

Movimenti ripetitivi: Strumenti e supporti per il Medico competente

S. Nicola la Strada, 3 aprile 2012

Movimenti ripetitivi:

Uno strumento mancante, la Legge



NON PREVISTE NORME SPECIFICHE

(SALVO QUALCHE POSSIBILE RIFERIMENTO A PROPOSITO DELLA MMC)

IL RIFERIMENTO E' NEL TITOLO I°

- IN TALE TITOLO, OGNI VOLTA CHE SI PARLA DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI, SI PRECISA CHE ESSA DEVE RIGUARDARE TUTTI I RISCHI.**

STRUMENTI E SUPPORTI



Prevenzione primaria - *agire sulla fonte di rischio*

Metodi per valutare i rischi

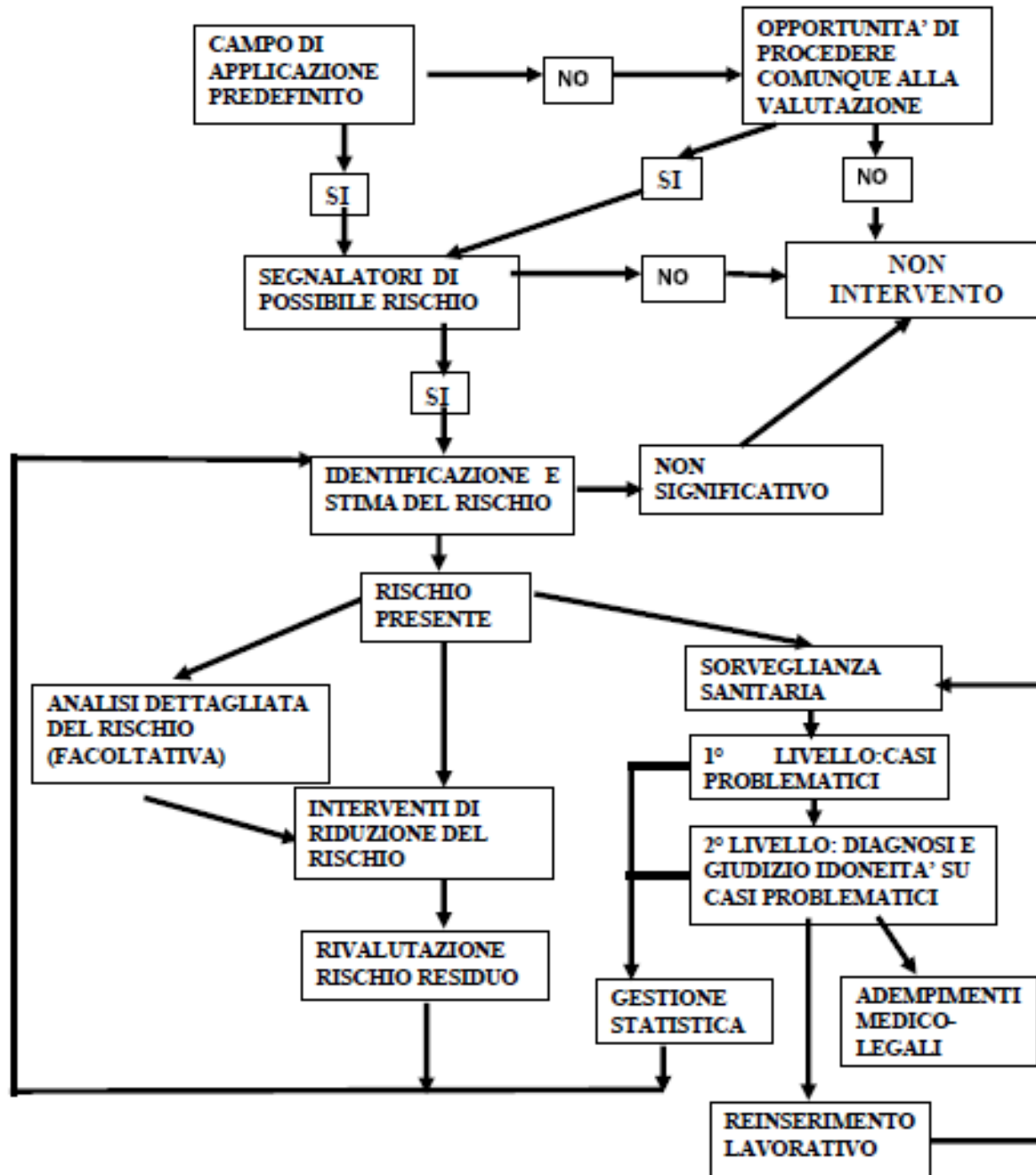
Prevenzione secondaria - *diagnosi precoce*

Sorveglianza sanitaria: Linee guida, software, questionari

Prevenzione terziaria - *diagnosi di malattia -giudizio di inidoneità alla mansione specifica -denuncia della malattia*

Leggi e Linee guida

TABELLA 4: SCHEMA GENERALE DI FLUSSO PREVISTO DALLE LINEE-GUIDA





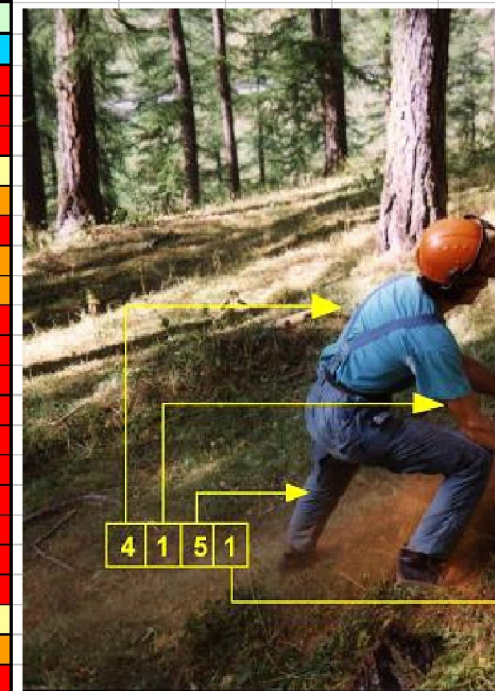
Allegato 1 - TABELLA SINOTTICA DEI METODI

ACGIH TLV	CHECKLIST OCRA	CHECKLIST OSHA	OREGE	RULA	STRAIN INDEX
Definisce un indice di rischio, un livello di azione ed un livello massimo.	Definisce un indice sintetico di rischio e fasce di rischio.	Definisce punteggi che orientano sul rischio.	Definisce punteggi per i fattori di rischio e per la discriminazione tra situazioni accettabili e non accettabili.	Definisce un punteggio che permette la discriminazione tra postura accettabile e non accettabile.	Definisce un punteggio che identifica la presenza o assenza di rischio.
Analizza mansioni a compito unico di durata minima di 4 ore.	Analizza anche mansioni con compiti diversi nel turno.	Analizza velocemente e principalmente compiti unici di breve durata.	Analizza tutti i tipi di lavoro.	Analizza velocemente e principalmente mansioni monocompito.	Analizza principalmente compiti singoli.
Quantifica i fattori: frequenza, forza, postura della mano.	Quantifica i fattori: recupero, frequenza d'azione, forza, postura (valuta le posture di tutti i distretti dell'arto superiore) e fattori complementari.	Quantifica i fattori: frequenza d'azione, postura (valuta le posture di tutti i distretti dell'arto superiore), forza, vibrazioni, aspetti organizzativi e complementari.	Quantifica i fattori: sforzo, posizioni articolari estreme (collo, spalla, gomito, polso), ripetitività.	Quantifica i fattori: frequenza, postura degli arti superiori, collo e tronco e forza (frequenza e forza hanno scarsa rilevanza nel punteggio finale). Valuta anche lo sforzo statico.	Quantifica i fattori: frequenza d'azione, intensità (cui dà molto rilievo) e durata dello sforzo, postura del polso e della mano, velocità di lavoro e durata del compito nel turno.

Valutazione dei rischi: METODO OWAS (posture)



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T		
	Schiena			1 (dritta)			2 (curva)			3 (torsione)			4 (curva e in torsione)									
	Braccia			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3							
		1	1																			
			2																			
			3																			
		2	1																			
			2																			
			3																			
		3	1																			
			2																			
			3																			
	Gambe - Peso	4	1																			
			2																			
			3																			
		5	1																			
			2																			
			3																			
		6	1																			
			2																			
			3																			
		7	1																			
			2																			
			3																			



Classe 1 Classe 2 Classe 3 Classe 4

Braccia: 1) sotto le spalle - 2) un braccio sopra le spalle - 3) entrambe le braccia sopra le spalle

Peso: 1) < 10 Kg - 2) 10-20 - 3) > 20 Kg

Gambe: 1) seduto 2) in piedi gambe estese 3) in piedi peso su una gamba 4) in piedi gambe piegate 5) in piedi, peso su una gamba sola piegata 6) in ginocchio 7) in piedi in movimento



				a=	20		I=	300	che corrisponde a classe=
				b=	10				
				c=	20				
				d=	50				
		20	20	60	200				
		$I = [(a \times 1) + (b \times 2) + (c \times 3) + (d \times 4)] \cdot 100$					(i numeri nelle caselle bianche sono a titolo di esempio)		
							(Non scrivere nelle caselle gialle)		
		a = frequenza percentuale di osservazioni nella classe 1 di rischio							
		• b = frequenza percentuale di osservazioni nella classe 2 di rischio							
		• c = frequenza percentuale di osservazioni nella classe 3 di rischio							
		• d = frequenza percentuale di osservazioni nella classe 4 di rischio							
		• 1, 2, 3 e 4 = valori di ponderazione per le rispettive classi di rischio.							
		In questo modo, se il 100% delle osservazioni effettuate è rappresentato da posture di classe 1, l'indice di rischio assume il valore 100 (ossia il minimo previsto), ad indicare che l'operatore in esame non rientra tra i soggetti a rischio di patologie muscoloscheletriche; viceversa, se il 100% delle osservazioni rappresenta posizioni di classe 4, l'indice è pari a 400 (il massimo possibile) ed indica una situazione di massimo rischio.							



Sito di EPM Research: pagin x
www.epmresearch.org/Default.asp?mn=8&smn=0

EDICOLA MEDICA | EDICOLA | ENTI ASSOCIAZIONI | LINEE GUIDA | ASL | NORMATIVA | ECM | PRIMO SOCCORSO | Manuale Merck | Registro delle Imprese | TV e RADIO | ASUS E-Service

epm
Unità di ricerca **E**rgonomia della **P**ostura e del **M**ovimento

HOMEPAGE
EPM OGGI
20 ANNI DI EPM
ATTIVITÀ
(IN AGGIORNAMENTO)
SEMINARI EPM MILANO
(IN AGGIORNAMENTO)
NEWS

Seminario a Milano su Ernia discale
Il 6 marzo 2012, a Milano si terrà un Seminario organizzato da EPM sul tema "Ernia discale lombare e lavoro: quale rapporto" con la partecipazioni di esperti di livello nazionale ed europeo Locandina ...

Nuovo libro EPM
Un nuovo libro EPM dedicato alla gestione del rischio da Movimentazione Manuale Pazienti

STRUMENTI DI LAVORO
Strumenti Cartacei
Altri strumenti

NEW SOFTWARE EPM
OCRA UTILITIES
DOCUMENTI DI INTERESSE
LINK UTILI
NORME DI INTERESSE
PUBBLICAZIONI

SCUOLA DI ERGONOMIA EPM MILANO 2012
SCUOLA DI ERGONOMIA EPM MILANO 2011
SCUOLE EPM INTERNATIONAL
(IN ALLESTIMENTO)

STRUMENTI DI LAVORO
Strumenti Cartacei
Altri strumenti

NEW SOFTWARE EPM
OCRA UTILITIES
DOCUMENTI DI INTERESSE
LINK UTILI
NORME DI INTERESSE
PUBBLICAZIONI

STRUMENTI DI LAVORO

IT
23:06
18/03/2012



← → ↻ 🌐 www.epmresearch.org/Default.asp?mn=9&smn=0 ☆

📁 EDICOLA MEDICA 📁 EDICOLA 📁 ENTI ASSOCIAZIONI 📁 LINEE GUIDA 📁 ASL 📁 NORMATIVA 📁 ECM 📁 PRIMO SOCCORSO 📁 Manuale Merck 📁 Registro delle Imprese 📁 TV e RADIO 📁 ASUS E-Service

Analisi del rischio da posture incongrue e/o movimenti ripetitivi degli arti superiori

Data	MINICHECKLIST OCRA	Scarica e utilizza
27 Dicembre 2010	Valutazione rapida dei compiti ripetitivi con mini-checklist ocra	miniCHECKLIST_OCRA_27-12-2010_(V1)_monotask Cartella di Excel compressa
27 Dicembre 2010	Valutazione rapida con mini-checklist ocra del lavoro caratterizzato da più compiti ripetitivi	miniCHECKLIST_OCRA_27-12-2010_(V1)_multicompiti Cartella Excel compressa

Analisi del rischio da posture incongrue e/o movimenti ripetitivi degli arti superiori.

Analisi del rischio da posture incongrue e/o movimenti ripetitivi degli arti superiori

Data	CHECKLIST OCRA E MAPPATURA	Scarica e utilizza
27 Aprile 2011	Valutazione automatica dei compiti ripetitivi con checklist ocra modello tradizionale	NEWchecklistOCRAauto(v1) ITA 27-4-2011 VUOTO Cartella di Excel compressa
27 Aprile 2011	Valutazione automatica dei compiti ripetitivi con checklist ocra modello più preciso con uso dei tempi	NEWchecklistOCRAautoAP(v1) ITA 27-4-11 VUOTO Cartella Excel compressa
28 Gennaio 2011	Mappa di rischio dei movimenti ripetitivi degli arti superiori con checklist ocra	OCRA CHECKLIST MAPPA Gm106-V3 28-01-2011 Cartella Excel compressa

Analisi del rischio da posture incongrue e/o movimenti ripetitivi degli arti superiori.

Analisi del rischio da posture incongrue e/o movimenti ripetitivi degli arti superiori

Data	CHECKLIST OCRA E COMPITI LUNGHİ	Scarica e utilizza
27 Aprile 2011	Checklist ocra per compiti di lunga durata	Check OCRA Clunghi pond_27-04-2011(v4.0) Cartella di Excel compressa

Analisi del rischio da posture incongrue e/o movimenti ripetitivi di lunga durata.

Analisi del rischio da posture incongrue e/o movimenti ripetitivi degli arti superiori

Data	INDICE OCRA	Scarica e utilizza
------	-------------	--------------------



VALORE INTRINSECO DELLA POSTAZIONE

ARTO DX	SI	2	0	2	0	0	2	0	1	5
	BREVI INTERRUZIONI	PUNTEGGIO FREQUENZA	PUNTEGGIO FORZA	PUNTEGGIO SPALLA	PUNTEGGIO GOMITO	PUNTEGGIO POLSO	PUNTEGGIO MANO	STEREOTIPIA	COMPLEMENTARI	VALORE INTRINSECO DEL COMPITO
ARTO SX	SI	4,5	0	1	0	0	8	3	1	16,5

VALORE INTRINSECO DELLA POSTAZIONE

ARTO DX	SI	9	0	4	2	2	4	0	1	14
	BREVI INTERRUZIONI	PUNTEGGIO FREQUENZA	PUNTEGGIO FORZA	PUNTEGGIO SPALLA	PUNTEGGIO GOMITO	PUNTEGGIO POLSO	PUNTEGGIO MANO	STEREOTIPIA	COMPLEMENTARI	VALORE INTRINSECO DEL COMPITO
ARTO SX	SI	5	0	2	0	0	6	0	1	12

VALORE PONDERATO PER RECUPERO E DURATA

ARTO DX	1,265	17,7	0,85	15,1	RISCHIO MEDIO
	FATTORE RECUPERO	VALORE INTRINSECO CON RECUPERO	FATTORE DURATA	VALORE CHECKLIST DEL COMPITO	CLASSIFICAZIONE FASCIA DI RISCHIO
ARTO SX	1,265	15	0,85	12,8	RISCHIO LIEVE



Prevenzione e correzione del rischio – INTERVENTI ORGANIZZATIVI

Implementazione di un modello di "job rotation" in un'azienda del comparto alimentare (cioccolato) linea di produzione a caldo

Linea formata da 6 postazioni con 6 addetti (1 per postazione per tutto il turno)

POSTAZIONE	OCRA ARTO DX	FASCIA DI RISCHIO	OCRA ARTO SIN	FASCIA DI RISCHIO	
Linea corpi cavi – colaggio 1	2,40	Gialla	1,65	Verde	
Linea corpi cavi – carico planetarie	0,57	Verde	0,57	Verde	
Linea corpi cavi – scarico planetarie 1	0,95	Verde	0,95	Verde	
Linea corpi cavi – inserimento cialda 1	7,03	Rossa media	3,79	Rossa lieve	
Linea corpi cavi – smodellaggio 2	3,01	Gialla	1,54	Verde	
		3	Rossa media	1,82	Verde

Linea Corpi Cavi					
Ipotesi 1					
Compiti lavorativi	T di attività ripetitiva	OCRA dx	Area di rischio	OCRA sin	Area di rischio
Colaggio	84	2,24	Verde	1,49	Verde
Scarico planetarie	168				
Inserimento cialda	83				
Ipotesi 2					
Compiti lavorativi	T di attività ripetitiva	OCRA dx	Area di rischio	OCRA sin	Area di rischio
Linea corpi cavi – smodellaggio	223	2,26	Verde	1,50	Verde
Linea corpi cavi – pulizia stampo	112				

LAVORO – UNIVERSITÀ DI TORINO
FISICA ADELAIDE DI TORINO





ISO 11228-3 : NOTE E PROPOSTE

E' FORMALMENTE DESTINATO A VALUTARE E GESTIRE CONDIZIONI DI MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI LEGGERI AD ALTA FREQUENZA NELLA SOSTANZA RIGUARDA ATTIVITA' CON MOVIMENTI RIPETUTI DEGLI ARTI SUPERIORI ANCHE INDIPENDENTEMENTE DA MOVIMENTAZIONE DI CARICHI SIGNIFICATIVI

UTILIZZA PREFERENZIALMENTE IL METODO OCRA E, IN SUBORDINE, LO STRAIN INDEX E IL TLV-HAL DELL ACGIH

POTREBBE ESSERE UTILIZZATO:

- LADDOVE SI MOVIMENTANO CARICHI LEGGERI (INFERIORI A 3 KG) AD ALTA FREQUENZA (> 10 V. / MINUTO)**
- PER VALUTARE CONDIZIONI DI SOVRACCARICO BIOMECCANICO DI DISTRETTI DIVERSI DAL RACHIDE LOMBARE (AD ES. SPALLA) IN TUTTE LE ATTIVITA' DI SOLLEVAMENTO DI CARICHI**



% di utilizzo	Tempo netto di lavoro Ripetitivo	Fattore moltiplicativo	Denominazione dei compiti ripetitivi eseguiti dal gruppo omogeneo	recupero	frequenza	forza	lato	spalla	gomito	polso	mano	stereotipia	totale postura	complementari	valore INTRINSECO miniCheck-List OCRA
COMPITI RIPETITIVI SVOLTI															
20%	440	1,0	PREPARAZIONE CAFFE'	6	4	0	DX	2	0	0	2	0	2	0	12,00
2%	440	1,0	SERVIZIO BIBITE AL BICCHIERE	6	10	0	DX	6	0	0	3	0	6	0	22,00
2%	440	1,0	SERVIZIO BIBITE ALLA SPINA	6	10	0	DX	2	0	0	4	1,5	5,5	0	21,50
20%	440	1,0	SERVIZIO DI CASSA NORMALE	6	0,5	0	DX	2	0	0	2	0	2	1,5	10,00
9%	440	1,0	SERVIZIO DI CASSA CON VENDITA SIGARETTE	6	5	0	DX	6	0	0	2	0	6	1,5	18,50
19%	440	1,0	PREPARAZIONE PANINI IN CUCINA	6	2	0	DX	6	0	0	0	0	6	0	14,00
12%	440	1,0	SERVIZIO PANINI, BRIOCHES, ECC.	6	7	0	DX	2	0	0	3	0	3	0	16,00
1%	440	1,0	IMMAGAZZINAMENTO MERCI	6	4	24	BIL	2	0	0	8	1,5	9,5	0	43,50
2%	440	1,0	CARICO BIBITE NEGLI ESPOSITORI	6	2	10	DX	8	0	0	2	1,5	9,5	0	27,50
5%	440	1,0	LAVAGGIO STOVIGLIE AL BANCO	6	6	0	DX	2	0	0	3	1,5	4,5	0	16,50
1%	440	1,0	LAVAGGIO STOVIGLIE IN CUCINA	6	7	0	DX	2	0	0	3	0	3	0	16,00
1%	440	1,0	PULIZIA BANCONE	6	10	0	DX	8	0	0	0	1,5	9,5	0	25,50
4%	440	1,0	PULIZIA TAVOLI	6	10	0	DX	8	0	0	2	1,5	9,5	0	25,50
3%	440	1,0	PULIZIA PAVIMENTI	6	10	0	DX	2	4	0	0	1,5	5,5	0	21,50

RISULTATO DELLA VALUTAZIONE ESPOSITIVA DEI LAVORI RIPETITIVI CON MINI-CHECKLIST OCRA CON MODELLO DI CALCOLO PER COMPITI MULTIPLI

media ponderata
multitask complex

15,18

15,47

PER ROTAZIONI FRA COMPITI INFERIORI ALL'ORA

PER ROTAZIONI FRA COMPITI SUPERIORI ALL'ORA o PER COMPITI A TURN-OVER

Tabella 5. *Classificazione dell'indice OCRA e del punteggio della check list OCRA, secondo aree crescenti di rischio con le rispettive misure di prevenzione da adottare*

AREA	VALORI OCRA	VALORI CHECK LIST	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE
Verde	fino a 1.5	fino a 5	Ottimale	Nessuna
Giallo-Verde	1.6-2.2	5.1-07.5	Accettabile	Nessuna
Giallo	2.3-3.5	7.6-11.0	Incerto/molto lieve	Riverifica, se possibile ridurre il rischio
Rosso-lieve	3.6-4.5	11.1-14.0	Lieve	Ricerca soluzioni migliorative, sorveglianza sanitaria consigliata , informazione/formazione
Rosso-medio	4.6-9.0	14.1-22.5	Medio	Riprogettazione compiti e posti di lavoro secondo priorità attivazione sorveglianza sanitaria , informazione/formazione
Rosso-intenso	oltre 9	oltre 22.5	Elevato	Riprogettazione compiti e posti di lavoro secondo priorità attivazione sorveglianza sanitaria , informazione/formazione



Medico competente e compiti non delegabili:

il sovraccarico biomeccanico, un esempio di "competenza esclusiva"

"Visita di Medicina del Lavoro":

la visita mirata ai rischi specifici

Anamnesi libera o questionari?



