o letto

Teli alto scorrimento*

No



Compiti di movimentazione al letto

Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Sollevamenti verso cuscino manuale*

0

Rotazioni nel letto*

6

Sollevamenti tronco manuale*

2

Sollevamento tronco tramite manovella*

2

Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o viceversa*

0

Letto/carrozzina o viceversa manuale*

0

Letto/carrozzina o viceversa con sollevatore*

2

Sollevamento da seduto a in piedi o viceversa*

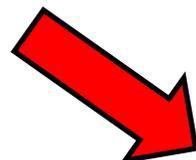
2

Sollevamento da seduto a in piedi con ausili*

0

Riposizionamento in carrozzina*

0



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

01 **Caratteristiche paziente** > 02 Attività al letto > 03

Tempo di intervento* minuti effettivi, esclusi trasferimenti

50 minuti

Tipo paziente*

Paziente da sollevare completamente x v

Attività effettuata in coppia con OSS*

No x v



Compiti di movimentazione al bagno

Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Carrozzina/wc o viceversa*

0 x v

Sollevamento da seduto a in piedi con ausili*

2

Sollevamento da seduto a in piedi con ausili non è previsto per pazienti da sollevare completamente

**ATTENZIONE ALLA COERENZA LOGICA TRA
COMPITI DI MMP E TIPOLOGIA DI PAZIENTE**



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

01

Caratteristiche paziente

02

Attività al letto

03

Tempo di intervento*

minuti effettivi, esclusi trasferimenti

30

minuti

Tipo paziente*

Paziente autosufficiente da non sollevare



**ATTENZIONE ALLA
COERENZA
LOGICA TRA
COMPITI DI MMP
E TIPOLOGIA DI PAZIENTE**

Compiti di movimentazione al letto

Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Sollevamenti verso cuscino manuale*

