

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 prosciolto 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 _____ _____

3) Attualmente l'assicurato vive:	<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) <hr/> <hr/>
4) Quando è stato consultato per la prima volta dall'assicurando in merito all'ultima malattia/infortunio	<hr/> <hr/>
5) Si prega di fornire dettagli completi in merito ai primi sintomi accusati con descrizioni	<hr/> <hr/>
6) Quando ebbero inizio tali sintomi?	<hr/> <hr/>
7) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche, per la diagnosi della malattia	<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> <hr/> <hr/>
8) L'assicurato è stato sottoposto a fisioterapia, riabilitazione, ecc..., negli ultimi 5 anni?	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare dettagli:</p> <hr/> <hr/>
9) L'assicurato è stato ricoverato negli ultimi 5 anni?	<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> <hr/> <hr/>
10) a) La malattia/l'infortunio era connessa/o a processi patologici o lesioni precedenti ?	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali:</p> <hr/> <hr/>
b) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestate tali patologie/lesioni?	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare:</p> <hr/> <hr/>
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>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare:</p> <hr/> <hr/>

<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?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare: <hr/><hr/> </p>
<p>11) L'assicurato conosceva la natura della malattia causa della perdita di autosufficienza o quella delle malattie precedenti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> <hr/><hr/> </p>
<p>12) Quali malattie o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'assicurato?</p>	<hr/> <hr/>
<p>13) Per quanto le è dato di sapere, l'assicurato</p> <p>a) fumava o ha mai fumato?</p>	<p>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 <hr/><hr/> </p>
<p>b) ha fatto o faceva uso di alcolici?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera <hr/><hr/> </p>
<p>c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire dettagli <hr/><hr/> </p>
<p>d) l'assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa?</p>	<p>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 <hr/><hr/> </p>
<p>14) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Data

Firma e timbro del medico

Per il calcolo dell'indice **ADL (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 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

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:

ADL

(ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	Punteggio
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) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
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
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
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
D) SPOSTARSI	
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
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
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
F) ALIMENTAZIONE	
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
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	/6

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)

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

PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)