Protocollo di sorveglianza sanitaria

Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio **ritenuti necessari dal medico competente.**

La visita medica si basa sulla semeiotica medica che, come dice il prof. Angelo Caniggia nel suo trattato di Metodologia clinica, "... si articola in anamnesi ed esame obiettivo... l'anamnesi raccoglie le informazioni e le ordina in una sequenza storica, l'esame obiettivo rileva i segni clinici secondo canoni precisi. Così intesa la Semeiotica Medica rientra nella migliore tradizione delle Grandi Scuole Europee del secolo scorso: ... essa è la indispensabile premessa per la definizione della diagnosi (giudizio) e consente con il colloquio e con il contatto diretto di non perdere la visione globale e umana del malato (Lavoratore)".

Posso delegare altri medici a visitare i "miei" Lavoratori? - Assolutamente NO!!!

Strumenti per:

la visita di Medicina del lavoro
i dati anonimi e collettivi

Associazione
Medici Competenti
Campani



NON SOLO UNA QUESTIONE DI TERMINI

Basta scrivere:

Visita di Medicina del Lavoro

A mio avviso non è necessari scrivere

Visita medica + Questionario + Esame clinico funzionale degli arti

INFATTI:

Visita di Medicina del Lavoro = valutazione clinica
anamnestica in base ai rischi specifici



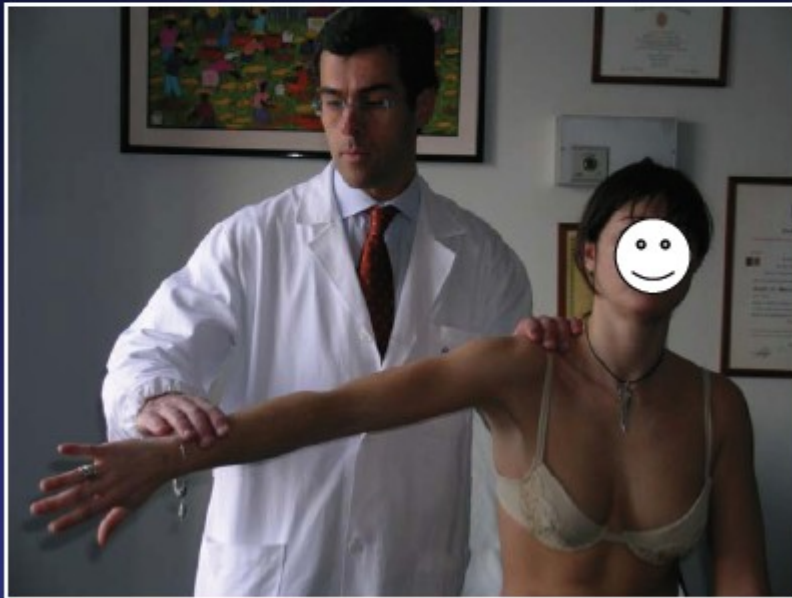
Tabella 1 - Tipologia dei CTD

I - Alterazioni tendinee		
a) tendiniti	- gomito	epicondilite epitrocleite
	- spalla	tendinite "cuffia rotatori" borsite deltoidea etc.
b) tenosinoviti stenosanti	- polso	m. di De Quervain
	- palmo della mano	tenosinovite dei muscoli flessori
	- dita mani	dito a "scatto"
c) cisti tendinee		
II - Alterazioni a carico dei nervi		
	- polso	s. tunnel carpale s. di Guyon
	- gomito	s. tunnel ulnare s. tunnel radiale
III - Alterazioni neurovascolari		
	- stretto sup. del torace	s. dello stretto toracico
	- polso	aneurisma arteria ulnare
	- mano	s. di Raynaud ("dito bianco")



Test di Jobe

L'esaminatore contrasta la forza di elevazione dell'arto mantenuto abdotto a 90° , anteposto di 20° e intraruotato. Il deficit di forza indica la rottura del t.sovraspinoso



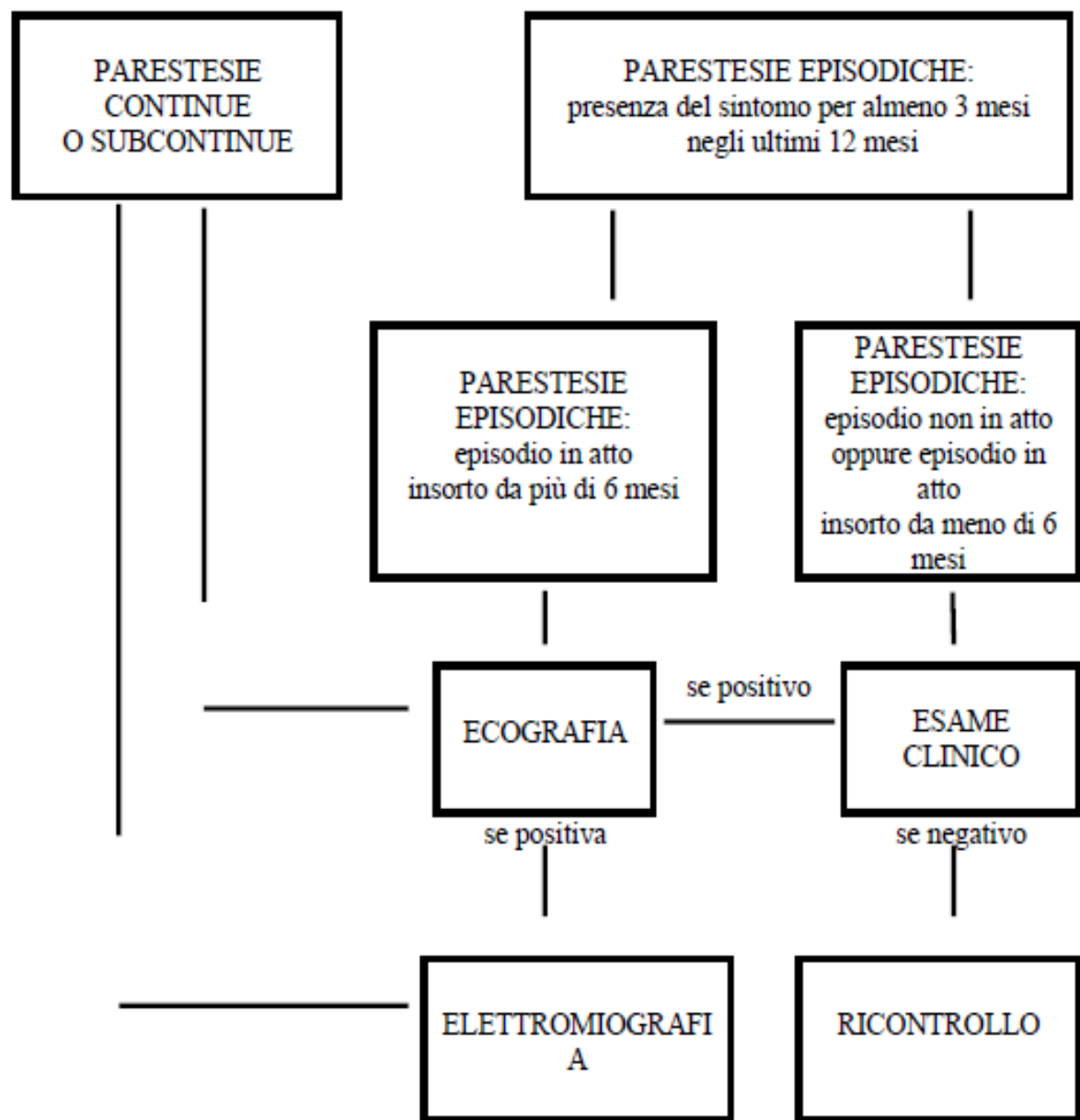


Figura 3 – Percorso decisionale per la diagnosi di sindrome canalicolare.

PIU' VADO AVANTI E PIU' APPREZZO L'ANAMNESI LIBERA!!!

Associazione
Medici Competenti
Campani



2
L'Europa di postume obedi
- Hyle ben:

Europa 15 vol da ob:

- la neferesi.

- PONS.

- Menestrosi

QUESTIONARIO ANAMNESTICO
(modificato da "Linea Guida Fidi Regione Lombardia")

Allegato: _____

Lavoratore: _____

Mansione: _____

Data: _____

PATOLOGIE RESPIRATORIE: NO SI

- Hai tosse abitualmente? si no
- Se sì, quasi tutti i giorni almeno per tre mesi all'anno? si no
- Hai catarro abitualmente? si no
- Se sì, quasi tutti i giorni almeno per tre mesi all'anno? si no
- Hai dispnea quando svolgi la tua mansione? si no
- Hai bruciore/irritazione alla gola durante il lavoro? si no
- Hai sofferto di malattie polmonari negli ultimi 3 anni? si no
- Soffri di asma? si no
- Quante sigarette fumi al giorno? _____
0
- Soffri di allergie? no si no
- Tipo di allergie: _____

Rumore e cond. di suscettibilità:

- 0=ness./1=ipertens.a/diabete ID/dislipidemia/2=Tr.cranici/3=Perforaz. timpano/4=Stapedectomia/5=S.Menièr/6=Cocleopatie batteriche/ 7=Farmaci a forte dosi*/8=Ag.chimici**/9=udito ridotto, a suo dire
- Invalidità: si no no si

PATOLOGIE DEL RACHIDE: NO SI

(Se IFT15303 o N° IFT15303 3-4, scegliere come clinico)

- Ti è mai stata diagnosticata una patologia del rachide? si no
- Quale?: _____
- Hai eseguito indagini radiografiche? si no
- Esito: _____

- CERVICALE: fastidio nell'ultimo anno? raramente spesso
- CERVICALE: dolore nell'ultimo anno? raramente spesso
- numero di episodi di 2-3 giorni o in terapia: _____

- DORSALE: fastidio nell'ultimo anno? raramente spesso
- DORSALE: dolore nell'ultimo anno? raramente spesso
- numero di episodi di 2-3 giorni o in terapia: _____

- LOMBARE: fastidio nell'ultimo anno? raramente spesso
- LOMBARE: dolore nell'ultimo anno? raramente spesso
- numero di episodi di 2-3 giorni o in terapia: _____

- Il dolore si irradia alle braccia? si no
- Il dolore si irradia alle gambe? si no
- Usi spesso antidolorifici per il rachide? si no
- Hai dovuto limitare l'attività a causa dei disturbi? si no

PATOLOGIE DELLE MANI E VIBRAZIONI: NO SI

- Utilizzi strumenti vibranti per almeno 3-4 ore/sett.? si no
- Hai mai notato pallore alle estremità delle dita? si no
- Da quanti anni: _____
- Dita interessate allo sbiancamento: _____
- Hai torpore e/o riduzione della sensibilità alle dita? si no

Farmaci assunti: Nessuno

Se sei in gravidanza, evidenzia la cavella

*aminoglicosidi (gentamicina...), claptano, salicilati, diuretici, antivirali, antimalarici**toluene, stirene, tricloroetilene, monossido di carbonio, cloruri, pesticidi, solfuro di carbonio.

Aspetti della mansione:

* se SI, vedi dettagli in anamnesi patologica prossima

Anamnesi patologica prossima

PATOLOGIE DELLA CUTI: NO SI

- Soffri attualmente di disturbi della pelle? si no
- Come si manifesta? prurito arrossamento croste
desquamazione vescicole
- In quale sede? mani arti sup. arti inf. tronco
- Da quanto tempo (anni): _____
- Il disturbo è scatenato/aggravato da farmaci? si no
- Il disturbo è scatenato/aggravato dai guanti? si no
- Il disturbo si manifesta durante l'uso di agenti chimici? si no
- Hai mai sofferto in passato di disturbi della pelle? si no
- Quale malattia ti è stata diagnosticata? psoriasi

PATOLOGIE SOTTO ELENCATE*: NO SI

- Malattie cardiache si no
- Iipertensione arteriosa si no
- Diabete mellito si no
- Episodi di senso di mancamento/svenimento si no
- Angina e/o dispnea da sforzo e/o palpitazioni si no
- Epilessia/altra pat. neurologica grave si no
- Vertigini si no
- Gravi disturbi psichici/abuso di alcolici/uso di droghe si no
- Gravi patologie gastroenterostomali/epatiche si no
- Disturbi cronici del sonno si no
- Endocrinopatie/nefropatie/emopatie si no

PATOLOGIE ARTICOLARI: NO SI

- Hai mai avuto negli ultimi 12 mesi DOLORE continuo o almeno un episodio di 1 sett o 1 volta/mese alle articolazioni? si no
- Localizzazione: _____
- Per il dolore hai praticato terapia fisica o farmacologica? si no
- Nell'ultimo anno, hai avuto formicolio, intorpidimento all'arto? si no
- Se SI proseguire Se NO: STOP
- Localizzazione parestesie notturne: _____
- Le parestesie sono continue? a episodi: n° episodi _____ si no
- Localizzazione parestesie diurne: _____
- Le parestesie sono continue? a episodi: n° episodi _____ si no
- Hai difficoltà ad effettuare a lungo la presa con pollice-indice? si no
- Ti cadono spesso piccoli oggetti dalle mani? si no
- Malattie già diagnosticate: _____

DISTURBI NEUROLOGICI E A GENTI CHIMICI: NO SI

- Cefalea? si no
- Riduzione di attenzione/memoria? si no
- Astenia arti inferiori? si no
- Riduzione/alterazione della sensibilità? si no

Infortuni/Mal. profes.: NO

Reazioni avverse a vaccini/farmaci: si no **Rosolia:**

Att. extralavorative: _____
Antitetano: _____ Antiepatite B: _____

D.P.L. usati: _____

psoriasi in trattamento con dott. Cusano: a suo dire quadro stabile. Negli altri disturbi degni di nota.

Dichiaro:

- che i dati da me riferiti in tutte le sezioni della cartella sanitaria e di rischio corrispondono al vero
 - di essere stato informato dal Medico competente sui rischi lavorativi specifici della mia mansione
 - di essere stato informato sul significato, sullo scopo e sui risultati degli accertamenti sanitari eseguiti.
- Dichiaro di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03.
- Autorizzo l'effettuazione degli accertamenti sanitari ritenuti necessari (compresi ind. radiografiche, prelievi).
- Autorizzo, se necessari, ad eseguire esami per l'alcol dipendenza e/o per le sostanze psicotrope e/o stupefacenti.
- Autorizzo il Medico a trasmettere la mia documentazione sanitaria via posta o tramite l'azienda.

AZIENDA: _____

Letto e confermato, Il Lavoratore: _____



Associazione
Medici Competenti
Campani

Un questionario per tutti i rischi ?



SPALLA							
DX				SX			
	v.n.	□ E.O. nella norma			□ E.O. nella norma		
<input type="checkbox"/> flessione	(90°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> estensione	(45°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> adduzione	(45°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> abduzione	(180°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> intrarotazione	(55°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> extrarotazione	(40°-45°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> elevazione		<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> retroposizione		<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> segno di Yocum		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> segno di Jobe		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> segno di Neer		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> segno di Hawkins		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)							

GOMITO							
DX				SX			
	v.n.	□ E.O. nella norma			□ E.O. nella norma		
<input type="checkbox"/> flessione	(135°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> estensione	(0°-5°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> pronazione	(90°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> supinazione	(90°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> epicondialgia pressoria		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> epitrodealgia pressoria		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)							

POLSO E MANO							
DX				SX			
	v.n.	□ E.O. nella norma			□ E.O. nella norma		
<input type="checkbox"/> flessione	(70°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> estensione	(80°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> deviazione ulnare	(30°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> deviazione radiale	(20°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> segno di Tinel		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> segno di Phalen		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> segno di Finkelstein		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> segno di Froment		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo		<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	
<input type="checkbox"/> adduzione dorsale I dito	(0°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> abduzione palmare I dito	(70°)	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> presa "grip"		<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> presa "pinch"		<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente	<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> limitata	<input type="checkbox"/> dolente
<input type="checkbox"/> altro (specificare)							

Osservazioni e conclusioni:

Data: Firma del medico:

Un questionario SIMLII?

Legalmente nessuno mi può obbligare a usare questionari o altro...
Vedi, del resto, l'allegato 3A? ... Più libera di così!!!!

Associazione
Medici Competenti
Campani



2. ANAMNESI LAVORATIVA

.....
.....
.....
.....

Esposizioni precedenti no si

3. ANAMNESI FAMILIARE

.....
.....
.....
.....

4. ANAMNESI PERSONALE

.....
.....
.....
.....



QUESTIONARIO ANAMNESTICO DELLE PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI E DEL RACHIDE

Prima parte

Data di compilazione _____ ☺

Azienda	Ranario	Mansione
☺ Cognome N		
☺ Data di nasc		
☺ Anzianità m		

ARTI SUPERIORI

DISTURBI NEGLI ULTIMI 12 MESI

DOLORI ALLA SPALLA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
--------------------	---	--	----	----

	Riguardo ai disturbi riferiti: <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci ha effettuato: <input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrice <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA/ RISONANZA	dolore ai movimenti dolore a riposo SOGLIA POSTI <input type="checkbox"/> dolore conti <input type="checkbox"/> almeno 1 se <input type="checkbox"/> almeno 1 vo DISTURBI MIN dolore a episo
--	---	---

DOLORI AL GOMITO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO
------------------	---	-------------

	Riguardo ai disturbi riferiti: <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci ha effettuato: <input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrice <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA/RISONANZA <input type="checkbox"/> EMG (elettromiografia)	dolore alla pres dolore a riposo SOGLIA POSTI <input type="checkbox"/> dolore conti <input type="checkbox"/> almeno 1 se <input type="checkbox"/> almeno 1 vo DISTURBI MIN dolore a episo
--	---	--

DOLORI A POLSO/MANO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO
---------------------	---	-------------

NB : Indicare sulla figura le aree dei disturbi.

Riguardo ai disturbi riferiti:

dolore alla pre
dolore ai movi

Il questionario EPM ?

ESAME OBIETTIVO

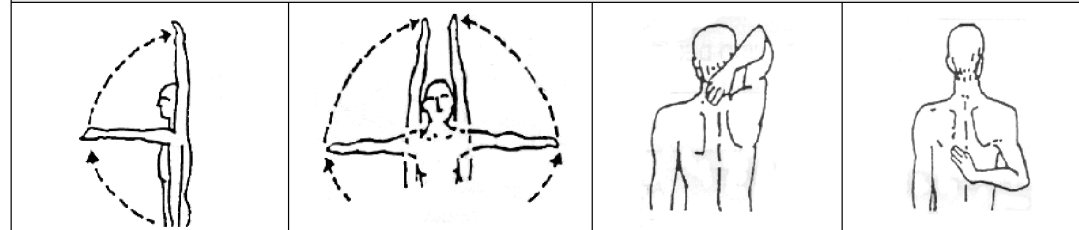
a) SCAPOLO-OMERALE: MANOVRE ESEGUITE	<input type="checkbox"/> SI
--------------------------------------	-----------------------------

OSSERVAZIONE - ISPEZIONE (trofismo , cicatrici, ecc)

PALPAZIONE SPALLA

DOLORE ANTERIORE		DOLORE LATERALE		DOLORE POSTERIORE	
<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX

VALUTAZIONE DELLA MOTILITA' DEL CINGOLO SCAPOLO-OMERALE E PRESENZA DI DOLORE AI MOVIMENTI







PRESENZA DI DOLORE		PRESENZA DI DOLORE		PRESENZA DI DOLORE		PRESENZA DI DOLORE	
<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX

ENTITA' DEL DANNO FUNZIONALE (gradi)

1 <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	2 <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	3 <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	4 <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
Riduzione funzionale, di circa un terzo, di almeno 2 movimenti.	Riduzione funzionale, di circa la metà, di un solo movimento	Riduzione funzionale dell'abduzione e della rotazione interna (o esterna) di circa metà	Riduzione funzionale di almeno 3 movimenti con perdita di circa metà dell'escursione articolare

CONSIDERAZIONI E POSSIBILITÀ DI MIGLIORAMENTO



OSSERVAZIONE MANO		DX	SX
	- NORMALE.....	0	0
	- IPOTROFIA MUSCOLARE.....	1	1
	- DEFORM. ARTICOLAZIONE TRAPEZIO METACARPALE.....	2	2
	- RETRAZIONE PALMARE.....	4	4
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		OSMAD	OSMAS
PALPAZIONE		DX	SX
	- ASSENZA DI DOLORE.....	0	0
	-(A) DOLORE PALPAZIONE ARTICOLAZ. TRAPEZIO METACARPALE.....	1	1
	- (B) DOLORE PALPAZIONE STILOIDE RADIALE.....	2	2
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		PAPCD	PAPCS
MANOVRA PER "DITO A SCATTO"		DX	SX
	- NORMALE.....	0	0
	- "SCATTO" DURANTE ESTENSIONE.....	1	1
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SCATD	SCATCS
FINKELSTEIN (DEVIAZIONE ULNARE DEL POLSO)		DX	SX
	- NEGATIVO.....	0	0
	- DOLORE ALLA "TABACCHIERA ANATOMICA".....	1	1
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		FINKD	FINKS
MOVIMENTI DI FLESSO-ESTENSIONE DEL POLSO (CONTRO RESISTENZA)		DX	SX
	- NORMALE.....	0	0
	- DOLORE IN FLESSIONE.....	1	1
	- DOLORE IN ESTENSIONE.....	2	2
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DOLPOD	DOLPOS
NOTE.....			