0

Rotazioni nel letto*

5

Il paziente è autosufficiente e non necessita di movimentazioni

Sollevamenti tronco manuale*

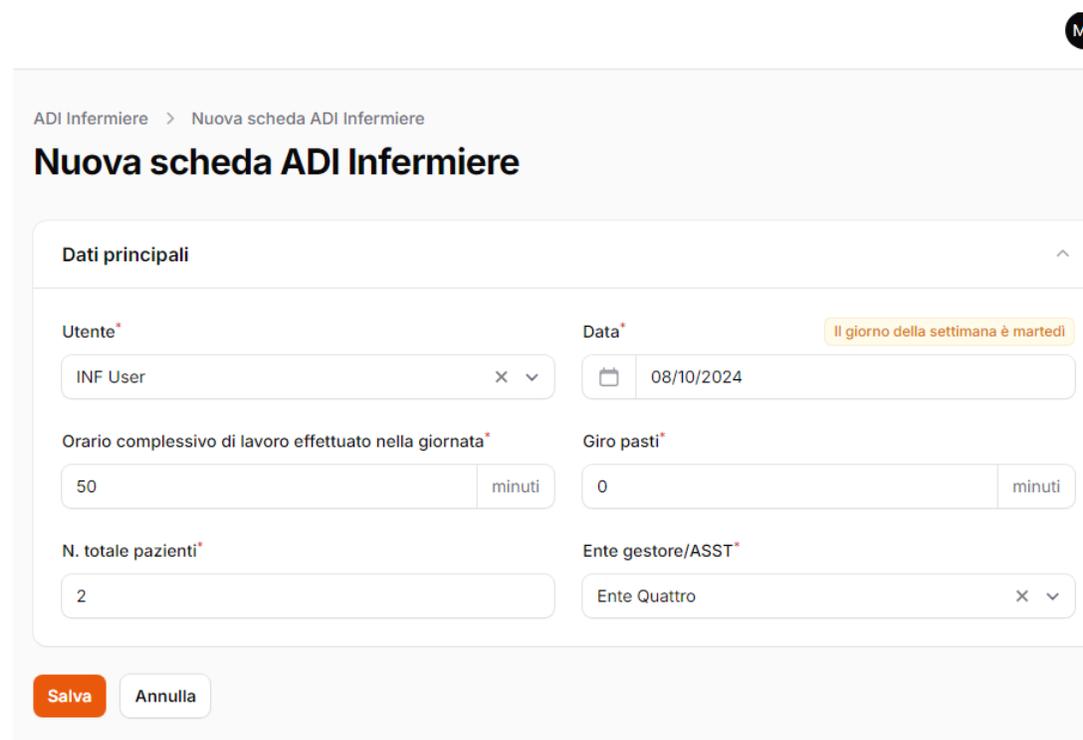
0

Sollevamento tronco tramite manovella*

0



LA STESSA LOGICA VIENE SEGUITA PER LE SCHEDE INFERMIERI E FKT



ADI Infermiere > Nuova scheda ADI Infermiere

Nuova scheda ADI Infermiere

Dati principali

Utente* INF User x v

Data* 08/10/2024 Il giorno della settimana è martedì

Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata* 50 minuti

Giro pasti* 0 minuti

N. totale pazienti* 2

Ente gestore/ASST* Ente Quattro x v

Salva Annulla



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

01 **Caratteristiche paziente**

02 Attività effettuate

03 Attività al letto / bagno

04 Attrezzature

Tempo di intervento*

minuti effettivi, esclusi trasferimenti

25

minuti

Città di svolgimento del servizio*

Assago

x v

Tipo paziente*

Paziente da sollevare completamente

x v

Peso paziente*

Da 101 Kg a 150 Kg

x v

Attività effettuata in coppia con Infermiere*

No

x v

Attività effettuata in coppia con badante o parente*

No

x v

Successivo



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare



Caratteristiche paziente

02

Attività effettuate

03

Attività al letto / bagno

04

Attrezzature

Prelievo*

No



Tampone COVID*

No



Infusione endovenosa*

No



Medicazione*

Si



Gestione stomia (vescicale/intestinale)*

No



Cateterismo vescicale*

No



Monitoraggio parametri vitali*

No



Precedente

Successivo



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare



Caratteristiche paziente



Attività effettuate



Attività al letto / bagno



Attrezzature

Sono state svolte attività al letto*

Si



Tempo dedicato ad attività al letto*

15

minuti

Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto*

No



Se non regolabile in altezza, riportare altezza*

Letto con manovelle per testiera e pediera*

No



Letto matrimoniale*

No



Tempo dedicato ad attività in sedia/poltrona*

5

minuti

Altezza piano seduta sedia/poltrona*

0

cm

Tempo dedicato ad altre attività*

5

minuti



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

Tempo dedicato ad attività al letto*

15 minuti

Letto regolabile in altezza di tutto il piano-letto*

No

Se non regolabile in altezza, riportare altezza*

cm

Letto con manovelle per testiera e pediera*

No

Il campo se non regolabile in altezza, riportare altezza è richiesto.

Letto matrimoniale*

No

Tempo dedicato ad attività in sedia/poltrona*

5 minuti

Altezza piano seduta sedia/poltrona*

0 cm

Tempo dedicato ad altre attività*

5 minuti

Compiti di movimentazione al letto / bagno

Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Sollevamenti verso cuscino manuale*

0

Il paziente non è autosufficiente e necessita almeno di una movimentazione

Rotazioni nel letto*

0

Il paziente non è autosufficiente e necessita almeno di una movimentazione

Sollevamenti tronco manuale*

Sollevamento tronco tramite manovella*



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

✓ Caratteristiche paziente ✓ Attività effettuate ✓ Attività al letto / bagno 04 Attrezzature

Sollevatore a imbragatura*	No	x	v	Sollevatore verticalizzatore*	No	x	v
Teli alto scorrimento*	No	x	v	Sedia-doccia regolabile elettricamente in altezza*	No	x	v
Letto (elettrico 2 o 3 snodi, spondine)*	No	x	v	Poltrona alzabile elettricamente*	No	x	v
Carrozzina*	No	x	v				

