



PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di definire le modalità di gestione delle cadute degli ospiti all'interno dell'ASSC per i servizi di RSA e CDI. Ciò si rende necessario sia per un più semplice orientamento all'interno della documentazione, sia per rendere più agevole le eventuali future operazioni di audit e per uniformare la modalità operativa all'interno dell'azienda.

Fornire le più aggiornate raccomandazioni multiprofessionali, basate su evidenze scientifiche, per *prevenire* e ridurre le cadute degli ospiti ricoverati nella struttura e *gestire* quelle che dovessero eventualmente accadere.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai servizi di Residenza Sanitaria Assistenziale e di Centro Diurno Integrato.

I destinatari sono Medici, infermieri, Animatori, Educatori, Operatori Assistenziali, Fisioterapisti, Familiari degli ospiti quando necessario

3. MODALITÀ OPERATIVE

Premessa

La caduta è una accelerazione verso il basso del baricentro del corpo, con impatto su di superficie esterna. Avviene il più delle volte improvvisamente ed involontariamente, anche se avviene anche in modo subdolo oppure per intenzione, in pazienti cognitivamente non integri. È causata da fattori connaturati al paziente (endogeni), oppure che agiscono su di esso dall'esterno (esogeni). Avviene per moto improvviso (inciampo, perdita di equilibrio...), ed anche lentamente (scivolamento dalla sedia, dalla carrozzina...). Il paziente, cadendo, parte da posizione di appoggio (ortostatismo, seduto, clinostatismo), oppure di sospensione (sollevatore, trasferimento manuale).

La maggior parte delle cause è prevedibile. Dati epidemiologici indicano che 2/3 delle cadute sono prevenibili. Il piano di prevenzione individuato in questo protocollo deve permettere l'individuazione, ove possibile, e/o la riduzione al minimo del rischio di caduta e delle sue conseguenze, senza compromettere la mobilità e l'indipendenza funzionale e/o l'autonomia completa o parziale.

Il piano di prevenzione deve essere flessibile e adattato ad ogni ospite seguendo nel tempo, oltre le modificazioni fisiologiche dell'età, anche i vari gradi di impegno di possibili patologie invalidanti.

Cause Delle Cadute

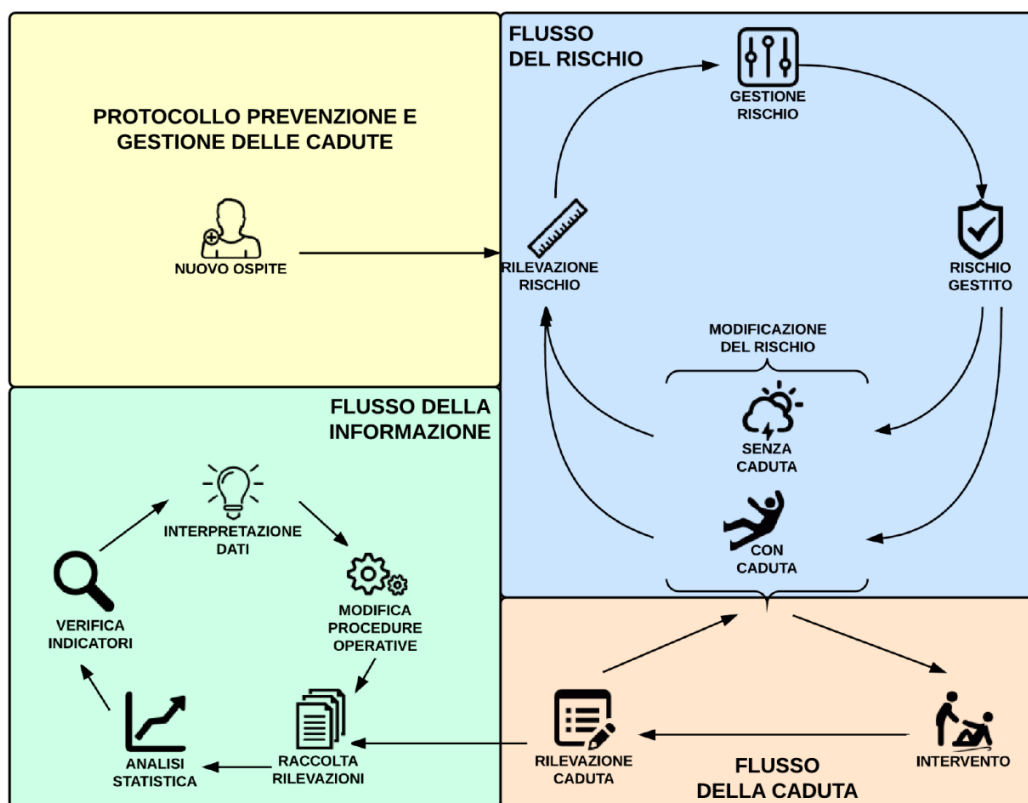
TIPO DI CAUSA	CAUSA	ESEMPI	PREVEDIBILITA'
Endogena	Deficit sensoriali	Cecità, sordità	X
	Deficit del movimento	Marcia atassica, paresi	X
	Gestione ausili	Uso di deambulatore, uso di canadesi	X
	Deficit cognitivo	Esiti di demenze	X

