



SIMP: Sistema Informativo per il supporto
delle attività professionali dei servizi di:
Medicina preventiva e Prevenzione e protezione

ALLEGATO 2 – REQUISITI FUNZIONALI



Indice del Documento

1.	Introduzione	3
1.1.	Obiettivo	3
1.2.	Definizioni, acronimi e abbreviazioni.....	3
2.	Informazioni preliminari.....	3
3.	Requisiti funzionali.....	4
3.1.	Documento di valutazione dei rischi	5
3.2.	Gestione dei profili, scheda personale di rischio e protocollo sanitario	7
3.3.	Registro degli infortuni	8
3.4.	Cartella sanitaria e di rischio	9
4.	Allegato 1 – Scheda di mansione.....	20
5.	Allegato 2 – Scheda Personale di Rischio e Protocollo Sanitario	21
6.	Allegato 3 – Questionario "Contaminazione mucocutanea con sangue e materiali biologici"	23
7.	Allegato 4 – Esame obiettivo.....	29
8.	Allegato 5 – Valutazione apparato locomotore.....	30
9.	Allegato 6 – Visita per videoterministi.....	32
10.	Allegato 7 – Scheda di individuazione dei difetti visivi	35
11.	Allegato 8 – Conservazione della cartella sanitaria e di rischio.....	37
12.	Allegato 9: Esempi di reportistica del Servizio Medicina e Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori	38
13.	Allegato 10: Valutazione collo e arti superiori.....	46

1. Introduzione

1.1. Obiettivo

L'obiettivo di questo documento è quello di fornire una descrizione delle caratteristiche funzionali che il sistema informatizzato richiesto dovrà fornire al Servizio di Medicina Preventiva e al Servizio Prevenzione e Protezione per supportarli nell'attività operativa.

1.2. Definizioni, acronimi e abbreviazioni

Acronimo	Descrizione
MP	Medicina Preventiva
SPP	Servizio Prevenzione e Protezione
UP	Ufficio del Personale
FdR	Fattore di Rischio
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
RIS	Radiology Information System
LIS	Laboratory Information System
SIA	Sistema Informativo Aziendale
HIS	Sistema Informativo Ospedaliero (Hospital Information System)
P.O.	Presidio Ospedaliero
CUP	Centro Unico Prenotazioni
FRO	Front office
IHE	Integrating HealthCare Enterprise
DICOM	Digital Imaging Communication in Medicine
HL7	Health Level 7
HW	Hardware
SW	Software
PC	Personal Computer
WS	Workstation
SAN	Storage Area Network
TB	Tera Byte
Kbps	kilobit per secondo
LAN	Local Area Network (rete locale)
WAN	Wide Area Network (rete geografica)
CNIPA	Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione
SPC	Sistema Pubblico di Connettività
BMA	Banda Massima in Accesso
BGA	Banda Garantita in Accesso
CdA	Componente di Accesso per i servizi di trasporto
CdT	Componente di Trasferimento per i servizi di trasporto
CdS	Classe di Servizio (Caratterizzazione dei pacchetti secondo parametri di priorità)
TdR	Terminazione di Rete
SISS	Sistema Informativo Socio Sanitario Regione Lombardia

2. Informazioni preliminari

Il Servizio di Medicina Preventiva e il Servizio Prevenzione e Protezione collaborano in maniera continuativa nelle proprie attività operative di sorveglianza e vigilanza sulla salute dei dipendenti dell'Ospedale.

Il SPP si occupa della elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) complessivo, effettua una rilevazione delle professionalità presenti all'interno delle singole unità operative, e delle attività svolte, con l'obiettivo di individuare i fattori di rischio a cui è esposto ciascun lavoratore.

Il Servizio di MP elabora, sulla base della Valutazione dei rischi effettuata dal e col SPP, i protocolli sanitari associati ai singoli fattori di rischio e, sulla base di essi, pianifica le visite periodiche di rivedibilità del dipendente.

I due servizi hanno necessità di una stretta collaborazione con l'Ufficio del Personale, in quanto la visibilità sulle nuove assunzioni è fondamentale per pianificare le visite preventive e predisporre l'apertura della cartella sanitaria e di rischio. Inoltre, l'UP è responsabile dell'apertura della documentazione assicurativa relativa agli infortuni dei pazienti: tali dati devono essere comunicati al SPP e opportunamente registrati nella cartella sanitaria e di rischio.

Le esigenze dei Servizi coinvolti dovranno essere soddisfatte attraverso un applicativo informatico che consenta di avere una visione completa della storia lavorativa del dipendente e della sua protezione dai rischi in ambiente di

lavoro. Tale applicativo dovrà consentire una gestione centrata sul lavoratore, ma allo stesso tempo dovrà avere caratteristiche di flessibilità tali da garantire la producibilità di statistiche aggregate; le elaborazioni statistiche si riferiranno da un lato a reportistica standard (ad esempio, infortuni, assenteismo, richieste di trasferimento, numero di visite sostenute nel corso dell'anno, numero di visite con idoneità, numero di vaccinazioni eseguite, etc. – alcuni esempi in Allegato 9: Esempi di reportistica del Servizio Medicina e Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori), dall'altro a estrazioni configurabili in maniera flessibile per spostare l'attenzione su aspetti diversi delle informazioni contenute nella cartella di rischio, emergenti da aggiornamenti periodici delle necessità di dati da mostrare verso l'esterno. In questi casi dovrà essere possibile aggiornare i tracciati di estrazione dei valori in maniera agile e rapida per adeguarsi alle nuove esigenze.

L'applicativo dovrà essere basato su tecnologie rispondenti agli standard di comunicazione ospedalieri, in modo da poter essere integrato all'interno del Sistema Informativo Ospedaliero, in particolare con:

- il Portale Clinico, per la trasmissione dei referti specialistici prodotti e per la visualizzazione dei referti ambulatori e della documentazione prodotta in regime di degenza
- il RIS, per la visualizzazione dei referti radiologici
- il LIS, per il recupero dei dati strutturati relativi a particolari esami ematochimici sostenuti dal paziente

Poiché nella Cartella di rischio dovranno essere contenuti anche referti prodotti presso altre strutture ospedaliere, l'applicativo dovrà sviluppare un sistema di importazione dei referti, attraverso scansione dei documenti cartacei e importazione dei dati memorizzati su supporti fisici (CD, DVD, etc.).

L'applicativo dovrà anche tenere in considerazione la necessità di interazione con il paziente, sviluppando un sistema di firma digitale dei dipendenti che garantisca validità alla firma per accettazione da parte del lavoratore.

L'applicativo dovrà prevedere l'utilizzo da parte dei seguenti attori:

- **I Medici di Medicina Preventiva**, che a partire dalla scheda di rischio e dal protocollo sanitario eseguono i rilievi e le visite che compongono la cartella sanitaria e di rischio del dipendente. L'applicativo supporterà i medici nella produzione di tutta la documentazione necessaria e nell'elaborazione delle statistiche richieste dal Servizio.
- **Il Servizio Prevenzione e Protezione**, per la redazione del Documento di valutazione dei rischi, il censimento dei FdR associati ai dipendenti dei diversi Centri di Costo e la produzione del Protocollo Sanitario. All'interno della Cartella sanitaria e di rischio, il SPP si occuperà di una sezione dedicata agli Infortuni, alimentata in collaborazione con l'Ufficio del Personale.
- **L'Ufficio del Personale**, che interagirà con il sistema per l'aggiornamento dei dati anagrafici e amministrativi del dipendente, nonché dei dati relativi agli infortuni.

Si osserva che l'applicativo dovrà essere progettato per garantire la **visibilità ristretta delle informazioni cliniche dei dipendenti** ai soli medici di medicina preventiva.

Tutti i dati raccolti dagli applicativi dovranno essere di proprietà del Servizio utilizzatore, così come l'utilizzo dell'applicativo dovrà essere garantito in totale autonomia anche in caso di cessazione del rapporto di collaborazione tra cliente e fornitore.

3. Requisiti funzionali

I requisiti funzionali dell'applicativo vengono strutturati in sezioni, in maniera coerente con le fasi del processo che porta alla redazione della cartella sanitaria. Le sezioni analizzate sono le seguenti:

1. Documento di valutazione dei rischi
2. Gestione dei profili, scheda personale di rischio e protocollo sanitario
3. Registro degli infortuni
4. Cartella sanitaria e di rischio

Ogni sezione dovrà prevedere delle funzionalità di firma digitale per la produzione di un documento PDF, conservabile su supporto cartaceo e stampabile. Alla chiusura della cartella sanitaria, dovrà essere fornita una funzionalità di firma complessiva di una sezione riepilogativa del contenuto ed una funzionalità di stampa che consentirà di produrre una cartella contenente tutta la documentazione cartacea in essa raccolta.

La soluzione oggetto del presente capitolato dovrà consentire l'informatizzazione del "sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro" adottato dall'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda" e dovrà costituirsi quale strumento per supportare tutti gli attori coinvolti nella pianificazione e gestione delle attività di loro competenza in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Tutte queste attività dovranno essere gestite dall'applicazione nel pieno rispetto delle procedure e dei ruoli e responsabilità aziendali.

La soluzione dovrà pertanto consentire:

- la mappatura dell'organizzazione mediante uno strumento che ne permetta un'agevole modificabilità nel tempo

- la rappresentazione di processi ed attività che all'occorrenza potranno essere resi operativi anche grazie alla possibilità di realizzare interfacce utente personalizzate

3.1.Documento di valutazione dei rischi

Il SPP compila per ciascun reparto un documento di valutazione dei rischi, sulla base del quale crea le schede di mansioni per i diversi ruoli professionali individuati all'interno del Centro di Costo e, successivamente le schede di rischio dei singoli lavoratori.

Attualmente il documento di valutazione è gestito su supporto completamente cartaceo, producendo per ogni reparto un documento complessivo, firmato dal Responsabile del SPP, dal primario, dalla caposala, dal medico competente e dai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Tale documento viene poi scansato e conservato digitalmente. Il DVR è Deliberato dal Direttore Generale in quanto datore di Lavoro

Si richiede nelle modalità più opportune l'integrazione all'interno del servizio informatizzato della informatizzazione complessiva del documento di valutazione dei rischi a partire dai capitoli del DVR inerenti la valutazione dei rischi da:

- movimentazione pazienti;
- movimentazione carichi;
- traino e spinta;
- VDT;
- Rischio biologico;
- Risonanza magnetica;
- Laser;
- Chemioterapici antitumorali.

Documenti di base in allegato

Pertanto, per meglio specificare, l'applicazione dovrà consentire la gestione dei seguenti elementi:

- Anagrafica personale: il sistema dovrà prevedere funzioni di gestione dei dati anagrafici del personale in forza e dovrà essere garantita l'integrazione con il sistema Risorse Umane centralizzato attraverso l'importazione periodica dei dati che permetta di mantenere sempre allineata l'anagrafica a seguito degli eventi connessi (assunzione, cessazione, ...)
- Luoghi di lavoro: il sistema dovrà prevedere funzioni di gestione dei dati relativi ai luoghi di lavoro considerando che il reparto rappresenterà fulcro dell'attività di analisi. Dovrà essere garantita la corretta assegnazione delle persone ai reparti di appartenenza.
- Mansioni/Attività: il sistema dovrà prevedere funzioni di gestione delle mansioni dei lavoratori anche per gruppi omogenei e la possibilità di associare tali attività ai reparti.
- Attrezzature: il sistema dovrà prevedere funzioni di elencazione e gestione delle Attrezzature e della loro associazione ai reparti
- Censimento attrezzature e manutenzione: il sistema dovrà prevedere funzioni di gestione del censimento di particolari Attrezzature con la possibilità di gestire per ciascuna attrezzatura una scheda personalizzabile degli attributi specifici. Il sistema dovrà inoltre permettere di mantenere la scheda della manutenzione ordinaria e straordinaria fornendo indicazioni in termini di scadenze e tracciabilità degli interventi
- Sostanze/Materiali: il sistema dovrà prevedere funzioni di gestione delle Sostanze/Materiali e loro associazione alle persone al fine di poter sviluppare e produrre elenchi degli esposti e determinare il profilo di rischio personale legato a particolari fattori di rischio
- Rischi: il sistema dovrà prevedere funzioni di gestione dei rischi. valutati sulla base dei criteri adottati presso l'Azienda Ospedaliera (A.O.), consentendo la registrazione dei dati relativi all'attività di valutazione del rischio, eseguita dai tecnici competenti, che operando con attività di sopralluogo valuteranno:
 - Rischi presso i reparti
 - Rischi su attività specifiche
 - Rischi legati all'utilizzo di particolari materiali/sostanze/agenti
- Interventi di riduzione del rischio: il sistema dovrà prevedere funzioni di gestione dei dispositivi di protezione individuale, collettivi e parte dei dispositivi medici e la possibilità di associare gli stessi ai rischi correlati.
- Registro degli interventi di riduzione del rischio: il sistema dovrà prevedere, per determinati interventi di riduzione del rischio, la funzioni di gestione del registro di assegnazione dal quale ottenere tutte le informazioni in termini sia di scadenze di rinnovo degli stessi sia in termini di esigenze di acquisto con la possibilità di definire attributi utili all'approvvigionamento quali misura, taglia, colore, ...

Relativamente ai dati di cui sopra il sistema dovrà:

- garantire la storicizzazione/profondità storica del dato in modo da poter ricostruire sempre la storia delle informazioni e dei relativi cambiamenti
- consentire la visualizzazione delle informazioni ad un periodo prestabilito (ricerca storica)

- permettere analisi storiche delle informazioni con la possibilità di realizzare aggregazioni di dati

Implementazione/popoloamento/costruzione del modello organizzativo con dati pregressi

Il fornitore dovrà realizzare il popolamento del modello sopra descritto recuperando le informazioni pregresse dalle fonti dati oggi presenti presso l'A.O. Tali aggiornamenti dovranno essere realizzati attingendo le informazioni dalla fonte dati con la frequenza specificati nella tabella sottostante:

Elementi	Frequenza
Luoghi di lavoro	Una tantum
Mansioni/Attività	Una tantum
Sostanze/Materiali/Attrezzature	Una tantum
Rischi con valutazione	Una tantum
Interventi di riduzione del rischio	Una tantum
Anagrafiche e associazione con mansioni/luoghi di lavoro	Periodica

Definizione profili di rischio standard e personalizzati

L'applicazione dovrà consentire la gestione di un profilo di rischio per ogni singolo lavoratore inserita a sistema.

Tale profilo dovrà derivare dall'insieme dei rischi valutati sul luogo di lavoro ove opera il lavoratore in questione, in virtù della mansione o attività che essa svolge e per l'attrezzature o sostanza che essa utilizza.

Detto profilo di rischio, potrà essere "derogato" da una valutazione effettuata sul singolo caso, che contempli l'aggiunta o l'eliminazione o la diversa valutazione di rischi specifici.

La formazione del personale

- L'applicazione dovrà essere corredata di apposite funzionalità per la gestione e l'elaborazione dei dati raccolti della formazione in materia di sicurezza.
- L'applicazione dovrà permettere l'estrazione a fini statistici, organizzativi e di controllo.

Verifiche periodiche e audit

La necessità di verificare l'efficacia e l'applicazione dei meccanismi di controllo identificati dal SGSL, richiede che vengano costantemente effettuate verifiche periodiche e audit che coinvolgono l'intero modello organizzativo.

L'applicazione dovrà pertanto:

- Consentire la pianificazione delle attività di audit
- Agevolare l'esecuzione delle stesse tramite un sistema che preavvisi il personale coinvolto nelle suddette attività, fornendo all'occorrenza informazioni e documenti a supporto
- Gestire la documentazione correlata
- Registrare gli esiti degli audit e consentire la rilevazione di non conformità

Gestione delle non conformità e predisposizione piani di miglioramento

In seguito all'accadimento di un evento (infortunio o quasi infortunio) o ad attività di vigilanza, l'applicativo dovrà permettere la rilevazione di non conformità. Questa registrazione permetterà l'inserimento delle informazioni necessarie all'identificazione della circostanza che ha generato la non conformità, le eventuali azioni correttive che dovranno essere intraprese e le conseguenti attività di verifica sulla corretta attuazione ed efficacia delle stesse.

Tramite un processo configurabile sulla base delle necessità organizzative e procedurali dell'azienda, l'applicativo avviserà tutte le persone coinvolte nel processo di rilevazione non conformità ed esecuzione delle attività conseguenti affinché ognuno possa effettuare le attività di sua competenza rendendosi partecipe nell'attuazione dei piani di miglioramento predisposti.

La gestione della documentazione sulla sicurezza

L'applicazione dovrà permettere la gestione della documentazione (con relative versioni) sulla sicurezza. Tale documentazione dovrà essere archiviata dall'applicazione in modo tale che sia facilmente riconducibile alle entità a cui si riferisce (rischio, luogo di lavoro, processo di audit, non conformità...) e soprattutto velocemente recuperabile al momento del bisogno.

Implementazione di logiche di work flow a supporto del modello organizzativo

L'applicazione dovrà essere basata su un motore di work flow, in grado di consentire il disegno di processi ed interfacce utente. I processi rappresentati e resi operativi, dovranno consentire il coinvolgimento di tutti gli attori individuati a diverso titolo nel modello organizzativo aziendale.

L'operatività all'interno del sistema dovrà essere garantita anche da un meccanismo di comunicazione via posta elettronica, in grado di allertare gli utenti coinvolti nei suddetti processi.

Il sistema dovrà permettere l'innescio di un processo nelle seguenti modalità:

- Su iniziativa dell'utente (tipicamente da punto di menù dell'applicazione)
- Sulla base di una programmazione/schedulazione
- Sulla base di eventi monitorati dal sistema (per esempio: nuova assunzione, cambio di mansione, scadenza di un DPI, scadenza formativa, ...)

Integrabilità della soluzione software

La soluzione software oggetto del presente contratto, mediante le opportune integrazioni, dovrà essere predisposta per supportare la gestione di altri modelli organizzativi quali:

- D.Lgs 231/01

Nonché consentire la gestione di sistemi di mappatura dei rischi, censimento e gestione dei controlli, verifiche ed attività di audit in ambiti differenti.

La soluzione dovrà consentire inoltre la piena integrazione con gli applicativi software ad oggi presenti presso l'A.O. al fine di garantire il trasferimento e l'aggiornamento in tempo reale di dati ed informazioni.

3.2. Gestione dei profili, scheda personale di rischio e protocollo sanitario

I profili di rischio vengono gestiti da SPP, che si occupa di creare i profili di rischio associati alle mansioni ospedaliere, in funzione della mansione stessa e del reparto in cui essa viene svolta.

Il SPP dovrà poter inserire, all'interno di una tabella, per ogni Centro di Costo censito, le singole mansioni svolte all'interno di esso, utilizzando le mansioni standard definite dall'Azienda Ospedaliera. Per ognuna delle mansioni, il SPP dovrà poter scegliere i fattori di rischio a cui il profilo è sottoposto e compilare una Scheda di Mansione base per il profilo selezionato, sulla base del luogo e della mansione, strutturata come da Allegato 1. Parte delle informazioni in essa contenute andrà a costituire la Scheda di Rischio.

La selezione del fattore di rischio da parte dell'utente dovrà consentire di selezionare per ogni fattore la relativa magnitudo, in quanto la rilevanza dei fattori, in alcuni casi, non è calcolata solo sulla base di una selezione dicotomica "Presente/Assente" ma, in caso di presenza, anche del suo valore.

Il sistema dovrà consentire, attraverso un collegamento con l'UP, di avere un aggiornamento automatico dei dipendenti di ciascun reparto e di personalizzare i singoli Profili di Rischio per ciascun lavoratore, in base a caratteristiche peculiari di essi che li portino ad essere sottoposti (o non sottoposti) a rischi differenti rispetto a quelli della mansione standard a cui appartengono (ad esempio operatori esposti a laser, operatrici in gravidanza, etc.). Sulla base di particolari FdR, ad esempio l'esposizione a laser, il sistema dovrà consentire di creare in automatico un Registro degli esposti, estraendo i dati dalle schede di rischio dei dipendenti.

Collegandosi al Database di Formazione dell'Azienda Ospedaliera, il sistema dovrà consentire di associare ad ogni scheda di rischio la formazione erogata sulle tematiche di rischio cui il lavoratore è sottoposto. La compilazione dei valori di formazione dovrà essere consentita anche attraverso inserimento manuale di testo libero da parte del SPP.

L'assegnazione dei protocolli sanitari dovrà essere effettuata in automatico dal sistema, sulla base dei fattori di rischio associati al singolo dipendente. Il protocollo sanitario (Allegato 2) rappresenta la definizione dei periodi di rivedibilità del dipendente, all'interno del quale dovranno essere effettuati, con periodicità variabile, una serie di esami:

Esame	Valori selezionabili
Visita medica	Annuale; biennale; quinquennale; a richiesta; altro
Audiometria	Annuale; biennale; a richiesta; altro

PFR	Annuale; biennale; altro
Visita oculistica	Biennale; quinquennale; altro
Esami ematici / urinari	Annuale; biennale; altro
Monitoraggio biologico	Annuale; biennale; altro
Altri esami	Annuale; biennale; altro

L'assegnazione del protocollo sanitario dovrà basarsi su una modalità di calcolo che, per ogni dipendente, determini il protocollo sanitario associato attraverso una sommatoria dei protocolli associati ad ogni singolo FdR e ad eventuali regole definite sulla base di determinati attributi anagrafici (età, sesso, etnia. Ad esempio: al compimento del 50° anno di età la periodicità della visita erg oftalmologica per gli esposti a VDT deve passare da 5 a 2 anni). In caso di periodicità diverse per lo stesso esame, assegni il valore di periodicità più basso. A titolo esemplificativo si fornisce il seguente esempio:

Dipendente: Prova Operatore				
Esame	P.S. FdR 1	P.S. FdR 2	P.S. FdR 3	Protocollo sanitario
Visita medica	Annuale	Biennale	Quinquennale	Annuale
Audiometria	Annuale	Biennale	A richiesta	Annuale
PFR	Annuale	Biennale	Biennale	Annuale
Esami ematici / urinari	Biennale	Annuale	Annuale	Annuale

La pianificazione delle attività di sorveglianza sanitaria, anche su base pluriennale, dovrà essere generata automaticamente sulla base dei protocolli definiti e dovrà essere riassunta in una tabella in formato Excel.

3.3.Registro degli infortuni

Il sistema dovrà consentire la digitalizzazione del processo di memorizzazione degli infortuni all'interno dell'apposito registro. Il processo attuale viene avviato nel momento in cui il dipendente si reca in Pronto Soccorso a seguito di un infortunio lavorativo; in questa sede, viene data comunicazione all'UP dell'avvenuto infortunio, specificando se ad esso è associato o meno un rischio biologico. In caso di rischio biologico, l'infortunio viene comunicato alla MP prima di essere segnalato all'UP, dove, indipendentemente dalla tipologia, deve obbligatoriamente essere inserito nel DB INAIL. L'UP compila quindi un documento cartaceo che invia in copia al SPP, il quale inserisce i dati all'interno di un registro realizzato in MS Access, attualmente strutturato per inserire dati relativi a Infortuni e Ricadute.

L'applicativo dovrà consentire la realizzazione di un Registro Infortuni che recepisca un'attività di revisione da parte del Servizio, volta ad ottimizzare la sincronizzazione di dati con l'UP. L'accessibilità a tale registro per la compilazione dovrà essere garantita al SPP e, in ottica di integrazione futura, dovrà prevedere la possibilità di recepire dati da parte dell'UP, o consentendo anche ad esso di accedere all'applicativo, o realizzando un'integrazione con un eventuale applicativo di natura amministrativa.

Attualmente la scheda di infortuni dovrebbe consentire di inserire i valori raccolti nella tabella seguente:

Dati infortunio	Valori selezionabili
CDC infortunio	da elenco CDC
Tipo infortunio	da codifiche regionali
Data	da calendario
Ora	testo libero
Giorno	da calendario
Ora da inizio turno	testo libero
Rientro	da calendario
Giorni di assenza	testo libero
Biologico	Sì/No
Itinere	Sì/No
% Invalidità	numero
Riconosciuto INAIL	campi codificati + note testuali
Sede	campi codificati + note testuali
Altra sede	campi codificati + note testuali
Natura	campi codificati + note testuali
Forma	campi codificati + note testuali
Agente	campi codificati + note testuali

Evento	campi codificati + note testuali
Dati ricadute	Valori selezionabili
Registro	valore codificato
Data ricaduta	da calendario
Data rientro	da calendario
Giorni di assenza	testo libero

3.4. Cartella sanitaria e di rischio

La cartella sanitaria e di rischio si compone di una cartella preventiva e di un insieme variabile di cartelle periodiche, generate in corrispondenza delle diverse visite mediche pianificate dal protocollo sanitario e/o previste dalla normativa vigente.

In generale, le visite mediche avranno la stessa struttura delle visite preventive, ad eccezione di alcune variabili in sezioni specifiche.

A livello generale, all'interno di ogni cartella sanitaria e di rischio dovranno essere fornite le funzionalità riassumibili dalle seguenti sezioni:

- Dati anagrafici e amministrativi
- Scheda di rischio e Protocollo Sanitario
- Scheda Infortuni
- Visita di Medicina Preventiva
- Visita Medica Periodica
- Gestione cartella sanitaria e di rischio
- Storia clinica pregressa

DATI ANAGRAFICI E AMMINISTRATIVI

I dati anagrafici, quelli relativi a residenza e domicilio e i dati del medico curante verranno riportati automaticamente all'interno della cartella attraverso un collegamento all'anagrafica aziendale (UP). Alcune di queste informazioni potranno essere modificabili, qualora non presenti nel database originario (e-mail, numeri di telefono, nome e indirizzo del medico curante, etc.). Il collegamento con l'UP dovrà consentire di identificare automaticamente anche il reparto presso cui il dipendente è attualmente operativo.

L'applicativo dovrà fornire la possibilità di creare record anagrafici per pazienti non ancora presenti nell'archivio dell'UP. Nel momento in cui i dati del dipendente verranno creati nell'archivio centrale, i dati inseriti manualmente dovranno essere automaticamente sovrascritti.

All'interno del sistema dovrà essere presente una tabella di conversione che associ le mansioni assegnate ai dipendenti ai profili omogenei utilizzati per la definizione dei FdR.

La sezione riporterà anche i dati dell'azienda, in modo tale che datore di lavoro e attività dell'azienda non siano modificabili.

La tabella seguente riporta i dati che costituiscono la sezione:

Dati anagrafici	
Matricola	da UP
Cognome	da UP
Nome	da UP
Sesso	da UP
Codice Fiscale	da UP
Data di nascita	da UP
Luogo di nascita	da UP
Residenza / Domicilio	
Indirizzo	da UP
CAP / ZIP	da UP
Comune	da UP
Provincia	da UP
Recapiti telefonici (n)	Modificabile
e-mail (n)	Modificabile
Medico curante	
Cognome	Modificabile
Nome	Modificabile
Indirizzo studio	Modificabile
CAP / ZIP	Modificabile

Comune	Modificabile
Provincia	Modificabile
Recapiti telefonici (n)	Modificabile
Dati azienda	
Datore di lavoro	da UP
Attività dell'azienda	da UP
Data di assunzione	da UP
Sede/i di lavoro	da UP

SCHEDA DI RISCHIO E PROTOCOLLO SANITARIO

La scheda di rischio e il protocollo sanitario dovranno essere accessibili dal medico di MP per la revisione della scheda di rischio e la visualizzazione del protocollo sanitario associato al dipendente. La sezione dovrà essere alimentata automaticamente dalla parte di applicativo deputata alla gestione dei profili di rischio (vedi 3.2), ma il medico dovrà avere la possibilità di effettuare correzioni in caso di anomalie riscontrate nella documentazione presente. Poiché è fondamentale che il SPP abbia costante visibilità sui profili di rischio dei singoli dipendenti, l'applicativo dovrà consentire una segnalazione visibile al SPP nella sezione di gestione dei profili in caso di modifiche dei dati del singolo dipendente all'interno della cartella e dovrà darne conferma per allineare le informazioni presenti nelle due sezioni.

SCHEDA INFORTUNI

La cartella deve prevedere una scheda infortuni che deve essere creata per tenere traccia di tutti gli infortuni lavorativi accaduti al paziente, sia durante il suo periodo lavorativo all'interno dell'azienda ospedaliera, sia durante sue precedenti esperienze professionali.

La scheda dovrà importare i dati inseriti nel registro infortuni e, per quelli individuati come "a rischio biologico" dovrà implementare un collegamento con il database SIROH, uno studio per la valutazione del rischio biologico e dei meccanismi di esposizione occupazionale in operatori sanitari. Obiettivo di questo studio è quello di individuare e valutare i determinanti degli incidenti professionali in operatori sanitari, a prescindere dall'effettivo rischio biologico che tali incidenti comportano, con lo scopo di modificare eventualmente tali fattori e prevenire quindi una quota sempre maggiore di esposizioni professionali. Lo studio prevede la compilazione obbligatoria di un DB Access, tramite il quale vengono inviate informazioni periodiche ad una rete interospedaliera. Il sistema dovrà consentire di tenere traccia dell'infortunio attraverso l'assegnazione di un codice identificativo e dovrà consentire l'inserimento delle informazioni previste dall'Allegato 3 – Questionario "Contaminazione mucocutanea con sangue e materiali biologici". L'obiettivo dell'integrazione è quello di evitare la duplicazione di inserimento di informazioni e, allo stesso tempo, abilitare la compilazione della cartella sanitaria e assolvere agli obblighi di invio informazioni stabiliti dalla rete SIROH-EPINET.

La Scheda Infortuni dovrà in ogni caso consentire l'inserimento manuale di infortuni in caso di mancato aggiornamento dei dati nel Registro infortuni. Nuovi inserimenti e modifiche dovranno generare una segnalazione al SPP nel Registro Infortuni. La ricezione di dati dal registro infortuni relativi ad episodi inseriti manualmente, opportunamente identificati, dovrà generare una richiesta all'utente di MP di sovrascrivere il campo già creato: in caso l'utente rifiuti dovrà essere creato un infortunio aggiuntivo nella Cartella sanitaria e di rischio.

VISITA PREVENTIVA

All'interno della cartella, una macro-sezione dovrà essere dedicata alla compilazione della visita preventiva ("visita medica preventiva in fase preassuntiva" o "visita medica preventiva"). La sezione relativa alla visita preventiva dovrà comprendere 5 sezioni, a loro volta suddivise fino a consentire la compilazione di 12 sottosezioni, dettagliate nel seguito. L'applicativo dovrà consentire di gestire le informazioni in termini di salvataggio, firma e stampa, al fine di salvare le informazioni inserite in tutte le sezioni della Visita Preventiva, firmare il tutto e generare un documento PDF complessivo. Il PDF creato dovrà essere salvato nel DB ed essere reso accessibile in una sezione "Storia Clinica pregressa", dalla quale i medici di MP potranno visualizzare tutti i referti prodotti per il paziente.

Nel seguito si dettaglia la struttura delle diverse sezioni che compongono la visita preventiva:

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Approfondimenti clinici
- Valutazioni conclusive e consigli
- Giudizio di idoneità

SEZIONE ANAMNESI (6 sottosezioni)

1. Motivo istituzione cartella

L'applicativo dovrà consentire di selezionare un'opzione tra quelle elencate nell'allegato 3A del D.Lgs. 81/08, così come successivamente modificato.

Campo	Valori selezionabili
Motivo istituzione cartella	Adeguamento D. Lgs. 81/2008; prima istituzione;; altra motivazione

In caso di selezione del valore "Altra motivazione", il sistema dovrà consentire l'inserimento di testo libero in un campo note.

2. Anamnesi Lavorativa

La sottosezione si dovrà aprire presentando una tabella i cui campi vengono riempiti con dei valori già inseriti in precedenza oppure recuperati in automatico da un collegamento con i dati dell'UP. Ogni voce di anamnesi lavorativa (= una riga della tabella), dovrà poter essere modificata all'interno della visita medica e di ogni modifica dovrà essere data evidenza anche al SPP nella Scheda di rischio, in modo tale che questa possa essere allineata ai dati aggiornati.

Eventuali aggiornamenti di anamnesi lavorativa del dipendente da parte dell'UP, dovuti a trasferimenti nell'occupazione corrente, dovranno essere inviati in automatico alla Scheda di rischio e da qui all'Anamnesi lavorativa.

Ogni voce di anamnesi dovrà comprendere i seguenti campi:

Dal	Al	Azienda	Reparto	Mansione	Rischi
Data di inizio	Data di fine	Inserimento libero	Inserimento libero	Selezionare tra le mansioni standard e una voce "Altro", alla quale associare un campo note	Selezionare tra le voci che costituiscono la scheda di rischio e una voce "Altro", alla quale associare un campo note

Dovrà essere possibile inserire nuove voci di anamnesi della tabella, in particolare per attività pregresse svolte presso altri datori di lavoro, così come modificare ed eliminare voci già esistenti.

Nella sottosezione dovrà essere presenti anche un flag per la selezione del valore "Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma": in corrispondenza della selezione dovrà obbligatoriamente essere compilato un campo a testo libero per l'inserimento di Note.

3. Anamnesi Personale

La sottosezione si compone di una serie di elementi relativi così suddivisi:

- Una parte in cui compariranno 3 flag per la selezione dei valori "Invalidità civile", "Malattia professionale" e "Visita Collegiale", associate alla cartella. La selezione di ciascun flag apre un ulteriore campo compilabile come da tabella seguente:

Campo	Valori selezionabili
Invalidità	Civile; INPS; INAIL; Assicurazioni private
% di invalidità	Testo libero obbligatorio
Data di rilascio	Data obbligatoria
Ente	Testo libero obbligatorio
Note	Testo libero
Malattia professionale	
Codice identificativo	Testo libero obbligatorio
Data denuncia	Data obbligatoria
Riconoscimento INAIL	Sì/No (Se Sì → Data) obbligatorio
Note	Testo libero
Visita collegiale	Causa servizio; dispensa dal servizio
Data	Data obbligatoria
Ente	Testo libero obbligatorio
Giudizio	Testo libero obbligatorio

Note	Testo libero
------	--------------

- Una parte dedicata agli "Infortuni", che prevedrà una tabella al cui interno compariranno i valori relativi ad Anno, Tipo, Sede e % Invalidità. Tale tabella viene precaricata con parte dei valori inseriti nella Scheda Infortuni e può essere incrementata e modificata dai medici di MP, eventualmente anche cancellando elementi già presenti: in entrambi i casi dovrà essere fornita evidenza della modifica nella Scheda Infortuni, in modo che il SPP possa aggiornare le informazioni in essa presenti. Gli infortuni dovranno riportare solo le informazioni riportate nella tabella seguente

Anno	Tipo	Sede	% di invalidità
Inseribile come testo libero, o come data, in caso sia importato dalla Scheda Infortuni	Precaricato da Tipo infortunio, o compilabile manualmente con gli stessi valori inseribili nella Scheda di rischio	Precaricato da Sede, o compilabile manualmente con gli stessi valori inseribili nella Scheda di rischio	Precaricato da % invalidità o inseribile come numero

- Una parte successiva dovrà consentire l'inserimento di prelievi e vaccinazioni, replicando la struttura già esistente all'interno del Portale Clinico. Di seguito si riportano i diversi elementi e le relative informazioni richieste:
- HVB:
 - Esito prelievi HVB

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
HBsAg	Negativo; positivo (Note se Positivo)
HBsAb	Negativo; positivo (valore numerico se Positivo)
HBcAb	Negativo; positivo (Note se Positivo)
IgMantHBc	Testo libero
HBeAg	Negativo; positivo (Note se Positivo)
HBeAb	Negativo; positivo (Note se Positivo)
HBVDna	Negativo; positivo (valore numerico se Positivo)

- Immunoglobine (HVB)

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Casa Farmaceutica	Selezionabile da elenco
Lotto	Selezionabile in base a Casa farmaceutica
Scadenza	Da calendario

- Antiepatite B (HVB)

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Casa Farmaceutica	Selezionabile da elenco
Lotto	Selezionabile in base a Casa farmaceutica
Scadenza	Da calendario

NON VACCINATO - NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
NON VACCINATO - PREGRESSO CONTATTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO - NON RESPONDER	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO - IPORESPONDER	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO - RESPONDER	Flag di selezione + Testo libero	

- TUBERCOLOSI
 - BCG

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario

- Mantoux

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Risultato	Negativo; positivo (Note se Positivo)
mm	Testo libero
Annotazioni	Testo libero
Casa Farmaceutica	Selezionabile da elenco
Lotto	Selezionabile in base a Casa farmaceutica
Scadenza	Da calendario

- Quantiferon

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Quantiferon TB-Gold	Negativo; positivo (valore numerico se Positivo)

- RX Torace

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Referto	Testo libero

- Visita fisiologica

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Annotazioni	Testo libero

- ANTITETANICA

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Anticorpi antitetano	Negativo; positivo (Note se Positivo)

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Casa Farmaceutica	Selezionabile da elenco
Lotto	Selezionabile in base a Casa farmaceutica
Scadenza	Da calendario

NON VACCINATO - NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
NON VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – IPO PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	

- ANTINFLUENZALE

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Casa Farmaceutica	Selezionabile da elenco
Lotto	Selezionabile in base a Casa farmaceutica
Scadenza	Da calendario

- ROSOLIA

- Rubeotest

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
IgG	Negativo; positivo (Note se Positivo)

- Vaccinazioni

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Annotazioni	Testo libero

NON VACCINATO - NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
NON VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – IPO PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	

- Analogamente alle sezioni esistenti per le vaccinazioni dovranno esserne inserite di nuove, relative a Morbillo, Parotite e Varicella, con la possibilità di inserire la gestione delle protezioni, informazioni sul fatto che il dipendente sia responder o non responder e altre che saranno definite ad hoc.

- MORBILLO

- Anticorpi anti-morbillo

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
IgG	Negativo; positivo (Note se Positivo)

- Vaccinazioni

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Annotazioni	Testo libero

NON VACCINATO - NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
NON VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – IPO PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	

- PAROTITE

- Anticorpi anti-parotite

Campo	Valori selezionabili
-------	----------------------

Data	Da calendario
IgG	Negativo; positivo (Note se Positivo)

▪ Vaccinazioni

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Annotazioni	Testo libero

NON VACCINATO - NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
NON VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – IPO PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	

▪ VARICELLA

▪ Anticorpi anti-varicella

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
IgG	Negativo; positivo (Note se Positivo)

▪ Vaccinazioni

Campo	Valori selezionabili
Data	Da calendario
Annotazioni	Testo libero

NON VACCINATO - NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
NON VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – NON PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – IPO PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	
VACCINATO – PROTETTO	Flag di selezione + Testo libero	

4. Anamnesi Familiare e Fisiologica

La sezione si compone di campi compilabili tramite menu a tendina e altri tramite testo libero. Di seguito l'elenco dei campi che dovranno essere implementati:

Campo	Valori selezionabili	Note
Anamnesi familiare	Negativa; Diabete; Cardiopatia; Ipertensione; Coronaropatia; Vasculopatia c.; Neoplasia; Allergopatia; T.B.C.; Epilessia; Emopatia	
Nascita	A termine; Prematura	
Parto	Eutocico; Distocico	
Stato ginecologico		Un flag "Non necessario" disabilita la compilazione dei valori relativi alle successive 8 righe
Menarca – ad anni	Flag di selezione + età + testo libero	
Età fertile	Flag si selezione + Mestruazioni regolari; mestruazioni irregolari	
Ultimo ciclo	Data	

Menopausa – ad anni	Flag di selezione + età + testo libero	
Gravidanze n.	Numero	
Aborti spontanei	Numero	
Figli n.	Numero	
IVG	Numero	
Stato civile	Non coniugato; Sposato/Convivente; Separato/Divorziato	
Scolarità	Analfabeta; Elementare; Media inferiore; Media superiore; Università	
Alimentazione	Normale; Scarsa; Abbondante; Vegetariano/Dieta	
Alcool	Astemio; Bevitore occasionale	Se “Bevitore occasionale” dovranno comparire i valori delle 3 righe successive, da selezionare e per i quali inserire il valore di bicchieri al giorno
Vino – bicchieri/die	Numero	
Birra – bicchieri/die	Numero	
Superalcolici – bicchieri/die	Numero	
Fumo	Non fuma; Fumatore occasionale	Se “Fumatore occasionale” dovranno comparire i valori delle 2 righe successive
Pipa / Sigari	Testo libero	
Sigarette - N/die	Flag di selezione + Numero	
Ex fumatore	Flag + selezione periodo “Dal / Al”	Il periodo dovrà poter essere indicato solo come anno inizio e anno fine
Alvo	Regolare; altro (se “Altro” → campo note)	
Diuresi	Normale; altro (se “Altro” → campo note)	
Farmaci	Flag di selezione + campo a testo libero se flag selezionato Flag di selezione “Nega utilizzo di psicofarmaci o droghe”	
Servizio Militare	Flag di selezione “Obbligatorio”: se selezionato: “Abile alla leva”: se selezionato: “Data (anno) + campo note	
Sport	Sì/No + campo note	
Note	Testo libero	

5. Anamnesi Patologica Remota

La sottosezione deve consentire la selezione di 3 flag (anche più di uno contemporaneamente) e la compilazione di un campo Note testuale. I valori selezionabili sono riportati in tabella:

Valori
Riferisce di aver sempre goduto di buona salute psico-fisica
Nega patologie/disturbi significativi e/o ricoveri ospedalieri/interventi chirurgici
Nega patologie dell'apparato locomotore/traumi e fratture

6. Anamnesi Patologica Prossima

La sottosezione deve consentire la selezione di 3 flag (anche entrambi contemporaneamente) e la compilazione di un campo Note testuale. I valori selezionabili sono riportati in tabella:

Valori
Riferisce buone condizioni generali di salute psico-fisica
Non riferisce disturbi connessi alle attività lavorative cui è stato adibito fino ad oggi
Il lavoratore nega pregressi trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza, infortuni/incidenti con mezzi di trasporto/ritiro della patente sia in occasione di lavoro sia al di fuori dell'ambito lavorativo da mettersi in correlazione con l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

SEZIONE ESAME OBIETTIVO

La sezione è costituita da molti campi strutturati, compilabili prevalentemente come selezione di flag e compilazione di campi a testo libero:

- Una prima sezione comprenderà la rilevazione di parametri quali peso, altezza, pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Tutti questi valori vengono inseriti in campi a compilazione libera come numeri, e la frequenza cardiaca può essere corredata dalla selezione del valore "ritmica" o "aritmica" (mutuamente esclusivi) con un campo testuale per specificare il caso di frequenza aritmica. Nella sezione dovrà presente anche un menu a tendina per l'inserimento delle Condizioni Generali e un flag per indicare che tutti gli apparati esaminati sono nella norma
- Le sezioni "Capo", "Collo", "A. Linfoghiandolare", "Arti inferiori", "Sistema nervoso", "Articolazioni", "Cute" e "Mammelle" presenteranno un flag "Normale", selezionato il quale verranno nascosti tutti i valori strutturati di cui è prevista la compilazione. Il campo Altro consente di inserire testo libero, abilitato solo in caso di selezione del valore "Altro"
- La sezione "Cuore" ha la stessa struttura della sezione "Capo", ma tutti i flag selezionati abiliterebbero la compilazione di un campo testuale, numerico nel caso dei valori "Soffio sistolico" e "Soffio Diastolico"
- La sezione "Addome" è analoga alla sezione "Capo", con la necessità di compilazione di campi testuali (numerici) per i flag "Fegato debordante" e "Milza debordante"
- La sezione "Rachide" è strutturata come le precedenti, con la possibilità di compilare un campo testuale per l'indicazione del Gibbo ed i cm., che comparirebbe solo se si selezionasse "Scoliosi Dorsale". Inoltre l'intera sezione può essere nascosta se si seleziona il flag "Importa scheda rachide", abilitato solo in caso sia stata già compilata la Valutazione dell'apparato locomotore (vedi Sezione Approfondimenti Clinici). Se si scegliesse di importare la scheda, nella pagina di visualizzazione dovrebbero comparire i valori visualizzati nella pagina dell'apparato locomotore. La sezione comparirà bloccata una volta selezionato di "Importare la scheda rachide" e si potrà procedere alla compilazione selezionando un flag "Elimina scheda rachide".
- La sezione "Altri rilievi obiettivi" dovrà sempre essere presente, consentendo la compilazione di un campo testuale

Dal punto di vista dei contenuti, la sezione dovrà essere sviluppata in maniera analoga alla scheda cartacea, di cui è possibile vedere un esempio in Allegato 4 – Esame obiettivo.

La sottosezione deve consentire la selezione di 1 flag e la compilazione di un campo Note testuale. I valori selezionabili sono riportati in tabella:

Valori
Non segni e/o sintomi di possibile assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

SEZIONE APPROFONDIMENTI CLINICI (4 sottosezioni)**1. Valutazione apparato locomotore**

La sottosezione dovrà consentire al medico di selezionare una prima indicazione di "valutazione non necessaria" che disabilita la compilazione di tutti gli altri campi. In caso di necessità di valutazione, l'applicativo dovrà consentire di inserire alcune informazioni anamnestiche del paziente, recuperate in automatico dalla Scheda di rischio (Anzianità di Reparto) e dall'Anamnesi Lavorativa (Anzianità Lavorativa).

Successivamente dovrà essere fornita la possibilità di compilare una scheda altamente strutturata per l'inserimento di anamnesi rachide ed esame obiettivo dell'apparato locomotore. Entrambe le sezioni, se compilate, dovranno poter essere importate nella sezione "Rachide" dell'Esame Obiettivo.

L'Allegato 5 – Valutazione apparato locomotore" riporta una rielaborazione della struttura che dovrà essere realizzata per l'inserimento delle informazioni necessarie.

2. Valutazione arti superiori

La sottosezione dovrà consentire al medico di selezionare una prima indicazione di "valutazione non necessaria" che disabilita la compilazione di tutti gli altri campi. In caso di necessità di valutazione, l'applicativo dovrà consentire di inserire alcune informazioni anamnestiche del paziente, recuperate in automatico dalla Scheda di rischio (Anzianità di Reparto) e dall'Anamnesi Lavorativa (Anzianità Lavorativa).

Successivamente dovrà essere fornita la possibilità di compilare una scheda altamente strutturata per l'inserimento di anamnesi ed esame obiettivo degli arti superiori. Entrambe le sezioni, se compilate, dovranno poter essere importate nella sezione "Arti superiori" dell'Esame Obiettivo.

L'Allegato 10: Valutazione collo e arti superiori riporta una rielaborazione della struttura che dovrà essere realizzata per l'inserimento delle informazioni necessarie.

3. Visita per videoterminalisti

Le modalità di compilazione della sottosezione saranno analoghe a quelle della valutazione apparato locomotore. La compilazione sarà integrata con una scheda cartacea non informatizzata "Scheda di individuazione dei difetti visivi", i cui risultati dovranno poter essere integrati nella cartella sanitaria e di rischio.

L'Allegato 6 – Visita per videoterminalisti" riporta una rielaborazione della struttura che dovrà essere realizzata per l'inserimento delle informazioni necessarie.

L'Allegato 7 – Scheda di individuazione dei difetti visivi" riporta la "Scheda di individuazione dei difetti visivi", della quale valutare la modalità di integrazione all'interno della cartella.

4. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio

La cartella dovrà essere sviluppata in modo da consentire di importare al suo interno il risultato di accertamenti integrativi specialistici richiesti dal medico di MP. Da un lato, il medico dovrà avere a sua disposizione una sezione in cui tenere traccia delle richieste effettuate. L'applicativo dovrà implementare dei collegamenti, utilizzando tecnologie standard di integrazione (es. HL7), con gli applicativi dipartimentali di radiologia e di laboratorio, in modo da consentire l'associazione alle richieste effettuate di:

- Referto PDF radiologico
- Dato strutturato prodotto dall'esame di laboratorio. Questa necessità implica la definizione di alcuni esami ritenuti rilevanti dal Servizio di Medicina Preventiva (es. sierologia), i cui risultati dovranno andare a compilare dei campi analoghi nella cartella sanitaria del dipendente. In alcuni casi, i valori rilevanti che dovranno essere importati saranno esclusivamente quelli relativi ad esami alterati: le regole di importazione dovranno essere definite in fase di progettazione con i medici di MP.

L'applicativo, inoltre, dovrà valutare la possibilità di recuperare ed allegare anche referti cartacei effettuati presso altre strutture, previa digitalizzazione tramite scanner.

SEZIONE VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI

La sezione dovrà essere strutturata in modo da consentire al medico di MP di inserire del testo libero all'interno di due campi, rispettivamente per indicare le Valutazioni Conclusive e i Consigli. Un terzo campo strutturato dovrà consentire al medico di inserire la diagnosi del dipendente utilizzando la codifica internazionale ICD 9 - CM (International Classification of Diseases – Clinical Modification).

Campo	Valori selezionabili
Valutazioni conclusive	Testo libero
Consigli	Testo libero
Diagnosi	Codifica ICD 9 - CM

SEZIONE GIUDIZIO DI IDONEITÀ

La sezione dovrà consentire al medico di indicare il giudizio di idoneità del lavoratore alla mansione specifica.

Oltre al giudizio, il medico dovrà indicare quando il dipendente dovrà essere sottoposto a nuova visita, previa esecuzione degli accertamenti emergenti dal protocollo sanitario. Il medico dovrà quindi poter visualizzare un riepilogo degli accertamenti previsti, eventualmente inserirne ulteriori e indicare la data di rivedibilità: tale data dovrà essere importata automaticamente dal protocollo sanitario e potrà essere inserita liberamente dal medico in caso di sua assenza.

La seguente tabella riporta i campi che dovranno essere presenti nella sezione e i valori per essi selezionabili:

Campo	Valori selezionabili
Giudizio di idoneità	Idoneo; idoneo con prescrizioni; idoneo con limitazioni; idoneo con prescrizioni e limitazioni; non idoneo
Giudizio di idoneità temporaneo	Andranno precisati i limiti temporali di validità
Accertamenti previsti	da Protocollo Sanitario o testo libero

Prossima visita programmata	Data da Protocollo Sanitario o da calendario
Note	Testo libero

VISITA MEDICA PERIODICA

La sezione Visita periodica dovrà consentire ai medici di MP di inserire nella cartella sanitaria del dipendente tutte le visite periodiche da questi effettuate durante il suo rapporto di lavoro con l'Azienda Sanitaria.

L'applicativo dovrà fornire una pagina riepilogativa nella quale vengano ricapitolate, in una tabella, tutte le visite effettuate dal dipendente e dei dati di dettaglio della visita selezionata. Ogni riga dovrà inoltre permettere di visualizzare il PDF della visita e di aprirla in modalità di modifica. Da questa stessa pagina dovrà essere possibile accedere all'inserimento di una nuova visita periodica.

Selezionando una delle visite, dovrà essere data evidenza di un suo codice identificativo e dovranno essere caricate le sottovoci di menu da cui accedere alle varie sezioni in modalità di visualizzazione. Le voci di menu della visita periodica sono identiche a quelle della visita preventiva, così come i contenuti delle singole sezioni.

La creazione di una nuova visita dovrà prevedere una voce di menu (sezione) aggiuntiva rispetto alla visita preventiva, nella quale indicare il motivo della visita, scegliendo tra "Periodica", "Cambio mansione", "Su richiesta", "visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione" e "Fine rapporto di lavoro".

Successivamente tutte le sezioni dovranno essere presentate pre-compilate con i valori dell'ultima visita, periodica se già effettuata in precedenza o preventiva se si tratta della prima visita periodica. I contenuti pre-caricati dovranno essere evidenziati e rimanere tali solo fino a conferma da parte del medico dei contenuti presenti: il medico dovrà accedere a ciascuna sezione in modalità di compilazione e accettare quanto inserito.

La modifica di una visita sarà analoga alla creazione di una nuova, con la differenza che non verrà aperto automaticamente il motivo della visita, ma lo si potrà modificare solo cliccando sull'apposita voce di menu.

GESTIONE CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

La Gestione della cartella dovrà essere una sezione separata della cartella, dalla quale poter governare le funzionalità di firma, produzione della documentazione, stampa e chiusura della cartella.

All'interno della sezione dovranno essere presenti:

- il Motivo di istituzione della cartella, inserito in fase di compilazione della visita preventiva
- una tabella in cui verrà presentato l'elenco delle visite periodiche effettuate dal dipendente, analogo a quello visibile all'apertura della sezione "Visita medica periodica". Da qui il medico di MP, diversamente da quanto possibile nella sezione Visita medica periodica, potrà solamente aprire in modalità di visualizzazione il referto (PDF) prodotto firmando la visita
- una funzionalità di chiusura della cartella, in corrispondenza della quale si accederà ad una maschera di compilazione nella quale inserire il motivo dell'avvenuta chiusura (e relativa data). La chiusura può essere legata a motivi di cessazione dell'attività dell'impresa / cessazione del rapporto di lavoro oppure a cessazione dell'attività del medico. Dopo l'indicazione del motivo, il medico dovrà firmare l'intera cartella prima che la procedura di chiusura sia completa. L'indicazione del motivo di chiusura dovrà digitalizzare i due moduli di Conservazione della cartella contenuti in Allegato 8.

La cartella intera dovrà essere stampabile solo in seguito a firma della cartella, non necessariamente collegata alla chiusura. Una volta firmata, allora sarà abilitata anche la funzione di stampa.

Una volta chiusa la cartella non potranno essere effettuate nuove operazioni di inserimento informazioni su di essa, mentre dovrà essere ancora possibile accedervi in modalità di visualizzazione.

La cartella può essere riaperta solo a livello centrale da un utente specificato indicato dal Servizio di MP e solo in quel momento potranno essere inserite nuove informazioni.

STORIA CLINICA PREGRESSA

Un'ultima sezione della cartella dovrà consentire di visualizzare la storia clinica pregressa del dipendente all'interno dell'Azienda Ospedaliera, raccogliendo tutti i referti di episodi clinici da questi effettuati, incrementati con l'elenco delle visite effettuate (sia preventive che periodiche) e ne consentirà la visualizzazione del PDF prodotto. Questi referti saranno resi visibili solo ai medici di Medicina Preventiva.

La visualizzazione dei referti dovrà essere resa possibile attivando un'integrazione con il Portale Clinico, con il quale dovrà essere realizzata una sincronizzazione dei referti, con un flusso che invii i documenti di Medicina Preventiva dall'applicativo realizzato al Portale e uno che invii gli altri referti dal Portale all'applicativo. Le modalità con cui si

effettuerà l'integrazione dovrà essere basata su tecnologie di comunicazione che utilizzino gli standard riconosciuti in ambito sanitario (HL7).

4. Allegato 1 – Scheda di mansione

SCHEDA N° 1					
Mansione: coordinatore TLSB					
DESCRIZIONE ATTIVITÀ					
Luoghi di lavoro:	area laboratori ,e spazi comuni padiglione anatomia patologica, locali /depositi seminterrato,				
Ore medie settimanali di lavoro al VDT	< 20 <input type="checkbox"/>		> 20 <input checked="" type="checkbox"/>		
Esposizione a rumore (L_{EX} 8h) [dB(A)]	≤ 80 <input checked="" type="checkbox"/>	80 < ≤ 85 <input type="checkbox"/>	85 < ≤ 87 <input type="checkbox"/>	>87 <input type="checkbox"/>	
Esposizione a vibrazioni	Non esposto <input checked="" type="checkbox"/>				
	Mano – braccio [m/s ²]	≤ 1,0 <input checked="" type="checkbox"/>	1,0 < ≤ 2,5 <input type="checkbox"/>	2,5 < ≤ 5 <input type="checkbox"/>	> 5 <input type="checkbox"/>
	Corpo intero [m/s ²]	≤ 0,25 <input checked="" type="checkbox"/>	0,25 < ≤ 0,5 <input type="checkbox"/>	0,5 < ≤ 1 <input type="checkbox"/>	> 1 <input type="checkbox"/>
Macchine/attrezzature	<ul style="list-style-type: none"> Computer, stampanti , fax, telefoni, attrezzature manuali da ufficio. Laboratorio istologia (accettazione campioni, inclusione e processazione in caso di necessità) quando in turno pomeridiano. Seminterrato: celle, congelatori 				
Arredi	Ufficio: postazione Videoterminale, sedia ergonomica, cassettiere, armadi archivio. Laboratori: banchi di laboratorio, sedie, scaffalature, armadi Depositi seminterrato: scaffalature				
Agenti chimici (elenco)	Toner/ inchiostro stampanti (cartucce sigillate), Formalina, alcool etilico, xilene, Sostanze ototossiche: xilene				
Rischio chimico (algoritmo movarisch)	Moderato <input checked="" type="checkbox"/>		Non moderato <input type="checkbox"/>		
Rischio chimico D. Lgs. 81/2008	Basso per la sicurezza , irrilevante per la salute				
Agenti cancerogeni/ mutageni	categorie cancerogene 1 o 2: assenti		categorie mutagene 1 o 2: assenti		
Agenti biologici (elenco)	Manipolazione materiale biologico potenzialmente infetto: campioni ematici, organi, biopsie, etc. rifiuti biologici e reflui lavaggio				
Rischio biologico	Basso <input type="checkbox"/>	Medio/basso <input type="checkbox"/>	Medio /alto <input checked="" type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>	
Compiti degli addetti	<ul style="list-style-type: none"> Preposto alla gestione del laboratorio, gestione turni richieste forniture materiale, gestisce il controllo dell'efficienza delle apparecchiature e le richieste di interventi manutenzione impianti/apparecchiature. Preposto a vigilare sul rispetto delle procedure operative di lavoro e di sicurezza nel laboratori, vigila sul rispetto dell'impiego dei DPI, si occupa del loro rifornimento e la disponibilità dei DPI. È responsabile del corretto funzionamento della strumentazione, della sua manutenzione, ordinaria e straordinaria, e di quella a carico dei locali di anatomia patologica/camera mortuaria. Regola l'organizzazione delle attività di laboratorio e l'assegnazione dei relativi compiti in base alle indicazioni del direttore del servizio, alle esigenze di servizio ed alle competenze professionali di base maturate, coinvolgendo responsabilmente tutti collaboratori. Concorre alla turnazione dei TSLB per il settore di istologia in “turno pomeridiano” una volta al mese o in caso di necessità. Provvede alle gestione amministrativa ed il trasporto per smaltimento dei prodotti del concepimento e parti anatomiche riconoscibili. Referente della sicurezza interno insieme al medico. 				
SITUAZIONI PERICOLOSE					
<ul style="list-style-type: none"> Impiego di attrezzature alimentate elettricamente. Attività di video scrittura a computer Manipolazione materiale tagliente appuntito. Manipolazione sostanze chimiche etichettate pericolose. Pavimentazione sdruciole. Manipolazione vetrini. 					
PRINCIPALI RISCHI LEGATI ALLA MANSIONE					
RISCHIO	P	D	R		

SCHEDA N° 1			
Mansione: coordinatore TLSB			
Affaticamento dell'apparato visivo e stress	1	2	2
Elettrocuzione	1	3	3
Inciampi, scivolamenti e cadute a livello	2	2	4
Tagli, punture, ferite, abrasioni.	1	2	2
MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE			
<ul style="list-style-type: none"> • Sorveglianza sanitaria (cfr. protocollo sanitario) • Misure di protezione collettiva (impianti di aspirazione nei locali, cappe, banchi aspirati, armadi aspirati, introduzione di attrezzature a ciclo chiuso, impianto di aspirazione per rifiuti liquidi) • Dispositivi di Protezione Individuale: per le attività di ufficio: nessuna, • Altre attività: Guanti monouso nitrile, mascherina vapori organici (emergenza), visiera/occhiali, calzatura con suola antiscivolo. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Informazione base (opuscoli editi da AO Nigurda Ca' Granda), informazione piano di emergenza e comportamento in caso di emergenza, laboratori ospedalieri. • Informazione e Formazione su rischio biologico, (rischi per la salute dovuti agli agenti biologici utilizzati; le precauzioni da prendere per evitare l'esposizione; le misure igieniche da osservare; la funzione degli indumenti di lavoro e protettivi e dei dispositivi di protezione individuale ed il loro corretto impiego; e procedure da seguire per la manipolazione di agenti biologici, il modo di prevenire il verificarsi di infortuni e le misure da adottare per ridurre al minimo le conseguenze). • Informazione e Formazione su rischio chimico (agenti chimici impiegati, SDS, etc.). • Informazione e Formazione sui rischi associati all'uso di attrezzature, misure di prevenzione e protezione. 			

5. Allegato 2 – Scheda Personale di Rischio e Protocollo Sanitario

ALLEGATO N° _____

SCHEDA PERSONALE DI RISCHIO

Cognome Nome	
Data nascita	
Mansione	
U.O.	
Gruppo Omogeneo	

RISCHI INDIVIDUATI

Il Datore di Lavoro

PROTOCOLLO SANITARIO

data: _____

6. Allegato 3 – Questionario "Contaminazione mucocutanee con sangue e materiali biologici"

Si raccomanda di descrivere sempre l'incidente con cura, in modo che sia possibile ricostruire la meccanica. I meccanismi contemplati dalla scheda per le contaminazioni mucocutanee non sono probabilmente sufficienti ad esaurire le meccaniche più comuni di questo tipo di incidenti, anche se sono stati ampliati ed è quindi spesso necessario ricorrere alla casella "altro descrivere", da utilizzare ogni volta che l'incidente non sia adeguatamente descritto da una delle categorie riportate.

Descrizione Campi di Inserimento

OSP: (Codice Ospedale) è un campo obbligatorio. Cliccando sulla freccia a destra del campo comparirà il vostro codice ospedale, che verrà automaticamente inserito battendo Invio o cliccandoci sopra.

Riportare il nome dell'ospedale/istituto e la città di provenienza, possibilmente timbrando le schede con il timbro dell'ospedale per maggiore rapidità di compilazione e leggibilità.

NINC: (Numero incidente) è il codice di identificazione della scheda e compare automaticamente.

Copiatelo a penna sulla scheda cartacea corrispondente! Identificherà in maniera univoca questa esposizione in qualsiasi comunicazione successiva (ad es. richiesta di follow up). Non può essere in nessun caso modificato. Il numeratore va avanti automaticamente di 1, e il campo è bloccato onde evitare errori di battitura o cancellazioni involontarie.

COG: (Cognome) è obbligatorio. Se non si vuole indicare il cognome dell'operatore esposto, inserire il numero di matricola.

La decisione di scrivere o meno il nome e cognome dell'operatore esposto dipenderà dalla politica di confidenzialità adottata dal centro. Nel caso in cui l'operatore voglia mantenere l'anonimato, può essere utilizzata come codice identificativo la matricola, alla quale si deve fare riferimento anche in seguito per l'invio del follow-up, nonché nel caso in cui il medesimo operatore riportasse successivamente altri incidenti multipli nel corso della propria carriera. Quanto al nome e cognome dell'operatore esposto, si prega di scrivere in stampatello in modo leggibile.

NOM: (Nome) non è obbligatorio. Compare una X in quanto accetta il dato mancante.

SEX: (Sesso) è obbligatorio. Con la freccia a destra è possibile scegliere la codifica corrispondente.

DANASC: (Data di nascita) non è obbligatorio.

ANZA: (Anzianità in anni) non è obbligatorio. E' un campo numerico che accetta solo valori interi (14 anni e 6 mesi: arrotondare a 14; 14 anni e 7 mesi: arrotondare a 15)

Si è scelta l'anzianità di servizio nella qualifica e non quella nell'area di lavoro. E' un dato importante per valutare se l'esperienza dell'operatore influenzi la frequenza di esposizione. Se l'anzianità è uguale o superiore ad 1 anno, riportare il numero di anni nella casella "a |_|_|"; se inferiore a 12 mesi, riportare il numero di mesi nella casella "m |_|_|". L'anzianità di servizio va indicata anche per gli allievi (infermieri, ostetriche, studenti) in quanto parametro indiretto di stima dell'esperienza (I, II o III anno).

ANME: (Anzianità in mesi) non è obbligatorio. E' un campo numerico che accetta solo valori interi per operatori con anzianità di servizio inferiore ad 1 anno.

DATINC: (Data incidente) è obbligatorio.

ORINC: (Ora incidente) non è obbligatorio. Inserire l'ora sulle 24 ore (mezzanotte corrisponde a 00.00). Inserire 4 cifre separate da una virgola o da un punto.

ORSER: (Ore di servizio) non è obbligatorio. Inserire 4 cifre separate da una virgola o da un punto.

E' un dato importante per valutare se la stanchezza dell'operatore influenzi la frequenza di esposizione. Sempre a proposito degli allievi infermieri o altri allievi, "da quante ore era in servizio" stima il numero di ore anche se non retribuite e perciò la stanchezza, e serve quindi anche in questo caso.

QUA: (Qualifica) è obbligatorio. Scegliere la codifica corrispondente dalla tendina (o copiarla dalla scheda).

CHIRURGO: E' attivato dall'inserimento dei codici 01 e 02 (medico) nel campo QUA ed è in questo caso obbligatorio. Scegliere dalla tendina il codice corrispondente all'attività del medico.

QUADES: (Qualifica, descrivere) E' attivato dall'inserimento del codice 99 (Altro) nel campo QUA ed è in questo caso obbligatorio. Scrivere per esteso la qualifica, se non prevista fra quelle disponibili.

AREA: (Area di lavoro) è obbligatorio.

Va riportata l'area in cui l'operatore presta servizio e non quella in cui è avvenuto l'incidente. se le due aree sono diverse; è comunque possibile specificare tale differenza nella risposta alla domanda successiva.

Per quanto riguarda allievi studenti, l'area di lavoro abituale in questo caso sarà quella in cui l'allievo stava facendo tirocinio al momento in cui si è verificato l'incidente.

SPem: (Specialità medica) E' attivato dall'inserimento del codice 4 (specialità medica) nel campo AREA ed è in questo caso obbligatorio. Scegliere dalla tendina il codice corrispondente alla specialità.

SPEC: (Specialità chirurgica) E' attivato dall'inserimento del codice 5 (specialità chirurgica) nel campo AREA ed è in questo caso obbligatorio. Scegliere dalla tendina il codice corrispondente alla specialità.

AREADES: (Area, descrivere) E' attivato dall'inserimento del codice Z (Altro) nel campo AREA ed è in questo caso obbligatorio. Scrivere per esteso l'area, se non prevista fra quelle disponibili.

LUOINC: (Luogo incidente) non è obbligatorio.

LUODES: (Luogo, descrivere) E' attivato dall'inserimento del codice 99 (Altro) nel campo LUOINC ed è in questo caso obbligatorio riempirlo. Scrivere per esteso il luogo, se non previsto fra quelli disponibili.

SANGUE: è obbligatorio. Se l'esposizione si è verificata con un liquido biologico diverso dal sangue, inserire X.

LIQUIDO1-4: (materiali biologici diversi dal sangue) questi campi possono essere compilati in aggiunta o in sostituzione del campo SANGUE. Se l'esposizione coinvolgeva solo il sangue, dopo aver riempito il campo corrispondente questi 4 campi possono essere saltati lasciandone il contenuto (Y) invariato.

ALTROLIQ: se il materiale biologico non è tra quelli codificati, descriverlo per esteso. Anche questo campo può essere lasciato invariato (Y).

NOTO: (Paziente fonte identificabile) è obbligatorio. Se il paziente è noto (1) si attiveranno i campi relativi agli esami fondamentali (HIV-Ab, anti-HCV, HBsAg) nella seconda schermata. Se non è identificabile (2) tutti i campi relativi agli esami sierologici della seconda schermata saranno disattivati automaticamente.

Se l'operatore stava eseguendo una manovra sul paziente (stava togliendo una flebo, facendo un prelievo o una sutura) o aveva appena assistito un collega nel farla, o lavorava su una provetta di sangue etichettata, il materiale biologico con cui l'operatore è venuto in contatto sia direttamente che tramite uno strumento o altro, proviene da un paziente che è stato chiaramente identificato.

In questo caso, a meno che il paziente non sia disponibile perchè dimesso o deceduto (evento raro nel poco tempo che dovrebbe intercorrere fra l'incidente e la notifica dello stesso), dovrebbero essergli proposti, se non sono già stati eseguiti, gli esami per i marcatori di infezioni che possano essere trasmesse attraverso il sangue (ricordiamo che in base alla legge 135/90, il paziente deve esprimere formalmente un consenso informato all'esecuzione del test per HIV-Ab). Il risultato di questi esami sarà necessario per indirizzare opportunamente l'operatore esposto riguardo la profilassi, le norme di comportamento e il follow-up, tranne che nel caso in cui il paziente rifiuti di essere sottoposto a tali esami; perciò, i dati riguardanti la sierologia del paziente fonte dovrebbero essere disponibili per il duplice scopo dell'interesse pratico dell'operatore sanitario esposto e delle necessità dello studio in corso. Ribadiamo infatti che questo progetto riunisce lo studio delle dinamiche degli incidenti con quello sulla stima del rischio di sieroconversione per i vari patogeni

CONHIV: (Conoscenza dello stato sierologico della fonte) non è obbligatorio. Si attiva solo se NOTO=1; in questo caso deve essere riempito. Accetta il dato mancante (X).

La domanda vuole verificare se era noto all'operatore lo stato sierologico del paziente prima dell'incidente. Questa informazione serve a stabilire se la consapevolezza dello stato sierologico del paziente influenzi il comportamento dell'operatore nei suoi riguardi.

OPINC: (Occasione di incidente) è obbligatorio. Va inserito il meccanismo dell'esposizione.

Le risposte a questa domanda aiuteranno ad identificare materiali d'uso o presidi sanitari che siano in causa nelle esposizioni degli operatori a sangue e liquidi biologici, e a sviluppare quindi linee-guida per un miglioramento di tali materiali allo scopo di ridurre queste esposizioni. Aiuteranno inoltre ad identificare procedure a maggior rischio, quali la disostruzione del catetere, durante le quale l'operatore dovrebbe proteggersi

OPINCODES: (Occasione, descrivere) E' attivato dall'inserimento del codice 99 (Altro) nel campo OPINC ed è in questo caso obbligatorio riempirlo. Scrivere per esteso il meccanismo dell'incidente, se non previsto fra quelli disponibili.

LESSED: (Contaminazione cutanea) è obbligatorio. Se la contaminazione è esclusivamente MUCOSA, inserire Y (dato non dovuto) e specificare il tipo di mucosa coinvolta nel campo successivo MUCSED1. Se non viene riempito nemmeno questo secondo campo, il programma torna indietro al campo LESSED. In pratica **non è possibile** non inserire il tipo di esposizione. LESSED e MUCSED1 non sono mutuamente esclusivi: è possibile inserire un incidente durante il quale si sia verificata una contaminazione sia della cute che delle mucose. Se LESSED=Y non si attivano i campi relativi alle esposizioni cutanee (LESCONT, LESDES, PROTEZ1 e PROTEZ2).

MUCSED1: (Contaminazione mucosa) è obbligatorio. Se la contaminazione è esclusivamente CUTANEA, accetta Y (dato non dovuto) **purché** LESSED contenga un valore diverso da Y. Se la mucosa coinvolta è diversa dalla congiuntiva e viene quindi inserito il valore 4, si attiva il campo SEDDES per la descrizione della mucosa coinvolta (orale, nasale).

SEDDDES: vedi sopra.

LESCONT: (Descrizione della lesione cutanea) si attiva solo se LESSED=2 (cute lesa) ed è in questo caso obbligatorio inserire un valore diverso da Y.

La cute non integra deve essere lesionata in modo evidente, tale da rappresentare una potenziale porta d'ingresso del virus. Altrimenti, riportare l'esposizione come "a cute integra".

LESDES: Si attiva solo se LESCANT=8 (altra lesione) ed in questo caso è obbligatorio inserire un valore diverso da Y. Descrivere il tipo di lesione se non prevista tra quelle disponibili.

PROTEZ1: (modalità della contaminazione cutanea) Si attiva solo se LESSED è diverso da Y. In questo caso è obbligatorio riempirlo. Accetta il dato mancante.

PROTEZ2: (modalità della contaminazione cutanea) Si attiva solo se LESSED è diverso da Y. In questo caso è obbligatorio riempirlo. Accetta il dato mancante.

PROTEZ1 e PROTEZ2 non sono mutuamente esclusivi, in quanto in una stessa esposizione possono essere coinvolte più aree del corpo, solo alcune delle quali protette da indumenti o dispositivi di protezione individuali.

MINUTI: (Tempo di contatto) non è obbligatorio. Se manca il dato, può essere lasciato invariato (X).

Dalle risposte a queste domanda è possibile ricavare informazioni sia riguardanti il rischio biologico per l'operatore (un tempo di contatto maggiore espone presumibilmente ad un rischio maggiore) che la necessità di prevedere soluzioni ad hoc per alcuni casi (durante intervento chirurgico, oppure in ambulanza durante interventi di emergenza sul territorio, situazioni nelle quali non è possibile per l'operatore provvedere ad immediato lavaggio e disinfezione)

CONTQTA: (Quantità di materiale coinvolto) non è obbligatorio. Se manca il dato, può essere lasciato invariato (X).

SEDE-SEDE4: (Sede della contaminazione) non sono obbligatori. I codici numerici fanno riferimento alle figure divise in sezioni numerate, riportate sulla scheda bianca. Non è stato possibile includere anche la figura nel programma. Se manca il dato, possono essere lasciati invariati (X). L'ultimo di questi campi compare per primo nella seconda schermata relativa alla scheda.

Le esposizioni a sangue e liquidi corporei possono interessare vaste aree. Allo scopo di codificare le risposte a questa domanda per la registrazione dei dati, sceglie le 4 parti maggiormente interessate ed inserirle in ordine di grandezza dalla più grande alla più piccola.