Tempo di trasferimento da un paziente all'altro*

5 minuti

Precedente Salva



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

ADI FKT > Nuova scheda ADI FKT

Nuova scheda ADI FKT

Dati principali

Utente*

FKT User



Data*

Il giorno della settimana è martedì



08/10/2024

Orario complessivo di lavoro effettuato nella giornata*

100

minuti

Giro pasti*

0

minuti

N. totale pazienti*

4

Ente gestore/ASST*

Ente 5



Salva

Annulla



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

01 **Caratteristiche paziente**

02 Attività al letto / bagno

03 Attrezzature

Tempo di intervento*

minuti effettivi, esclusi trasferimenti

25

minuti

Città di svolgimento del servizio*

Parabiago

x v

Tipo paziente*

Paziente da sollevare parzialmente

x v

Peso paziente*

Da 70 Kg a 100 Kg

x v

Attività effettuata in coppia con FKT*

No

x v

Attività effettuata in coppia con badante o parente*

No

x v

Successivo



Modalità di analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico negli operatori dell'assistenza domiciliare

✓ Caratteristiche paziente > 02 Attività al letto / bagno > 03 Attrezzature

Sono state svolte attività al letto*

No ✕ ▾

Tempo dedicato a monitoraggio pz in bagno* minuti

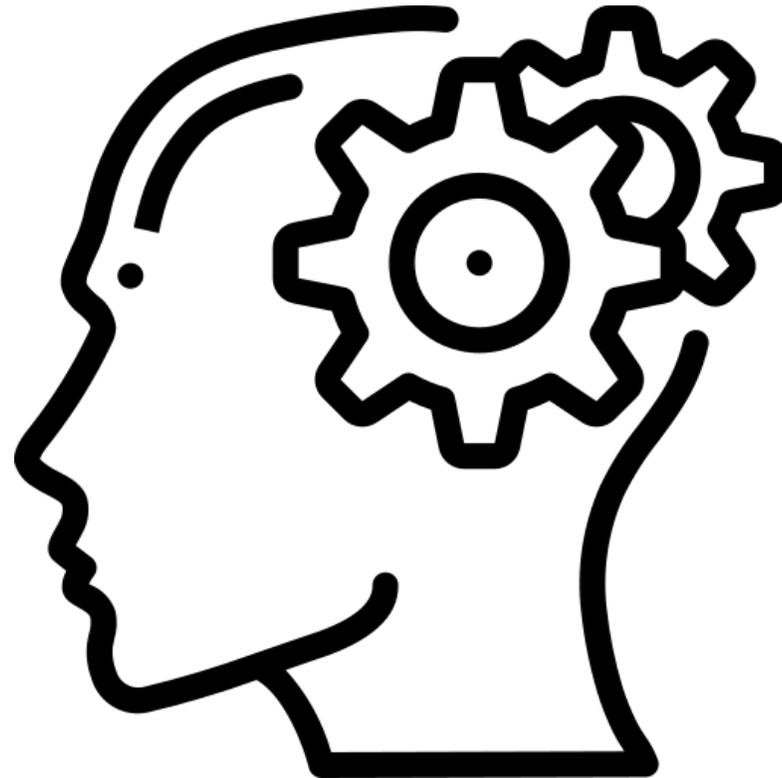
Altezza WC (se utilizzato durante monitoraggio)* cm

Compiti di movimentazione al letto / bagno
Inserire per ogni tipo il numero di movimentazioni effettuate

Sollevamenti verso cuscino manuale*	Rotazioni nel letto*
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Sollevamenti tronco manuale*	Sollevamento tronco tramite manovella*
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Passaggio posturale supino-seduto bordo letto o viceversa*	Letto/carrozzina o viceversa manuale*
<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>



**DISCUSSIONE
AVETE DUBBI / PERPLESSITA' / DOMANDE?**





GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

