

Valutazione del rischio da Sovraccarico Biomeccanico (SB) nei lavoratori del Servizio di Assistenza Domiciliare

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE / AUDIT AZIENDALE

INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione:	
Ragione Sociale:	
P.IVA/CF:	
Area coperta da assistenza domiciliare:	
Ente che si occupa di servizio di Assistenza Domiciliare (SAD):	
Ente che si occupa di servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI):	
Responsabile Servizio Assistenza Domiciliare:	
tel.:	@mail: pec:
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:	
tel.:	PEC: @mail:
Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza n.:	
* in caso di più RLS indicare un solo nominativo di riferimento	
tel.:	PEC: @mail:
Medico competente:	
tel.:	PEC: @mail:
Indirizzo dell'eventuale sito web dell'azienda _____	

Ripartizione delle risorse umane

Tipologia	Maschi		Femmine	
	N°	N° esposti al rischio da SB	N°	N° esposti al rischio da SB
LAVORATORI				
DIPENDENTI/SOCI				
LAVORATORI AUTONOMI				
PERSONALE ASST				
Profili Lavorativi				
INFERMIERI				
OSS-ASA-OTA				
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE				
Totale				
di cui >50 anni età				

Qualora vi fosse presenza di Cooperativa/e, gestori e aziende, esercenti attività lavorativa a rischio da Sovraccarico Biomeccanico, diversa/e da quella indicata nella sezione "informazioni generali", indicare:

Denominazione:
Ragione sociale:
P.IVA:

ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Se nominato, RSPP è:

Datore di lavoro

Interno:

a tempo pieno

a tempo parziale, ore/mese _____

altra funzione _____

Esterno:

società di consulenza (dati anagrafici) _____

libero professionista (dati anagrafici) _____

Ore/anno _____ n. accessi/anno _____

Sono presenti **addetti SPP**:

NO SI se presenti n. _____

MEDICO COMPETENTE

Nomina medico competente:

SI

NO

NON NECESSARIO

Se nominato è:

Interno

Esterno:

società di consulenza _____

libero professionista _____

N° Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria _____

Media Ore/anno _____ media n. accessi/anno _____ (per le visite mediche)

Media Ore/anno _____ media n. accessi/anno _____ (altre attività escluse le visite mediche)

Presenza di Medico Competente coordinatore SI NO

RAPPRESENTANTE LAVORATORI PER LA SICUREZZA

Rappresentanti Lavoratori Sicurezza eletto/i designato/i:

NO

SI

Se eletto/i designato/i è/sono:

Interno/i, n. _____

Esterno/i: RLS territoriale/i, n. _____

Il datore di lavoro ha consegnato o messo a disposizione dell'RLS il documento di valutazione dei rischi? NO SI

RIUNIONE ANNUALE

Non dovuta

Qualora dovuta, indicare data dell'ultima riunione annuale di prevenzione __/__/__

La riunione è stata verbalizzata SI NO

Nel corso della riunione sono stati esaminati:

il documento di valutazione dei rischi ed eventuali aggiornamenti

eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio

verifica delle misure di prevenzione adottate nell'ultimo anno

il programma delle misure di miglioramento

l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali

i programmi di informazione e formazione

i risultati della sorveglianza sanitaria

Altro (specificare) _____

Il datore di lavoro ha consegnato o messo a disposizione del RLS, il Documento di Valutazione dei Rischi?

SI

NO

IL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

PREMESSA

Nel documento di valutazione dei rischi è stato preso in considerazione il rischio da SB?

- a) NO perché non conosciuti metodi di valutazione rischio in ADI e SAD
- b) SI e dalla pre-valutazione è emerso che i lavoratori sono potenzialmente esposti ad attività con SB, ma non è stata condotta una valutazione approfondita
- c) SI ed è stata effettuata una valutazione di dettaglio
- d) NO perché valutata da altri: _____

VALUTAZIONE DEI RISCHI

Data ultimo aggiornamento del VdR SB: _____

1. perché l'azienda ha provveduto all'aggiornamento del rischio SB?

- a. Su indicazione dell'Organo di Vigilanza
- b. Su segnalazione di problematiche da parte delle figure della prevenzione
- c. Dopo analisi della tipologia di pazienti e delle loro necessità assistenziali
- d. A seguito di variazioni organizzative e/o introduzione di ausili e/o procedure

2. Quali determinanti di rischio sono stati considerati per il rischio specifico?

- numero di pazienti non autosufficienti seguiti nella giornata modale
- numero di attrezzature-ausili presenti a domicilio per tutti i pazienti seguiti
- spazi e arredi spesso inadeguati
- durata del turno
- altro: _____

3. Nel processo valutativo, sono stati coinvolti (possibilità di risposta multipla):

- a. Consulente esterno
- b. RSPP
- c. Medico competente
- d. RLS
- e. altro

4. nella valutazione viene considerato il profilo professionale?

- a. No
- b. Si

Compilare tabella sottostante

Profilo professionale	LIVELLI DI ESPOSIZIONE			
	ACCETTABILE	LIEVE	MEDIO	ELEVATO
1. AZIENDA				
2. INFERMIERE				
3. FISIOTERAPISTA				
4. OSS				

5. Sono indicate, nella VdR, le misure di prevenzione e/o di miglioramento programmate – ipotizzabili per la gestione del rischio da SB?

- a. No perché dalla VdR non è emersa la necessità di predisporre un programma di miglioramento specifico
- b. Si, quali sole azioni di miglioramento a carattere generale

- c. Sì e le azioni di miglioramento individuate sono ausili minori (es teli ad alto scorrimento) per lavoratori che assistono pazienti non autosufficienti
- d. Si sono state programmate riunioni periodiche con assistenti sociali e Medici Prescrittori

6. È prevista una formazione specifica per il rischio da SB?

- a) Sì, in occasione della visita da parte del medico competente
- b) Sì, è prevista una formazione specifica teorico-pratica
- c) Sì per l'utilizzo di attrezzature
- d) Al momento non prevista

7. I corsi di formazione, specifici per questo rischio, prevedono: (selezione multipla)

- a) Formazione in presenza
- b) Distribuzione di opuscoli informativi
- c) Ricorso a piattaforma per formazione in e-learning
- d) Lezioni teoriche in aula
- e) Addestramento all'utilizzo di ausili

L'attività di INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO viene effettuata da:

	INFORMAZIONE	FORMAZIONE	ADDESTRAMENTO
RSPP			
MEDICO COMPETENTE			
ERGOFORMATORI			
FORMATORE ESTERNO			
ALTRO			

E' prevista una valutazione dell'apprendimento?

SI NO

Se si tramite:

Test finale Audit Preposti altro

(specificare) _____

La formazione dei lavoratori è periodicamente ripetuta:

SI NO

E' stata verificata la conoscenza della lingua italiana in caso di impiego di lavoratori stranieri:

NON PRESENTI LAVORATORI STRANIERI SI NO

In presenza di lavoratori stranieri, che non conoscono la lingua italiana, è stata verificata la corretta comprensione dei contenuti formativi (ad es. opuscoli in lingua, mediazione di altro collega connazionale, mediatore culturale)

SI NO

SORVEGLIANZA SANITARIA

8. Viene effettuata la sorveglianza sanitaria degli operatori rispetto al rischio specifico?

- a) Dalla VdR non è emersa la necessità di effettuare attività di sorveglianza sanitaria per il rischio specifico

- b) Non è stato predisposto un protocollo sanitario specifico per gli addetti a SB
- c) Viene effettuato accertamento clinico con particolare attenzione agli organi bersaglio (rachide lombare, spalle, ginocchi).
- d) Utilizzo di protocolli sanitari specifici
- e) Altro _____

Nella RELAZIONE **SANITARIA ANNUALE** sono riportati i seguenti dati:

- TOTALE SOGGETTI VISITATI:** n° _____
- VISITATI ESPOSTI a rischio SB:** n° _____
- Idoneità con **LIMITAZIONI / prescrizioni**
 - n° TOTALE soggetti con limitazioni (tutte le cause) _____
 - n° ESPOSTI al rischio **SB** con limitazione (tutte le cause) _____
 - n° ESPOSTI al rischio **SB** con limitazioni per WMSDs _____
- Denunce di sospette **malattie professionali** da sovraccarico biomeccanico: n° _____
- Numero di **infortuni sul lavoro** per sovraccarico biomeccanico rachide lombare/ spalla (lesioni da sforzo, Strappi muscolari, Tendiniti, Lombalgie acute): n° _____

NOTE: Per malattie professionali e infortuni considerare gli ultimi 3 anni

Esiste una procedura per la gestione dei giudizi di idoneità con limitazione?

- SI** **NO**

Se si specificare:

A tale processo di ricollocazione lavorativa partecipa (possibilità di risposta multipla):

- RSPP DDL PREPOSTO MC RLS Servizio infermieristico

L'Azienda /struttura partecipa a programmi volontari di promozione della salute inerenti all'area tematica dell'attività fisica?

- SI** **NO**

CONCLUSIONI

L'utilizzo della presente autovalutazione, ha suggerito:

- Revisione del DVR

e/o le seguenti misure di bonifica/miglioramento:

- Organizzative (ridistribuzione del personale fra i turni/ assunzione di nuovo personale/ modifica dei capitolati d'appalto per servizi alberghieri/ redistribuzione dei pazienti/ospiti nei reparti/nuclei)
- Dotazione/manutenzione di ausili per la movimentazione pazienti (nuove attrezzature, manutenzione, ...)
- Definizione e condivisione di procedure operative
- Formazione/Rinforzo formativo
- Sorveglianza sanitaria mirata (es: utilizzo di protocolli specifici)
- Audit periodici
- Altro (specificare)

Datore di lavoro (Cognome Nome)	RSPP (Cognome Nome)	RLS (Cognome Nome)	MC (Cognome Nome)
<i>firma</i>	<i>firma</i>	<i>firma</i>	<i>firma</i>

Data _____