



**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE IN QUALITÀ DI FORNITORE DI PRESTAZIONI CHE ESERCITA  
A CARICO DELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE (AOMS)**

- Medico
- Dentista
- Farmacista
- Chiropratico

**Osservazioni preliminari**

- Compili il presente modulo **esclusivamente** per la domanda di un'autorizzazione AOMS in qualità di **persona fisica che esercita un'attività indipendente** (eccezione: farmacista). Il personale medico impiegato non è fornitore di prestazioni ai sensi della LAMal. In qualità di persona giuridica, sono sempre considerati fornitori di prestazioni gli istituti e le organizzazioni presso i quali il personale medico è impiegato. La domanda di autorizzazione AOMS per istituti/organizzazioni si trova su ([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Autorizzazione a carico della AOMS/ Moduli).
- Per l'autorizzazione AOMS deve disporre di un'autorizzazione all'esercizio della professione nel Cantone dei Grigioni. Se non dispone di una simile autorizzazione, compili inoltre la domanda di autorizzazione all'esercizio della professione ([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Professioni / Moduli) e la inoltri all'indirizzo summenzionato corredata degli allegati necessari.

Dati personali		Doc. N.
Cognome, nome		
Via n.		
NPA, luogo		
Numero di telefono		
E-mail		
Data di nascita		
Nazionalità, luogo d'origine <sup>1)</sup>		

Indicazioni relative all'attività		Doc. N.
Nome dello studio medico / dell'esercizio <sup>2)</sup>		
Forma giuridica <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> Società semplice <input type="checkbox"/> altro:	
Attività gestita come	<input type="checkbox"/> Professionista individuale <input type="checkbox"/> Studio di gruppo <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> Studio comunitario <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Filiale di una catena	

Via n.	
NPA, luogo	
Numero di telefono	
E-mail	
Autorizzazione richiesta da (data)	

Condizioni di autorizzazione	
Dispone di un'autorizzazione valida all'esercizio della professione nel Cantone dei Grigioni?	<input type="checkbox"/> Sì rilasciata il <input type="checkbox"/> Autorizzazione all'esercizio della professione nel Cantone dei Grigioni richiesta il <input type="checkbox"/> Servizio di 90 giorni nel Cantone dei Grigioni notificato
Personale qualificato necessario disponibile <sup>5)</sup> per poter fornire le prestazioni secondo la LAMal	Indicare se dispone di personale <sup>6)</sup> e la composizione del personale (numero di dipendenti e di equivalenti a tempo pieno per gruppo di professione; qualifiche professionali nonché formazioni e formazioni continue necessarie per la fornitura delle prestazioni e svolte da ogni persona):
Disponibilità di un appropriato sistema di gestione della qualità:  Un SGQ contempla un approccio sistematico, mirato e pianificato per realizzare gli obiettivi di qualità del fornitore di prestazioni come pure la strutturazione, la gestione strategica e l'ottimizzazione costante dei processi attraverso il rilevamento e la descrizione dell'organizzazione strutturale e procedurale.	<input type="checkbox"/> Sì. Descriva brevemente i processi e le strutture del sistema di gestione della qualità e ne indichi il nome, se esistente:
Disponibilità di un appropriato sistema interno di rapporti e di apprendimento:  Il sistema di reporting e di apprendimento (ad es. analogo agli sistemi CIRS [Critical Incident Reporting System] negli ospedali) consente di registrare e analizzare gli eventi indesiderabili, di adottare misure di miglioramento adeguate e di valutare l'efficacia delle misure con l'obiettivo dichiarato di trarne insegnamenti che consentano di evitare in futuro decessi e situazioni di pericolo, aumentando la sicurezza dei pazienti. Anche una rete di reporting di ordine superiore, uniforme a livello nazionale, persegue gli stessi obiettivi. Le esigenze poste a questi sistemi di segnalazione possono essere concretizzate nelle convenzioni sulla qualità.	<input type="checkbox"/> Sì. Descriva brevemente il sistema interno di rapporti e di apprendimento e ne indichi il nome, se esistente:

Adesione a una rete di notifica di eventi indesiderati uniforme a livello svizzero	<input type="checkbox"/> Sì. Indichi il nome della rete:
Disponibilità di attrezzature che consentono di partecipare ai rilevamenti nazionali della qualità	<input type="checkbox"/> Sì. Indichi le attrezzature tecniche di cui dispone: quali sistemi primari e formati di scambio vengono impiegati? L'utilizzo multiplo dei dati è garantito?

