



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Piano di valutazione e consulenza a domicilio sul rischio di caduta

Versione del 28.02.2025



Piano di valutazione e consulenza a domicilio sul rischio di caduta

Versione del 28.02.2025

Osservazioni preliminari

Questo documento presenta il concetto della Lega svizzera contro il reumatismo per la valutazione e la consulenza multifattoriale a domicilio sul rischio di caduta. Sulla base di una valutazione completa e personalizzata del rischio di caduta, che si svolge durante una visita a domicilio presso la o il paziente, vengono definite misure individuali per ridurre i potenziali pericoli.

I trattamenti successivi che possono risultare indicati dopo la valutazione non fanno parte della prestazione descritta da questo concetto, che viene erogata da specialiste/i in fisioterapia o ergoterapia che hanno completato una formazione della Lega svizzera contro il reumatismo specifica per questa offerta (di seguito «specialista/personale specializzato»).

Segue una descrizione del gruppo target e dei servizi inclusi nella prestazione.

Gruppo target

Il gruppo target è composto da persone a partire dai 65 anni compiuti che presentano un rischio di caduta moderato o elevato secondo il manuale «StoppSturz/Parachutes»¹ (disponibile in tedesco e francese). La medica o il medico curante classifica il rischio di caduta e prescrive la prestazione. Poiché la prestazione viene fornita a domicilio, è destinata a persone che conducono una vita in buona parte autonoma a casa propria.

Servizi inclusi nella prestazione

Primo contatto telefonico

La/o specialista contatta per telefono la paziente o il paziente. Spiega come si svolge la visita a domicilio, in cosa consiste il «questionario sullo stato di salute» e il questionario «FES-I» che vengono recapitati a casa prima della visita e fissa un appuntamento per la visita a domicilio.

Visita a domicilio

La/o specialista svolge una visita standard a domicilio che comprende quanto segue:

1. Valutazione (assessment) del rischio di caduta

Rilevazione dei fattori di rischio di caduta individuali sulla base delle risposte date al questionario, un'anamnesi integrativa, test clinici e un accertamento strutturato degli spazi abitativi (secondo apposite liste di controllo).

I risultati della valutazione vengono discussi con la paziente o il paziente.

2. Misure da attuare sul posto per ridurre i fattori di rischio

Sulla base dei risultati della valutazione, la/o specialista propone le seguenti misure da attuare sul posto:

- Esercizi fisici: la/o specialista prepara un programma individuale da svolgere a casa con almeno tre esercizi per migliorare la forza delle gambe e l'equilibrio e fornisce le istruzioni necessarie. In particolare spiega alla persona come rialzarsi da terra senza aiuto.
- Istruzioni per rendere più ergonomiche le attività quotidiane.
- Modifiche agli spazi abitativi per ridurre i rischi di inciampo (p. es. coprire i bordi dei tappeti con del nastro adesivo, segnalare i punti critici, rimuovere o fissare i cavi).

¹ BFU StoppSturz: «StoppSturz – Manual Physiotherapie» und «StoppSturz – Manual Ergotherapie»
BPA Parachutes: «Parachutes – Manuel Physiothérapie» et «Parachutes – Manuel Ergothérapie»



3. Consulenza e ulteriori raccomandazioni

Sulla base dei risultati della valutazione, la/o specialista svolge una consulenza e formula opportune raccomandazioni qualora vi sia un'indicazione specifica:

- Consulenza relativa a misure supplementari per ridurre i fattori di rischio (p. es. ulteriori modifiche agli spazi abitativi, ausili per facilitare la deambulazione, gruppo attività motoria)
- Raccomandazioni riguardo a ulteriori accertamenti medici (p. es. controllo della polimedicazione, controllo della vista e dell'udito, accertamenti riguardo ad altri disturbi di salute che influiscono sulla sicurezza nella deambulazione)
- Raccomandazioni in merito a trattamenti di fisioterapia o ergoterapia o a cure infermieristiche
- Ulteriori raccomandazioni (p. es. aiuto domestico, sistemi di chiamata d'emergenza / orologio d'emergenza)

Ove possibile è opportuno coinvolgere i familiari.

Rapporto conclusivo e coordinamento interprofessionale

La/o specialista redige un rapporto conclusivo semi-standardizzato con i risultati della valutazione del rischio di caduta, le misure attuate sul posto, la consulenza e le raccomandazioni riguardo a ulteriori misure. Il rapporto viene inoltrato alla medica o al medico curante, alla paziente o al paziente e in caso di necessità ad altre specialiste o altri specialisti coinvolti. La/o specialista garantisce che le informazioni acquisite con la valutazione vengano trasmesse a tutto il personale specializzato coinvolto tenendo conto dell'obbligo di ottenere il consenso della paziente o del paziente.

