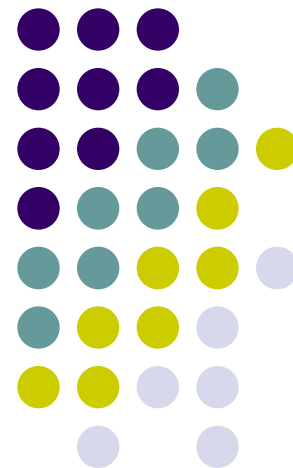


# Guida alla LONG TERM CARE



Agosto 2018





# Indice

- Pag. 3 **Beneficiari**
- Pag. 4 **Requisiti**
- Pag. 5 **PRESTAZIONI**
- Pag. 6 **Prestazioni - ATTIVAZIONE**
- Pag. 7 **Prestazioni – LIMITAZIONI / OBBLIGHI**
- Pag. 8 **Prestazioni aggiuntive - NETWORK CONVENZIONI**
- Pag. 9 **Prestazioni aggiuntive - SERVIZI DI SUPPORTO**
- Pag. 10 **Prestazioni aggiuntive - SECONDO PARERE MEDICO**
- Pag. 11 **Prestazioni aggiuntive - SECONDO PARERE ATTIVAZIONE**
- Pag. 12 **Prestazioni aggiuntive - VARIE**
- Pag. 13 **Normativa**

# BENEFICIARI



Sono destinatari, a decorrere dal 1/1/2008, della copertura *Long Term Care* tutti i dipendenti, o i lavoratori cessati/dimessi delle aziende che hanno dato mandato di rappresentanza sindacale all'ABI, come sotto dettagliato:

## CONTRATTO LAVORO SUBORDINATO

- a tempo indeterminato
- a tempo parziale
- a tempo determinato \*
- di apprendistato \*
- di inserimento \*

## CESSATI O DIMESSISI

- a seguito di “esodo” incentivato per pensionamento
- per accesso al Fondo di Solidarietà
- per pensionamento, successivamente al 1/1/2008
- per giusta causa del lavoratore
- per superamento periodo di comporta
- per invalidità permanente
- dirigenti ai sensi dell’art. 2118 c.c.

\*

A patto che la condizione di **non autosufficienza** si determini durante il periodo di durata di iscrizione alla Cassa nazionale di assistenza sanitaria per il personale del settore del credito (*Casdic*).

# REQUISITI



Possono beneficiare delle coperture previste dalla *Long Term Care* coloro che risultano "***non autosufficienti***".

Per ***non autosufficienza*** si intende l'incapacità tendenzialmente permanente, o comunque superiore ad un periodo di 90 giorni, di svolgere da soli (senza cioè l'assistenza e l'aiuto di un'altra persona) gli atti elementari della vita quotidiana, quali:

- lavarsi (farsi il bagno o la doccia)**
- vestirsi e svestirsi**
- igiene personale**
- mobilità**
- continenza**
- alimentazione (bere e mangiare)**

Una commissione medica accerterà il grado di autonomia della persona ed assegnerà un punteggio in base al grado di autonomia di ciascuna funzione.

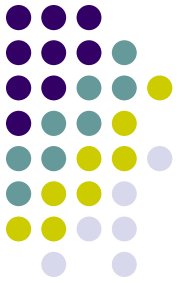
Al raggiungimento di un determinato punteggio sarà automaticamente riconosciuto lo stato di ***non autosufficienza***.

E' possibile ricorrere avverso il giudizio della commissione medica.

E' obbligatorio comunicare immediatamente alla Casdic il venir meno dello stato di ***non autosufficienza***.

Lo stato di ***non autosufficienza*** è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi.

# PRESTAZIONI



<b>Periodo</b>	Tutto l'anno
<b>Beneficiari</b>	- Aree Professionali - Quadri Direttivi - Dirigenti
<b>Rimborso</b>	massimo <b>16.800 Euro all'anno</b>
<b>Franchigia</b>	<u>non prevista</u>
<b>Documenti</b>	idonea documentazione attestante le prestazioni sanitarie e/o socio/assistenziali sostenute in relazione allo stato di <b>non autosufficienza</b> <u>preventivamente</u> accertato.
<b>Durata</b>	al verificarsi dello stato di <b>non autosufficienza</b> e <u>per tutta la sua durata</u> (c.d. <i>Vita intera</i> ), sempre a condizione che sia superiore a 90 giorni.
<b>Costo</b>	gratuito per i beneficiari aventi diritto.