N.B.: I codici numerici per le differenti regioni del corpo sono gli stessi per i due questionari.

Tuttavia, i codici numerici per le mani sono diversi, perché l'esatta localizzazione di una lesione da tagliente sulle mani è utile per la prevenzione. Lo stesso livello di dettaglio sulle mani non è utile per prevenire contaminazioni con sangue e liquidi biologici.

SEDE4: vedi pagina precedente.

MISURE: (Utilizzo di dispositivi di protezione individuali, DPI) è obbligatorio. Se non sono stati utilizzati DPI, inserire N. I campi successivi resteranno non attivati. Se sono stati utilizzati, inserire X; in questo caso si attiveranno i campi sottostanti.

Questa risposta permette di valutare se al momento dell'esposizione fossero state indossate adeguate protezioni e se una barriera protettiva abbia lasciato passare sangue o altri fluidi biologici.

MISURE1: (Guanti) si attiva se MISURE è diverso da N; è necessario inserire comunque un valore. Se non usati, inserire X.

MISURE1A: (Tipo di guanti) si attiva se MISURE1 è diverso da X. Accetta il dato mancante.

MISURE2: (Protezioni per gli occhi) si attiva se MISURE è diverso da N; è necessario inserire comunque un valore. Se non usati, inserire X.

MISURE2A: (Tipo di occhiali, se non protetti da ogni lato) si attiva se MISURE2=3; è necessario inserire comunque un valore. Se non noto, inserire X.

MISURE3: (Protezione facciale) si attiva se MISURE è diverso da N; è necessario inserire comunque un valore. Sulla scheda noterete che a fianco della mascherina chirurgica è stato riportato anche il filtrante facciale; questo in quanto anche questo DPI protegge le mucose della bocca e del naso, anche se il suo scopo è quello di conferire una protezione respiratoria. Nella tendina delle codifiche relative a questo campo è però riportata, per motivi di spazio, solo la mascherina chirurgica: questa stessa codifica va utilizzata anche per il filtrante facciale. Se non è stata usata nessuna protezione facciale, inserire X.

MISURE4: (Camici o grembiuli aggiuntivi, sopra la divisa) si attiva se MISURE è diverso da N; è necessario inserire comunque un valore. Se non usati, inserire X.

LAVAG1: (lavaggio della zona contaminata) non è obbligatorio. Accetta il dato mancante.

Se l'operatore ha provveduto al lavaggio della ferita o della zona contaminata, dopo diversi minuti (ad es. al termine di un intervento chirurgico, non potendo sospendere l'attività assistenziale al momento dell'esposizione), barrare "non ha lavato la ferita".

DISINF: (disinfezione della zona contaminata) non è obbligatorio. Accetta il dato mancante. Se DISINF=1, si attiva il campo sottostante DISINFDES, che richiede il/i principio/i attivo/i del/i disinfettante/i usato/i. Questi vanno inseriti come codici, eventualmente separati, in caso siano più di uno, da un "+" secondo quanto segue:

1- Acqua ossigenata

2- Alcool etilico

3- Composti del cloro (es. Amuchina®, Antisapril®, Dakin®, Euclorina®, Presept®)

4- Clorexidina (es. Baxidin®, Biocid®, Clorexan®, Emosan®, Esoform®, Hibitane®, Hibidil®, Hibiscrub®, Handexin®, Savlon®)

5- Iodofori e tintura di iodio (es. Betadine®, Braunol®, Braunoderm®, Paniodine®, Wescodyne®)

6- Ammoni quaternari (es. Bactofen®, Bergamon®, Bialcol®, Citrosil®, Dermasept®, Desogen®, Esoform®, Lisoformio®, Sirigen®)

7- Fenoli (es. Derman®, Irgaman®, Germoliquido®)

8- Glutaraldeide (es. Cidex®)

Nel caso in cui si tratti di altro detergente non codificato, descriverlo (sempre riportando il/i principio/i attivo/i, e non il nome commerciale).

Esempio: l'OS ha disinfettato con Betadine, Hibiscrub e Amuchina: i principi attivi sono iodoforo, clorexidina e composto del cloro; in questo caso, il campo disinfdes va compilato come segue: 5+4+3

DISINFDES: vedi sopra

LAVAGDES: (altri provvedimenti non codificati, descrivere) non è obbligatorio. Può anche rimanere la Y (dato non dovuto) quando l'OS non ha compiuto azioni diverse da lavaggio e disinfezione. Nel caso in cui siano stati presi altri provvedimenti (ad es. l'instillazione di un collirio), questi vanno descritti per esteso.

PROFIHIV: (profilassi antiretrovirale) non è obbligatorio, **se non quando il paziente fonte è positivo per HIV**. In questo caso, anche se il campo è stato lasciato vuoto (con la X, dato mancante) nel momento in cui si inserisce la sierologia del paziente fonte per HIV e questa è positiva, il programma torna indietro, in quanto **non è accettabile** non sapere se un OS esposto ad HIV abbia o non abbia intrapreso la profilassi antiretrovirale.

In caso di profilassi con antiretrovirali si raccomanda di riempire e far pervenire al Centro di coordinamento la scheda del Ministero di Sanità allegata alle Linee-guida (vedi Giornale Italiano delle infezioni ospedaliere vol. 4 n.1 gennaio-marzo 1997, o Giornale Italiano dell'AIDS vol. 8 n.1 marzo 1997)

PROFIDES: (l'OS ha intrapreso altre profilassi?) non è obbligatorio, e può rimanere il dato mancante. Se l'OS è stato sottoposto a trattamenti di profilassi, inserendo il codice 1 (=sì) si attivano i campi sottostanti relativi alle profilassi impiegate.

PROFTIPO1/2/3: (Tipo di profilassi) non sono obbligatori. Si attivano solo se profides=1. Se si inserisce una X (dato mancante) in tutti e tre i campi, il programma modifica automaticamente profides (=2) in quanto non risulta essere stata eseguita alcuna profilassi.

Se l'operatore non era vaccinato per l'epatite B e inizia il protocollo vaccinale in occasione dell'infortunio, si raccomanda di inserire qui questo dato, MA NON INSERIRLO CONTEMPORANEAMENTE ALLA VOCE "L'OPERATORE ERA VACCINATO PER L'EPATITE B?" per distinguere i due casi.

22. Descrivi le circostanze che hanno portato all'incidente:

La descrizione o "scenario" è una parte importante del programma di sorveglianza. Questa contiene una mole di informazioni che non possono essere ottenute solo tramite la compilazione della scheda nelle sue parti codificate. L'intervistatore dovrebbe farsi descrivere le circostanze dell'incidente in dettaglio. Una descrizione del tipo "prelievo venoso, mi sono punto" non è utile. Quando vengono descritti adeguatamente in dettaglio, gli scenari forniscono chiarimenti importanti sulle complesse situazioni che gli operatori sanitari devono affrontare. Nuovi rischi possono essere identificati, e fattori precedentemente non riconosciuti, che contribuiscono al determinarsi di esposizioni e incidenti, possono essere documentati. Sta all'intervistatore incoraggiare il dipendente a descrivere l'incidente con completezza. Gli scenari sono una grande risorsa e dovrebbero essere inclusi nel processo di raccolta dati, se possibile. L'operatore che denuncia l'incidente fornisce lo scenario originale. La persona che lo SCRIVE SULLA SCHEDA dovrebbe assimilarlo ad uno "scenario tipo", i cui principali elementi sono elencati:

1. Qualifica dell'operatore esposto
2. Luogo dell'incidente.
3. Procedura o attività che l'operatore stava espletando al momento dell'incidente.
4. Presidio o equipaggiamento coinvolto nell'incidente.
5. Come si è verificato l'esposizione/incidente.
6. Qualsiasi circostanza particolare importante per il verificarsi dell'incidente.
7. La sede (parte del corpo) e il grado della lesione
8. Il risultato (o le conseguenze) dell'incidente.

23. Informazioni sul paziente fonte

N.B.: I campi relativi alla sierologia del paziente fonte si attivano solo se il paziente fonte è noto (NOTO=1).

E' importante conoscere in dettaglio lo stato sierologico del paziente. Se i dati non sono disponibili al momento dell'incidente, è preferibile attendere per l'invio della scheda finché i risultati dell'indagine epidemiologica sul paziente non siano completi (ricerche sulla cartella, esecuzione di test sierologici ecc.) Nel caso di esposizioni a paziente fonte HIV o HCV positivo, vi preghiamo di adoperarvi in modo da fornire dati sierologici completi come richiesto sulla scheda.

HBSAg: (HBsAg del paziente fonte) è obbligatorio se il paziente fonte è noto. NON accetta il dato mancante (il paziente può solo essere positivo, negativo o non testato). Se è positivo (HBSAG=1) si attivano i campi sottostanti relativi agli altri marcatori di epatite B.

HBSAb: (HBsAb del paziente fonte) non è obbligatorio, ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HBsAg positivo. Accetta il dato mancante.

HBeAg: (HBeAg del paziente fonte) non è obbligatorio, ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HBsAg positivo. Accetta il dato mancante.

HBeAb: (HBeAb del paziente fonte) non è obbligatorio, ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HBsAg positivo. Accetta il dato mancante.

HBVDNA: (HBVDNA **qualitativo** del paziente fonte) non è obbligatorio, ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HBsAg positivo. Accetta il dato mancante.

HIVAb: (HIVAb del paziente fonte) è obbligatorio se il paziente fonte è noto. NON accetta il dato mancante (il paziente può solo essere positivo, negativo o non testato). Se è positivo (HIVAB=1) si attivano i campi sottostanti relativi agli altri marcatori di infezione da HIV.

HIVAg: (HIVAg del paziente fonte) non è obbligatorio, ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HIVAb positivo. Accetta il dato mancante.

HIVRNA: (HIVRNA **quantitativo** del paziente fonte) non è obbligatorio. E' un campo numerico. Si attiva se il paziente fonte è HIVAb positivo. Si può oltrepassarlo lasciando lo "0" presente di default.

ANTIHCV: (HCVAb del paziente fonte) è obbligatorio se il paziente fonte è noto. NON accetta il dato mancante (il paziente può solo essere positivo, negativo o non testato). Se è positivo (HCVAB=1) si attivano i campi sottostanti relativi agli altri marcatori di infezione da HCV.

HCVRIBA: (HCVAb eseguito con test RIBA del paziente fonte) non è obbligatorio, ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HCVAb positivo. Accetta il dato mancante.

HCVRNA: (HCVRNA **qualitativo** del paziente fonte) non è obbligatorio, ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HCVAb positivo. Accetta il dato mancante.

HCVVL: (HCVRNA **quantitativo** del paziente fonte) non è obbligatorio. E' un campo numerico. Si attiva se il paziente fonte è HCVAb positivo. Si può oltrepassarlo lasciando lo "0" presente di default.

GENOHCV: (genotipo di HCV del paziente fonte) non è obbligatorio ma va comunque riempito (contiene di default la "Y" corrispondente a "dato non dovuto") se il paziente fonte è HCVAb positivo. E' un campo descrittivo. Nel caso in cui il genotipo non sia stato eseguito, accetta il dato mancante ("X").

24. Informazioni sull'operatore esposto:

dopo un'esposizione con materiali biologici, anche quando non sia possibile risalire al paziente fonte, è importante stabilire lo stato sierologico dell'operatore al momento dell'incidente, sia per eventuali interventi di profilassi (profilassi farmacologica, immunoprofilassi, vaccinazione ecc) che per evidenziare in successivi controlli un'eventuale sieroconversione.

Riguardo l'operatore esposto, va detto che non è necessario disporre della sierologia a tempo zero nè fare un follow-up se il paziente fonte non è infetto e non si tratta di soggetto ad alto rischio e quindi potenzialmente in "fase finestra"; eventualmente, si possono riportare sulla scheda quelle notizie già raccolte sulla cartella dell'operatore in Medicina preventiva, riguardanti la vaccinazione anti epatite B e il controllo del relativo titolo anticorpale protettivo (anti-HBs) o la ricerca degli anticorpi anti epatite C magari eseguita in occasione di un precedente incidente.

Se l'operatore risulta vaccinato per l'epatite B, si prega di compilare le caselle relative alla risposta anticorpale al momento della vaccinazione per un ulteriore controllo, nel caso in cui l'operatore risultasse negativo alla ricerca dell'anti-HBs al momento dell'incidente.

DATAZERO: (data degli esami eseguiti all'OS a tempo zero) non è obbligatoria.

HIVABOS: (HIVAb dell'OS esposto) contiene di default la X del dato mancante. E' obbligatorio riempirlo solo quando il paziente fonte è HIVAb positivo.

HBSAGOS: (HBsAg dell'OS esposto) contiene di default la X del dato mancante. E' obbligatorio riempirlo solo quando il paziente fonte è HBsAg positivo.

HBSABOS: (HBsAb dell'OS esposto) contiene di default la X del dato mancante. E' obbligatorio riempirlo solo quando il paziente fonte è HBsAg positivo.

VACCB: (vaccinazione anti-HBV dell'OS esposto) non è obbligatorio. Accetta il dato mancante.

HCVABOS: (HCVAb dell'OS esposto) contiene di default la X del dato mancante. E' obbligatorio riempirlo solo quando il paziente fonte è HCVAb positivo.

HCVRIBAOS: (HCVAb eseguito con test RIBA dell'OS) non è obbligatorio. Accetta il dato mancante anche nel caso in cui l'OS sia HCVAb positivo.

7. Allegato 4 – Esame obiettivo

6. ESAME OBIETTIVO

N.B. per le voci non precodificate utilizzare le note

PESO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kg
ALTEZZA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
P. A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ <input type="text"/>
F. C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ min
<input type="checkbox"/> ritmica <input type="checkbox"/> aritmica:					

CONDIZIONI GENERALI	
0	Buone
1	Scadenti
2	Magrezza
3	Sovrappeso
4	Obesità

0	Nella norma tutti gli apparati esaminati
---	--

CAPO			
0	Normale		
1	Midriasi	Dx	Sx
2	Miosi	Dx	Sx
3	Esoftalmo	Dx	Sx
4	Congiunt. arrossata	Dx	Sx
5	Tonsilla criptica	Dx	Sx
6	Tonsilla ipertrofica	Dx	Sx
7	Tonsilla congesta	Dx	Sx
8	Faringe congesta	Dx	Sx
9	Dev. setto nasale	Dx	Sx
10	Tappo di cerume	Dx	Sx
11	Perf. setto nasale	Dx	Sx
12	MT Opacate	Dx	Sx
13	MT Arrossate	Dx	Sx
14	MT Perforate	Dx	Sx
15	MT Cicatrici	Dx	Sx
16	MT Calcificazioni	Dx	Sx

COLLO	
0	Normale
1	Gozzo
2	Tiroide ingrossata
3	Nodulo tiroideo unico
4	Noduli tiroidei

A. LINFOGHIANDOLARE			
0	Normale		
1	Linfonodi laterocerv.	Dx	Sx
2	Linfonodi sottomand.	Dx	Sx
3	Linfonodi sopraclav.	Dx	Sx
4	Linfonodi ascellari	Dx	Sx
5	Linfonodi inguinali	Dx	Sx

MAMMELLE			
0	Normale		
1	Nodulo mammario	Dx	Sx
2	Retraz. capezzolo	Dx	Sx
3	Mastop. fibrocistica	Dx	Sx

CUORE		
0	Normale	
1	Soffio sistolico	/6
2	Soffio diastolico	/6
3	Toni aggiunti	

ADDOME			
0	Normale		
1	Globoso		
2	Batraciano		
3	Circoli venosi sup.		
4	Poco tratt. per contr.	Dx	Sx
5	Dolenz. palp. ipoc.	Dx	Sx
6	Dolenz. palp. epigast.	Dx	Sx
7	Dolenz. palp. ipogastrio	Dx	Sx
8	Dolenz. palp. f. iliaca	Dx	Sx
9	Dolenz. a tutto l'add.		
10	Fegato debordante	cm	
11	Feg. di cons. parench.		
12	Fegat. di cons. aument.		
13	Fegato superf. liscia		
14	Fegato sup. irregolare		
15	Fegato marg. tagliente		
16	Fegato margine arrotr.		
17	Milza debordante	cm	
18	Ernia ombelicale		
19	Ernia epigastrica		
20	Ernia inguinale	Dx	Sx
21	Ernia crurale	Dx	Sx
22	Giordano positivo	Dx	Sx
23	Murphy positivo		

ARTI INFERIORI			
0	Normale		
1	Varici	Dx	Sx
2	Edemi declivi	Dx	Sx
3	Alteraz. trofiche cute	Dx	Sx
6	Polso pedidio ridotto	Dx	Sx
7	Polso pedidio assent.	Dx	Sx

SISTEMA NERVOSO			
0	Normale		
1	Lasegue	Dx	Sx
2	R. rotuleo assente	Dx	Sx
3	R. rotuleo accentuato	Dx	Sx
4	Tremori alle mani		
5	Romberg		

RACHIDE				
0	Normale			
1	Scoliosi dorsale	gibbo	cm	<input type="text"/>
2	Scoliosi lombare	cm	<input type="text"/>	
3	Cifosi	1 Aumentata	2 Diminuita	
5	Lordosi	1 Aumentata	2 Diminuita	
7	Presso palpaz. dolente	1 Cervicale	2 Dorsale	3 Lombare
8	Motilità dolente rachide	1 Cervicale	2 Dorsale	3 Lombare
9	Motilità ridotta rachide	1 Cervicale	2 Dorsale	3 Lombare
<input type="checkbox"/> Vedi scheda rachide (Rif. Allegato n. ____)				

ARTICOLAZIONI									
	Spalla	Gomito	Polso	Mano	Anca	Ginocchio	Caviglia	Piede	
0	Normale								
1	Arrossata	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx
2	Gonfia	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx
3	Dolente	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx
4	Mot. ridotta	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx
5	Mot. dolente	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx
<input type="checkbox"/> Vedi scheda arti superiori (Rif. Allegato n. ____)									

RESPIRATORIO		Totale ambito	Apice	Medio	Base
0	Normale				
1	Basi ipomobili	Dx	Sx		
2	FVT ipotrasmesso	Dx	Sx	Dx	Sx
3	FVT ipertrasmesso	Dx	Sx	Dx	Sx
4	Iperfonesi	Dx	Sx	Dx	Sx
5	Ipoforesi	Dx	Sx	Dx	Sx
6	Respiro ridotto	Dx	Sx	Dx	Sx
7	Sibili inspiratori	Dx	Sx	Dx	Sx
8	Sibili espiratori	Dx	Sx	Dx	Sx
9	Ronchi rari	Dx	Sx	Dx	Sx
10	Ronchi diffusi	Dx	Sx	Dx	Sx
11	Crepitii rari	Dx	Sx	Dx	Sx
12	Crepitii diffusi	Dx	Sx	Dx	Sx
13	Rantoli piccole bolle	Dx	Sx	Dx	Sx
14	Rantoli medie bolle	Dx	Sx	Dx	Sx
15	Rantoli grandi bolle	Dx	Sx	Dx	Sx
16	Sfregamenti pleurici	Dx	Sx	Dx	Sx
17	M. V. aspro	Dx	Sx	Dx	Sx

CUTE		Capo	Viso	Torso	Arti sup.	Arti inf.	Mani	Piedi	Dita
0	Normale								
1	D. eritematosa	1	2	3	4	5	6	7	8
2	D. acneiforme	1	2	3	4	5	6	7	8
3	D. eczematosa	1	2	3	4	5	6	7	8
4	D. desquamativa	1	2	3	4	5	6	7	8
5	D. ipercheratosa	1	2	3	4	5	6	7	8
6	D. orticarioide	1	2	3	4	5	6	7	8
7	D. disidrosica	1	2	3	4	5	6	7	8
8	D. seborroica	1	2	3	4	5	6	7	8
9	Micosi	1	2	3	4	5	6	7	8
10	Vitiligine	1	2	3	4	5	6	7	8
11	Verruche	1	2	3	4	5	6	7	8
12	Secchezza cute	1	2	3	4	5	6	7	8

☐ Richiesti ulteriori approfondimenti specialistici

8. Allegato 5 – Valutazione apparato locomotore

☐ Valutazione apparato locomotore non necessaria

Valutazione apparato locomotore

Trasferimento in questa struttura per problemi al rachide ☐ SI ☐ NO

Anzianità "di reparto" Anni: Mesi:

Anzianità lavorativa (nella mansione attuale) Anni: Mesi:

Anamnesi Rachide

SCOLIOSI

Pregressa diagnosi di scoliosi ☐ SI ☐ NO

Trattata con: ☐ Corsetto

☐ Ginnastica correttiva

ERNIA DISCALE

☐ SI ☐ NO ☐ Pregresso intervento riduttivo in data

LOMBALGIE ACUTE

Per lombalgia acuta si intende: episodio di dolore intenso in sede lombosacrale che non consente i movimenti di flessione, inclinazione e rotazione ("colpo della strega"), il cui esordio può essere acuto o subdolo e durato almeno 2 giorni (o uno con terapia farmacologica). Per lombalgia "frusta" si intende un episodio di dolore ingravescente controllato e regredito con FANS + miorilassanti

Episodi acuti nel reparto attuale: Episodi frusti nel reparto attuale:
 Episodi acuti nei negli ultimi 2 anni: Episodi frusti nei negli ultimi 2 anni:
 Episodi acuti nel nell'ultimo anno: Episodi frusti nel nell'ultimo anno:

Sintomatologia negli ultimi dodici mesi

RACHIDE CERVICALE

☐ FASTIDIO, senso di peso, stanchezza rigidità
☐ Continuo: pressoché tutti i giorni
☐ A episodi: cioè solo alcuni periodi dell'anno
 Episodi negli ultimi 12 mesi:
 Durata di ciascun episodio:

☐ DOLORE
☐ Continuo: pressoché tutti i giorni
☐ A episodi: cioè solo alcuni periodi dell'anno
 Episodi negli ultimi 12 mesi:
 Durata di ciascun episodio:

Presenza di parestesie o dolore irradiato agli arti superiori ☐ NO ☐ DX ☐ SX
 Da quanti anni sono presenti i disturbi al rachide cervicale? N. Cervica
 Uso regolare di farmaci o altre cure per i disturbi al tratto ☐ SI ☐ NO

RACHIDE DORSALE

☐ FASTIDIO, senso di peso, stanchezza rigidità
☐ Continuo: pressoché tutti i giorni
☐ A episodi: cioè solo alcuni periodi dell'anno
 Episodi negli ultimi 12 mesi:
 Durata di ciascun episodio:

☐ DOLORE
☐ Continuo: pressoché tutti i giorni
☐ A episodi: cioè solo alcuni periodi dell'anno
 Episodi negli ultimi 12 mesi:
 Durata di ciascun episodio:

Presenza di parestesie o dolore irradiato al torace ☐ NO ☐ DX ☐ SX
 Da quanti anni sono presenti i disturbi al rachide dorsale? N. Dorsale
 Uso regolare di farmaci o altre cure per i disturbi al tratto ☐ SI ☐ NO

RACHIDE LOMBARE

☐ FASTIDIO, senso di peso, stanchezza rigidità
☐ Continuo: pressoché tutti i giorni
☐ A episodi: cioè solo alcuni periodi dell'anno
 Episodi negli ultimi 12 mesi:
 Durata di ciascun episodio:

☐ DOLORE
☐ Continuo: pressoché tutti i giorni
☐ A episodi: cioè solo alcuni periodi dell'anno
 Episodi negli ultimi 12 mesi:
 Durata di ciascun episodio:

Presenza di parestesie o dolore irradiato agli arti inferiori ☐ NO ☐ DX ☐ SX
 Da quanti anni sono presenti i disturbi al rachide lombare? N. Lombare
 Uso regolare di farmaci o altre cure per i disturbi al tratto ☐ SI ☐ NO

INQUADRAMENTO SOGLIA ANAMNISTICA POSITIVA

☐ DOLORE PRESSOCHÉ TUTTI I GIORNI (cioè per più della metà dell'anno)
☐ FASTIDIO PRESSOCHÉ TUTTI I GIORNI (cioè per più della metà dell'anno)
☐ DOLORE (NON FASTIDIO) A EPISODI SECONDO IL SEGUENTE SCHEMA: N. Episodi N. Giorni

<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 30
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 90

Esame obiettivo apparato locomotore

OSSERVAZIONE STAZIONE ERETTA

Cifosi dorsale: ☐ Normale ☐ Ipercifosi ☐ Appiattimento cifosi dorsale
 Lordosi lombare: ☐ Normale ☐ Iperlordosi ☐ Appiattimento lordosi lombare

SCOLIOSI

Presenza di scoliosi (Gibbo > 1 cm) ☐ Assente ☐ Dorsale DX ☐ Dorsale SX
☐ Lombare DX ☐ Lombare SX

OSSERVAZIONE RITMO LOMBO PELVICO

☐ Normale ☐ Dolore lombare ☐ Lordosi lombare immutata

MANOVRA PER EVIDENZIARE DORSO CURVO STRUTTURATO

☐ Normale ☐ Dolore dorsale ☐ Presenza di dorso curvo strutturato

MANOVRE DI PRESSO PALPAZIONE (apofisi spinose, spazi intervertebrali, muscolatura paravertebrale)

RACHIDE CERVICALE ☐ Dolore assente Dolore: ☐ Apofisi e/o spazi intervertebrali. N.
☐ Muscolatura del tratto

RACHIDE DORSALE ☐ Dolore assente Dolore: ☐ Apofisi e/o spazi intervertebrali. N.
☐ Muscolatura del tratto

RACHIDE LOMBARE ☐ Dolore assente Dolore: ☐ Apofisi e/o spazi intervertebrali. N.
☐ Muscolatura del tratto

VALUTAZIONE MOTILITA'

RACHIDE CERVICALE Presenta dolore nei seguenti movimenti
☐ Flessione ☐ Inclinazione DX ☐ Rot. DX
☐ Estensione ☐ Inclinazione SX ☐ Rot. SX

RACHIDE DORSOLOMBARE Presenta dolore nei seguenti movimenti
☐ Flessione ☐ Inclinazione DX ☐ Rot. DX
☐ Estensione ☐ Inclinazione SX ☐ Rot. SX

MANOVRA DI LA SEQUE / RETRAZIONE DEI MUSCOLI ISCHIODURALI

Valori normali (per retrazione)
 F = sup. a 60° LASEQUE ☐ Normale ☐ DX ☐ SX
 M = sup. a 70° ☐ Presenza di retrazione ischiodurale

MANOVRA DI WASSERMAN / RETRAZIONE DEI MUSCOLI ILEOPOAS

Valori normali (per retrazione)
 F = 0 WASSERMAN ☐ Normale ☐ DX ☐ SX
 M = inf. A 5 cm ☐ Presenza di retrazione ileopsoas

9. Allegato 6 – Visita per videoterminalisti

☐ Visita per videoterminalisti non necessaria

Visita per Videoterminalisti

Anamnesi Ergoftalmologica

ANAMNESI LAVORATIVA

Da quanti anni lavora al videoterminale? ☐ < 1 ☐ 1 - 5 ☐ 6 - 10 ☐ > 10

Con quale impegno orario settimanale? ☐ Meno di 20 h settimanali ☐ 20 o più ore settimanali

Con pause? ☐ No ☐ Sì, programmate ☐ Sì, non programmate

In cosa consiste prevalentemente il suo lavoro?

☐ Caricamento Dati ☐ Word processor

☐ Controllo/correzione ☐ Dialogo

☐ Programmazione ☐ Progettazione / disegno

☐ Altro

ANAMNESI OFTALMOLOGICA

È affetto da malattie oculari o difetti? ☐ No ☐ Sì

Effettua controlli oftalmologici regolari? ☐ No ☐ Sì

Porta attualmente una correzione ottica? ☐ No ☐ Saltuariamente ☐ Solo per vicino (> 45 anni)

☐ Sempre Data ultima prescrizione

Porta una correzione ottica al VDT? ☐ No ☐ Saltuariamente ☐ Sempre

Usa colliri? ☐ No ☐ Sì

Con quale frequenza? ☐ Meno di una volta alla settimana

☐ 3 - 4 volte alla settimana

☐ Tutti i giorni

Porta lenti a contatto? ☐ No ☐ Sì

SINTOMI RIFERIBILI ALL'APPARATO OCULARE

Soffre frequentemente di:	Durante il lavoro al VDT			Lontano dal lavoro
	Inizio	Metà	Fine	
Ammiccamento frequente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendenza a socchiudere gli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrossamento congiuntivale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacrimazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brucciore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastidio alla luce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensazione di corpo estraneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annebbiamento della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminuzione della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterata percezione dei colori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sdoppiamento delle immagini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea frontale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dopo il lavoro accusa disturbi oculari tali da non avere interesse a svolgere attività che impegnano particolarmente la vista (lettura, cucito, modellismo, ecc.)

☐ No ☐ Sì

Note integrative:

LENTI IN USO

☐ No ☐ Sì

ESAME OBIETTIVO

Annessi:

Segmento
anteriore:

Cristallino:

Fundus:

TOPOMETRIA

VISUS

		LONTANO	INTERMEDIO	VICINO
SENZA LENTI	Occhio DX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Occhio SX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CON LENTI	Occhio DX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Occhio SX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SENSO CROMATICO (Tavole di Ishihara)

ESAME ORTOTTICO

Motilità estrinseca: Occhio DX

Occhio Sx

Posizione anomala del
capo:

Convergenza:

		LONTANO	VICINO
COVER TEST	s.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANGOLO DI DEVIAZIONE	s.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LUCI DI WORTH	s.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FUSIONE	s.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STEREOPSI		<input type="text"/>	<input type="text"/>
TEST DI BIELCHOWSKY		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valutazione
ortottica

Eventuali
prescrizioni

Eventuali
prescrizioni/limitazio
ni all'uso del
videoterminale

SCHEDA DI INDIVIDUAZIONE DEI DIFETTI VISIVI

Impiego:

☐

Amministrativo

☐

Produttivo

Porta lenti correttive:

☐

NO

☐

SI

In visione da Vicino, occhio:

☐

Dx

☐

Sx

In visione da Lontano, occhio:

☐

Dx

☐

Sx

Data ultima consultazione:

Osservazioni:

10. Allegato 7 – Scheda di individuazione dei difetti visivi

Data:

SCHEDA DI INDIVIDUAZIONE DEI DIFETTI VISIVI

Operatore:

Denominazione e codice della Ditta




VISIOTEST




Dati relativi alla persona esaminata

Cognome: Nome: Nato il: Sesso:

Impiego: Amministrativo ☐ Produttivo ☐ Porta lenti correttive ☐ SI ☐ NO ☐In visione da lontano OD ☐ OS ☐ In visione da vicino OD ☐ OS ☐

Data dell'ultima consultazione: Osservazioni:

Visione da lontano	1 Acuità O.D.	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>		IPER <input type="checkbox"/>																																																												
	2 Acuità O.S.	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>		IPER <input type="checkbox"/>																																																												
	3 Acuità binoculare	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr> <tr><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td></tr> </table> contrassegnare le lettere corrispondenti	1	2	3	4	5	6	7	8	A	A	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C																													
	1	2	3	4	5	6	7	8																																																													
	A	A	A	A	A	A	A	A																																																													
	B	B	B	B	B	B	B	B																																																													
C	C	C	C	C	C	C	C																																																														
4 Tendenza dell'ametropia	<input type="checkbox"/> R  <input type="checkbox"/> V																																																																				
5 Forie	Segnare la posizione del punto nella griglia <table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td><td>N</td><td>O</td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	1															2															3														
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O																																																							
1																																																																					
2																																																																					
3																																																																					
6 Percezione dei colori	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 57</td> <td><input type="checkbox"/> 74</td> <td><input type="checkbox"/> 97</td> <td><input type="checkbox"/> 35</td> <td><input type="checkbox"/> 21</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 96</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 45</td> <td><input type="checkbox"/> 9/6</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 74	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 9/6																																																
<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 74	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 9/6																																																																

Visione da vicino	1 Acuità O.D.	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>		IPER <input type="checkbox"/>																																																												
	2 Acuità O.S.	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>		IPER <input type="checkbox"/>																																																												
	3 Acuità binoculare	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr> <tr><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td></tr> </table> contrassegnare le lettere corrispondenti	1	2	3	4	5	6	7	8	A	A	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C																													
	1	2	3	4	5	6	7	8																																																													
	A	A	A	A	A	A	A	A																																																													
	B	B	B	B	B	B	B	B																																																													
C	C	C	C	C	C	C	C																																																														
4 Tendenza dell'ametropia	<input type="checkbox"/> R  <input type="checkbox"/> V																																																																				
5 Forie	Segnare la posizione del punto nella griglia <table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td><td>N</td><td>O</td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	1															2															3														
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O																																																							
1																																																																					
2																																																																					
3																																																																					
6 Percezione dei colori	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 57</td> <td><input type="checkbox"/> 74</td> <td><input type="checkbox"/> 97</td> <td><input type="checkbox"/> 35</td> <td><input type="checkbox"/> 21</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 96</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 45</td> <td><input type="checkbox"/> 9/6</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 74	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 9/6																																																
<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 74	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 9/6																																																																

☐ Visione alterata☐ Visione normale

Conclusioni:

Visione intermedia	1 Acuità O.D.	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>		IPER <input type="checkbox"/>																																																
	2 Acuità O.S.	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>		IPER <input type="checkbox"/>																																																
	3 Acuità binoculare	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr> <tr><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td></tr> </table> <p>contrassegnare le lettere corrispondenti</p>		1	2	3	4	5	6	7	8	A	A	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C																
	1	2	3	4	5	6	7	8																																																	
	A	A	A	A	A	A	A	A																																																	
	B	B	B	B	B	B	B	B																																																	
C	C	C	C	C	C	C	C																																																		
4 Tendenza dell'ametropia	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>																																																								
5 Forie	<p>Segnare la posizione del punto nella griglia</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td><td>N</td><td>O</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	2																3															
1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O																																										
2																																																									
3																																																									
6 Percezione dei colori	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 57</td> <td><input type="checkbox"/> 74</td> <td><input type="checkbox"/> 97</td> <td><input type="checkbox"/> 35</td> <td><input type="checkbox"/> 21</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 96</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 45</td> <td><input type="checkbox"/> 9/6</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 74	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 9/6																																				
<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 74	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>																																																				
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 9/6																																																				
Campo visivo orizzontale																																																									

☐ Visione alterata

☐ Visione normale

Conclusioni: _____

11. Allegato 8 – Conservazione della cartella sanitaria e di rischio**CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO****CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' DELL'AZIENDA / RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

La presente Cartella Sanitaria e di Rischio viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. f) del D.Lgs. 81/2008 per:

- ☐ cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il ____/____/____
- ☐ risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il ____/____/____

La Cartella Sanitaria e di Rischio viene consegnata al lavoratore
completa di n. ____ allegati, ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. e) del D.Lgs. 81/2008, per:

- ☐ risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il ____/____/____

Il lavoratore è stato informato riguardo la necessità di conservazione della Cartella Sanitaria e di Rischio e l'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art 25, comma 1, lett. g) del D.Lgs. 81/2008.

....., ____/____/____

Il medico competente

Il lavoratore

CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il ____/____/____ la presente Cartella Sanitaria e di Rischio, completa di n. ____ allegati, viene consegnata al datore di lavoro nella persona di:

.....

....., ____/____/____

Il medico competente

.....

12. Allegato 9: Esempi di reportistica del Servizio Medicina e Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori

Elenco lavoratori visitati con data visita TOTALE e per CDC (con elenco di tutti i lavoratori non ancora visitati), suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta.

N° accertamenti sanitari (vaccinazioni, tubercoline, RX torace/altro, ematourinari con dettaglio) effettuati dal al, TOTALE e per CDC.

Richiedibili per CDC (tabella con elenco di tutti i lavoratori)

N° idonei visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta;

N° temporaneamente idonei visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta;

N° idonei con prescrizioni visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta, tipologia di prescrizione;

N° temporaneamente idonei con prescrizioni visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta, tipologia di prescrizione;

N° idonei con limitazioni visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta, tipologia di limitazione;

N° temporaneamente idonei con limitazioni visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta, tipologia di limitazione;

N° idonei con prescrizioni e limitazioni visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta, tipologia di prescrizioni e limitazioni;

N° temporaneamente idonei con prescrizioni e limitazioni visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta, tipologia di prescrizioni e limitazioni;

N° NON idonei visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta;

N° temporaneamente NON idonei visitati dal al, suddivisi per medico visitatore, maschi/femmine/totale, qualifica, visite preventive/periodiche/su richiesta.

