



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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ergoterapista | <input type="checkbox"/> Infermiere/a |
| <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Fisioterapista |
| <input type="checkbox"/> Levatrice/ostetrico | <input type="checkbox"/> Podologo/a |
| <input type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Psicoterapeut/a psicologico/a |
| <input type="checkbox"/> Neuropsicologo/a | |

Osservazioni preliminari

- Compili il presente modulo **esclusivamente** per la domanda di un'autorizzazione AOMS in qualità di **persona fisica che esercita un'attività indipendente**. I professionisti della salute impiegati non sono fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal. In qualità di persona giuridica, sono sempre considerati fornitori di prestazioni le organizzazioni presso i quali i professionisti della salute sono impiegati. La domanda di autorizzazione AOMS per istituti/organizzazioni si trova su (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 (eccezione: neuropsicologo/a). Se non dispone di una simile autorizzazione, compili inoltre la domanda di autorizzazione all'esercizio della professione (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 ¹⁾		

Indicazioni relative all'attività		Doc. N.
Denominazione dello studio ²⁾		
Via n.		
NPA, luogo		
Numero di telefono		
E-mail		
Autorizzazione richiesta da (data)		
Forma giuridica	<input type="checkbox"/> ditta individuale ²⁾ <input type="checkbox"/> società semplice	
Attività gestita come	<input type="checkbox"/> Professionista individuale <input type="checkbox"/> Studio di gruppo ³⁾ <input type="checkbox"/> Studio comunitario ⁴⁾	

Condizioni di autorizzazione		Doc. N.
Dispone di un'autorizzazione valida all'esercizio della professione nel Cantone dei Grigioni?	<input type="checkbox"/> Sì ⁵⁾ , rilasciata il <input type="checkbox"/> Autorizzazione all'esercizio della professione nel Cantone dei Grigioni richiesta il	
Personale qualificato necessario disponibile ⁶⁾ per poter fornire le prestazioni secondo la LAMal	Indicare se dispone di personale 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 da tutti i professionisti della salute (ad eccezione degli psicoterapeuti psicologici)		Doc. N.
Attività pratica durante 2 anni (impiego al 100%) presso un professionista della salute con autorizzazione AOMS della stessa professione o presso un istituto/un'organizzazione sotto la guida di un professionista della salute con autorizzazione AOMS della stessa professione ⁷⁾	Nome e indirizzo del professionista della salute con autorizzazione AOMS dell'istituto / dell'organizzazione	

Questa rubrica va compilata da tutti i professionisti della salute (ad eccezione delle levatrici/degli ostetrici)		Doc. N.
La professione viene esercitata in qualità di indipendente e contro fattura ⁸⁾	Nome e indirizzo della cassa di compensazione	

Questa rubrica va compilata soltanto dai logopedisti		Doc. N.
Dispone di una formazione specialistica teorica e pratica di 3 anni in logopedia, riconosciuta dal Cantone (esame superato con successo in linguistica, logopedia, medicina, pedagogia, psicologia, diritto) ⁹⁾	Nome e indirizzo della Scuola universitaria/dell'Università	

Questa rubrica va compilata soltanto dai neuropsicologi		Doc. N.
Dispone di un diploma riconosciuto in psicologia e un titolo di perfezionamento in neuropsicologia / specializzazione FSP ¹⁰⁾		

Questa rubrica va compilata soltanto dai podologi		Doc. N.
Dispone di un diploma SSS	<input type="checkbox"/> Sì ¹¹⁾ <input type="checkbox"/> No ¹²⁾	

Questa rubrica va compilata soltanto dagli psicoterapeuti psicologici		Doc. N.
<p>Esperienza clinica di 3 anni (al 100%), di cui almeno 12 mesi svolti in istituti psichiatrico-psicoterapeutici che dispongono di uno dei seguenti riconoscimenti dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM):</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì ¹³⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> centro di perfezionamento ambulatoriale o stazionario della categoria A, B o C in base al programma di perfezionamento "Specialista per psichiatria e psicoterapia" del 1° luglio 2009 nella versione del 15 dicembre 2016 <input type="checkbox"/> centro di perfezionamento delle categorie A, B o C in base al programma di perfezionamento "Psichiatria e psicoterapia in-fantile e adolescenziale" del 1° luglio 2006 nella versione del 20 dicembre 2018 <p>Nome del centro di perfezionamento:</p> <p>Specializzazione e categoria:</p> <p>Data (dal - al):</p> <p><input type="checkbox"/> No ¹⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ho lavorato presso uno/a psichiatra delegato in un istituto psichiatrico ambulatoriale o stazionario ¹⁵⁾ <input type="checkbox"/> ho lavorato come indipendente o in un altro istituto di assistenza psichiatrico-psicoterapeutica (istituto non ISFM) ¹⁶⁾ <p>Percentuale di lavoro:</p> <p>Data (dal - al):</p>	

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 sul mio stato presso la cassa di compensazione.