# ATTIVAZIONE



Al fine di chiedere la prestazione, coloro che si trovano nello stato di **non autosufficienza** devono predisporre una raccomandata A.R. da inviare a:

**CASDIC – Piazza Grazioli n. 16 – 00186 Roma**

contenente la seguente documentazione (la modulistica è disponibile anche sul sito [www.casdic.it](http://www.casdic.it)):

Modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato

[allegato 1a]

Certificato medico attestante lo stato di **non autosufficienza**, una relazione medica sulle cause della perdita della stessa e tutta la relativa documentazione (compilato sulla falsariga del fac-simile predisposto da *Casdic*)

[allegati 2 e 3]

Consenso al trattamento dei dati personali anche sensibili

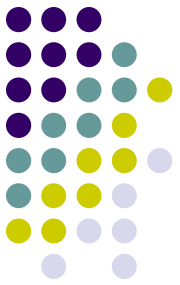
[allegato 1b]

Entro 3 mesi saranno effettuati tutti gli accertamenti necessari e, in caso di esito positivo, la prestazione sarà erogata con decorrenza dalla data della richiesta.

La richiesta di erogazione della prestazione deve essere inoltrata nel termine massimo di 2 anni dalla manifestazione dello stato di **non autosufficienza**.

Le prestazioni sono dovute, permanendo lo stato di **non autosufficienza**, fino al decesso dell'assistito.

# LIMITAZIONI / OBBLIGHI



## LIMITAZIONI

**Le prestazioni NON sono riconosciute**

se la richiesta di erogazione è stata inoltrata oltre il termine di 2 anni dalla manifestazione dello stato di ***non autosufficienza***

**Le prestazioni CESSANO**

- dal momento del decesso della persona ***non autosufficiente***
- al venir meno dello stato di ***non autosufficienza***

Ogni 12 mesi Casdic accerterà lo stato di ***non autosufficienza*** mediante la compilazione del modulo "Certificato di verifica della ***non autosufficienza***" (allegato n° 4).

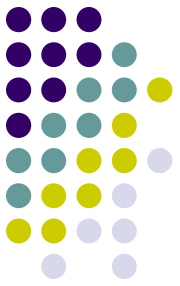
## OBBLIGHI

Comunicare immediatamente alla Casdic il venir meno dello stato di ***non autosufficienza***.

Sottoporsi a tutti gli accertamenti e controlli statutariamente previsti e disposti da Casdic.

I famigliari conviventi dell'assicurato dovranno comunicare immediatamente il decesso dell'assistito alla Casdic e a Previmedical.

I pensionati dovranno inviare ogni anno alla Casdic, a mezzo raccomandata, un certificato di esistenza in vita.



# NETWORK CONVENZIONI

La società cui è affidata la gestione delle prestazioni aggiuntive (Previmedical) fornisce, tramite l'accesso al proprio network, anche i seguenti servizi a favore degli assistiti:

- Strutture sanitarie e socio sanitarie
- Residenze Socio Assistenziali (RRSAA) private e pubbliche
- Strutture di riabilitazione e lungodegenza
- Assistenza domiciliare di tipo infermieristico
- Psicologi e psicoterapeuti per supporto post-traumatico
- Altri consulenti
- Servizi socio assistenziali quali ad esempio:
  - *badanti*,
  - piccoli aiuti domestici,
  - commissioni,
  - interventi ausiliari personalizzati, etc. etc.



# SERVIZI DI SUPPORTO



**Assistenza telefonica dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00**

**sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00**

**Numero verde 800 916045**

- Soluzione di problematiche inerenti la *Long Term Care* (organizzazione e gestione del paziente non autosufficiente nelle diverse regioni italiane, con particolare attenzione agli aspetti burocratici).
- Indicazioni entro 48 ore su casi concreti.
- Gestione dell'assistenza: supporto ricerca centro medico e, in attesa, organizzazione di interventi infermieristici o socio assistenziali presso il domicilio, trasporto da e per strutture sanitarie, esclusa urgenza.
- Informazioni su:
  - strutture sanitarie pubbliche e private nell'ambito del NETWORK;
  - procedure operative;
  - gestione paziente non autosufficiente;
  - programmi Casdic per assistenza sanitaria *Long Term Care*;
  - centri volontariato (non convenzionati) cui potersi rivolgere per ricevere ulteriore supporto;
  - operatori ed aziende specializzati in grado di fornire servizi anche attraverso offerte di beni (sedie a rotelle, materiali ortopedici-sanitari, deambulatori, etc. etc.) a condizioni particolari;
  - stato pratica rimborso spese di ospedalizzazione e socio assistenziali.

I servizi di supporto e quelli relativi al Network Convenzioni saranno estesi anche a tutti i famigliari legati all'avente diritto dal 1° grado di parentela ascendente e discendente, compresi i genitori del coniuge conviventi, non conviventi, fiscalmente a carico e non.

Tutti i costi e le spese resteranno a esclusivo carico dei suddetti famigliari.



# SECONDO PARERE MEDICO

A fronte delle sotto indicate patologie, che devono essere diagnosticate da strutture sanitarie autorizzate, l'assistito ha la possibilità, a fronte di necessità di un parere specialistico di altissimo livello, specialmente nei casi di pareri medici discordanti, di ottenere **-gratuitamente una sola volta all'anno-** una consulenza specialistica (c.d. *second opinion*) a distanza da parte di alcuni Centri internazionali:

Malattie cardiovascolari

Tumori maligni

Sclerosi multipla

Malattia di Parkinson

Malattie cerebrovascolari (ictus)

Insufficienza renale

Paralisi

Malattia di Alzheimer

Cecità, Sordità

Trapianto organo

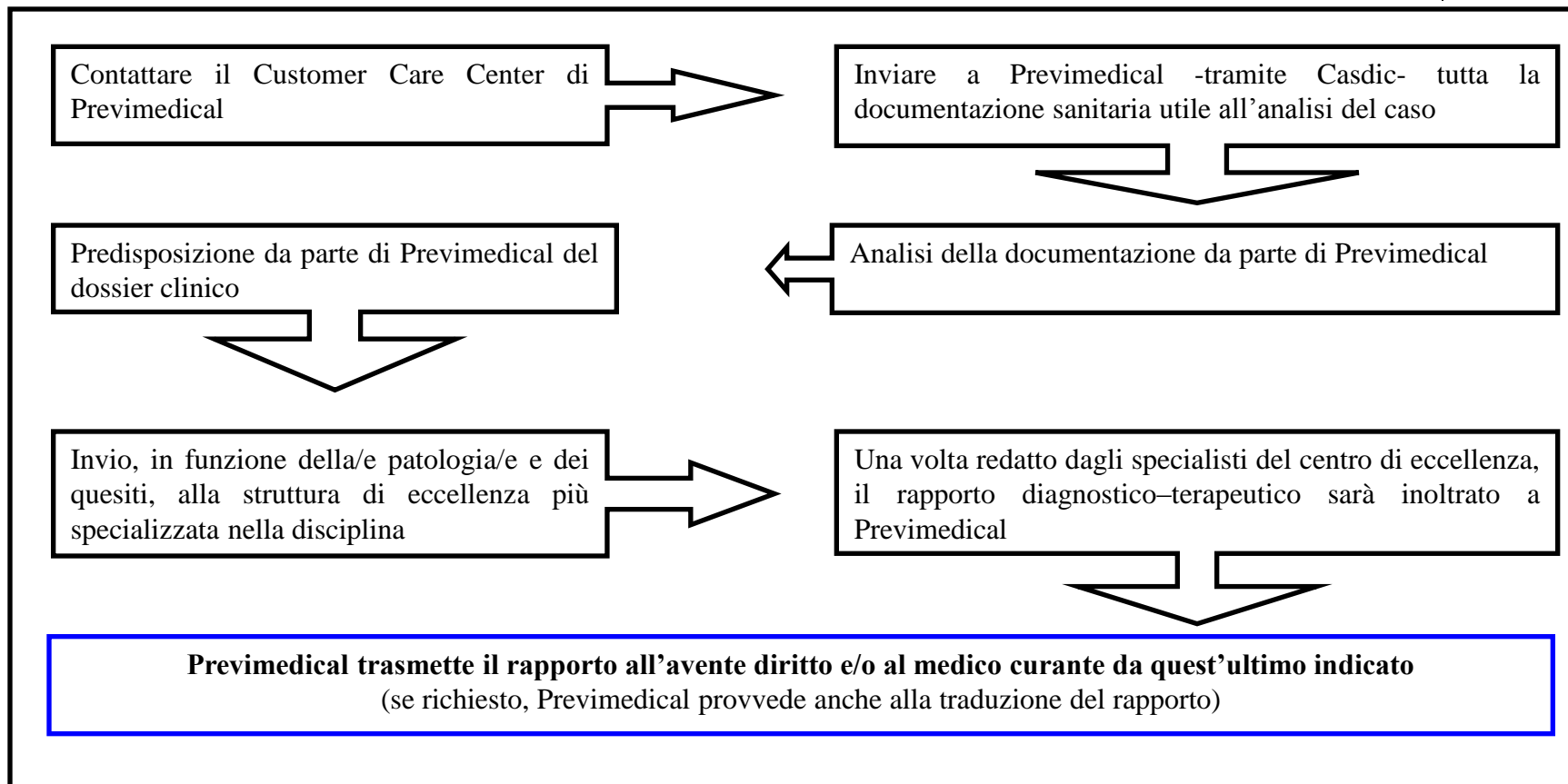
Gravi ustioni

Coma

## CENTRI di ECCELLENZA INTERNAZIONALI

Massachusetts General Hospital	Massachusetts
Brigham & Women's Hospital	Massachusetts
Dana-Farber Cancer Institute	Massachusetts
Cleveland Clinic	Ohio
Johns Hopkins Medical Center	Maryland
Duke University Medical Center	North Carolina
Jackson Memorial Hospital	Florida
UCLA Medical Center	California

# SECONDO PARERE MEDICO ATTIVAZIONE



# VARIE



## **SUPPORTO PSICOLOGICO TELEFONICO**

Una volta attivata la pratica relativa alla *non autosufficienza*, sia l'assistito, sia la sua famiglia, potranno essere contattati periodicamente (un contatto telefonico ogni 2 mesi) da parte di psicologi.

Il servizio è gratuito.

## **VIDEO-MONITORAGGIO DOMESTICO**

Nei casi in cui i familiari, o coloro che devono accudire la persona *non autosufficiente*, non siano in grado di avere un controllo «di persona» costante e continuativo dello stato di salute dell'assistito, sarà possibile avvalersi di un apparecchio video attivabile a distanza (UMTS).

COSTI	
<b>Apparecchio</b>	<b>Previmedical</b>
<b>Utilizzo</b> (attivazione SIM e traffico telefonico)	<b>Assistito</b>