ATTENZIONE

Gli autori del programma declinano qualsiasi responsabilità relativa:

- alla compatibilità del software alle previsioni normative, specie in relazione alle previsioni di sicurezza dei dati attribuite agli utilizzatori (in primis la copia degli archivi su più supporti di memoria e l'utilizzo di software antivirus);
- all'uso e alla riservatezza delle passwords;
- alla perdita di dati;
- ad ogni ed eventuale danno a cose e persone causato dall'uso del programma.

Asped2000 NE

Ver. 1.1.2

Software di gestione della Cartella Sanitaria di Rischio ai sensi del D.Lgs 81/08 e s.m.i. e del Documento Sanitario Personale ai sensi del D.Lgs 230/1995 e s.m.i.



Medico
Competente.it

Accetto

Rifiuto

Il questionario di ASPED2000 NE ?

Associazione
Medici Competenti
Campani



Questionario Alterato Compatibile con i rischi professionali

Disturbi degli Arti Superiori

Presenta attualmente o ha presentato in passato qualcuno dei seguenti sintomi?

	SPALLA		GOMITO		POLSO	
	Sn	Dx	Sn	Dx	Sn	Dx
Dolore a riposo	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
Dolore ai movimenti	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
Limitazione funzionale ai movimenti	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
Parestesie	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
Se si, per quanto tempo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MANO

Dolore al 1mo dito	<input type="checkbox"/> -
Dolore alle altre dita	<input type="checkbox"/> -
Dolore a palmo/dorso	<input type="checkbox"/> -
Se si, a riposo o durante i movimenti?	<input type="text"/>
Limitazione funzionale ai movimenti	<input type="checkbox"/> -
Parestesie alle dita	<input type="checkbox"/> -
Se si, a quali dita?	<input type="text"/>
Da quanto tempo?	<input type="text"/>
Note	<input type="text"/>

Esame Non effettuato Compatibile con i rischi professionali

Apparato locomotore: arti superiori

Articolazione scapolo-omeroale

Alterato si/no

Ispezione

Elevazione

Abduzione

Rotazione interna

Rotazione esterna

Articolazione del gomito

Ispezione

Palpazione

Flessione

Estensione

Pronazione

Supinazione

Articolazione radio-carpica

Ispezione

Palpazione

Estensione

Flessione

Inclinazione laterale

Test funzionali arti superiori

Test di stancabilità

Test del candeliere

Phalen test

Test di pressione

VALUTAZIONE CLINICA APPARATO LOCOMOTORE



Azienda: _____ Data esame: _____ Allegato: _____
 Lavoratore: _____ età: 0 BMI: 0 Invalidità: no si

INDICI DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO (vedi fattori di rischio in cartella)

Movimentazione manuale carichi (Indice NIOSH) Postura/MMC (OWAS) Operazioni di traino/spinta
 Movimenti ripetitivi (Check list OCRA)

MANSIONI PRECEDENTI (vedi cartella)

ANAMNESI FISIOLÓGICA/PATOLOGICA (vedi cartella)

Pratica attività sportiva? no si Tipo di attività sportiva/eventuale altri lavori:
 Numero di figli: _____ Familiarità per: non patologie a carattere familiare/ereditario.
 Interventi chirurgici/traumi: nulla da segnalare.
 Anamnesi patologia remota: Nega patologie degne di nota. Riferisce di aver sempre goduto di buona salute.

DISTURBI AL RACHIDE NEGLI ULTIMI 12 MESI (fastidio, senso di peso, dolore)

NO SI

	Fastidio		Dolore		N° episodi con dolore (1-3 4 di 2-3 g/2-10 di 1/3-8 di 2/4-2 di 30/5-1 di 90)	Irradiazione	
	Raramente	Spesso	Raramente	Spesso		si	no
CERVICALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DORSALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	si	no
LOMBOSACRALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ha dovuto limitare l'attività lavorativa per il dolore? NO SI
 Ha usato/usa farmaci per il dolore? NO SI

DISTURBI AGLI ARTI NEGLI ULTIMI 12 MESI

NO SI

Dolore: Meno di 1 sett. Almeno di 1 sett. Continuo Meno di 12 episodi Più di 12
 Indicare dove è localizzato il dolore (spalla, gomito, polso, mano, arti inferiori): _____
 Per il dolore ha praticato terapia fisica/farmacologica: NO SI

Paresie notturne: Meno di 1 sett. Almeno di 1 sett. Continuo Meno di 12 episodi Più di 12
 Indicare dove è localizzato il dolore (Braccio, avambraccio, mano, dita...): _____

Paresie diurne: Meno di 1 sett. Almeno di 1 sett. Continuo Meno di 12 episodi Più di 12
 Indicare dove è localizzato il dolore (Braccio, avambraccio, mano, dita...): _____

Sintomatologia ipostenica:
 Difficoltà ad effettuare a lungo la presa a pinza (presa con indice e pollice) NO SI
 Caduta di piccoli oggetti dalle mani: NO SI

STOP oppure PASSARE AD ESAME OBIETTIVO

RACHIDE - Passare ad esame obiettivo: NO SI
 ARTI - Passare ad esame obiettivo: NO SI

Dot. Pietro Carmine Pennacchio

Per soglia anamnestica positiva al rachide si intende la presenza di: dolore/fastidio pressochè tutti i giorni negli ultimi 12 mesi o dolore a episodi.
 1) 3-4 episodi di 2-3 giorni; 2) 10 episodi di 1 giorno; 3) 8 episodi di 2 giorni; 4) 2 episodi di 30 giorni; 5) 1 episodio di 90 giorni.
 Soglia arti superiori: dolore o paresia durati almeno 1 sett. oppure insorti almeno 1 volta/mese e non preceduti da traumi acuti.

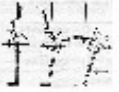
Un questionario per
rachide, arti sup. e inf. ?



ESAME OBIETTIVO RACHIDE

SCOLIOSI	<input checked="" type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Dorsale dx	<input type="checkbox"/> Dorsale sn	<input type="checkbox"/> Lombare dx	<input type="checkbox"/> Lombare sn
CIFOSI DORSALE	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ipercifosi	<input type="checkbox"/> Appiattimento cifosi dorsale		
LORDOSI LOMBARE	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Iperlordosi	<input type="checkbox"/> Appiattimento lordosi lombare		

OSSERVAZIONE RITMO LOMBO PELVICO

	<input checked="" type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Lordosi lombare Immodificata
	<input type="checkbox"/> Dolore lombare

MANOVRE DI PRESSO PALPAZIONE

RACHIDE CERVICALE	<input checked="" type="checkbox"/> Dolore assente	<input type="checkbox"/> Dolore su apofisi/spazi Intervert.	<input type="checkbox"/> Dolore su muscolat.
RACHIDE DORSALE	<input checked="" type="checkbox"/> Dolore assente	<input type="checkbox"/> Dolore su apofisi/spazi Intervert.	<input type="checkbox"/> Dolore su muscolat.
RACHIDE LOMBARE	<input checked="" type="checkbox"/> Dolore assente	<input type="checkbox"/> Dolore su apofisi/spazi Intervert.	<input type="checkbox"/> Dolore su muscolat.



VALUTAZIONE MOTILITA' DOLOROSA-RIDOTTA

RACHIDE CERVICALE	<input checked="" type="checkbox"/> Dolore assente	<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Motilità ridotta			
	<input type="checkbox"/> Flessione	<input type="checkbox"/> Estensione	<input type="checkbox"/> Inclinaz. dx	<input type="checkbox"/> Inclinaz. sn	<input type="checkbox"/> Rotaz. dx	<input type="checkbox"/> Rotaz. sn
RACHIDE DORSO LOMBARE	<input checked="" type="checkbox"/> Dolore assente	<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Motilità ridotta			
	<input type="checkbox"/> Flessione	<input type="checkbox"/> Estensione	<input type="checkbox"/> Inclinaz. dx	<input type="checkbox"/> Inclinaz. sn	<input type="checkbox"/> Rotaz. dx	<input type="checkbox"/> Rotaz. sn

MOVIMENTI COMPLESSI

LASEGUE:	<input checked="" type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> pos. dx	<input type="checkbox"/> pos. sn - gradi	WAASSERMAN:	<input checked="" type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> pos. dx	<input type="checkbox"/> pos. sn - gradi
----------	--	----------------------------------	--	-------------	--	----------------------------------	--

ESAME OBIETTIVO ARTI

SPALLA	
Ispezione:	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva
Palpazione:	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva
Motilità:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra bilat. <input type="checkbox"/> positiva
<p>Ove necessario, eseguire anche Test di NEER (Confitto sub acromiale: esaminatore dietro, con una mano blocca la spalla e con l'altra solleva il braccio esteso; e/o il Test di JOBE (funz. muscolo sovraspinoso: esaminatore davanti, paz. con braccia in abduzione di 90° e anteposte di 30° e intrarotate, poltici verso il basso dovrà provare ad abbassare gli arti)</p>	
GOMITI	
Ispezione:	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva
Palpazione:	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva
Motilità:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra bilat. <input type="checkbox"/> positiva
	Test epicondilita (musc. estensori. Flessione passiva del polso a gomito esteso)
	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva a dx <input type="checkbox"/> positiva a sn -
	Test intrappolamento ulnare al gomito
	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva a dx <input type="checkbox"/> positiva a sn -
POLSO MANI	
Ispezione:	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva
Palpazione:	<input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva
Motilità:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra bilat. <input type="checkbox"/> positiva
Test di Phalen (compres. n. mediano al tunnel carpale): <input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva a dx <input type="checkbox"/> positiva a sn	
Test di Tinel (n.mediano - percussione polso in estens.): <input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva a dx <input type="checkbox"/> positiva a sn	
Test di Finkelstein (mano a pugno, deviaz ulnare polso): <input checked="" type="checkbox"/> negativa bilat. <input type="checkbox"/> positiva a dx <input type="checkbox"/> positiva a sn	
ARTI INFERIORI: Motilità	<input checked="" type="checkbox"/> Integra bilat. <input type="checkbox"/> alterata

CONCLUSIONI

Un questionario per
rachide, arti sup. e inf. ?



INVECCHIAMENTO E PATOLOGIE MUSCOLOSCELETRICHE

(Lavoro di Occhipinti e Colombini su La Medicina del Lavoro Luglio agosto 2000)

“... Va ... notato che in coloro che rimangono a lungo adibiti a lavori con movimenti ripetitivi degli arti superiori, a dispetto del progredire dell'età, si sviluppano specifiche abilità e destrezze che non sono riscontrabili nei giovani appena assunti e che, in qualche modo, possono servire come meccanismo di difesa rispetto alla stessa età.

In sintesi nei gruppi di lavoratori esposti ad un rischio di sovraccarico biomeccanico per gli arti superiori, il fattore età appare di scarsa rilevanza”.

L'importanza del singolo: il giudizio di idoneità e i limiti delle Linee guida

9.2 Elementi per il giudizio di idoneità alla mansione specifica

La presenza di manifestazioni cliniche di *patologie* da trauma ripetitivo agli arti superiori o da altre cause, condiziona un giudizio di idoneità positivo solo per aree di rischio di livello molto lieve (OCRA < 3.6) con controlli periodici e visita medica successiva secondo il giudizio del Medico Competente.

La presenza di manifestazioni cliniche di *patologie* da trauma ripetitivo agli arti superiori o da altre cause, condiziona un giudizio negativo per attività con fasce di rischio da lieve (OCRA > 3.5) a oltre.

Tale atteggiamento dovrà essere mantenuto anche di fronte a fattori sistemici o distrettuali favorevoli all'insorgenza delle patologie quali quelli specificati di seguito:

- artrosi invalidante delle articolazioni dell'arto superiore;
- esiti invalidanti di eventi traumatici per l'arto superiore, in relazione alle richieste funzionali del compito lavorativo;
- radicolopatie da patologie degenerative e/o malformative del rachide cervicale;
- neuropatie periferiche di origine sistemica;
- artrite reumatoide;
- altre gravi patologie dei tessuti di sostegno.

La legge più delle Linee Guida come **SUPPORTO** per la denuncia di M.P.

		TENDINITI-TENOSINOVITI MANO-POLSO
03	MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI ESEGUITA CON CONTINUITA' DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	SPONDILODISCOPATIE DEL TRATTO LOMBARE ERNIA DISCALE LOMBARE
04	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITA' ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E RIPETITIVI PER ALMENO LA META' DEL TEMPO DEL TURNO LAVORATIVO	<p><i>SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELLA SPALLA:</i> TENDINITE DEL SOVRASPINOSO (o tendinite cuffia rotatori) TENDINITE CAPOLUNGO BICIPITE TENDINITE CALCIFICA (MORBO DI DUPLAY) BORSITE</p> <p><i>SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL GOMITO:</i> EPICONDILITE EPITROCLEITE BORSITE OLECRANICA</p> <p><i>SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO POLSO-MANO:</i> TENDINITI FLESSORI/ESTENSORI (POLSO-DITA) SINDROME DI DE QUERVAIN DITO A SCATTO SINDROME DEL TUNNEL CARPALE</p>



La valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori con strumenti semplificati: la mini-checklist OCRA. Contenuti, campo applicativo e validazione

DANIELA COLOMBINI, E. OCCHIPINTI*

EPM, Unità di Ricerca Ergonomia della Postura e del Movimento-Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS-Milano

** EPM, Unità di Ricerca Ergonomia della Postura e del Movimento- Fondazione IRCCS Policlinico Ca' Granda- Milano

Si ricorda che nella checklist OCRA classica viene definita incongrua una postura o un movimento quando il segmento considerato è costretto a raggiungere, durante il lavoro, escursioni angolari superiori al 50% della sua massima (2, 4). Per classificare il relativo impegno, si utilizzano poi punteggi in crescendo (uno per ognuno dei 4 segmenti articolari citati) a seconda che la postura incongrua si prolunghi per 1/3, 2/3 o 3/3 del tempo di lavoro ripetitivo.

In figura 5 si descrive lo schema valutativo semplificato proposto nella mini-checklist OCRA: vi si includono anche le immagini che illustrano e rendono più facile il riconoscimento delle principali posture incongrue da analizzare.

Per ogni segmento articolare, in corrispondenza delle frazioni temporali indicate, si apporranno delle "X" al manifestarsi dell'evento. Per il gomito e per il polso, la presenza di posture incongrue andrà segnalata solo quando l'evento si presenta per almeno i 2/3 del tempo (il tempo di ciclo e del periodo rappresentativo selezionato).



Siamo alla fine...

dai dati relativi al singolo lavoratore ai dati collettivi:
una risorsa per tutti.

Con i nostri dati del gruppo omogeneo abbiamo il potere di
far rivalutare i rischi !!!



SCHEDA PRINCIPALE INSERIMENTO DATI

Azienda: **ISMECO**

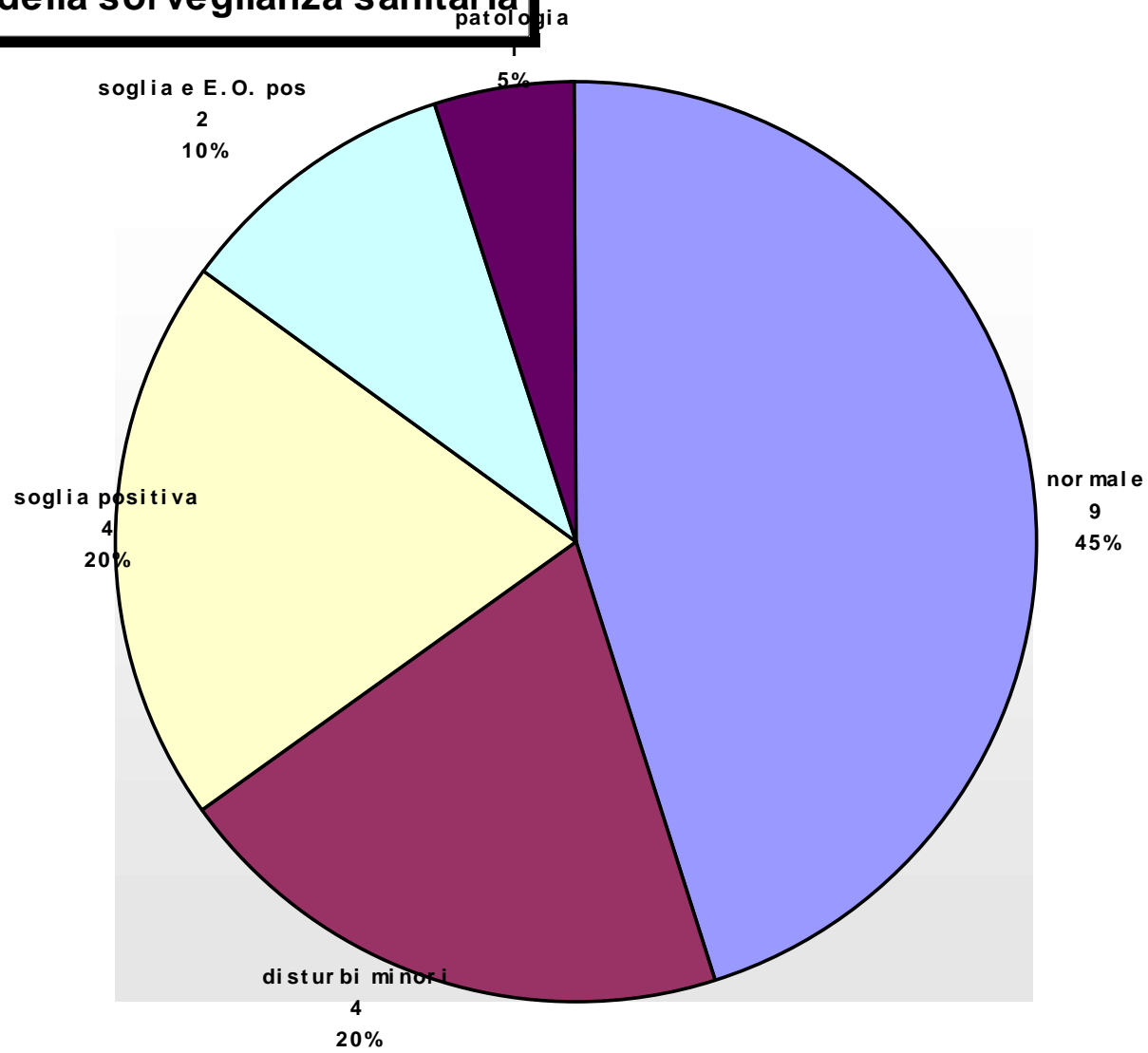
0=no - 1=<10 0=no - 1=modico

Anno: Codici: 1-2... 0 M=0 - F=1 2>10 2: >1/2 lit 0=non-1=pat Codici: 0-1-2-3... **Patologie arti s**
Inserire solo per soglia signif e patologie

Lavoratore	Mansione	Età	Genere	Anz. Lav.	Fumo	Alcol	BMI	Pat. Interferenti	Patologie	Patologie arti sup.	Distretto	Check list OCRA
	1	36	0	5	2	0	32	0	assenza	0		7
	1	34	0	1	0	0	24	1	assenza	0		7
	1	35	0	11	0	0	27	0	assenza	0		7
	2	30	1	5	1	0	23	0	assenza	0		7
	2	33	1	11	0	0	31	0	assenza	0		7
	2	35	0	1	0	1	27	0	assenza	0		7
	2	40	1	1	0	0	40	0	assenza	0		7
	3	33	0	9	1	0	20	0	disturbi minori	1		10
	3	43	1	15	0	0	22	0	disturbi minori	1		10
	3	29	1	5	1	0	39	1	disturbi minori	1		10
	3	40	0	5	2	1	26	0	disturbi minori	1		10
	3	38	1	1	2	1	28	0	soglia positiva	2	spalla dx	16
	3	47	0	9	0	0	26	1	soglia positiva	2	mano dx	16
	1	45	0	16	0	0	27	0	soglia positiva	2	mano dx	16
	1	31	1	7	2	2	23	0	soglia positiva	2	mano dx	16
	1	35	0	12	0	0	25	1	assenza	0		1
	1	43	1	16	2	2	39	1	assenza	0		1
	1	37	0	16	1	1	29	0	soglia e e.o.	3	gomito dx	20
	2	30	0	11	0	0	35	0	soglia e e.o.	3	mamp dx	20
	2	34	1	1	0	1	29	0	epicondilit	4	gomito dx	20

