



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»<sup>1</sup> (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).

<sup>1</sup> 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 polimedicatione, 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, perché 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	Mi preoccupa un po'	Mi preoccupa abbastanza	Mi preoccupa molto
	1	2	3	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"/> 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 <b>dolori?</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, dove?
12	Quanti <b>medicamenti</b> 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)		
		<input type="checkbox"/>	



### 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:	Nome:
Indirizzo:	Telefono:
Indirizzo e-mail:	Nome e funzione di chi effettua l'accertamento:
Altre persone presenti/ funzioni:	Data accertamento:
Rapporto all'attenzione di:	

#### Osservazioni generali/Indicazioni sulla situazione di vita

Situazione abitativa:	Situazione sociale (ad es. parenti o vicini che vivono nelle vicinanze e che possono prestare sostegno):
<input type="checkbox"/> Appartamento; piano;	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliare
<input type="checkbox"/> Ascensore	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Affitto	<input type="checkbox"/> Casa propria
Abita: <input type="checkbox"/> Da sola/o	
<input type="checkbox"/> Insieme a:	

#### Situazione economica:

Diritto a:	
<input type="checkbox"/> Assegno per grandi invalidi	<input type="checkbox"/> Rendita AVS
<input type="checkbox"/> Rendita complementare	<input type="checkbox"/> 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:	Necessità d'intervento:

#### Raggio di movimento in casa/nell'appartamento:

Calzatura usata in casa:	Necessità d'intervento:
--------------------------	-------------------------

Animali domestici:	Necessità d'intervento:
--------------------	-------------------------

È già caduta/o nell'appartamento: quando? Dove?	
---	--

Ausili disponibili e utilizzati:	Necessità d'intervento:
----------------------------------	-------------------------



**Raggio di movimento fuori dalla casa o dall'appartamento:**

Calzatura usata all'esterno:

Necessità d'intervento:

Ausili disponibili e utilizzati:

Necessità d'intervento:

Distanza percorribile a piedi:

Necessità d'intervento:

**Occhiali:**

Occhiali da lettura     occhiali multifocali

Altro:

Ultimo controllo:

Vengono portati regolarmente:  Sì     No

Necessità d'intervento:

**Apparecchio acustico:**

Presente

Ultimo controllo:

Viene portato regolarmente:  Sì     No

Necessità d'intervento:

**Sistema di chiamata di emergenza/Sistema di sicurezza/Sistema per assistenza:**

Esistente; prodotto/fornitore:

Non disponibile

Necessario?     Sì     No

**Chiavi; accesso alla casa/all'appartamento:**

Garantito; chiavi presso:

Non garantito

Altro:

Necessità d'intervento:

**Raccomandazioni, conclusioni, procedimento:**



# 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	Soggiorno	Bagno	Corridoio	Altri locali
	La persona può aprire le porte?	<input type="checkbox"/>					
La persona può camminare liberamente e in sicurezza, anche se usa un deambulatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soglie	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	Altri locali
	Se è presente una soglia, può essere superata in sicurezza?	<input type="checkbox"/>					
La soglia è dotata di una rampa per soglie o di un maniglione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illuminazione	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	Altri locali
	Gli interruttori della luce sono facili da raggiungere e azionare prima di entrare/quando si entra in un locale?	<input type="checkbox"/>					
È installato un rilevatore di movimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutti gli spazi abitativi sono ben illuminati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'illuminazione può essere azionata dal posto in cui si dorme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zone di passaggio	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	Altri locali
	Le zone di passaggio e i corridoi sono liberi da ostacoli e punti d'inciampo (ad es. vasi o decorazioni)?	<input type="checkbox"/>					
Pavimentazioni	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	Altri locali
	Il pavimento è facilmente percorribile (senza punti d'inciampo, senza dislivelli o gradini, pavimento piano)?	<input type="checkbox"/>					
Il pavimento è percettibile otticamente (marcatura dei pianerottoli, senza contrasto irritante, superfici antiabbaglianti)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il pavimento è antiscivolo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono stati messi dei tappetini antiscivolo sotto i tappeti e le passatoie? Oppure i tappeti sono fissati in altro modo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I bordi del tappeto rialzati sono fissati al pavimento con un apposito nastro biadesivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La doccia/vasca è dotata di strisce antiscivolo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Arredamento / Attrezzature	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	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"/>						
L'altezza dei posti a sedere è tale da permettere alla persona di alzarsi e sedersi senza difficoltà?	<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"/>						
La scala portatile è solida o lo sgabello è antisdruciolato?	<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"/>						
Elettronica	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	Altri locali
I cavi sono raccolti e inseriti in apposite canaline lungo le pareti?	<input type="radio"/>						
C'è una presa di corrente nel locale raggiungibile in posizione eretta e liberamente accessibile?	<input type="radio"/>						
Il telefono è ben posizionato e accessibile da terra (anche da seduti/in ginocchio)?	<input type="radio"/>						
I numeri di emergenza sono memorizzati nel telefono?	<input type="radio"/>						
Finestre/Tapparelle	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	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"/>						
Scale	Ingresso	Cucina	Camera da letto	Soggiorno	Bagno	Corridoio	Altri locali
Le scale sono libere da ostacoli (carta straccia, piante, scarpe, scope, decorazioni ecc.)?	<input type="radio"/>						
I bordi anteriori del gradino sono contrastanti (chiaro su scuro / scuro su chiaro) e antiscivolo?	<input type="radio"/>						
Le scale sono munite di corrimani stabili e continui facili da afferrare?	<input type="radio"/>						
Su un lato delle scale? Su entrambi i lati?	<input type="radio"/>						
I tappeti nella zona delle scale sono antiscivolo?	<input type="radio"/>						
La pedata (anche nel caso di una scala a chiocciola) è sufficiente?	<input type="radio"/>						



## **Allegato 4**

# Valutazione di test clinici

## Test clinici

### Five Times Sit-to-Stand Test

<b>Obiettivo:</b>	valutazione dell'abilità di trasferimento e della forza funzionale delle gambe.
<b>Materiale:</b>	1 sedia (altezza del sedile 40-50 cm, libera), cronometro
<b>Istruzioni:</b>	«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».
<b>Esecuzione:</b>	iniziare il cronometraggio con il segnale «via», interrompere il cronometraggio non appena la persona si siede per la quinta volta e i glutei toccano la sedia.
<b>Interpretazione:</b>	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 $\geq 12$ secondi.

### Timed Up and Go Test (TUG)

<b>Obiettivo:</b>	test di mobilità, il test modificato riflette anche le abilità di dual tasking durante la deambulazione.
<b>Materiale:</b>	1 sedia con braccioli (altezza del sedile 40-50 cm, libera), marcatore nel punto di svolta (marcatore colorato, oggetto), cronometro
<b>Istruzioni:</b>	«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».
<b>Esecuzione:</b>	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.
<b>Interpretazione:</b>	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

<b>Esecuzione:</b>	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

<b>Esecuzione:</b>	come descritto sopra e in aggiunta tenere in mano una tazza d'acqua.
--------------------	--

<b>Interpretazione:</b>	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:

---

---

### **Assunto 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 d'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](mailto:info@rheumaliga.ch)  
[www.reumatismo.ch](http://www.reumatismo.ch)