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Motivazione
		RISK MANAGER	RA	DS	
9	18/02/2026	Cristina Dragoni	Scotti Andrea	Tiziana Torpilliesi	scadenza

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 18
	PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	Data 18/02/2026 Pagina 2 di 8

	Incontinenze	Urinaria, fecale	X
	Alterazioni fisiologiche	Ipotensione, ipoglicemia	X
Esogena	Farmaci	Uso sedativi	X
	Strumenti protezione e tutela	Cintura addominale, tavolino servitore	X
	Fattori ambientali	Gradini, pavimento scivoloso, accesso alle scale	X
	Fattori umani	Spinte da altri pazienti, trasferimenti	

Procedure Operative - Riquadro Sinottico



Procedure Operative – Descrizione Dei Flussi

Il protocollo si articola in tre flussi di eventi, tra di loro in contatto, contenenti eventi della vita del paziente (Flusso del Rischio), eventi dell'intervento in caso di caduta (Flusso della Caduta), eventi della gestione dei dati raccolti ed accumulati (Flusso dell'Informazione).

Il Flusso del Rischio e quello dell'Informazione costituiscono la parte Preventiva del Protocollo, mentre il Flusso della Caduta costituisce la parte di Gestione delle eventuali cadute.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 18
	PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	Data 18/02/2026 Pagina 3 di 8

Il Flusso del Rischio ed il Flusso della Caduta sono relativi al paziente; il Flusso dell'Informazione è invece relativo al solo personale dell'azienda.

Flusso Del Rischio

RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

Lo screening del rischio è un metodo efficace per identificare le persone a rischio caduta.

La valutazione del rischio viene effettuata mediante la compilazione, da parte dei fisioterapisti, della SCALA TINETTI o MORSE e della SCALA DI CONLEY, unite alla valutazione fisioterapica globale, riportata in cartella clinica, nel diario riabilitativo.

Questa valutazione deve essere effettuata su tutti gli ospiti neo-ricoverati nella struttura, entro 24-38 ore dal ricovero con la somministrazione della Scala di Conley da parte del personale infermieristico (formato elettronico) e presa in carico nel diario fisioterapico.

Questa valutazione si effettua in modo più approfondito e somministrando anche la Scala Tinetti in previsione del primo PI e Pai ed ogni qualvolta le condizioni dell'ospite si modificano.

SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

SCALA DI TINETTI

La scala Tinetti è composta di due sezioni che indagano l'equilibrio e l'andatura. La scala viene compilata dal fisioterapista, per la seduta PI-PAI e tutte le volte che si rileva un cambiamento (in ogni caso con frequenza non inferiore a 1 volta ogni 6 mesi).

Quando un l'ospite è allettato non è somministrabile la Tinetti si applica la scala di Morse. Con un punteggio finale della Tinetti compreso tra 1 e 18 la deambulazione è ritenuta a rischio di caduta. Più il punteggio è basso, più il rischio di caduta è elevato. Dal 19 al 27, il paziente non è a rischio di caduta, ma la scala ha evidenziato anomalie dell'equilibrio, dell'andatura o di entrambi. Con 28 punti, il paziente è considerato normale nell'equilibrio e nell'andatura.

SCALA DI MORSE

La scala di Morse valuta il rischio di caduta in quei casi in cui non è somministrabile la Tinetti. La scala è, infatti, mirata verso quegli ospiti allettati o fortemente assistiti. Il punteggio è diviso in 3 classi. Da 0 -24 rischio da caduta basso; da 25-50 rischio medio; da 50 in su rischio alto.

La scala prende in considerazione diversi aspetti quali: anamnesi di cadute, la presenza della terapia infusiva, stato mentale della persona, piccolo esame del cammino, diagnosi e terapie.

SCALA DI CONLEY

La scala di Conley è progettata per valutare il rischio di caduta dei pazienti al di sopra dei 50 anni, ricoverati. Questa scala, proposta da Conley è somministrata con un questionario, considera più variabili connesse con il rischio di cadute; le prime tre domande sono rivolte all'infermiere ed ai parenti o ai caregiver ed indagano la presenza di cadute positive se il paziente è caduto negli ultimi tre mesi; presenza di episodi di incontinenza nell'ultimo periodo positiva se il paziente non è in grado di trattenere feci o urine e si bagna o si sporca mentre si reca in bagno; presenza di vertigini o capogiri positiva se il paziente riferisce tali sintomi. Per ogni risposta positiva, eccetto per la prima (cadute) alla quale vengono assegnati 2 punti, viene assegnato un punto. Se ad una domanda viene risposto non so viene considerata come negativa. Le altre 3 domande riguardano: la presenza di deterioramento del giudizio (positiva se il pz manca di senso del pericolo e condotta rischiosa); la presenza di agitazione positiva (se il paziente presenta eccessiva attività motoria irrequietezza); la presenza di compromissione della marcia (positiva se il paziente ha un'andatura a base allargata passo strisciante). Queste ultime domande sono rivolte al Fisioterapista che effettua le valutazioni dell'equilibrio coadiuvato anche dall'osservazione infermieristica. A queste ultime 3 domande viene dato un punteggio di 0 se la risposta è negativa, se positiva: di 1 per il deterioramento cognitivo 2, per l'agitazione 3 per l'alterazione della marcia. Il punteggio totale della scala è di 10 con un minimo di 0 e gli autori propongono un cut-off di 2 compreso ed oltre il quale è presente il rischio di cadere. Le caratteristiche evidenziate nello studio originale, considerando 2 come punteggio di cut off ed escludendo la variabile vertigini, hanno dimostrato la capacità di avere una sensibilità del 71%, ed una specificità del 59%.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 18
	PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	Data 18/02/2026 Pagina 4 di 8

GESTIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

INTERVENTI MULTIPROFESSIONALI

Il protocollo prevede la realizzazione di più interventi, in modo tale da considerare l'ospite nella sua globalità e la caduta come conseguenza di eventi multifattoriali. Gli interventi effettuati a seguito della caduta, vengono annotati nel diario Caduta di competenza dei diversi operatori. In tale diario sono così aggregate tutte le informazioni in merito oltre ad essere tracciabile dal sistema informatico in uso.

INTERVENTI SANITARI

È fondamentale la gestione clinica delle patologie preesistenti che possono contribuire al rischio di caduta:

- patologie neuromuscolari e osteoarticolari
- disidratazione
- ipossia
- bisogni nutrizionali
- iperammoniemia
- ipotensione ortostatica
- deficit sensoriali
- calli, duroni.

Di particolare importanza riveste la corretta gestione dei farmaci per non influire sulle funzioni cognitive e scongiurare l'eventuale necessità di applicazione di strumenti di protezione e tutela fisica.

INTERVENTI INFERMIERISTICI ED ASSISTENZIALI

Il personale svolge un ruolo fondamentale nella prevenzione delle cadute, attraverso:

- controllo di uso e funzionalità di protesi acustiche e/o visive
- controllo di uso e funzionalità di ausili per la deambulazione
- non usare carrozzine con predellini fissi
- controllo e uso di carrozzine funzionanti (freni e ruote)
- controllo di uso e funzionalità di calzature e abiti adeguati
- controllo e cura del piede e delle unghie
- promuovere un'adeguata alimentazione e idratazione
- gestione dell'incontinenza urinaria e fecale con:
 - o verificare periodicamente l'eventuale bisogno di recarsi in bagno
 - o controllare gli ospiti in terapia con diuretici e lassativi
 - o invitare gli ospiti ad urinare prima del riposo notturno
 - o se l'ospite è portatore di presidi per l'incontinenza (quali catetere vescicale o pannolone) controllare che non influiscano sul rischio di caduta
- utilizzare metodiche alternative di approccio agli ospiti con disturbi cognitivi, emozionali o comportamentali (comunicare in modo rilassato e calmo, fornire istruzioni semplici, evitando motivazioni dettagliate e spiegazioni o domande insistenti)
- individuare strategie non farmacologiche favorenti il sonno (ritardare l'orario del riposo notturno)
- assicurare l'accesso al campanello, che esso funzioni, e che vi sia pronta risposta alla chiamata
- considerando che molte cadute avvengono nel periodo notturno, assicurare il riposo prolungato e tranquillo (es. qualora sia necessario effettuare terapia infusiva, e non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, programmare la somministrazione durante il giorno)

INTERVENTI FISIOTERAPICI

L'intervento fisioterapico prevede:

- l'educazione al movimento
- il potenziamento della muscolatura e l'incremento dell'escursione articolare;
- il potenziamento tramite rievocazione dei riflessi posturali

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 18
	PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	Data 18/02/2026 Pagina 5 di 8

- l'insegnamento di modalità più sicure per l'esecuzione di passaggi posturali
- la correzione delle alterazioni del cammino
- lo sviluppo di un programma di deambulazione svolto dagli operatori
- l'individuazione di mezzi di locomozione (ausili) e l'addestramento all'uso
- la verifica dell'adeguatezza delle calzature
- l'adeguata gestione degli strumenti di protezione e tutela fisica
- la consulenza di tecnici ortopedici

INTERVENTO DI INFORMAZIONE E EDUCAZIONE SANITARIA ALL'OSPITE ED ALLA SUA FAMIGLIA

All'ingresso del nuovo ospite, il personale assistenziale mostra il reparto, la camera di degenza, il bagno e il funzionamento del campanello. L'ospite e la famiglia vengono sempre informati dal medico quando viene individuato un rischio di caduta. In particolare, gli interventi informativi ed educativi devono comprendere:

- informare i familiari e l'ospite che devono chiedere il parere medico prima di intraprendere una modalità di spostamento differente dalla metodica concordata;
- informare l'ospite e i suoi familiari l'importanza di avvisare il personale nei casi di trasferimenti per il bagno e per uscire dal nucleo per delle attività;
- effettuare i passaggi posturali in sicurezza;
- istruire l'ospite e i suoi famigliari all'uso dell'ausilio in dotazione.

INTERVENTI DI FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il personale è a conoscenza dei fattori di rischio tramite:

- P.I. e PAI,
- indicazioni riportate sulla consegna (diario giornaliero),
- schema di mobilitazione
- eventi formativi/educativi
- interventi preventivi.

Tutto ciò ha lo scopo di:

- accrescere il livello degli operatori dell'accertamento del rischio caduta;
- sviluppare la consapevolezza degli operatori rispetto ai fattori di rischio di caduta;
- conoscere le eventuali strategie preventive.

Attraverso i percorsi formativi, il personale assistenziale acquisisce conoscenze generali relative a:

- valutazione della capacità di mobilità dell'ospite;
- valutazione della marcia e dell'equilibrio;
- alternative all'uso di Strumenti di protezione e tutela fisica e la loro legislazione corrente;
- uso appropriato degli ausili;
- valutazione assistenziale post-caduta e follow-up assistenziale;
- conoscere gli effetti psicologici a seguito di cadute e della paura di cadere;
- la sicurezza dell'ospite nell'esecuzione delle attività quotidiane;
- ricaduta economica sul sistema;
- interventi ambientali.

INTERVENTI AMBIENTALI

Di fondamentale importanza è la realizzazione di interventi ambientali e modifiche delle attrezzature, quali:

- assicurare ordine e pulizia
- controllo dell'adeguata illuminazione vicino al letto e al bagno
- garantire un'adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte (luci di servizio)
- la disponibilità di ausili appropriati
- accesso ai campanelli di allarme sia al letto sia al bagno
- letti ad altezza variabile
- sedie di buona qualità e con braccioli
- utilizzo di wc più alti

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 18
	PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	Data 18/02/2026 Pagina 6 di 8

- maniglioni di sicurezza nei bagni
- corrimano nei corridoi
- segnalazioni visive di zone pericolose (pavimenti umidi o bagnati)
- presenza di parapetto o corrimani sulle scale
- presenza di porte o cancelletti con apertura a codice per evitare l'ingresso in zone pericolose
- pavimenti antisdrucciolevoli
- assenza di ostacoli nei percorsi
- assicurarsi che i letti siano stabili se hanno rotelle per lo spostamento.

INTERVENTI DI ANIMAZIONE/EDUCAZIONE

L'animazione assume una valenza terapeutica quando favorisce l'instaurarsi di uno scambio positivo tra l'anziano e il mondo in cui vive: se l'ambiente che circonda la persona anziana è ricco di stimoli allora sarà più facile la conservazione dei processi cognitivi, della sfera emotiva ed affettiva, della motricità e della manualità.

Gli obiettivi sono centrati sull'ospite:

- migliorare il benessere, sviluppando le possibilità di espressione, la dimensione del desiderio, la creatività, la manifestazione di emozioni e di affetti;
- stimolare le abilità manuali, favorire il rilassamento e migliorare il tono dell'umore;
- favorire la consapevolezza dei propri bisogni e delle proprie attitudini, anche come incentivo al recupero o al mantenimento dell'autonomia;
- rallentare e prevenire il decadimento psico-fisico riattivando le capacità sensoriali, le funzioni cognitive e le capacità socializzanti.

In struttura vengono organizzati, tra gli altri:

- laboratori di attività manuali ed espressive,
- ascolto di musica;
- laboratorio di cura del sé;
- gruppi di dialogo, di lettura e commento dei giornali;
- organizzazioni di feste, gite e visite;
- incontri con gruppi scolastici.

RISCHIO GESTITO

A questo punto, sono state attuate le contromisure che prevengono la caduta del paziente, in maniera personalizzata. I diversi operatori professionali, ciascuno nel proprio ambito, operando in collegialità, hanno attuato degli interventi al fine di ridurre al minimo il rischio di caduta dell'ospite. I familiari dell'ospite e l'ospite stesso sono stato avvisati degli interventi.

MODIFICAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

È il cambiamento dei fattori che incidono sulla probabilità di cadere del paziente.

Occasionalmente tale modificazione va nel senso di un minor rischio. Più frequentemente la modificazione è nel senso di un aumento del rischio. Le modificazioni sono spesso transitorie e meno prevedibili, come per alterazione del ritmo sonno/veglia, problematiche dell'alvo, agitazione psicomotoria senza cause apparenti. Il rischio di caduta fluttua quindi in modo repentino e più difficilmente gestibile.