Follow-up dopo 4 settimane e dopo 4 mesi

Quattro settimane e tre-quattro mesi dopo la visita a domicilio occorre contattare la paziente o il paziente per verificare l'attuazione delle misure. La chiamata dopo quattro settimane viene effettuata dalla/o specialista che ha eseguito la visita a domicilio. La chiamata dopo tre-quattro mesi può essere effettuata anche da una/o specialista che non ha eseguito personalmente la visita a domicilio. In caso di necessità la medica o il medico curante viene informata/o sui problemi emersi durante l'attuazione delle misure.

Luogo e data:

Zurigo, 28 febbraio 2025

Lega svizzera contro il reumatismo:

Annette Stolz, direttrice

Allegati

- Allegato 1: Questionario «Fall Efficacy Scale – Instrumental», «FES-I»
- Allegato 2: Questionario sullo stato di salute
- Allegato 3: Protocollo e mini-lista di controllo Accertamento degli spazi abitativi (upi)
- Allegato 4: Valutazione di test clinici
- Allegato 5: Modello di rapporto conclusivo



Allegato 1

Questionario «Fall Efficacy Scale – Instrumental», «FES-I»

(StoppSturz: FES-I, Parachutes: FES-I)

Ora le vorrei fare alcune domande per sapere quanto La preoccupa la possibilità di cadere. Per favore mi risponda pensando a come di solito effettua ciascuna attività. Se in questo periodo non fa un'attività (ad esempio, perchè qualcuno va a fare spesa per Lei) risponda pensando a come Lei si sentirebbe preoccupato di cadere nel caso in cui la facesse davvero. Per favore barri la casella che è più vicina alla sua opinione per far capire quanto è preoccupato di poter cadere nel fare ciascuna delle seguenti attività.

	Attività	Non mi preoccupa affatto 1	Mi preoccupa un pó 2	Mi preoccupa abbastanza 3	Mi preoccupa molto 4
1	Fare le pulizie di casa (es. spazzare, passare l'aspirapolvere, spolverare).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vestirsi o spogliarsi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Preparare un pasto semplice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fare il bagno o la doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Andare al negozio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sedersi o alzarsi da una sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Salire o scendere le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Camminare fuori casa o nelle vicinanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Prendere un oggetto posto sopra la testa o a terra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Fare in tempo a rispondere al telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Camminare su una superficie scivolosa (es. bagnata o ghiacciata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Far visita a conoscenti, amici o parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Camminare in un luogo affollato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Camminare su una superficie irregolare (es. strada sassosa, pavimento sconnesso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Camminare in salita o in discesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Uscire per un evento sociale (es. messa, riunione familiare, riunione in un circolo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FES-I translated to Italian by Francesco Benvenuti from Yardley L, Todd C, et al. 2005;



Allegato 2

«Sicuri tutti i giorni»: questionario sulla salute

1	È caduta/caduto negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Si sente insicura/insicuro quando sta in piedi o quando cammina?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Ha paura di cadere?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2	Vive da sola/da solo?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
3	Necessita aiuto nella Sua vita quotidiana?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
4	Cure a domicilio?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, chi?
5	È attualmente seguita/o da un/una fisio-/o ergoterapista?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, chi?:
6	Necessita un ausilio per la deambulazione (bastone, deambulatore, ...)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, quale?
		<input type="checkbox"/> Fuori	<input type="checkbox"/> In casa
7	Ci vede bene?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Occhiali	
8	Ci sente bene?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Appar. acustico	
9	Qualche volta ha difficoltà a trattenere l'urina?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
10	Mangia regolarmente?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
11	Ha dolori ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, dove?
12	Quanti medicamenti prende al giorno?	<input type="checkbox"/> Antidolorifici	<input type="checkbox"/> Sonniferi
		<input type="checkbox"/> Med. p. la pressione	<input type="checkbox"/> Anticoagulanti
		<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Antidepressivi
		<input type="checkbox"/> Altri:	
13	Altre malattie/operazioni?		
14	In media quanti minuti cammina al giorno?	<input type="checkbox"/> < 30 min.	<input type="checkbox"/> da 30 a 60 min.
		<input type="checkbox"/> > 60 min.	
15	Come si sente oggi? (Cerchiare la faccina adatta)	<div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>	



Allegato 3

Protocollo e mini-lista di controllo Accertamento degli spazi abitativi (upi)

Accertamento degli spazi abitativi

Protocollo per la prevenzione delle cadute

Dati personali

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Indirizzo:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>
Indirizzo e-mail:	<input type="text"/>	Nome e funzione di chi effettua l'accertamento:	<input type="text"/>
Altre persone presenti/ funzioni:	<input type="text"/>	Data accertamento:	<input type="text"/>
Rapporto all'attenzione di:	<input type="text"/>		

