



## SEI A RISCHIO DI CADUTE?

**Ogni anno un terzo circa delle persone anziane cade e la metà di queste cade ripetutamente. Di quelle che cadono e vengono ricoverate in ospedale, l'80% soffrirà una frattura (spesso una frattura dell'anca). Di quelle che prima della caduta vivevano nella comunità, approssimativamente il 30% avrà bisogno di vivere in una casa di riposo o in un ostello, a causa della diminuita capacità di poter camminare e/o di potersi prendere cura di sè.**

**Per sapere se sei o meno a rischio di cadute, sei pregato/a di spendere pochi minuti di tempo per riempire la lista di controllo sottoindicata. Se sei a rischio di cadute, segui le istruzioni indicate nell'altro lato della pagina.**

Sei caduto/a, o stavi quasi per cadere, negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Esci meno frequentemente di casa perchè hai paura di cadere?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Prendi medicinali per nervi, pressione elevata del sangue, problemi del sonno o depressione ?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Prendi più di 3 medicinali?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai capogiri?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Soffri di una condizione medica che influisce sul modo di camminare, l'equilibrio o la memoria?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Devi spesso andare di corsa al gabinetto?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sei malfermo/a sulle gambe?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai difficoltà a voltarti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai difficoltà con gradini o scale?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Usi un girello o un bastone per camminare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ti sorreggi sui mobili per tenerti in equilibrio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Cammini o fai esercizio fisico meno di 3 volte alla settimana per 20 minuti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai difficoltà ad alzarti da una sedia?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sono passati più di 12 mesi dall'ultima volta che ti sei sottoposto/a a una visita di controllo della vista?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
A volte hai difficoltà a vedere dove stai camminando?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Porti mai pantofole, ciabattine infradito o scarpe senza lacci?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai una condizione medica ai piedi che influisce sul tuo modo di camminare o equilibrio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Salti spesso i pasti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
C'è qualcosa nel tuo giardino o nella tua abitazione che potrebbe farti scivolare o inciampare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai difficoltà a camminare all'aperto o in luoghi pubblici?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

**Se hai risposto ‘sì’ alla maggior parte delle domande della lista di controllo, potresti essere a rischio di cadute.**

In questo caso, puoi:

- Far vedere questa lista di controllo al tuo Medico – il tuo Medico può fare delle raccomandazioni e può mandarti da altri specialisti
- Parlare con un Fisioterapista o con un Terapista Occupazionale.

Per maggiori informazioni, contatta: