

## Rapporto psichiatrico

---

Indennità giornaliera di  
malattia

Numero del caso

---

Inizio dell'incapacità al lavoro

---

Datore di lavoro

---

Persona assicurata

Nome Cognome

---

Grado di occupazione

%

Data di nascita

---

ore/settimana

---

Professione esercitata

---

1. Quale diagnosi è alla  
base dell'attuale  
incapacità al lavoro?

---

Codice diagnostico ICD-10:

---

2. Quali altri disturbi  
sussistono?

---

3. Rapporto  
psicopatologico

---

4. Quali restrizioni  
sussistono nell'attività  
attuale?

---

---

**5. Trattamento attuale /  
andamento del  
trattamento**

---

**6. Medicamento,  
incl. dosaggio**

---

**7. Capacità lavorativa  
riguardo all'attuale  
posto di lavoro**

*Questa sezione deve essere  
compilata dal medico!*

---

Capacità esigibile di sostenere carichi (% del carico abituale)	Presenza esigibile sul posto di lavoro (ore/giorno)	IL in %	Incapacità al lavoro dal:	Incapacità al lavoro fino al:
---	---	---------	------------------------------	----------------------------------

---

---

Ripresa del lavoro prevista dal		per	ore/giorno
presumibilmente tra	settimane	per	ore/giorno

---

---

**8. L'attività attuale è  
auspicabile che  
avvenga in un altro  
contesto lavorativo /  
presso un altro datore  
di lavoro?**

*Questa sezione deve essere  
compilata dal medico!*

---

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì, a partire dal	per	ore/giorno
	carico lavorativo auspicabile:		%

---

## Domande mediche

---

### 9. Anamnesi patologica

---

**10. La persona assicurata è / verrà ricoverata / sottoposta a intervento chirurgico o a trattamento parzialmente stazionario?**

- Intervento                       Stazionario                       Parzialmente stazionario
- Quando                                      Dove
- No

---

**11. Altri medici coinvolti?**

Specializzazione (indirizzo incl.)                      Specializzazione (indirizzo incl.)

---

**12. Date delle consultazioni**  
**Date delle consultazioni fino ad ora**

Date delle consultazioni  
Date delle consultazioni fino ad ora  
Prossimo appuntamento il

---

**13. Prognosi durata inabilità lavorativa**  
*Questa sezione deve essere compilata dal medico!*

- Già conclusa al
- 0 – 2 mesi                                       4 – 6 mesi
- 2 – 4 mesi                                       > 6 mesi

---

**14. Come è l'ulteriore trattamento previsto?**

Frequenza di trattamento

---

**15. Per favore allegare**

- Rapporto operatorio     Rapporto consulto medico     Rapporto di dimissione
- Referto di laboratorio     Referto risonanza magnetica     Referto TAC
- Referto radiologia     Screening delle droghe     Analisi alcolismo
- Test ABCB1     Rapporto consulto neuropsicologico
- 

---

## Domande sulla capacità lavorativa

---

**16. Vi sono motivi non medici che influiscono sulla capacità lavorativa?**

- Sì, effetti sulla capacità lavorativa:
- No
-

---

**17. Esito della terapia praticata finora?**

---

**18. È possibile aumentare la capacità lavorativa nell'attività attuale?**

*Questa sezione deve essere compilata dal medico!*

- 
- Sì, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ore/giorno
- Sì, presso un altro datore di lavoro dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ore/giorno
- No, indicare il motivo \_\_\_\_\_
- 

---

**19. È possibile e ragionevole lo svolgimento di un'altra attività adattata al decorso della malattia?**

---

- Sì, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ore/giorno
- No, indicare il motivo \_\_\_\_\_
- 

**20. Quali risorse esistono per un reinserimento?**

---

---

Domande varie

---

**21. La persona assicurata aveva già ricevuto dei trattamenti a causa di questi disturbi ed era risultata inabile al lavoro (ricaduta)?**

- Sì, quando e da chi \_\_\_\_\_

No

---

**22. Ritiene utile un secondo parere?**

*Questa sezione deve essere compilata dal medico!*

- Sì, quale specializzazione? \_\_\_\_\_

No

---

**23.**

---

Data \_\_\_\_\_

**Firma psicoterapeuta secondo il «modello della prescrizione»**

---

**Firma medico**

---

Numero RCC \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

---