Questa rubrica va compilata soltanto dai medici		Doc. N.
Per quale/i specializzazione/i richiede un'autorizzazione AOMS?		
Attività di almeno 3 anni (impiego al 100%) in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione	<input type="checkbox"/> Sì <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> No, <sup>8)</sup> , motivo:	
Di quali competenze linguistiche dispone, necessarie nella regione in cui esercita la Sua attività? <sup>9)</sup>	<input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> italiano	
È affiliato/a a una comunità o comunità di riferimento certificata sulla cartella informatizzata del paziente	Nome della comunità (di riferimento) CIP certificata dalla Confederazione <sup>10)</sup>	

Questa rubrica va compilata soltanto dai dentisti		Doc. N.
Attività pratica durante 3 anni (impiego al 100%) in uno studio dentistico svizzero o in un istituto dentistico svizzero <sup>11)</sup>	Nome e indirizzo dello studio/dell'istituto dentistico	

Prendo atto che, oltre all'adempimento dei requisiti di qualità definiti all'art. 58g OAMal, devo attenermi alle regole stabilite nelle convenzioni sulla qualità in base all'art 58a cpv. 6 LAMal, non appena è stipulata una rispettiva convenzione sulla qualità ai sensi dell'art. 58a LAMal approvata dal Consiglio federale oppure, nel caso di mancanza di una convenzione sulla qualità, il Consiglio federale abbia fissato le rispettive regole. Sono consapevole del fatto che in qualità di fornitore di prestazioni devo attenermi alle regole per lo sviluppo della qualità definite nelle convenzioni, anche indipendentemente dall'affiliazione a un'associazione professionale.

Dichiaro di aver compilato la presente domanda in modo completo e veritiero. Consento all'autorità preposta all'autorizzazione di richiedere informazioni riguardanti la mia persona presso l'istituto/il centro di perfezionamento in merito alla mia attività triennale nel rispettivo luogo.

<b>Luogo, data</b>	<b>Firma</b>
--------------------	--------------

**Giustificativi da allegare:**

- 1) Copia del passaporto o della carta d'identità
- 2) In caso di ditta individuale: copia dell'estratto del registro di commercio (se disponibile)
- 3) Uno studio di gruppo condivide gli stessi spazi ed ev. personale con più specialisti che tuttavia lavorano per conto proprio (separazione economica)
- 4) In uno studio comunitario lavorano più specialisti che condividono il personale e gli apparecchi e che fatturano anche congiuntamente (unione dei risultati economici)
- 5) Il personale necessario per la fornitura delle prestazioni deve essere disponibile in numero sufficiente per l'intera durata della fornitura di prestazioni ed essere adeguatamente formato affinché la qualità sia garantita. Per esempio, il personale deve dimostrare di possedere le qualifiche richieste per le cure previste, per eventuali dispensazioni e somministrazioni di medicinali nonché per i casi d'urgenza che potrebbero insorgere. In particolare, se viene coinvolto in interventi in studio deve avere seguito una formazione in materia di igiene. Il personale che consiglia i pazienti (p. es. al telefono per aiutarli a decidere se farsi curare immediatamente o in un secondo momento) deve avere seguito una formazione professionale appropriata (Fonte: Rapporto esplicativo sulla modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie [LAMal], p. 23).
- 6) Se non si impiega del personale proprio: inoltrare un accordo o un contratto corrispondente
- 7) Per i titoli di perfezionamento federali: non è richiesta alcuna prova

Nel caso di titoli di perfezionamento stranieri riconosciuti dalla MEBEKO: copia della conferma di lavoro del responsabile medico di un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto ([www.siwf-register.ch](http://www.siwf-register.ch)) per l'attività pratica triennale al 100% nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione. L'attività pratica può essere svolta a tempo parziale (in media almeno al 50%). In tal caso la durata viene prolungata in maniera corrispondente.

- 8) Sono esonerati dal requisito dei tre anni di attività presso un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto i medici in possesso di uno dei seguenti titoli di perfezionamento federale o di un titolo di perfezionamento estero riconosciuto equivalente:
  - a. medicina interna generale quale unico titolo di perfezionamento
  - b. medico generico quale unico titolo di perfezionamento
  - c. pediatria
  - d. psichiatria e psicoterapia infantile e dell'adolescenza

Medici che hanno esercitato a carico dell'AOMS nel Cantone dei Grigioni prima del 1° gennaio 2022: Copia dell'estratto dei dati del registro dei codici creditori (RCC) di SASIS

- 9) Inoltrare il certificato linguistico per il tedesco o l'italiano (livello C1 secondo il Quadro comune europeo di riferimento per le lingue). L'esame linguistico dev'essere sostenuto in Svizzera. Una dispensa dall'esame è possibile se può essere dimostrata un'attività svolta per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto. Questo obbligo non sussiste per i medici che hanno conseguito uno dei seguenti titoli di studio:
  - a. una maturità liceale svizzera, di cui una delle materie fondamentali era la lingua ufficiale della regione in cui esercitano la loro attività;
  - b. un diploma federale di medico conseguito nella lingua ufficiale della regione in cui esercitano la loro attività;
  - c. un diploma estero riconosciuto secondo l'art. 15 LPMed conseguito nella lingua ufficiale della regione in cui esercitano la loro attività;
- 10) Conferma della comunità CIP certificata secondo la quale l'iscrizione ha avuto luogo e che il processo HPD è in corso
- 11) copia del certificato di lavoro/della conferma di lavoro dello studio dentistico / dell'istituto dentistico