Luogo, data	Firma
-------------	-------

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 lavorano tuttavia 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) *Neuropsicologi*: nessun obbligo di autorizzazione nel Cantone dei Grigioni
I *podologi* che dal 1° gennaio 2022 dispongono di un'autorizzazione cantonale per il trattamento di persone a rischio sotto la propria responsabilità professionale devono disporre dei seguenti diplomi:
 - a. attestato di capacità di podologo rilasciato dall'associazione professionale «Schweizerischer Podologen-Verband» (SPV)
 - b. attestato di capacità di podologo rilasciato dall'associazione professionale «Fachverband Schweizerischer Podologen (FSP)
 - c. diploma cantonale di podologo rilasciato dal Cantone Ticino, che abbia superato il corso sul piede diabetico organizzato dal Centro professionale sociosanitario (CPS) di Lugano in collaborazione con l'Unione dei podologi della Svizzera italiana (UPS)
- 6) 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. (Fonte: Rapporto esplicativo sulla modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie [LAMal], p. 23).
- 7) addurre copia dei certificati di lavoro/delle conferme di lavoro per attività pratiche:

Levatrice/ostetrico: attività presso una levatrice / un ostetrico con autorizzazione AOMS o in sala parto / in un'organizzazione di levatrici / di ostetrici sotto la guida di una levatrice/un ostetrico con autorizzazione AOMS.

Fisioterapista: attività presso un/una fisioterapista con autorizzazione AOMS o un reparto ospedaliero specializzato in fisioterapia / in un'organizzazione di fisioterapia sotto la guida di un fisioterapista con autorizzazione AOMS.

Ergoterapista: attività presso un/una ergoterapista con autorizzazione AOMS o un reparto ospedaliero di ergoterapia / in un'organizzazione di ergoterapia sotto la guida di un ergoterapista con autorizzazione AOMS.

Infermiere/a: attività presso un infermiere/un'infermiera con autorizzazione AOMS o in ospedale/casa di cura/Spitex sotto la guida di un infermiere/un'infermiera con autorizzazione AOMS.

Logopedista: attività in logopedia clinica, di cui almeno 1 anno in un ospedale sotto la guida di un medico specializzato (ORL, psichiatria, psichiatria pediatrica, foniatra o neurologia) e in presenza di un logopedista con autorizzazione AOMS. Un anno può essere svolto sotto la guida di un medico specializzato e in accompagnamento di un logopedista con autorizzazione AOMS in uno studio medico specializzato o in un'organizzazione di logopedia.

Dietista: attività presso un/una dietista con autorizzazione AOMS o in ospedale / in un'organizzazione di dietetica sotto la guida di un dietista con autorizzazione AOMS.

Neuropsicologo/a: i neuropsicologi non devono addurre questa prova.

Podologo/a: attività presso un/una podologo/a con autorizzazione AOMS o in ospedale/casa di cura/Spitex/ organizzazione della podologia sotto la guida di un podologo con autorizzazione AOMS.

Ai podologi che il 1° gennaio 2022 dispongono di un diploma di una scuola specializzata superiore secondo il Programma quadro Podologia del 12 novembre 2010 nella versione del 12 dicembre 2014 o di una formazione equivalente secondo la cifra 7.1 del Programma quadro o di un diploma secondo la nota in calce 5), per l'adempimento dei requisiti dell'attività pratica di 2 anni viene convalidata qualsiasi attività pratica successiva al conseguimento del diploma di podologo prima del 1° gennaio 2022 e durante quattro anni successivi, anche se l'attività non soddisfa i requisiti della presente nota.
- 8) Conferma della cassa di compensazione di iscrizione per il riconoscimento dell'attività di indipendente
- 9) Copia del diploma CDPE dipl. in logopedia o Bachelor of Arts in Speech and Language Therapy
- 10) Copia del diploma in psicologia e copia del titolo federale (o riconosciuto come equivalente) di perfezionamento in neuropsicologia secondo LPPsi o di specializzazione della FSP
- 11) Copia del diploma SSS secondo il Programma quadro Podologia del 12 novembre 2010 (versione 10.12.2014) o formazione equivalente secondo cifra 7.1. del Programma quadro
- 12) cfr. nota in calce 5)
- 13) Copie dei certificati di lavoro/delle conferme di lavoro per esperienze cliniche (con indicazione della percentuale di lavoro)
- 14) Sono ammessi gli psicoterapeuti psicologici che al 1° luglio 2022 dispongono di un'esperienza professionale psicoterapeutica nell'assistenza psichiatrico-psicoterapeutica di almeno tre anni che è stata accompagnata da una supervisione qualificata, anche se tale esperienza professionale non soddisfa le condizioni secondo l'art. 50c lett. b OAMal. La durata minima si allunga proporzionalmente in caso di attività a tempo parziale.
- 15) Copia del certificato di lavoro
- 16) Curriculum vitae completo e giustificativi della supervisione da parte di psicoterapeute/i medici o psicologi che hanno concluso la propria specializzazione almeno più di cinque anni fa (21 ore per tre anni equivalenti a tempo pieno)