

Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)

Modifica del 9 dicembre 2002

*Il Dipartimento federale dell'interno
ordina:*

I

L'ordinanza sulle prestazioni del 29 settembre 1995¹ è modificata come segue:

Art. 4 cpv. 1 lett. d

¹ L'assicurazione assume i costi delle analisi, dei medicinali, dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici come pure i procedimenti di formazione d'immagini seguenti, prescritti dai chiropratici:

- d. diagnostica per immagini:
 - 1. radiografia dello scheletro,
 - 2. tomografia computerizzata (TC) dello scheletro,
 - 3. risonanza magnetica nucleare (RMN) dello scheletro assiale,
 - 4. scintigrafia dello scheletro.

Art. 5 cpv. 2 e 4

² L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute effettuate in un periodo di tre mesi dalla prescrizione.

⁴ Se la fisioterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.

Art. 6 cpv. 2 e 4

² L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute effettuate in un periodo di tre mesi dalla prescrizione.

⁴ Se l'ergoterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e

¹ RS 832.112.31

trasmettergli una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.

Art. 9c cpv. 3

³ L'assicurazione assume al massimo i costi di dieci sedute per prescrizione medica. Se la consulenza dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo dieci sedute, il medico curante deve informare il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la consulenza può essere continuata a carico dell'assicurazione.

Art. 12 lett. p e r

L'assicurazione assume, oltre ai costi delle diagnosi e delle terapie, quelli delle misure mediche di prevenzione seguenti (art. 26 LAMal²):

Misura	Condizioni
p. Profilassi alla vitamina K	Per i neonati (3 dosi)
r. Screening sonografico dell'anca dei neonati secondo Graf	Tra 0 e 6 settimane d'età, effettuato da un medico specialmente formato. Regolamento valido fino al 31 marzo 2004.

II

¹ L'allegato 1 all'ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni è sostituito dalla nuova versione qui annessa.

² L'allegato 3 «Elenco delle analisi»³ all'ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni è applicabile nel suo tenore del 1° gennaio 2003.

III

La presente modifica entra in vigore il 1° gennaio 2003.

9 dicembre 2002

Dipartimento federale dell'interno:
Ruth Dreifuss

² RS 832.10

³ Non pubblicato nella RU (art. 28).

Allegato 1
(art. 1)

Rimunerazione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di determinate prestazioni mediche

Premessa

Il presente allegato si basa sull'articolo 1 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre). Non contiene quindi un'enumerazione esaustiva delle prestazioni mediche a carico o meno dell'assicurazione. Nello stesso sono registrate:

- prestazioni la cui efficacia, valore terapeutico o economicità sono stati esaminati dalla Commissione delle prestazioni e i cui costi sono remunerati, se del caso a talune condizioni, oppure non affatto remunerati;
- prestazioni la cui efficacia, valore terapeutico o economicità sono in fase di valutazione, ma i cui costi sono, a talune condizioni, assunti in una determinata misura;
- prestazioni particolarmente costose o difficili, assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie solo se effettuate da fornitori di prestazioni qualificati.

Indice delle materie dell'allegato 1

- 1 Chirurgia
 - 1.1 In generale
 - 1.2 Chirurgia di trapianto
 - 1.3 Ortopedia, Traumatologia
 - 1.4 Urologia e proctologia
- 2 Medicina interna
 - 2.1 In generale
 - 2.2 Malattie cardiovascolari, Medicina intensiva
 - 2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore
 - 2.4 Medicina fisica, Reumatologia
 - 2.5 Oncologia
- 3 Ginecologia, Ostetricia
- 4 Pediatria, Psichiatria infantile
- 5 Dermatologia
- 6 Oftalmologia
- 7 Otorinolaringoiatria
- 8 Psichiatria
- 9 Radiologia
 - 9.1 Radiodiagnostica
 - 9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini
 - 9.3 Radiologia interventzionale
- 10 Medicina complementare
- 11 Riabilitazione

Indice alfabetico

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1 Chirurgia			
<i>1.1 In generale</i>			
Provvedimenti in caso d'operazione al cuore	Si	Sono inclusi: Cateterismo cardiaco; angiocardiografia, compresi i mezzi di contrasto; ibernazione artificiale; impiego del circuito artificiale cuore-polmone; impiego del «Cardioverter» come «Pace-maker», defibrillatore o «Monitor»; conserve di sangue e sangue fresco; applicazione di una valvola cardiaca artificiale, compresa la protesi; applicazione del «Pace-maker», compreso l'apparecchio.	1.9.1967
Sistemi di stabilizzazione per operazioni di bypass coronarico effettuate sul cuore pulsante	Si	Tutti i pazienti previsti per un'operazione di bypass. Particolari vantaggi possono essere ottenuti nei seguenti casi: – aorta gravemente calcificata; – insufficienza renale; – sindrome respiratorie ostruttive croniche; – età avanzata (oltre i 70–75 anni). Controindicazioni: – vasi sanguigni profondi intramiocardici e vasi gravemente calcificati o molto sottili e diffusi (> 1,5 mm); – instabilità emodinamica peroperatoria a causa di manipolazioni del cuore o a causa di ischemia	1.1.2002
Endoprotesi	Si		27.6.1968
Ricostruzione mammaria operatoria	Si	Per ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente dopo un'amputazione indicata dal profilo medico.	23.8.1984/ 1.3.1995
Autotrasfusione	Si		1.1.1991
Terapia chirurgica dell'obesità (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastro-plasty)	Si	In valutazione a. Previo colloquio con il medico di fiducia. b. Il paziente non deve avere più di 60 anni. c. Il paziente ha un Bodymass Index (BMI) di più di 40. d. Una terapia adeguata di due anni per ridurre il peso non ha avuto successo.	1.1.2000

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>e. Il paziente soffre di una delle seguenti affezioni: ipertensione arteriale misurata con un bracciale a pressione largo; diabete mellito; sindrome d'apnea del sonno; dislipidemia; affezioni degenerative invalidanti dell'apparato locomotore; coronaropatie; sterilità con iperandrogenismo; ovaie policistiche della donna in età feconda.</p> <p>f. L'operazione va eseguita in un centro ospedaliero che disponga di una équipe interdisciplinare e con la necessaria esperienza (chirurgia, psicoterapia, consulenza nutrizionale, medicina interna).</p> <p>g. L'ospedale deve tenere un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.</p>	
Terapia dell'obesità con palloncino intragastrico	No		25.8.1988
Terapia a base di radiofrequenza per il trattamento delle varici	No	In valutazione	1.7.2002
<i>1.2 Chirurgia di trapianto</i>			
Trapianto renale	Sì	Sono incluse le spese d'operazione del donatore, compresa la terapia di eventuali complicazioni e un'indennità adeguata per la perdita di guadagno effettiva. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del trapiantato in caso di morte del donatore.	25.3.1971 23.3.1972
Trapianto cardiaco	Sì	In caso di affezioni cardiache gravi e incurabili, quali la cardiopatia ischemica, la cardiomiopatia idiopatica, le malformazioni cardiache e l'aritmia maligna.	31.8.1989
Trapianto isolato del polmone (proveniente da donatore deceduto)	Sì	Stadio terminale di una malattia polmonare cronica. Nei seguenti centri: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital cantonal universitaire di Ginevra in collaborazione con il Centre Hospitalier Universitaire Vaudois; se viene partecipato al registro di SwissTransplant.	1.1.2003
Trapianto cuore-polmone	No		31.8.1989/ 1.4.1994
Trapianto del fegato	Sì	Esecuzione in un centro che disponga della infrastruttura e dell'esperienza necessarie (mediante 10 trapianti di fegato all'anno).	31.8.1989/ 1.3.1995