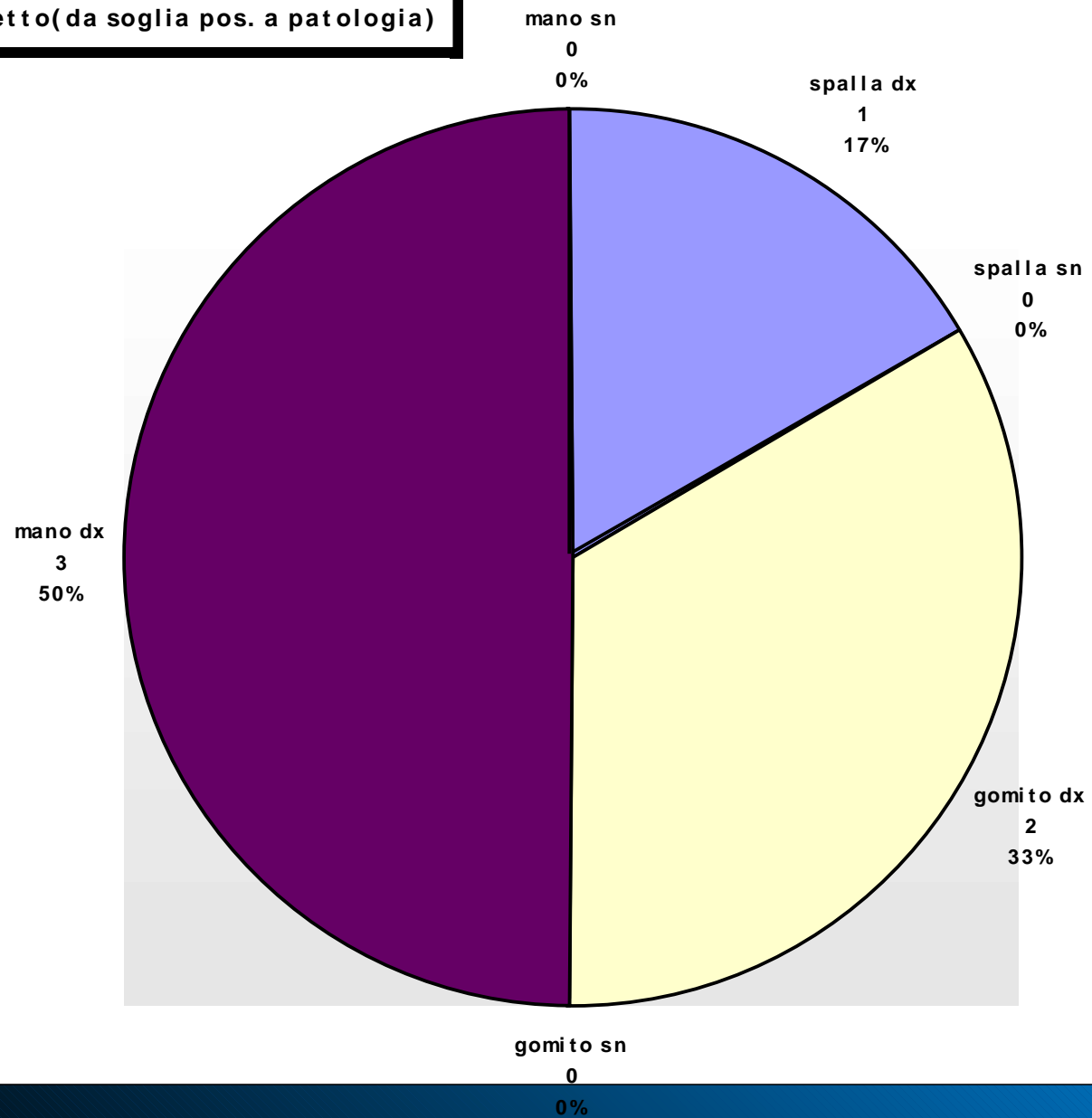


Esiti della sorveglianza sanitaria





Distretto (da soglia pos. a patologia)

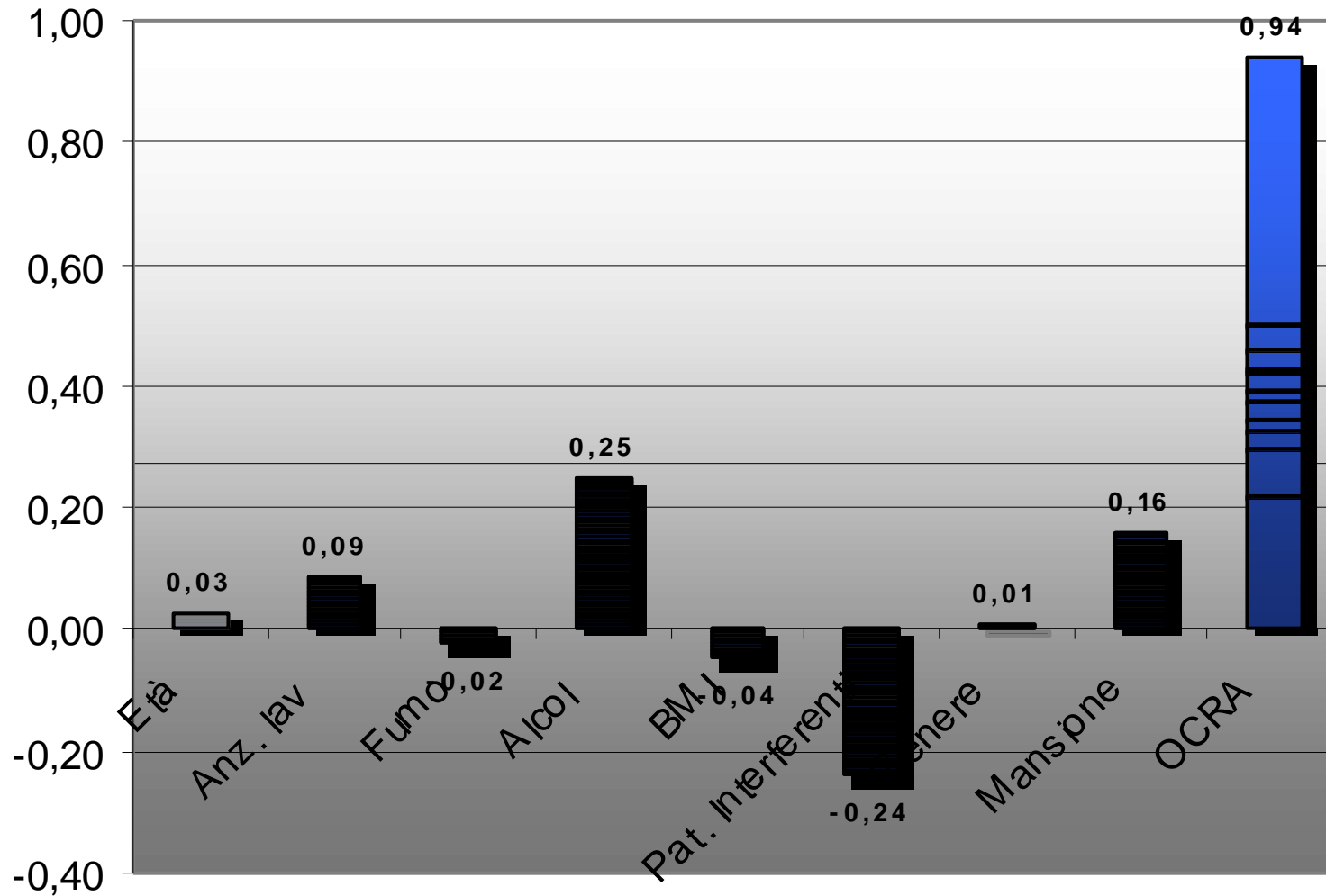


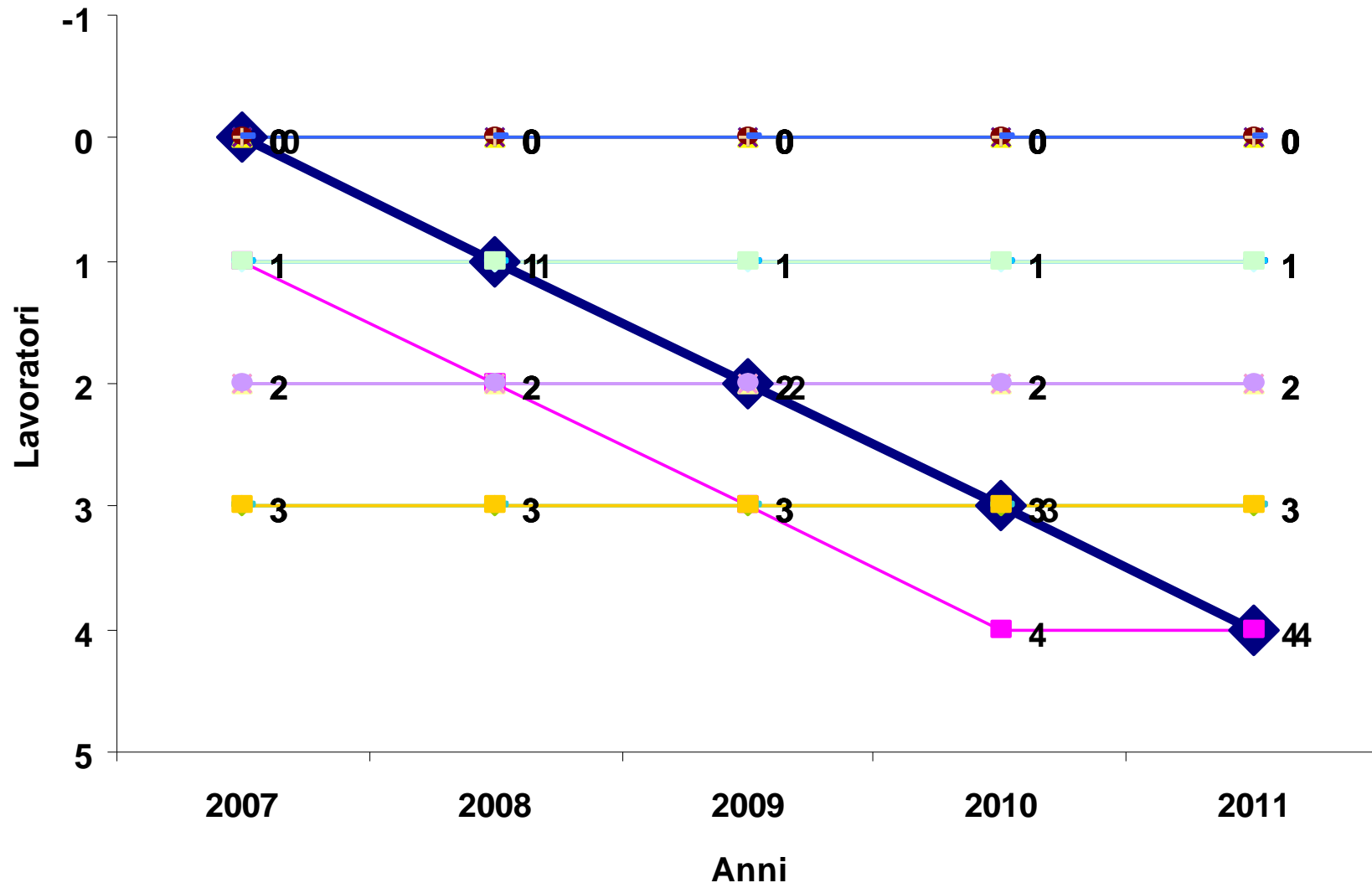


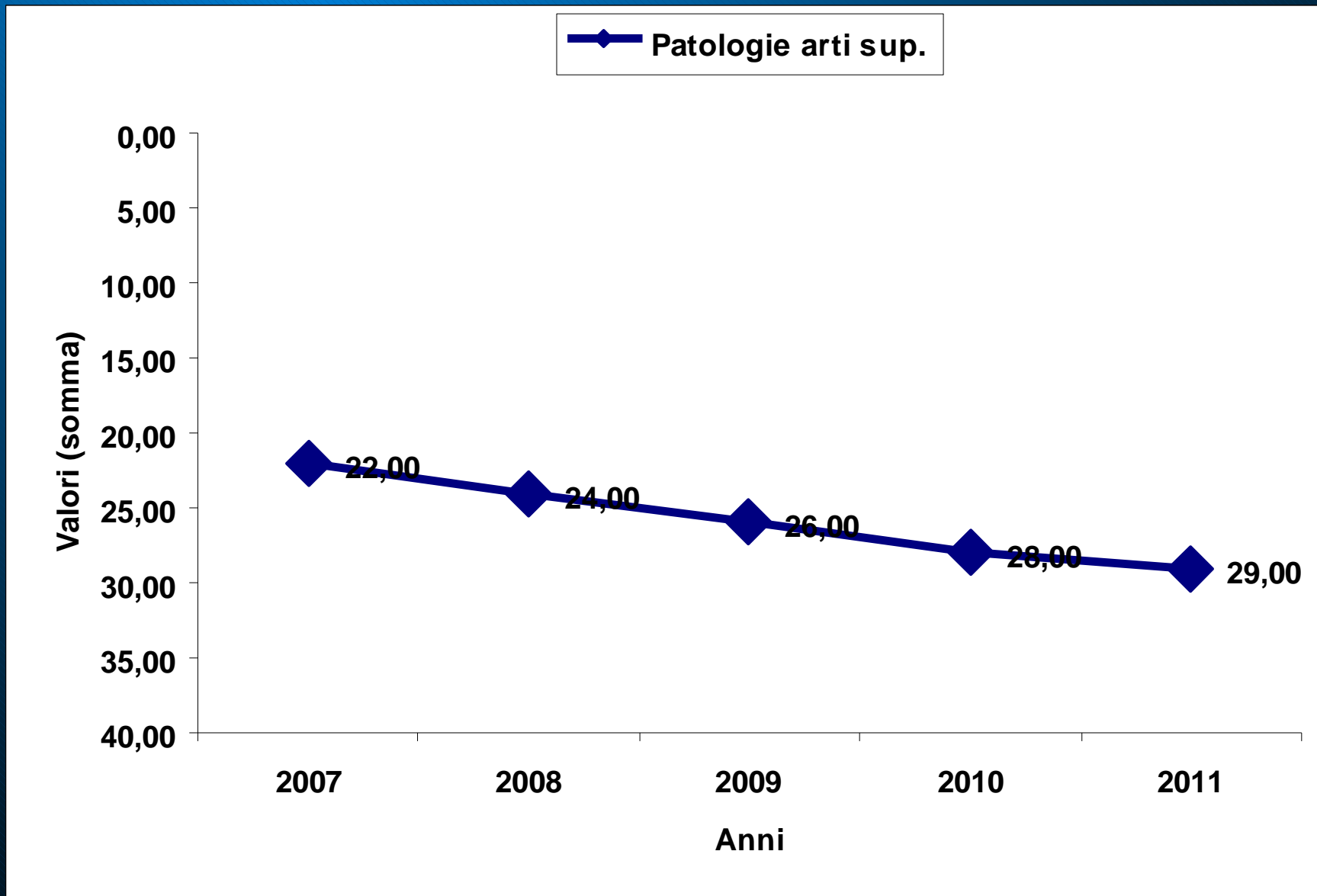
Coefficienti di correlazioni

Coefficiente di correlazione:
Tra 0 e 0,25: poco o nessuna associazione;
0,25 e 0,50: discreto grado;
0,50 e 0,75: moderato e buono;
>0,75: tra molto buono ed eccellente

■ Patologie arti sup



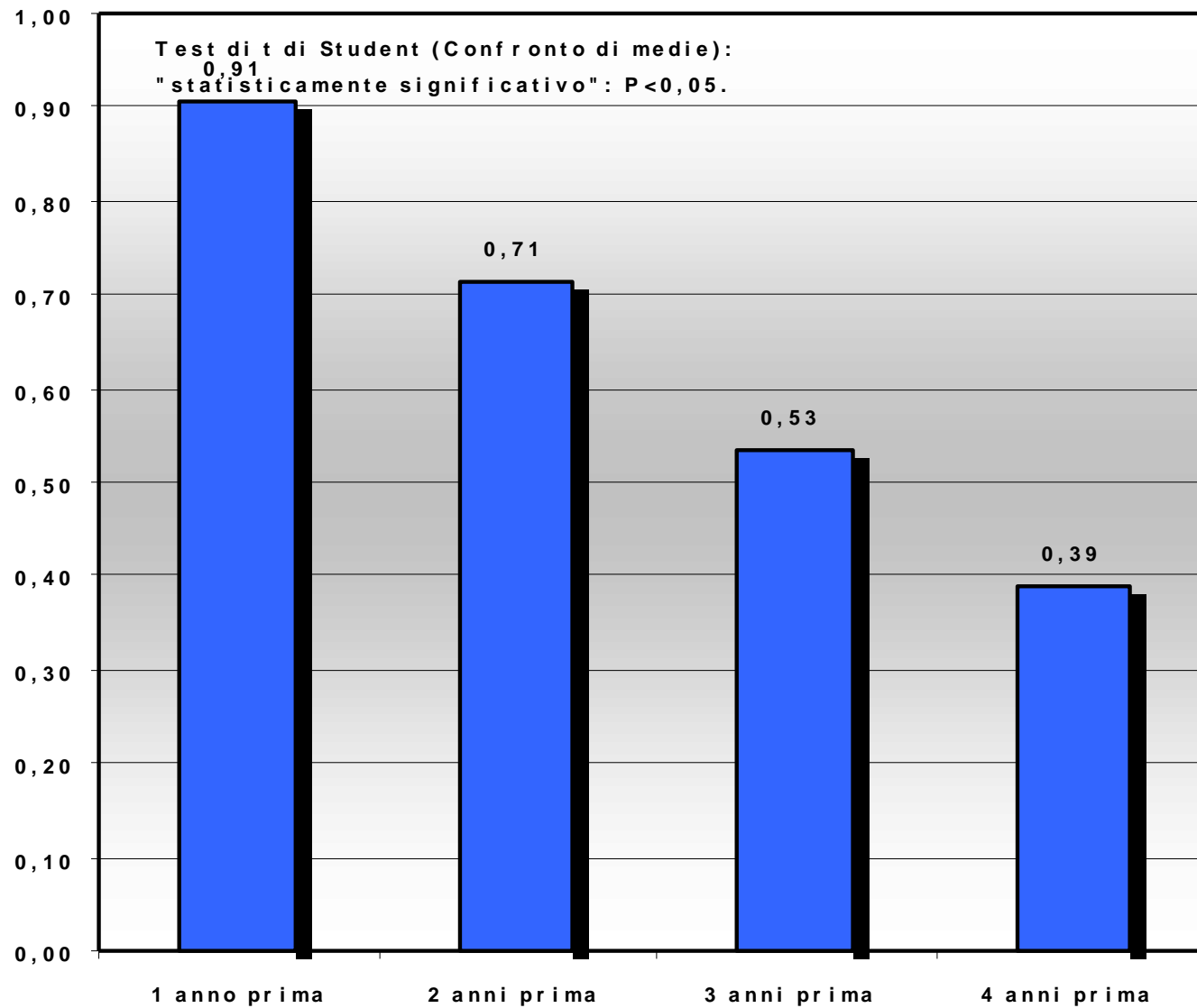




Confronto (Test T di Student) tra anno corrente e i precedenti



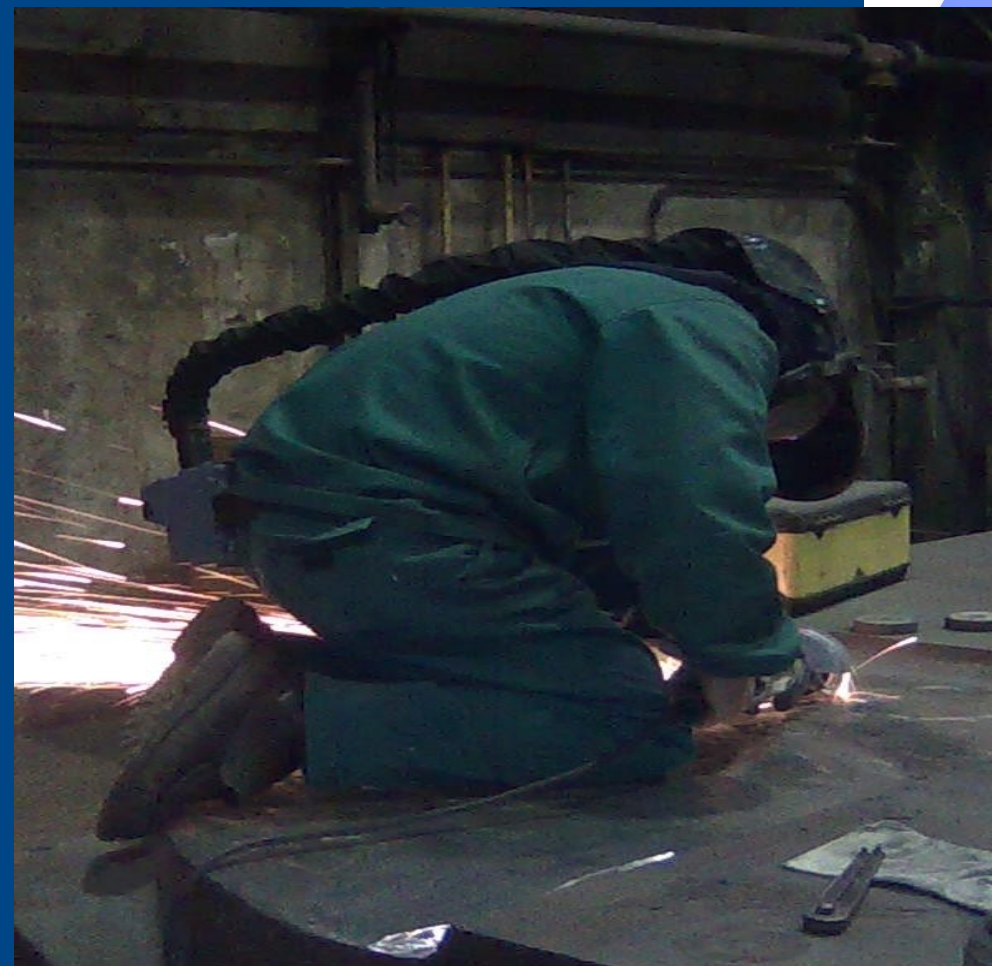
■ Patologie arti sup.



Dalla burocrazia



... ai fatti



Grazie per l'attenzione