In molte altre situazioni, il rischio di caduta si modifica in modo non veloce, come per modificazione della terapia farmacologica, alterazione del profilo di malattia, scadimento della qualità del cammino o della gestione degli ausili alla deambulazione già in uso. In queste situazioni, è più semplice l'individuazione delle variazioni e lo stabilirsi di nuove contromisure.

Saltuariamente, la modificazione del rischio di caduta è resa manifesta da una nuova caduta.

In ogni caso, quando il rischio di caduta cambia, la situazione del paziente deve essere riprocessata all'interno del Flusso del Rischio, col fine di attuare nuove contromisure.

Nel caso di un decremento del Rischio di Caduta, le nuove contromisure assecondano l'ospite nelle sue migliorate motricità, minor necessità di gestione farmacologica, uso di ausili meno invasivi, ecc.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 18
	PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	Data 18/02/2026 Pagina 7 di 8

FLUSSO DELLA CADUTA

INTERVENTI IN CASO DI CADUTA

PERSONALE NON SANITARIO:

- chiamare urgentemente l'IP in servizio;
- rimuovere eventuali oggetti che possono aumentare il rischio di conseguenze (es. carrozzine, sedie, ecc.);
- nell'attesa, se possibile, non far muovere l'ospite.

L'INFERMIERE (E/O IL MEDICO, SE PRESENTE IN STRUTTURA):

- valutare se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla, specialmente in caso di trauma cranico o in caso di sospetta frattura;
- registrare i parametri vitali, includendo la pressione arteriosa
- valutare con l'ospite in modo appropriato la sua percezione dell'esperienza valutando i fattori possibili che hanno determinato la caduta;
- documentare le circostanze della caduta relativamente al luogo, all'orario, alla attività svolta ed alla presenza di testimoni;
- comunicare al medico la caduta al fine di consentire una rapida valutazione clinica e che poi formalizzerà l'accaduto sul diario clinico;
- comunicare al fisioterapista la caduta al fine di consentire una valutazione fisioterapica;
- informare la famiglia sulla caduta;
- monitorare l'ospite per le complicanze tardive nel caso di trauma cranico o frattura;
- realizzare interventi assistenziali con la collaborazione degli OSS, agli ospiti che riportano traumi cranici, per coloro che cadono e che sono in terapia anticoagulante o dove siano sospette lesioni/fratture;
- informare il medico di cambiamenti comportamentali o dolore inspiegabile;
- quando l'ospite viene inviata in pronto soccorso, inviare copia della scheda per la raccolta dei dati in caso di caduta;
- qualora ritenesse necessario, invia l'ospite presso il Pronto Soccorso, tramite il servizio di Emergenza Urgenza (112).

IL FISIOTERAPISTA

- valutare appena possibile, l'ospite e le sue performance motorie;
- compilare una scala Tinetti e un diario caduta;
- decidere insieme al medico quali provvedimenti sono necessari;
- dare indicazione sulle procedure assistenziali, nel caso in cui cambino.

RILEVAZIONE DELLA CADUTA

SCHEDA DI RILEVAZIONE CADUTA CBA

La scheda per la raccolta dei dati si utilizza per descrivere ogni caduta che avviene nella struttura, viene compilata dall'IP o da chi visiona o rileva la caduta. In essa vengono raccolte tutte le informazioni necessarie per descrivere la caduta (orario, luogo, motivazione, modalità, presenza di ostacoli), lo stato dell'ospite, la presenza di testimoni e le conseguenze della caduta. Dopo compilazione nel computer, la scheda è stampata e firmata dall'infermiere.

L'infermiere, il medico ed il fisioterapista, compilano il diario caduta (fasas elettronico) per documentare i vari interventi e le diverse valutazioni.

FLUSSO DELL'INFORMAZIONE

RACCOLTA DELLE RILEVAZIONI

Le rilevazioni, compilate per ogni caduta, sono archiviate nel sistema informatizzato di gestione del fascicolo sanitario. Sono disponibili in ogni momento, al fine di meglio comprendere la dinamica dell'accaduto e di delineare possibili cause. L'insieme di rilevazioni così accumulate è oggetto dell'analisi statistica.

ELABORAZIONE STATISTICA

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 18
	PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	Data 18/02/2026 Pagina 8 di 8

È effettuata Direzione sanitaria con cadenza almeno annuale. Avendo il dato a disposizione, il Medico può elaborarla in ogni momento. Lo scopo è di aggregare in informazioni utili ed interpretabili la mole di dati ricavati dalle rilevazioni. Lo strumento informatico usato per la raccolta delle rilevazioni provvede a rappresentare i dati in grafici di facile interpretazione.

INTERPRETAZIONE DEI DATI

La lettura dei grafici prodotti dall'elaborazione statistica rende manifeste le caratteristiche comuni delle cadute verificatesi durante l'anno oggetto di esame. Tra le altre, si considerano i luoghi di maggior occorrenza, le frequenze relative per genere, le fasce di orario, il concomitante utilizzo di farmaci sedativi, ecc.

MODIFICA PROCEDURE OPERATIVE

Dall'interpretazione dei dati, scaturisce la eventuale necessità di modifica del presente protocollo. Conoscere meglio le caratteristiche comuni delle cadute verificatesi più di recente, aiuta il personale dell'azienda a meglio progettare gli interventi preventivi ed a capire come meglio personalizzare gli stessi.

4. DOCUMENTI RICHIAMATI / BIBLIOGRAFIA

- Manuale d'uso Fasas elettronico CBA
- Dgr 1765 del 2014
- Giovanna Casciarri, "PREVENIRE GLI ERRORI, IMPARARE DAGLI ERRORI STOP ALLE CADUTE" Azienda Ospedaliera di Perugia.
- Dott.ssa Lavallo Tiziana Direttore, Assistenziale Ausl di Piacenza, AFD Cappucciati Lorella U.O.S., Ematologia Centro Trapianti, "Linee guida e uso delle scale di valutazione nella pratica clinica".
- Dr. Tommaso Bellandi, centro GRC, Dr.ssa Stefania Rodella, Dr. Riccardo Tartaglia, "La prevenzione delle cadute in ospedale".
- L.Belloi, C.Valgimigli "La notte dell'assistenza" Ed. Franco Angeli (2001).
- G.Casale, A.Guaita, A.Pisani Ceretti, R.Sandri, M.Trabucchi "Linee operative di consenso in RSA" Ed. Franco Angeli (2001).
- U.Senin "Paziente anziano e paziente geriatrico" Edises Napoli (2000).
- E.Zanetti, S.Costantini "Uso dei mezzi di contenzione fisica" Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia pagina WEB htm 2001.
- PNLG13 Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, LINEA GUIDA, maggio 2009.
- Azienda ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi, SUGGERIMENTI DI PRATICA CLINICA PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE, Bologna, dicembre 2004.
- L. Broglio e S. Conca "La contenzione fisica in casa protetta.htm", Elaborazione del Centro di Ricerca Geriatrico di Brescia.
- Agata Troja, Animazione motoria per anziani residenti in strutture protette.
- ASLCN2 ALBA BRA, PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA, 31 marzo 2009
- Anna Maria Gorini PROCEDURA OPERATIVA, SUGGERIMENTI DI PRATICA CLINICA PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE, AO "OSPEDALE CIVILE "di VIMERCATE S.I.T.R.A.
- Conley, Schultz AA, Selvin R. "THE CHALLENGE OF PREDICTING PATIENTS AT RISK FOR FALLING: DEVELOPMENT OF THE CONLEY SCALE.", Medsurg. Nurs. 1999 Dec;8(6):348-54
- APPLICAZIONI FASAS ELETTRONICO, CBA