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto del fegato da donatore vivo	No	In valutazione	1.1.2003
Trapianto simultaneo del pancreas e del rene	Sì	Nei seguenti centri: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra; se viene partecipato al registro di SwissTransplant.	1.1.2003
Trapianto isolato del pancreas (Pancreas Transplantation Alone, Pancreas After Kidney)	No		31.8.1989/ 1.4.1994
Allotrapianto delle Isole di Langerhans	No	In valutazione	1.7.2002
Autotrapianto delle Isole di Langerhans	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto isolato del pancreas	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto isolato dell'intestino tenue	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto simultaneo del fegato e dell'intestino tenue e trapianto multi-viscerale	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto del fegato da donatore vivo	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)	Sì	<p>Adulti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo. <p>Bambini:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bruciature del 50 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature del 40 % o più della superficie totale del corpo. 	1.1.1997/ 1.1.2001

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto allogenico di un equivalente di pelle umana vivente a due strati (composto da derma e da spidermide)	No	In valutazione	1.4.2003
	Sì	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In caso di ulcus cruris di difficile ed infruttuoso trattamento con metodi convenzionali dopo 6-12 mesi. Secondo le direttive della Swiss Tissue Repair Society del settembre 2000. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.1.2001/ 1.7.2002 fino al 31.3.2003
Cute autologa equivalente coltivata in due fasi	No		1.1.2003
<i>1.3 Ortopedia, Traumatologia</i>			
Terapia di difetti di portamento	Sì	Prestazione obbligatoria per provvedimenti unicamente terapeutici, ossia solo se risultano radiologicamente manifeste modifiche di struttura o malformazioni della colonna vertebrale. I provvedimenti profilattici aventi lo scopo d'impedire imminenti modifiche dello scheletro, in particolare la ginnastica speciale per rafforzare una schiena debole, non sono a carico dell'assicurazione malattia.	16.1.1969
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Terapia dell'artrosi con iniezione di soluzione mista contenente olio allo iodoformio	No		1.1.1997
Terapia mediante onde d'urto extracorporee (litotripsia) applicata all'apparato locomotore	No	In valutazione	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Protezione delle anche per prevenire le fratture del collo del femore	No		1.1.1999/ 1.1.2000
Osteochondrale Mosaicplasty per coprire lesioni del tessuto osseo e cartilagineo	No		1.1.2002
Trapianto autologo di chondrociti	No		1.1.2002
Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi	Sì	In valutazione Pazienti colpiti da gonartrosi con dolori e diminuzione della mobilità per i quali il trattamento a base di analgesici o altre misure conservative sono inefficaci o controindicate. Scopo del trattamento a lungo termine è quello di rinviare l'impianto di una protesi. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi. – Trattamenti eseguiti nell'ambito dello studio controllato randomizzato svizzero (SVISCOT) per la valutazione clinica ed economica comparativa del viscosupplemento. – Di SVISCOT per la terapia con viscosupplemento è convenuta una remunerazione forfettaria.	1.7.2002/ 1.1.2003 fino al 31.12.2003
<i>1.4 Urologia e proctologia</i>			
Uroflowmetria (misurazione del flusso urinario mediante la registrazione di curve)	Sì	Limitata agli adulti.	3.12.1981
Litotripsia renale extra-corporea mediante onde d'urto (abbreviazione in tedesco: ESWL), frantumazione dei calcoli renali	Sì	Indicazioni: L'ESWL è indicato in caso di: a. litiasi del bacinetto; b. litiasi dei calici renali; c. litiasi della parte superiore dell'uretere, se la terapia conservativa non ha avuto successo e se a causa della posizione, della forma e della dimensione del calcolo, la sua eliminazione spontanea è improbabile. Gli elevati rischi dovuti alla particolare posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiologicala appropriata (formazione speciale dei medici e paramedici, nonché adeguati apparecchi di controllo).	22.8.1985