# Long Term Care Normativa



## Art. 64 CCNL 31 marzo 2015

*A far tempo dal 1° gennaio 2008 è prevista una copertura assicurativa per long term care, in relazione all'insorgenza di eventi imprevisi ed invalidanti dell'individuo tali da comportare uno stato di non autosufficienza.*

*Detta copertura è garantita per il tramite della Cassa nazionale di assistenza sanitaria per il personale dipendente del settore del credito (Casdic) attraverso un contributo annuale pari, a far tempo dal 1° gennaio 2012, a **€ 100 procapite a carico dell'impresa, da versare entro il mese di gennaio di ogni anno** (€ 50 fino al 31 dicembre 2011).*

*Specifiche intese fra le Parti regolano quanto necessario per il funzionamento dell'istituto stesso (ad esempio, inizio della copertura assicurativa; tipologia delle prestazioni garantite; modalità anche temporali del versamento).*

**Accordi Casdic / Associati del 22/12/2008, 28/10/2010, 18/12/2012.  
Statuto e Regolamento Casdic vigenti.**

Tutti i documenti sono disponibili sul sito [www.casdic.it](http://www.casdic.it)

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA PER I DIPENDENTI DEL SETTORE DEL CREDITO (LONG TERM CARE).

(da inviare a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla CASDIC Piazza Grazioli n. 16 – 00186 ROMA

Dati anagrafici dell'assistito:

Il/La Sottoscritto: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
cognome nome

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Dati anagrafici del Tutore/Procuratore (se nominato):

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
cognome nome

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza\***

A tal proposito allega alla presente duplice copia di:

- ✓ fotocopia di un documento di identità valido;
- ✓ fotocopia codice fiscale;
- ✓ certificato che attesti la perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 2);
- ✓ relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 3);
- ✓ documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- ✓ eventuale documentazione comprovante lo status di tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale);
- ✓ lettera di consenso in materia di "privacy"

Dichiara inoltre di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di .....  
dal ..... con la qualifica di .....  
(ovvero: di aver cessato il servizio alle dipendenze di .....  
a causa di ..... con la qualifica di .....)

1

\* definita come da Regolamento della CASDIC.

Il pagamento della prestazione assicurata avverrà tramite accredito su c/c bancario intestato all'affiliato/  
beneficiario (indicare le coordinate):

Banca _____ c/c _____ (espresso in 12 cifre comprensive di zeri e/o lettere) ABI _____ CAB _____ _____ IBAN _____
---

*Luogo e data della richiesta*

*Firma dell'assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)*

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità, completezza e precisione delle informazioni fornite, anche se scritte da altri, necessarie all'accertamento del suo stato di non autosufficienza e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

*Luogo e data della richiesta*

*Firma dell'assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)*

Si ricorda inoltre che:

- dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il *periodo di accertamento* che, in ogni caso, non può superare i 3 mesi.
- la Cassa si riserva di richiedere all'assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione l'assistito dovrà produrre, con cadenza annuale, certificato di esistenza in vita.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Cassa si riserva di richiedere all'assistito, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

## INFORMATIVA

Per rispettare la legge sulla privacy, La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, **Codice in materia di protezione dei dati personali**).

CASDIC, con sede in Roma, Piazza Grazioli 16, in qualità di **Titolare** del trattamento, è in possesso di dati personali che La riguardano, dati di norma da Lei direttamente forniti.

Tutti i dati personali vengono trattati nel rispetto delle previsioni di legge per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei programmi di assistenza sanitaria in materia di LTC (Long Term Care) derivanti dalla disciplina collettiva del credito.

In particolare, vengono trattati dati comuni e dati sensibili, il cui conferimento è obbligatorio per la prestazione della predetta assistenza sanitaria.

Per il trattamento dei dati comuni, necessari per eseguire gli obblighi derivanti dal contratto di cui è parte l'interessato, non Le chiediamo di esprimere il consenso, stante specifica previsione di legge.

Per il trattamento dei dati sensibili<sup>1</sup> necessario per le finalità ivi indicate, la richiesta del consenso è invece necessaria. Le chiediamo, pertanto, di esprimere, tramite l'allegato modulo, il consenso, o meno, al trattamento di tali dati.

Senza il Suo consenso non Le potranno essere forniti i relativi servizi.

Il trattamento dei Suoi dati personali avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza degli stessi e sempre nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 11 del d.lgs. n. 196 del 2003.

Per lo svolgimento per nostro conto, di talune delle attività relative al trattamento dei Suoi dati personali, la CASDIC effettua comunicazioni a PREVIMEDICAL S.p.A: che è stata nominata Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 29 del d.lgs. n. 196 del 2003.

I Suoi dati personali sono inoltre conosciuti dai responsabili e/o incaricati della CASDIC.

Le ricordiamo che l'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 2003 Le riconosce taluni diritti<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Ci si riferisce ai dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

<sup>2</sup> **Art. 7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.



La informiamo che ai fini dell'esercizio dei diritti di cui all'art. 7, potrà rivolgersi a CASDIC presso Previmedical S. p.A. Via Ferretto 1, Mogliano Veneto (TV).

- 
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
    - a) dell'origine dei dati personali;
    - b) delle finalità e modalità del trattamento;
    - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
    - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
    - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
  3. L'interessato ha diritto di ottenere:
    - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
    - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
    - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
  4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
    - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
    - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

## CONSENSO

Spettabile CASDIC

Premesso che, come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 per la gestione dei programmi di assistenza sanitaria in materia di LTC (Long Term Care)

- saranno trattati i miei dati sensibili

do il consenso

nego il consenso

- i miei dati sensibili saranno comunicati alla Previmedical S.p.A., nominata Responsabile del trattamento

do il consenso

nego il consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

MOD. 2

CASDIC - GESTIONE LTC

**CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA**  
(Modello 2)

Dott. \_\_\_\_\_

N.B. - Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Cognome e Nome dell'assistito: \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ età (anni) \_\_\_\_\_

DOMANDE DELLA CASDIC	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'assistito? b. Da quando?	1. a. .... b. ....
2. a. A quando risale l'ultima visita all'assistito/ beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a. .... b. ....
3. E' parente dell'assistito? Se sì, di quale grado?	3. ....
4. a. L'assistito ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a. .... b. .... c. ....
5. a. L'assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. .... b. ....
6. a. E' a Sua conoscenza che l'assistito abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. .... b. ....

7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. .... b. .... c. ....
8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8. ....
9. a. L'assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9. a. .... b. ....
10. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	10. ....
11. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11. ....
12. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	12. ....
13. L'assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	13. ....
14. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14. ....
15. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15. ....
16. L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	16. .... (1)..... (2)..... (3).....
17. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	17. ....

18. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18. .... .....
19. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19. .... .....
20. L'assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	20. .... ..... .....
21. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	21. .... ..... .....
22. L'assistito è completamente continente?	22. .... .....
23. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23. .... .....
24. L'assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se si, quali?	24. .... .....
25. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25. .... .....
26. L'assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <input type="checkbox"/> Sminuzzare/tagliare il cibo; <input type="checkbox"/> Sbucciare la frutta; <input type="checkbox"/> Aprire un contenitore/una scatola; <input type="checkbox"/> Versare bevande nel bicchiere;	26. .... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input checked="" type="checkbox"/> .....
27. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27. .... .....
28. L'assistito vive da solo?	28. .... .....

29. L' assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29. .... .....
30. Dove vive l' assistito (appartamento, casa. ecc.) ? A che piano? C'è l' ascensore? Lo usa abitualmente?	30. .... .....
31. L' assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31. .... .....
32. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)? a. Esito Test Memoria Recente b. Esito Test Stato Mentale	32. .... a. .... b. ....

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che il sig. .... si trova in stato di non autosufficienza.  
Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante**

\_\_\_\_\_  
(firma e timbro)

\_\_\_\_\_  
(domicilio)

MOD. 3

CASDIC – GESTIONE LTC

**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA**  
(Modello 3)

Nome e Cognome del medico curante \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_

**N.B. – La presente relazione dovrà essere corredata da tutta la documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza.**

Qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.).

E' Lei il medico abituale dell'assistito? \_\_\_\_\_

Da quale epoca? \_\_\_\_\_

E' parente dell'assistito? Se si, di quale grado? \_\_\_\_\_

Quando ha cominciato a curare l'assistito? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

---

---

---

---

---

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

---





---

---

---

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Casa di Cura):

---

---

---

Durante questi ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

---

---

---

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante**  
(firma e timbro)

(domicilio) \_\_\_\_\_

**MOD. 4**

CASDIC - GESTIONE LTC

**CERTIFICATO DI VERIFICA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA  
(Modello 4)**

Dott. \_\_\_\_\_

Con riferimento al riconoscimento della non autosufficienza, per la prosecuzione dei servizi di assistenza LTC è necessario compilare il presente modello per la verifica periodica della sussistenza dello stato di non autosufficienza.

**N.B.** - Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Cognome e Nome dell'assistito: \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ età (anni) \_\_\_\_\_

DOMANDE DELLA CASDIC	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'assistito? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'assistito/ beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a. .... ..... b.
3. E' parente dell'assistito? Se sì, di quale grado?	3. ....
4. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	4. .... .....
5. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	5. .... .....
6. L'assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	6. .... ..... .....
7. L'assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	7. .... .....

<p>8. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?</p>	<p>8. .... ..... .....</p>
<p>9. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?</p>	<p>9. .... ..... .....</p>
<p>10. L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3):  (1) andare al bagno?  (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi?  (3) effettuare atti di igiene personale</p>	<p>10. ....  (1). ....  (2). ....  (3). ....</p>
<p>11. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)?</p>	<p>11. .... .....</p>
<p>12. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?</p>	<p>12. .... .....</p>
<p>13. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?</p>	<p>13. .... .....</p>
<p>14. L'assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle?  (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)</p>	<p>14. .... ..... ..... ..... .....</p>
<p>15. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?</p>	<p>15. .... .....</p>
<p>16. L'assistito è completamente continente?</p>	<p>16. .... .....</p>
<p>17. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?</p>	<p>17. .... .....</p>
<p>18. L'assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?</p>	<p>18. .... .....</p>
<p>19. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?</p>	<p>19. .... .....</p>

<p>20. L'assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie:</p> <p style="padding-left: 40px;">Sminuzzare/tagliare il cibo;</p> <p style="padding-left: 40px;">Sbucciare la frutta;</p> <p style="padding-left: 40px;">Aprire un contenitore/una scatola;</p> <p style="padding-left: 40px;">Versare bevande nel bicchiere;</p>	<p>20.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>21. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.</p>	<p>21. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>22. L'assistito vive da solo?</p>	<p>22. ....</p> <p>.....</p>
<p>23. L'assistito vive con familiari/altre persone? Quali?</p>	<p>23. ....</p> <p>.....</p>
<p>24. Dove vive l'assistito (appartamento, casa, ecc.)? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?</p>	<p>24. ....</p> <p>.....</p>
<p>25. L'assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?</p>	<p>25. ....</p> <p>.....</p>

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che il sig. ....  
si trova in stato di non autosufficienza.  
Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Con la compilazione e sottoscrizione del presente modulo certifico implicitamente l'esistenza in vita dell'assistito.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante**

\_\_\_\_\_  
**(firma e timbro)**

\_\_\_\_\_  
**(domicilio)**