Osservazioni generali/Indicazioni sulla situazione di vita

Situazione abitativa:

<input type="checkbox"/> Appartamento; <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliare piano;
<input type="checkbox"/> Ascensore	<input type="checkbox"/> Altro: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Affitto	<input type="checkbox"/> Casa propria
Abita: <input type="checkbox"/> Da sola/o	
<input type="checkbox"/> Insieme a:	<input type="text"/>

Situazione sociale (ad es. parenti o vicini che vivono nelle vicinanze e che possono prestare sostegno):

Situazione economica:

Diritto a:

☐ Assegno per grandi invalidi ☐ Rendita AVS

☐ Rendita complementare ☐ Altro:

Necessità d'intervento:

Supporto / Assistenza per le attività di base della vita quotidiana (ADL):

<input type="checkbox"/> Spitex, cure infermieristiche	<input type="checkbox"/> Spitex, assistenza	<input type="checkbox"/> Servizio pasti
<input type="checkbox"/> Aiuto economia domestica	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aiuto tra vicini
<input type="checkbox"/> Servizio di assistenza	<input type="checkbox"/> Altro: <input type="text"/>	Necessità d'intervento: <input type="text"/>

Raggio di movimento in casa/nell'appartamento:

Calzatura usata in casa:	<input type="text"/>	Necessità d'intervento:	<input type="text"/>
Animali domestici:	<input type="text"/>	Necessità d'intervento:	<input type="text"/>
È già caduta/o nell'appartamento: quando? Dove?	<input type="text"/>		
Ausili disponibili e utilizzati:	Necessità d'intervento: <input type="text"/>		



Mini-lista di controllo

Accertamento degli spazi abitativi

La **mini-lista di controllo** serve come base per la valutazione generale dei rischi di caduta in casa. I punti devono essere verificati per ogni spazio utilizzato all'interno dell'appartamento / della casa. **Se è necessario intervenire, va contrassegnata la casella corrispondente.**

Se è necessario un accertamento più approfondito, utilizzare la **lista di controllo estesa** in aggiunta alla mini-lista. La lista di controllo estesa consente di formulare osservazioni più dettagliate e la necessità di un intervento specifico per i singoli locali.

Porte dei locali	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
La persona può aprire le porte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La persona può camminare liberamente e in sicurezza, anche se usa un deambulatore?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soglie	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
Se è presente una soglia, può essere superata in sicurezza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La soglia è dotata di una rampa per soglie o di un maniglione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Illuminazione	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
Gli interruttori della luce sono facili da raggiungere e azionare prima di entrare/quando si entra in un locale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
È installato un rilevatore di movimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutti gli spazi abitativi sono ben illuminati?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'illuminazione può essere azionata dal posto in cui si dorme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zone di passaggio	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
Le zone di passaggio e i corridoi sono liberi da ostacoli e punti d'inciampo (ad es. vasi o decorazioni)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pavimentazioni	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
Il pavimento è facilmente percorribile (senza punti d'inciampo, senza dislivelli o gradini, pavimento piano)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il pavimento è percettibile otticamente (marcatore dei pianerottoli, senza contrasto irritante, superfici antiabbaglianti)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il pavimento è antiscivolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sono stati messi dei tappetini antiscivolo sotto i tappeti e le passatoie? Oppure i tappeti sono fissati in altro modo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I bordi del tappeto rialzati sono fissati al pavimento con un apposito nastro biadesivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La doccia/vasca è dotata di strisce antiscivolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

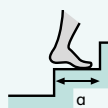


Arredamento / Attrezzature	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
I mobili e gli scaffali sono stabili e fissati alla parete in modo che non si ribaltino quando ci si appoggia in caso di emergenza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'altezza dei posti a sedere è tale da permettere alla persona di alzarsi e sedersi senza difficoltà?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I mobili dotati di rotelle (ad es. mobile TV) sono bloccati in modo da non mettersi in movimento in caso di necessità di appoggio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La scala portatile è solida o lo sgabello è antisdrucchiolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sono stati montati maniglioni sicuri dove necessario? (ad es. in doccia, bagno, WC)? (Importante: i portasciugamani da bagno non devono essere usati come «falsi» maniglioni.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Elettronica	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
I cavi sono raccolti e inseriti in apposite canaline lungo le pareti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'è una presa di corrente nel locale raggiungibile in posizione eretta e liberamente accessibile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il telefono è ben posizionato e accessibile da terra (anche da seduti/in ginocchio)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I numeri di emergenza sono memorizzati nel telefono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Finestre/Tapparelle	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
L'accesso è libero per aprire e chiudere in sicurezza le finestre e per poter azionare in sicurezza le tapparelle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Scale	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Sog- giorno	Bagno	Corri- doio	Altri locali
Le scale sono libere da ostacoli (carta straccia, piante, scarpe, scope, decorazioni ecc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I bordi anteriori del gradino sono contrastanti (chiaro su scuro / scuro su chiaro) e antiscivolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le scale sono munite di corrimani stabili e continui facili da afferrare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su un lato delle scale? Su entrambi i lati?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I tappeti nella zona delle scale sono antiscivolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La pedata (anche nel caso di una scala a chiocciola) è sufficiente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Pedata a ≥ 26 cm



Allegato 4

Valutazione di test clinici

Test clinici

Five Times Sit-to-Stand Test

Obiettivo:	valutazione dell'abilità di trasferimento e della forza funzionale delle gambe.
Materiale:	1 sedia (altezza del sedile 40-50 cm, libera), cronometro
Istruzioni:	«Sedetevi sulla sedia e incrociate le braccia davanti alla parte superiore del corpo. Alzarsi il più rapidamente possibile per 5 volte e sedersi di nuovo».
Esecuzione:	iniziare il cronometrando con il segnale «via», interrompere il cronometrando non appena la persona si siede per la quinta volta e i glutei toccano la sedia.
Interpretazione:	valore di cut-off per differenziare le persone a rischio di caduta (rischio aumentato) da quelle non a rischio di caduta: Il test è positivo se la persona impiega ≥ 12 secondi.

Timed Up and Go Test (TUG)

Obiettivo:	test di mobilità, il test modificato riflette anche le abilità di dual tasking durante la deambulazione.
Materiale:	1 sedia con braccioli (altezza del sedile 40-50 cm, libera), marcatore nel punto di svolta (marcatore colorato, oggetto), cronometro
Istruzioni:	«Si misura il tempo necessario per alzarsi dalla sedia, percorrere 3 metri alla normale velocità di camminata in sicurezza, svoltare al punto di svolta, tornare alla sedia e sedersi di nuovo».
Esecuzione:	sono consentiti gli ausili, le punte dei piedi sono sulla linea di partenza, la persona può usare le mani per alzarsi, cammina alla velocità normale e sicura, il tempo inizia con il segnale «via!», il tempo si ferma non appena i glutei toccano la sedia.
Interpretazione:	valore di cut-off per differenziare le persone a rischio di caduta (rischio aumentato) da quelle non a rischio di caduta: $\geq 13,5$ secondi.

TUG, modificato con compito cognitivo

Esecuzione:	come descritto sopra e in aggiunta contare all'indietro da un numero compreso tra 100 e 30 a passi di 3 mentre si cammina.
--------------------	--

TUG, modificato con compito motorio

Esecuzione:	come descritto sopra e in aggiunta tenere in mano una tazza d'acqua.
Interpretazione:	Valore di cut-off: $\geq 15,0$ secondi o più del 10% di differenza rispetto al TUG normale senza compito cognitivo o un aumento degli errori di calcolo indicano un maggior rischio di caduta.



Alzarsi dal pavimento

Esecuzione: sedersi a terra con il paziente e rialzarsi.

Interpretazione: possibile, non possibile, non eseguita

Analisi

Five Times Sit-to-Stand Test ☐ ≤ 12 secondi possibile ☐ non possibile

Timed Up and Go Test ☐ ≤ 13,5 secondi possibile ☐ non possibile

a. modificato con compito cognitivo ☐ ≤ 15,0 secondi possibile ☐ non possibile

b. modificato con compito motorio ☐ ≤ 15,0 secondi possibile ☐ non possibile

Alzarsi dal pavimento ☐ possibile ☐ non possibile ☐ non eseguita



Allegato 5

Modello di rapporto conclusivo

Valutazione e consulenza sul rischio di caduta

Rapporto conclusivo

Nome del paziente :

Data di nascita:

Nome del terapeuta:

Data della visita:

Valutazione del rischio di caduta

Legati alla persona:

Spazio abitativo e dintorno:

Riassunto dei test clinici

Misure attuate

Esercizi fisici istruiti

Istruzioni per l'ergonomia

Adattamenti dello spazio abitativo

Raccomandazioni

Raccomandazioni per ulteriori misure (ad esempio, ulteriori adattamenti della casa, ausili per la deambulazione, sistemi di chiamata di emergenza, gruppi di esercizi):

Raccomandazioni per ulteriori indagini e trattamenti medici:

Altro:



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Lega svizzera contro il reumatismo
Josefstrasse 92
8005 Zurigo

Tel 044 487 40 00
info@rheumaliga.ch
www.reumatismo.ch