|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Rapporto di decorso  Revisione della rendita UAI GR** |  | | **Istituto delle assicurazioni sociali**  **del Cantone dei Grigioni**  **Assicurazione invalidità**  **Casella postale**  **7001 Coira** |
|  | |  |  | |
|  | |  | Ottostrasse 24  Casella postale  7001 Coira  Telefono 081 257 41 11  Fax 081 257 42 22  www.sva.gr.ch | |

**Modulo per il rapporto di decorso:  
Revisione della rendita UAI GR**

Gentile signora, egregio signore

la sua/Il suo paziente percepisce una rendita. Nell’ambito della revisione della rendita, ivi inclusa la verifica della possibilità di una reintegrazione professionale, l'Ufficio AI necessita del suo competente sostegno.

La preghiamo quindi di rispondere alle nostre domande, per quanto le è possibile dal punto di vista della sua specializzazione e della cartella del paziente.

Avrà tutta la nostra comprensione nel caso in cui non riuscisse a rispondere ad alcuni singoli punti. Se lei non dovesse disporre di nessuna informazione aggiornata, può anche convocare la/il paziente. In caso di ulteriori esami diagnostici la invitiamo a limitarsi all’indispensabile.

Può scaricare il modulo anche dal nostro sito web. Il modulo che le inviamo può includere al punto 8 domande specifiche relative al caso. Attenzione! Il modulo scaricato dal nostro sito non contiene queste domande. La preghiamo di rispondere ugualmente a tali domande al punto 8 del modulo per il rapporto di decorso scaricato per via elettronica.

Ci rispedisca il rapporto di decorso il più presto possibile dopo avere compilato il modulo a macchina o elettronicamente. Può fatturare il tempo impiegato per il rapporto di decorso tramite la posizione tariffale TARMED 00.2230, nonché tramite le usuali posizioni tariffali TARMED per ulteriori esami diagnostici. Il modulo di fattura è scaricabile anche dal nostro sito. La ringraziamo anticipatamente.

Salutiamo cordialmente

Ufficio AI

del Cantone dei Grigioni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rapporto di decorso: Revisione della rendita UAI GR  Data di spedizione: | | | | 001 / 120 |
| Nome, cognome della persona assicurata | Data di nascita | Numero AVS | |
| Nome e indirizzo del medico | | | |

La persona assicurata percepisce una rendita AI in base alla decisione del Data con una rimanente   
capacità al lavoro del cifra% in attività adatta all’invalidità.

1. **Valutazione sommaria**

Stato di salute dalla data dell’ultima decisione

stazionario  peggiorato  migliorato

In cura presso di lei dal

Data dell'ultima consultazione

Frequenza approssimativa delle consultazioni

1. **Diagnosi**

Diagnosi con ripercussioni sulla capacità al lavoro

In caso di malattie psichiche indicare i codici ICD-10 o DSM-IV

Descrizione, da quando sussiste?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità al lavoro (anche indizi di dipendenze)

Descrizione, da quando sussiste?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dalla data dell’ultima decisione le diagnosi sono mutate o ne sono intervenute di nuove?

sì  no

Descrizione delle diagnosi mutate/nuove

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Da quando sussiste?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Decorso e reperti medici attuali**

Descrizione del decorso

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Reperti medici oggettivi (fisico, attuale reperto psicopatologico, diagnostica con apparecchiature, ecc.)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Ripercussioni dei reperti medici sulla capacità al lavoro e sulla vita quotidiana

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dati sulle attività sociali (per esempio contatti, viaggi, hobby, sport, volontariato,

compiti in famiglia, vita quotidiana)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Terapia e prognosi**

Tipo ed entità dell’attuale trattamento

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Prescrizione attuale, incluse dosi

nessuna

Quale?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Sussistono opzioni terapeutiche che non sono ancora state esplorate e potrebbero aumentare in modo significativo la capacità al lavoro della persona assicurata o, rispettivamente, migliorarne la capacità d'integrazione? In caso affermativo, quali?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Accertamenti/terapie previsti

Quali? Quando?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Presso chi altri è in cura la persona assicurata?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Prognosi

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Capacità al lavoro / Capacità d'integrazione**

L’attuale rendita si basa su una **capacità al lavoro del** cifra **%** in attività adatta all’invalidità.

5.1 Nel caso in cui sia intercorsa una modifica dall’ultima decisione, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

In quale misura (ore al giorno) e da quando è possibile un’attività adatta all’invalidità?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Con quale carico lavorativo?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Sussiste in tal caso una diminuzione della capacità di rendimento?

sì  no

In caso affermativo, perché?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

In caso affermativo, in quale misura?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Si tratta di un

cambiamento permanente

cambiamento temporaneo:      % dal       al

     % dal       al

     % dal       al

5.2 Come valuta la possibilità di una reintegrazione professionale sostenuta dall’AI e

rispettivamente la possibilità di un aumento del grado di occupazione?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dal suo punto di vista, di quali particolarità si deve tener conto nel concreto (per esempio graduale

aumento del carico lavorativo, posto di lavoro tranquillo)?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dal suo punto di vista la capacità al lavoro può aumentare fino a raggiungere quale grado di occupazione?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Sussistono limitazioni dell’idoneità alla guida?

sì  no

In caso affermativo, quali?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Grande invalidità**

La persona assicurata necessita, in modo regolare e notevole, dell'aiuto di terzi per gli atti ordinari della vita?  
 sì  no  
  
In caso affermativo, per quali atti, perché e da quando?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Ulteriori accertamenti**

Ritiene opportuni accertamenti medici complementari?  
 sì  no

In caso affermativo, la preghiamo di descrivere l’accertamento necessario

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Domande specifiche dell’Ufficio AI relative al caso**

x-- --- --x

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Osservazioni del medico**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Firma**

Cognome, nome, data e firma del medico

|  |
| --- |
|  |
|  |

Indirizzo esatto (studio medico/reparto)

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Allegati**

La preghiamo di allegare copie dei rapporti di ospedali e di medici specialisti oppure

di indicarne l’esatta denominazione, in modo che ci sia possibile richiederli direttamente.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |