

# Allegato 1

## Relazione del medico curante/specialista e Questionario per il calcolo dell'indice ADL E IADL

Eseguita dal Dottor \_\_\_\_\_

In merito alla causa che determinò lo stato di **Non-autosufficienza** dell'assicurato/a

Signor/a \_\_\_\_\_

avvenuta in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

Al fine di permetterci di completare tempestivamente la valutazione del sinistro, La preghiamo gentilmente di voler rispondere in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, scrivendo possibilmente in stampatello. L'assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha proscioltto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

### Domande

### Risposte del medico

#### Causa della non-autosufficienza:

##### Malattia:

Diagnosi della malattia iniziale e data di insorgenza:

---

---

---

Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:

##### Infortunio:

Esatta descrizione della lesione, tipo e sede anatomica:

---

---

---

Causa diretta della lesione iniziale e data d'insorgenza:

---

---

---

**N. B Qualora lo stato di non-autosufficienza sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario che sia certificata da un neurologo e/o geriatra mediante test quali Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein)**

1) La preghiamo di fornire dettagli in merito alla capacità dell'assicurato a svolgere le seguenti attività della vita quotidiana come di seguito definite:

Attività	Richiede assistenza continua (oltre il 50% del tempo)?
Lavarsi (la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia – e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> – data dalla quale richiede assistenza costante: _/_/_/ Eventuali osservazioni _____ _____
Vestirsi e svestirsi (la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> – data dalla quale richiede assistenza costante: _/_/_/ Eventuali osservazioni _____ _____
Andare al bagno e usarlo (la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale - ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> – data dalla quale richiede assistenza costante: _/_/_/ Eventuali osservazioni _____ _____
Spostarsi (la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> – data dalla quale richiede assistenza costante: _/_/_/ Eventuali osservazioni _____ _____
Continenza (la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> – data dalla quale richiede assistenza costante: _/_/_/ Eventuali osservazioni _____ _____
Alimentarsi (la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> – data dalla quale richiede assistenza costante: _/_/_/ Eventuali osservazioni _____ _____
2) L'assicurato percepisce un assegno di accompagnamento o di invalidità o ha fatto domanda per ottenerlo?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - in caso affermativo si prega di specificare tipo e da quale data percepisce l'assegno _____ _____

<p>3) Attualmente l'assicurato vive:</p>	<p> <input type="checkbox"/> – da solo (proprio domicilio)  <input type="checkbox"/> – in casa di cura/ricovero per anziani  <input type="checkbox"/> – con familiari  <input type="checkbox"/> – altro (si prega di specificare)    </p>
<p>4) Quando è stato consultato per la prima volta dall'assicurando in merito all'ultima malattia/infortunio</p>	<p>       </p>
<p>5) Si prega di fornire dettagli completi in merito ai primi sintomi accusati con descrizioni</p>	<p>       </p>
<p>6) Quando ebbero inizio tali sintomi?</p>	<p>     </p>
<p>7) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche, per la diagnosi della malattia</p>	<p>           No <input type="checkbox"/>            Sì <input type="checkbox"/>            In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:        </p>
<p>8) L'assicurato è stato sottoposto a fisioterapia, riabilitazione, ecc..., negli ultimi 5 anni?</p>	<p>           No <input type="checkbox"/>            Sì <input type="checkbox"/>            In caso affermativo si prega di specificare dettagli:          </p>
<p>9) L'assicurato è stato ricoverato negli ultimi 5 anni?</p>	<p>           No <input type="checkbox"/>            Sì <input type="checkbox"/>            In caso affermativo si prega di specificare date, durate, motivi dei ricoveri e dettagli di eventuali interventi chirurgici:        </p>
<p>10) a) La malattia/l'infortunio era connessa/o a processi patologici o lesioni precedenti ?</p> <p>b) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestate tali patologie/lesioni?</p> <p>c) Ritiene che dette patologie/lesioni, anteriori alla malattia/all'infortunio che ha causato la perdita dell'autosufficienza abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa?</p>	<p>           No <input type="checkbox"/>            Sì <input type="checkbox"/>            In caso affermativo si prega di specificare quali:    </p> <p>           No <input type="checkbox"/>            Sì <input type="checkbox"/>            In caso affermativo si prega di specificare:    </p> <p>           No <input type="checkbox"/>            Sì <input type="checkbox"/>            In caso affermativo si prega di specificare:    </p>

d) Ritiene che queste patologie/infortuni avrebbero potuto determinare, in un tempo più o meno lungo la perdita di non-autosufficienza anche in assenza dell'ultima malattia/infortunio sopraggiunto?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare: _____ _____
11) L'assicurato conosceva la natura della malattia causa della perdita di autosufficienza o quella delle malattie precedenti?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
12) Quali malattie o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'assicurato?	_____ _____ _____
13) Per quanto le è dato di sapere, l'assicurato a) fumava o ha mai fumato?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo _____
b) ha fatto o faceva uso di alcolici?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera _____
c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire dettagli _____ _____
d) l'assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo _____ _____
14) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare	_____ _____ _____ _____

Data

Firma e timbro del medico

Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa) nella classificazione dicotomica “dipendente/indipendente” utilizzando le seguenti istruzioni:

**(ACTIVITIES OF DAILY LIVING)**

<b>A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)</b>	<b>Punteggio</b>
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
<b>B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)</b>	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
<b>C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)</b>	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
<b>D) SPOSTARSI</b>	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
<b>E) CONTINENZA DI FECI ED URINE</b>	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
<b>F) ALIMENTAZIONE</b>	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
<b>PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)</b>	
<b>/6</b>	

Anche per il calcolo dell'indice **IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 8 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio si utilizzano le seguenti istruzioni:

### IADL

#### (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

<b>A) USARE IL TELEFONO</b>	1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	<b>1</b>
	2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	<b>1</b>
	3) E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	<b>1</b>
	4) Non è capace di usare il telefono	<b>0</b>
<b>B) FARE LA SPESA</b>	1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	<b>1</b>
	2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	<b>0</b>
	3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	<b>0</b>
	4) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	<b>0</b>
<b>C) PREPARARE IL CIBO</b>	1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	<b>1</b>
	2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	<b>0</b>
	3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	<b>0</b>
	4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	<b>0</b>
<b>D) GOVERNO della CASA</b>	1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	<b>1</b>
	2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic.	<b>1</b>
	3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	<b>0</b>
	4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	<b>0</b>
<b>E) FARE IL BUCATO</b>	1) Fa il bucato personalmente e completamente	<b>1</b>
	2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	<b>1</b>
	3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	<b>0</b>
<b>F) MEZZI di TRASPORTO</b>	1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	<b>1</b>
	2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	<b>1</b>
	3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	<b>1</b>
	4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	<b>0</b>
	5) Non si sposta per niente	<b>0</b>
<b>G) ASSUNZIONE FARMACI</b>	1) Prende le medicine che gli sono state prescritte	<b>1</b>
	2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	<b>0</b>
	3) Non è in grado di prendere le medicine da solo	<b>0</b>
<b>H) USO DEL DENARO</b>	1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	<b>1</b>
	2) E' in grado di fare piccoli acquisti	<b>1</b>
	3) E' incapace di maneggiare i soldi	<b>0</b>
<b>PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)</b>		<b>/8</b>