EPATITE B

Richiedibili per CDC (tabella con elenco di tutti i lavoratori) e qualifica

N° soggetti senza dati inerenti la vaccinazione o esami per epatite B /totale soggetti

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti da indagare per epatite B/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri femmine)

N° soggetti vaccinati per epatite B (almeno una dose di vaccino)/totale soggetti con almeno un esame per epatite B

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati per epatite B/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO**; si presuppone che chi non ha inserito neanche un esame per epatite B non sia stato verificato neanche per la vaccinazione)

N° soggetti con nessuna dose vaccino per epatite B /totale soggetti con almeno un HBsAg, una titolazione antiHBs o antiHBc eseguita, ma MAI POSITIVA

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti NON vaccinati per epatite B che necessitano di VACCINO/gruppo omogeneo (ad esempio: medici)

N° soggetti con almeno una titolazione antiHBs ≥ 100 mUI/mL /totale soggetti con almeno una titolazione antiHBs eseguita

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti sicuramente protetti per epatite B/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **PROTETTO**)

N° soggetti con almeno una titolazione antiHBs ≥ 10 mUI/mL /totale soggetti con almeno una titolazione antiHBs eseguita, ma MAI ≥ 100 mUI/mL

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti debolmente protetti per epatite B/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **SCARSAMENTE PROTETTO**)

N° soggetti con almeno una titolazione antiHBs ≥ 100 mUI/mL /totale soggetti vaccinati per epatite B (almeno una dose di vaccino)

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati protetti per epatite B/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO RESPONDER**)

N° soggetti con almeno una titolazione antiHBs ≥ 10 mUI/mL ≤ 100 mUI/mL /totale soggetti vaccinati per epatite B (almeno una dose di vaccino)

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati debolmente protetti per epatite B/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO IPORESPONDER**)

N° soggetti POSITIVI all'ultimo HBsAg eseguito/totale soggetti con almeno un HBsAg eseguito

ROSOLIA

Richiedibili per CDC (tabella con elenco di tutti i lavoratori) e qualifica; maschi/femmine/totale.

N° soggetti senza dati inerenti la vaccinazione o esami per rosolia /totale soggetti

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti da indagare per rosolia/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri femmine)

N° soggetti vaccinati per rosolia (almeno una dose di vaccino) /totale soggetti con almeno un esame per rosolia

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati per rosolia/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri femmine)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO**; si presuppone che chi non ha inserito neanche un esame per rosolia non sia stato verificato neanche per la vaccinazione)

N° soggetti con nessuna dose vaccino per rosolia /totale soggetti con almeno una titolazione IgG anti- rosolia, ma **MAI POSITIVA**

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti **NON** vaccinati per rosolia, che necessitano di **VACCINO**/gruppo omogeneo (ad esempio: medici femmine)

N° soggetti con almeno una titolazione IgG anti- rosolia ≥ 11 UI/mL /totale soggetti con almeno una titolazione anti-rosolia eseguita

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti protetti per rosolia/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri femmine)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **PROTETTO**)

N° soggetti con almeno una titolazione IgG anti- rosolia ≥ 11 UI/mL /totale soggetti vaccinati per rosolia (almeno una dose di vaccino)

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati protetti per rosolia/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri femmine)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO RESPONDER**)

TBC

Richiedibili per CDC (tabella con elenco di tutti i lavoratori con tutte le tubercoline/Rx/visite fisiologiche eseguite) e qualifica; maschi/femmine/totale.

N° soggetti senza dati inerenti la vaccinazione per TBC o esecuzione di tubercolina /totale soggetti

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti da indagare per TBC/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri maschi)

N° soggetti vaccinati per TBC (almeno una dose di vaccino) /totale soggetti con almeno una tubercolina eseguita

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati per TBC/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO**; si presuppone che chi non ha inserito neanche una tubercolina non sia stato verificato neanche per la vaccinazione)

N° soggetti con almeno una intradermoreazione alla tubercolina POSITIVA ≥ 10 mm /totale soggetti con almeno una intradermoreazione alla tubercolina eseguita

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti fortemente positivi per TBC/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **FORTEMENTE POSITIVO DA NON RIPETERE**)

N° soggetti con l'ultima intradermoreazione alla tubercolina POSITIVA, ma MAI ≥ 10 mm /totale soggetti con almeno una intradermoreazione alla tubercolina eseguita

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti positivi per TBC/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **DEBOLMENTE POSITIVO**)

N° soggetti con l'ultima intradermoreazione alla tubercolina NEGATIVA, ma MAI ≥ 10 mm /totale soggetti con almeno una intradermoreazione alla tubercolina eseguita

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti negativi per TBC/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)

N° soggetti con almeno una intradermoreazione alla tubercolina POSITIVA ≥ 10 mm /totale soggetti vaccinati per TBC (almeno una dose di vaccino)

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati per TBC fortemente positivi /gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO FORTEMENTE POSITIVO**)

N° soggetti con l'ultima intradermoreazione alla tubercolina POSITIVA, ma MAI ≥ 10 mm /totale soggetti vaccinati per TBC (almeno una dose di vaccino)

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati per TBC debolmente positivi /gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO DEBOLMENTE POSITIVO**)

N° soggetti con l'ultima intradermoreazione alla tubercolina NEGATIVA, ma MAI ≥ 10 mm /totale soggetti vaccinati per TBC (almeno una dose di vaccino)

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti negativi per TBC/gruppo omogeneo (ad esempio: infermieri)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO NEGATIVO**)

TETANO

Richiedibili per CDC (tabella con elenco di tutti i lavoratori) e qualifica; maschi/femmine/totale.

N° soggetti senza dati inerenti la vaccinazione per tetano /totale soggetti

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti da indagare per tetano/gruppo omogeneo (ad esempio: operatori tecnici maschi)

N° soggetti vaccinati per tetano (almeno una dose di vaccino) /totale soggetti

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati per TETANO/gruppo omogeneo (ad esempio: operatori tecnici)(è una modalità per ottenere il dato visto che non abbiamo la casellina ☒ **VACCINATO**

N° soggetti con ultima dose vaccino antitetanico ≥ 10 anni /totale soggetti con almeno una vaccinazione antitetanica

Commento

Dato da ottenere: N° soggetti vaccinati per TETANO che necessitano di RICHIAMO VACCINALE/gruppo omogeneo (ad esempio: operatori tecnici)

ELENCHI INVALIDITA' CIVILE/MALATTIE PROFESSIONALI/VISITE COLLEGIALI

Richiedibili per CDC (tabella con elenco di tutti i lavoratori); maschi/femmine/totale.

STATISTICHE ABITUDINI VITA (FUMO/ALCOOL)

Richiedibili per CDC (tabella con elenco di tutti i lavoratori); maschi/femmine/totale.

Giudizi di idoneità alla mansione specifica

2008	MASCHI	FEMMINE
n. lavoratori visitati	376	854
n. idonei	333	677
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) temporanee	5	11
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) permanenti	37	162
n. inidoneità temporanee	0	1
n. inidoneità permanenti	1	3

Al 31.12.2008 la situazione complessiva delle idoneità aziendali era la seguente:

- 580 lavoratori (13.5%) sono stati interessati da giudizi di idoneità con limitazioni;
- 61 lavoratori (1.4%) hanno avuto un giudizio di idoneità con prescrizioni e limitazioni;
- 167 lavoratori (3.9%) hanno avuto indicate esclusivamente delle prescrizioni.

I lavoratori con un giudizio di non idoneità (a tale data erano stati in totale 29) sono stati successivamente ricollocati in altre attività, in alcuni casi cambiando anche qualifica.

Come già evidenziato nelle precedenti relazioni, le prescrizioni e/o le limitazioni lavorative hanno riguardato

DPI rischio biologico	75
lattice	30
stress psico-fisici	31
DPI/rumore	13
turno/notturno/guardie	62
manipolazione antiblastici	11
VDT/pause addizionali	14
rachide cervicale	31
MMP	68
MMC	238
traino/spinta	51
stazione eretta prolungata	89
deambulazione prolungata	47
arti superiori	89
arti inferiori	10
sforzi fisici	29

microclima	14
broncoirritanti	13
ALTRO	4

Si ricorda che alcune prescrizioni e/o limitazioni possono coesistere nello stesso giudizio di idoneità.

13. Allegato 10: Valutazione collo e arti superiori

Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca' Granda

DIREZIONE AZIENDALE

SERVIZIO DI MEDICINA E SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI

Responsabile: Dr. G. MICHELONI

ESAME CLINICO DEL COLLO E DEGLI ARTI SUPERIORI

Cognome e nome: _____
|_|_|_|_|_|_|_|

Sesso: ☐ M ☐ F

Matricola: _____

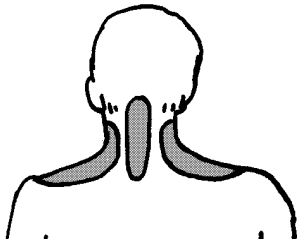


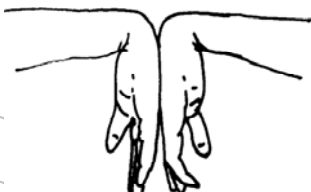

Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
|_|_|_|_|

Data di assunzione: |_|_| / |_|_| /

Struttura: _____

Qualifica: _____



CERVICOBRACHIALGIE : MANOVRE ESEGUITE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
RACHIDE CERVICALE		
	<ul style="list-style-type: none">- NORMALE- PRESSIONE APOFISI DOLENTE- MUSC. PARAVERTEBRALE E/O TRAPEZIO- MOTILITA' DOLENTE (almeno 3 movimenti alterati)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>DOLENTE.....</p> <p>MOTILITA' DOLENTE</p> <p>FLESS EST IINCL IINCL ROT ROT DX SX DX SX DX SX</p>		
TEST DI STANCABILITA'		
<p>IL SOGGETTO DEVE</p> <p>APRIRE E CHIUDERE VELOCEMENTE</p> <p>LE MANI</p> <p>AD ARTI SUPERIORI ELEVATI PER 30°</p>		<ul style="list-style-type: none">- NEGATIVO- COMPARSA DI PARESTESIE
TEST DEL CANDELIERE		
<p>NEGATIVO.....</p> <p>IL SOGGETTO DEVE RIMANERE, PER 30°, IN TALE POSIZIONE</p>		<ul style="list-style-type: none">- COMPARSA DI PARESTESIE
SINDROMI CANALICOLARI POLSO: MANOVRE ESEGUITE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
PHALEN TEST		
<p>MANTENERE</p> <p>TALE POSIZIONE PER 60°</p>		<ul style="list-style-type: none">- NORMALE- PARESTESIE (n. mediano)- PARESTESIE (n. ulnare)- PARESTESIE non territorializzate
TEST DI PRESSIONE		
<p>COMPRESSIONE</p> <p>VOLARE AL POLSO PER 30°</p>		<ul style="list-style-type: none">- NORMALE- PARESTESIE (n. mediano)- PARESTESIE (n. ulnare)- PARESTESIE non territorializzate

ARTICOLAZIONE SCAPOLO-OMERALE: MANOVRE ESEGUITE: ☐ NO ☐ SI

MOTILITA' GLOBALE

 PRESENZA DI DOLORE
DOLORE

☐ DX ☐ SX
SX


PRESENZA DI DOLORE

☐ DX ☐ SX


PRESENZA DI DOLORE

☐ DX ☐ SX


PRESENZA DI

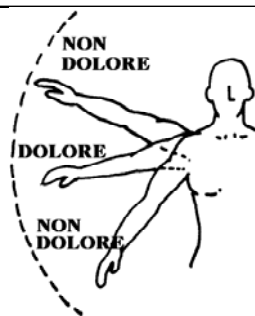
☐ DX ☐
PALPAZIONE SPALLA (TRIGGER POINT)

 - DOLORE ANTERIORE
.....
- DOLORE LATERALE
.....
- DOLORE POSTERIORE
.....

DX

SX

☐
☐
☐
☐
☐
☐
ARCO DOLOROSO


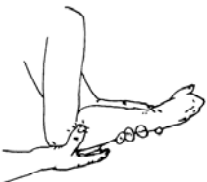


 (DOLORE TRA
70° E 120°)

 - ASSENTE.....
- PRESENTE.....
..

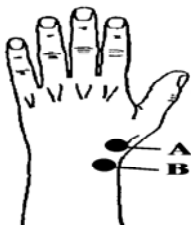


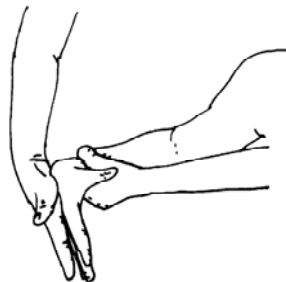
☐
☐
☐
☐
TEST TENDINITE CAPO LUNGO BICIPITE

 - NORMALE
.....
- DOLORE PARTE ANTERIORE
SPALLA
.....

☐
☐
☐
☐

 ENTITA' DEL DANNO FUNZIONALE (gradi): ☐ LF 1 ☐ LF 2 ☐ LF 3 ☐ LF 4

ARTICOLAZIONE GOMITO : MANOVRE ESEGUITE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
OSSERVAZIONE - ISPEZIONE		DX	SX
EDEMA:			
- ASSENTE.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- LOCALIZZATO (dove:)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- NON LOCALIZZATO.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALPAZIONE EPICONDILO (LATERALE) - EPITROClea (MEDIALE)- OLECRANO 			
- ASSENZA DI DOLORE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE EPICONDILO.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE EPITROClea.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE OLECRANO.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALPAZIONE MUSCOLI EPICONDILOIDEI - EPITROCLEARI (EFFETTUATA CIRCA 2 CM A VALLE DELL'INSERZIONE TENDINEA) 			
- ASSENZA DI DOLORE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE MUSCOLI EPICONDILOIDEI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE MUSCOLI EPITROCLEARI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST EPICONDILITE FLESSIONE PASSIVA POLSO A GOMITO ESTESO 			
- ASSENZA DI DOLORE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE REGIONE LATERALE GOMITO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST PER INTRAPPOLAMENTO ULNARE AL GOMITO 			
- ASSENZA DI DISTURBI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PARESTESIE IRRADIAE AVAMBRACCIO - 4° E 5° DITO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALUTAZIONE FUNZIONE GOMITO : <input type="checkbox"/> LF 1 <input type="checkbox"/> LF 2			
ARTICOLAZIONE POLSO-MANO : MANOVRE ESEGUITE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
OSSERVAZIONE POLSO			
CISTI	CISTI DORSALE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- CISTI VOLARE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDEMA	VOLARE (polso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-DORSALE (polso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- STILOIDE RADIALE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- STILOIDE ULNARE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONE MANO		DX	SX
- NORMALE.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- IPOTROFIA MUSCOLARE.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DEFORM. ARTICOLAZIONE TRAPEZIO-METACARPALE.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- RETRAZIONE PALMARE.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALPAZIONE 			
- ASSENZA DI DOLORE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (A) DOLORE PALPAZIONE ARTICOL. TRAPEZIO-METACARPALE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (B) DOLORE PALPAZIONE STILOIDE RADIALE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANOVRA PER "DITO A SCATTO" 			
- NORMALE.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- "SCATTO" DURANTE L'ESTENSIONE (<input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° dito)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FINKELSTEIN (DEVIAZIONE ULNARE DEL POLSO) 			
- NEGATIVO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE ALLA "TABACCHIERA ANATOMICA"		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVIMENTI DI FLESSO-ESTENSIONE DEL POLSO 			
- NORMALE.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE FLESSIONE C/R.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE IN FLESSIONE PASSIVA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE IN ESTENS. C/R		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOLORE IN ESTENSIONE PASSIVA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLSO - MANO: <input type="checkbox"/> LF 1 <input type="checkbox"/> LF 2			

Accertamenti richiesti

- ☐ RX
☐ Ecografia
☐ EMG
☐ Visita specialistica:
☐ Altro:

 Firma del Medico: _____
 (_____)

(Matricola:



Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca' Granda

DIREZIONE AZIENDALE

SERVIZIO DI MEDICINA E SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI

Responsabile: Dr. G. MICHELONI

STUDIO DELLE PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI

Cognome e nome: _____		Sesso: <input type="checkbox"/> M (1) <input type="checkbox"/> F (2)	Matr.: _ _ _ _ _ _ _
Data di nascita: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ (DATNA)		Età (in anni compiuti): _ _	
Data di assunzione: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _		Struttura: _____ _ _	
(REPARTO)			
Mansione: _____ _ _ _ _ _ (MANSIO)			
Trasferimento in questa Struttura per problemi al rachide:		<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (2)	_ _ (POSTA)
Anzianità "di Reparto": _____ anni: _ _ _ mesi: _ _ _		(ANZMAN)	
Anzianità lavorativa (nella mansione attuale): _____ anni: _ _ _ mesi: _ _ _		(ANZTOT)	

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE

SPALLA	_ _ _ _ SPUNO _ _ _ _ SPDUE _ _ _ _ SPTRE _ _ _ _ SPQUA
GOMITO	_ _ _ _ GOUNO _ _ _ _ GODUE _ _ _ _ GOTRE _ _ _ _ GOQUA
POLSO – MANO	_ _ _ _ POUNO _ _ _ _ PODUE _ _ _ _ POTRE _ _ _ _ POQUA
GIUDIZIO DI IDONEITA'	
(0) IDONEO (1) IDONEITA' PARZIALE TEMPORANEA – Limitazioni : (2) IDONEITA' PARZIALE PERMANENTE – Limitazioni : (3) NON IDONEO TEMPORANEAMENTE (4) NON IDONEO PERMANENTEMENTE	_ _ IDARTI
MALATTIA PROFESSIONALE	

(0) NO (1) SEGNALAZIONE ALL'ORGANO DI VIGILANZA. Data: (2) DENUNCIA INAIL . Data:	<input type="checkbox"/> DENUNCIA
DATA DI RICHIAMO: __ __ / __ __ / __ __ __ __	
INDICE DI RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI (OCRA o CHECK- LIST)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OCRADX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OCRASX

Gestione, Ricerca e Sviluppo Sistemi Informativi ICT Niguarda**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA** indicare data insorgenza ed eventuale trattamento

COLLO (per le fratture e/o traumi, indicare se esiti):

SPALLA (periartrite scapolo-omeroale, M. di Duplay, lussazione recidivante o pregressa, ecc.)

GOMITO (epicondiliti, epitrocleite, ecc.)

POLSO/MANO (sindromi canalcolari, tendiniti, cisti tendinee, interventi chirurgici, ecc.)

PATOLOGIE SISTEMICHE DI INTERESSE:

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA RACHIDE CERVICALE:ultimi 12 mesi

RACHIDE CERVICALE

☐ NEGATIVO☐ FASTIDIO☐ DOLORE

LOCALIZZAZIONE DISTURBI

☐ COLLO☐ TRAPEZIO DX☐ TRAPEZIO SX

IRRADIAZIONE DISTURBI

NO

DX

SX

FREQUENZA DISTURBI

☐ CONTINUA☐ A EPISODI: N.....

DURATA DEGLI EPISODI :.....

SOGLIA ANAMNESTICA
CERVICAL

(0) NEGATIVA

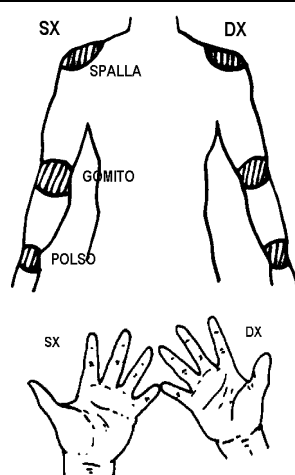
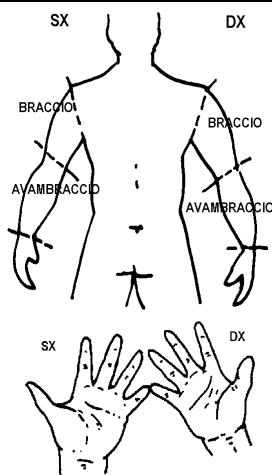
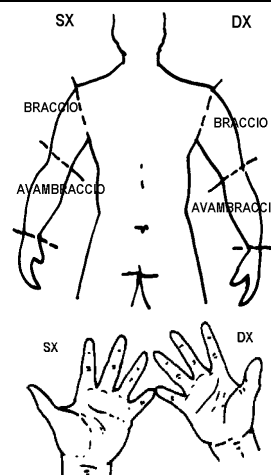
(1) POSITIVA

(2) DISTURBI MINORI

☐**SINTOMATOLOGIA DOLOROSA BRACHIALE (0) NO (1) SI**

SINTDOLC

(ULTIMI 12 MESI)

**DOLORI ALLE
ARTICOLAZIONI****PARESTESIE
NOTTURNE****PARESTESIE DIURNE****SPALLA**DOLORE AI MOVIMENTI
DOLORE SOLLEVANDO
PESI

DOLORE A RIPOSO

ALTRO

() ()

() ()

() ()

() ()

() ()

DURATADOLORE CONTINUO
EPISODI DURATI OLTRE 15 GG.
EPISODI DA 15 A 7 GG.
EPISODI DA 6 A 1 GG.
EPISODI INFERIORI A 1 G.

() ()

() ()

() ()

() ()

() ()

NUMERO EPISODIDA 1 A 5
DA 6 A 11
DA 12 A 15
OLTRE I 15
NON DEFINIBILI
IN RELAZIONE A UNA CAUSA
SCATENANTE

() ()

() ()

() ()

() ()

() ()

EPISODIO IN ATTO

☒ DX☒ SX

HA EFFETTUATO TERAPIE

☒ DX☒ SX

DOLORE IRRADIATO - dove

DA QUANTI MESI

() ()

SOGLIA POSITIVA
DISTURBI MINORI☐ ☐☐ ☐☐ SPAL
☐ SPALM

GOMITO		DURATA		NUMERO EPISODI	
DOLORE PRESA OGGETTI O QUANDO SOLLEVA PESI	() ()	DOLORE CONTINUO EPISODI DURATI OLTRE 15 GG. EPISODI DA 15 A 7 GG.	() ()	DA 1 A 5 DA 6 A 11 DA 12 A 15	() ()
DOLORE AI MOVIMENTI	() ()	EPISODI DA 6 A 1 GG. EPISODI INFERIORI A 1 G.	() ()	OLTRE I 15 NON DEFINIBILI IN RELAZIONE A UNA CAUSA SCATENANTE	() ()
ALTRO	() ()		() ()		() ()
EPISODIO IN ATTO <input checked="" type="checkbox"/> DX <input checked="" type="checkbox"/> SX				DA QUANTI MESI () ()	
HA EFFETTUATO TERAPIE <input checked="" type="checkbox"/> DX <input checked="" type="checkbox"/> SX				SOGLIA POSITIVA DISTURBI MINORI	
DOLORE IRRADIATO - dove				<input type="text"/> <input type="text"/> GOMI <input type="text"/> <input type="text"/> GOMIM	
POLSO		DURATA		NUMERO EPISODI	
DOLORE ALLA PRESA DOLORE AI MOVIMENTI DEL POLSO	() ()	DOLORE CONTINUO EPISODI DURATI OLTRE 15 GG. EPISODI DA 15 A 7 GG.	() ()	DA 1 A 5 DA 6 A 11 DA 12 A 15	() ()
ALTRO	() ()	EPISODI DA 6 A 1 GG. EPISODI INFERIORI A 1 G.	() ()	OLTRE I 15 NON DEFINIBILI IN RELAZIONE A UNA CAUSA SCATENANTE	() ()
	() ()		() ()		() ()
EPISODIO IN ATTO <input checked="" type="checkbox"/> DX <input checked="" type="checkbox"/> SX				DA QUANTI MESI () ()	
HA EFFETTUATO TERAPIE <input checked="" type="checkbox"/> DX <input checked="" type="checkbox"/> SX				SOGLIA POSITIVA DISTURBI MINORI	
DOLORE IRRADIATO - dove				<input type="text"/> <input type="text"/> POLSO <input type="text"/> <input type="text"/> POLSOM	
MANO		DURATA		NUMERO EPISODI	
DOLORE AL 1° DITO DOLORE ALLE ALTRE DITA	() ()	DOLORE CONTINUO EPISODI DURATI OLTRE 15 GG. EPISODI DA 15 A 7 GG.	() ()	DA 1 A 5 DA 6 A 11 DA 12 A 15	() ()
DOLORE A PALMO/DORSO	() ()	EPISODI DA 6 A 1 GG. EPISODI INFERIORI A 1 G.	() ()	OLTRE I 15 NON DEFINIBILI IN RELAZIONE A UNA CAUSA SCATENANTE	() ()
ALTRO	() ()		() ()		() ()
EPISODIO IN ATTO <input checked="" type="checkbox"/> DX <input checked="" type="checkbox"/> SX				DA QUANTI MESI () ()	
HA EFFETTUATO TERAPIE <input checked="" type="checkbox"/> DX <input checked="" type="checkbox"/> SX				SOGLIA POSITIVA DISTURBI MINORI	
DOLORE IRRADIATO - dove				<input type="text"/> <input type="text"/> MANO <input type="text"/> <input type="text"/> MANOM	
SINTOMATOLOGIA PARESTESICA (0)NO (1)SI <input type="text"/> <input type="text"/> SINTPAR PARESTESIE NOTTURNE (ULTIMI 12 MESI)					

LOCALIZZAZIONE			DURATA			NUMERO EPISODI		
BRACCIO			QUASI TUTTE LE NOTTI			DA 1 A 5		
AVAMBRACCIO			EPISODI DURATI OLTRE 15 N.			DA 6 A 11		
MANO	(1)	(1)	EPISODI DA 15 A 7 N.	()	()	DA 12 A 15	()	()
dita (quali)	(2)	(2)	EPISODI DA 6 A 1 N.	()	()	OLTRE I 15	()	()
.....	(4)	(4)	EPISODI INFERIORI A 1 N.	()	()	NON DEFINIBILI	()	()
...				()	()	IN RELAZIONE A UNA CAUSA	()	()
				()	()	SCATENANTE	()	()
			QUANDO COMPAIONO	()	()			
DURATA DELLE PARESTESIE	<input type="checkbox"/> LO PA ND	<input type="checkbox"/> LO PA NS	DURANTE IL SONNO			DA QUANTI MESI	()	()
MENO DI 10 MINUTI			AL RISVEGLIO					
TRA 10 E 30 MINUTI			DA POSIZIONE			SOGLIA POSITIVA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OLTRE I 30 MINUTI			DISTURBANO MOLTO IL SONNO					
				()	()	DISTURBI MINORI	<input type="checkbox"/> NOT	
				()	()		<input type="checkbox"/> NOTMIN	
	()	()		()	()			
	()	()		()	()			
	()	()		()	()			

PARESTESIE DIURNE

LOCALIZZAZIONE			DURATA IN GIORNI			NUMERO EPISODI		
BRACCIO			QUASI TUTTI I GIORNI			DA 1 A 5		
AVAMBRACCIO			EPISODI DURATI OLTRE 15 GG.			DA 6 A 11		
MANO (tutta)	()	()	EPISODI DA 15 A 7 GG.	()	()	DA 12 A 15	()	()
DITA (quali)	()	()	EPISODI DA 6 A 1 G.	()	()	OLTRE I 15	()	()
.....	()	()	EPISODI INFERIORI A 1 G.	()	()	NON DEFINIBILI	()	()
.....				()	()	IN RELAZIONE A UNA CAUSA	()	()
				()	()	SCATENANTE	()	()
			QUANDO COMPAIONO	()	()			
DURATA DELLE PARESTESIE			IN POS. A BRACCIA SOLLEVATE			DA QUANTI MESI	()	()
MENO DI 10 MINUTI			IN POS. IN APOGGIO					
TRA 10 E 30 MINUTI			GOMITO (OLECRANO)			SOGLIA POSITIVA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OLTRE I 30 MINUTI	()	()	DURANTE PRESE CON FORZA	()	()			
	()	()	DURANTE MOVIMENTI			DISTURBI MINORI	<input type="checkbox"/> DIUR	
	()	()	RIPETITIVI	()	()		<input type="checkbox"/> DIURMIN	
				()	()			
				()	()			
				()	()			

CODICI PER RAGGIUNGIMENTO SOGLIA (SPAL, GOMI, POLSO, MANO, NOT, DIUR) = 1 DX, 2 SX, 3 ENTRAMBI

CODICI PER PRESENZA DISTURBI MINORI (SPALM, GOMIN, POLSOM, MANOM, NOTMIN, DIURMIN) = 1 DX, 2 SX, 3 ENTRAMBI

SINTOMATOLOGIA IPOSTENICA (0) NO (1) SI <input type="checkbox"/> SINTIPO		
INCAPACITA' DI EFFETTUARE A LUNGO LA PRESA A PINZA (presa di oggetti con pollice e indice)		
CADUTA DI PICCOLO OGGETTI	(1)	(1)
.....	(2)	(2)
INCAPACITA' DI SOSTENERE E/O DI AFFERRARE OGGETTI PESANTI	(4)	(4)
INCAPACITA' DI AVVITARE/SVITARE	(8)	(8)
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DA QUANTI MESI	DIPOIN	SIPOIN
DISTURBI VEGETATIVI (0) NO (1) SI <input type="checkbox"/> SINTVEG		
ALTERAZIONE DI COLORE DELLE DITA:		
COMPAGNO SEMPRE PER ESPOSIZIONE AL FREDDO		
.....		

COMPAGNONO	SPESSE	INDIPENDENTEMENTE	DALLA	TEMPERATURA	(1) (2) (4)	(1) (2) (4)
.....						
COMPAGNONO A ZONE PRECISE CON MARGINE NETTO						
.....						
ALTRO					<input type="checkbox"/> DCOL	<input type="checkbox"/> SCOL
.....						

PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI: CODICI NUMERICI

SOGLIA ANAMNESTICA: DOLORE O PARESTESIE DURATI ALMENO 1 SETTIMANA OPPURE INSORTI ALMENO 1 VOLTA AL MESE E NON PRECEDUTI DA TRAUMI ACUTI

SPALLA (campi del database: <i>spuno, spdue, sptre, spqua</i>)			
SINDROMI DA INTRAPPOLAMENTO	DX	SX	BIL
Sospetta Sindrome dello stretto toracico	1101	1102	1103
Sindrome dello stretto toracico	1111	1112	1113
TENDINOPATIE	DX	SX	BIL
Periartrite scapoloomerale o tendinite sovraspinoso	2101	2102	2103
Periartrite scapoloomerale o tendinite sovraspinoso (<i>diagnosi clinica</i>)	2111	2112	2113
Tendinopatia cuffia dei rotatori (<i>diagnosi ecografica o RMN</i>)	2121	2122	2123
Morbo di Duplay o periartrite calcifica	2131	2132	2133
Sindrome della spalla gelata	2141	2142	2143
Tendinite bicipite brachiale	2201	2202	2203
Tendinite bicipite brachiale (<i>diagnosi clinica</i>)	2211	2212	2213
Tendinite bicipite brachiale (<i>diagnosi ecografica o RMN</i>)	2221	2222	2223
Pregressa periartrite scapoloomerale o tendiniti della spalla	2301	2302	2303
Altre tendinopatie	2801	2802	2803
Pregresso intervento chirurgico per tendinopatia	2901	2902	2903
PATOLOGIE ARTICOLARI E DEGENERATIVE	DX	SX	BIL
Artrosi acromioclavicolare	3101	3102	3103
Artrosi scapoloomerale	3201	3202	3203
Altre patologie articolari o degenerative	3801	3802	3803
ALTRE PATOLOGIE	DX	SX	BIL
Esiti di lussazione recidivante della spalla	8101	8102	8103
Altre patologie non indicate altrove	8001	8002	8003
GOMITO (campi del database: <i>gouno, godue, gotre, goqua</i>)			
SINDROMI DA INTRAPPOLAMENTO	DX	SX	BIL
S. da intrappolamento n. ulnare al gomito (s. della doccia epitrocleo-olecranic)	1101	1102	1103
S. da intrappolam. n. ulnare al gomito (<i>diagnosi clinica</i>)	1111	1112	1113
S. da intrappolam. n. ulnare al gomito (<i>diagnosi ecografica</i>)	1121	1122	1123
S. da intrappolam. n. ulnare al gomito (<i>diagnosi EMG</i>)	1131	1132	1133
S. da intrappolamento del n. mediano al gomito (s. del pronatore rotondo)	1201	1202	1203
S. da intrapp. del n. mediano al gomito (<i>diagnosi clinica</i>)	1211	1212	1213
S. da intrapp. del n. mediano al gomito (<i>diagnosi EMG</i>)	1221	1222	1223
Altre s. da intrappolamento al gomito	1801	1802	1803
Pregresso intervento chirurgico	1901	1902	1903
Pregressa s. da intrappolamento al gomito	1911	1912	1913
TENDINOPATIE	DX	SX	BIL
Epicondilitte laterale	2101	2102	2103
Epicondilitte laterale (<i>diagnosi clinica</i>)	2111	2112	2113
Epicondilitte laterale (<i>diagnosi ecografica</i>)	2121	2122	2123
Epicondilitte laterale con calcificazione tendinea	2131	2132	2133
Pregressa epicondilitte laterale	2171	2172	2173
Pregresso intervento chirurgico per epicondilitte	2191	2192	2193
Epitroclette o epicondilitte mediale	2201	2202	2203
Epitroclette o epicondilitte mediale (<i>diagnosi clinica</i>)	2211	2212	2213
Epitroclette o epicondilitte mediale (<i>diagnosi ecografica</i>)	2221	2222	2223
Epitroclette con calcificazione tendinea	2231	2232	2233
Pregressa epitroclette o epicondilitte mediale	2271	2272	2273
Pregresso intervento chirurgico per epitroclette	2291	2292	2293
Borsite olecranic	2301	2302	2303
Altre tendinopatie	2801	2802	2803
PATOLOGIE ARTICOLARI E DEGENERATIVE	DX	SX	BIL
Artrosi del gomito	3101	3102	3103
Sprone olecranic	3201	3202	3203
Altre patologie articolari e degenerative	3801	3802	3803
ALTRE PATOLOGIE	DX	SX	BIL
Altre patologie non indicate altrove	8001	8002	8003

POLSO/MANO (campi del database: <i>pouno, podue, potre, poqua</i>)			
SINDROMI DA INTRAPPOLAMENTO	DX	SX	BIL
S. del tunnel carpale	1101	1102	1103
S. del tunnel carpale (<i>diagnosi clinica</i>)	1111	1112	1113
S. del tunnel carpale (<i>diagnosi ecografica</i>)	1121	1122	1123
S. del tunnel carpale con iniziali o modesti segni EMG	1131	1132	1133
S. del tunnel carpale con gravi segni EMG	1141	1142	1143
Pregressa s. del tunnel carpale	1171	1172	1173
Pregressa neurolisi del mediano	1191	1192	1193
S. di Guyon	1201	1202	1203
S. di Guyon (<i>diagnosi clinica</i>)	1211	1212	1213
S. di Guyon (<i>diagnosi ecografica</i>)	1221	1222	1223
S. di Guyon con iniziali o modesti segni EMG	1231	1232	1233
S. di Guyon con gravi segni EMG	1241	1242	1243
Pregressa S. di Guyon	1271	1272	1273
Pregressa neurolisi dell'ulnare	1291	1292	1293
Altre sindromi da intrappolamento	1811	1812	1813
TENDINOPATIE	DX	SX	BIL
S. di De Quervain	2101	2102	2103
S. di De Quervain (<i>diagnosi clinica</i>)	2111	2112	2113
S. di De Quervain (<i>diagnosi ecografica</i>)	2121	2122	2123
Dito a scatto	2201	2202	2203
Cisti tendinea	2301	2302	2303
M. di Dupuytren	2401	2402	2403
Tendinopatie, tendiniti e tenosinoviti dei flessori	2501	2502	2503
Tendinopatie, tendiniti e tenosinoviti dei flessori (<i>diagnosi clinica</i>)	2511	2512	2513
Tendinopatie, tendiniti e tenosinoviti dei flessori (<i>diagnosi ecografica</i>)	2521	2522	2523
Pregresse tendinopatie, tendiniti e tenosinoviti	2701	2702	2703
Altre tendinopatie, tendiniti e tenosinoviti	2801	2802	2803
Pregresso intervento chirurgico per patologie tendinee	2901	2902	2903
PATOLOGIE ARTICOLARI E DEGENERATIVE	DX	SX	BIL
Rizoartrosi trapezio-metacarpale (<i>diagnosi Rx</i>)	3101	3102	3103
Localizzazioni articolari di patologie sistemiche	3201	3202	3203
Altre patologie articolari o degenerative	3801	3802	3803
Pregresso intervento chirurgico per patologie articolari o degenerative	3901	3902	3903
ALTRE PATOLOGIE	DX	SX	BIL
S. di Raynaud	8101	8102	8103
Neuropatie periferiche di origine sistemica	8201	8202	8203
Altre patologie non indicate altrove	8001	8002	8003

DIAGNOSI DIFFERENZIALI ☐ ☐ ☐ DIADIFF

1 Ø DIABETE
 2 Ø GRAVIDANZA IN CORSO
 4 Ø COLLAGENOPATIE
 8 Ø TRAUMI ACUTI ARTI SUPERIORI :

 16 Ø NEUROPATIE SISTEMICHE E TOSSICHE
 32 Ø ARTRITE REUMATOIDE
 64 Ø MORBO DI RAYNAUD

Firma del Medico:

(Matricola:)