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia chirurgica delle turbe dell'erezione			
– protesi del pene	No		1.1.1993/ 1.4.1994
– chirurgia di rivascolarizzazione	No		1.1.1993/ 1.4.1994
Applicazione di uno sfintere artificiale	Sì	Incontinenza grave	31.8.1989
Terapia al laser dei tumori vescicali o del pene	Sì		1.1.1993
Embolizzazione terapeutica della varicocele testicolare			
– mediante sclerotizzazione o applicazione di coils	Sì		1.3.1995
– mediante balloons o microcoils	No		1.3.1995
Prostatectomia transuretrale mediante laser agli ultrasuoni	No		1.1.1997
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica	Sì	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta che disponga di un'unità d'urodinamica atta a realizzare una valutazione urodinamica completa, come pure di un'unità di neuromodulazione per la valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE). Dopo insuccesso di trattamenti conservatori (compresa la riabilitazione). Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.7.2000/ 1.7.2002 fino al 31.12.2004

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	Si	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta, che disponga di una unità di manometria anorettale in grado di realizzare una completa valutazione manometrica, così come di una unità di valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE). Dopo fallimento di terapie conservative e / o chirurgiche (inclusa la riabilitazione). Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.1.2003 fino al 31.12.2007
2 Medicina interna			
<i>2.1 In generale</i>			
Terapia con iniezione di ozono	No		13.5.1976
Terapia con ossigeno iperbarico	Si	In casi di: – lesioni attiniche croniche o tardive; – osteomielite della mascella; – osteomielite cronica.	1.4.1994 1.9.1988
Celluloterapia a base di cellule fresche	No		1.1.1976
Sierocitoterapia	No		3.12.1981
Vaccinazione contro la rabbia	Si	In caso di terapia di un paziente morso da un animale affetto dalla rabbia o sospetto di avere questa malattia.	19.3.1970
Terapia dell'obesità	Si	– Eccedenza rispetto al peso ideale del 20 per cento o più. – Malattia concomitante che può essere proficuamente influenzata da una riduzione di peso.	7.3.1974
– con anfetamine e loro derivati	No		1.1.1993
– con ormoni tiroidei	No		7.3.1974
– con diuretici	No		7.3.1974
– con iniezioni di coriogonadotropina	No		7.3.1974
Emodialisi («Rene artificiale»)	Si		1.9.1967
Emodialisi a domicilio	Si		27.11.1975
Dialisi peritoneale	Si		1.9.1967

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Nutrizione enterica a domicilio	Sì	Se senza impiego di sonda è esclusa una sufficiente nutrizione per via orale.	1.3.1995
Nutrizione enterica senza sonda a domicilio	No		1.7.2002
Nutrizione parenterale a domicilio	Sì		1.3.1995
Insulinoterapia con pompa a perfusione continua	Sì	Rimunerazione delle spese di noleggio della pompa alle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> – il paziente soffre di diabete estremamente labile; – l'afezione non può essere stabilizzata in modo soddisfacente nemmeno mediante iniezioni multiple; – l'indicazione della terapia con la pompa e l'assistenza del paziente è determinata e assicurata da un centro qualificato o, previa consultazione del medico di fiducia, da un medico specialista con prassi privata. 	27.8.1987 / 1.1.2000
Perfusione parenterale di antibiotici con pompa (ambulatoriamente)	Sì		1.1.1997
Plasmaferesi	Sì	Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> – Sindrome d'iperviscosità. – Malattie del sistema immunitario, se la plasmaferesi si è rivelata efficace, in particolare in caso di: <ul style="list-style-type: none"> – miastenia grave – porpora trombotica trombocitopenica – anemia emolitica immune – leucemia – sindrome di Goodpasture – sindrome di Guillain-Barré – avvelenamenti acuti – ipercolesterolemia familiare omozigota. 	25.8.1988
LDL-Aferesi	Sì	In caso di ipercolesterolemia familiare omozigota.	25.8.1988
	No	In caso di ipercolesterolemia familiare eterozigota.	1.1.1993/ 1.3.1995

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto di protogenociti ematopoietici		In centri qualificati secondo l'organo di certificazione STABMT (Gruppo di lavoro Swiss Transplant für Blood and Marrow Transplantation), secondo le prescrizioni del Joint Accreditation Committee of ISHAGE Europe and EBMT (JACIE) «Accreditation manual for Blood and Marrow Progenitor Cell Processing, Collecting and Transplantation» del maggio 1999. I fornitori di prestazioni devono gestire un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	
– autologo	Si	In caso di: – linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta	1.1.1997
	Si	In caso di mieloma multiplo	1.1.2002
	Si	In valutazione In caso di: – sindrome mielodisplastica – neuroblastoma – medulloblastoma – leucemia mieloide cronica – carcinoma del seno – carcinoma germinale – carcinoma ovarico – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli e tumore di Wilms – rabdomiosarcoma – carcinoma bronchiale a piccole cellule – tumore solido raro del bambino	1.1.2002 fino al 31.12.2006
	No	In caso di: – recidiva di leucemia mieloide acuta – recidiva di leucemia linfatica acuta – carcinoma del seno con metastasi ossee avanzate – malattie congenite	1.1.1997
	No	In valutazione In caso di malattie auto-immuni.	1.1.2002
– allogeno	Si	In caso di: – leucemia mieloide acuta – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide cronica – sindrome mielodisplastica – anemia aplastica – deficienze immunitarie e Inborn errors	1.1.1997

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	Sì	<ul style="list-style-type: none"> – talassemia e anemia drepanocitica (donatore: fratello o sorella con identico HLA) In valutazione In caso di: <ul style="list-style-type: none"> – mieloma multiplo – malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica) – carcinoma renale – melanoma. I costi dell'operazione del donatore sono a carico dell'assicuratore del trapiantato, compresa la terapia di eventuali complicazioni e un'adeguata indennità per la perdita di guadagno effettiva. È esclusa la responsabilità dell'assicuratore del trapiantato in caso di morte del donatore.	1.1.2002 fino al 31.12.2006
	No	In caso di:	
	No	<ul style="list-style-type: none"> – tumori solidi In valutazione In caso di: <ul style="list-style-type: none"> – malattie auto-immuni – carcinoma del seno. 	1.1.1997 1.1.2002
Litotripsia dei calcoli biliari	Sì	Calcoli biliari intraepatici; calcoli biliari extraepatici nella regione del pancreas e del coledoco. Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica).	1.4.1994
Polisonnografia Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di: <ul style="list-style-type: none"> – apnea del sonno – movimento periodico delle gambe nel sonno – narcolessia, se la diagnosi clinica è incerta – parasonnia grave (ad es. distonia epilettica notturna o comportamento violento durante il sonno), se la diagnosi è incerta e se ne risultano conseguenze terapeutiche. Indicazione e esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive del 6 settembre 2001 della Società Svizzera di Ricerca sul Sonno, Medicina del Sonno e Cronobiologia	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.7.2002
	No	Esame di routine dell'insonnia passeggera e cronica, della fibrositis e Chronic fatigue syndrome.	1.1.1997

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	No	In valutazione	1.4.2003
	Sì	In valutazione In caso di forte sospetto di: – turbe nell'addormentarsi e del sonno, se la diagnosi iniziale è incerta e se la terapia del comportamento o medicamentosa è senza successo – turbe persistenti del ritmo circadiano, quando la diagnosi clinica è incerta. Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive del 6 settembre 2001 della Società Svizzera di Ricerca sul Sonno, Medicina del Sonno e Cronobiologia Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi	1.1.1997/ 1.7.2002 fino al 31.3.2003
Poligrafia	Sì	In valutazione In caso di forte sospetto di apnea del sonno Esecuzione: medici specializzati (FMH pneumologia) in poligrafia respiratoria con esperienza pratica secondo le direttive del 6 settembre 2001 della Società Svizzera di Ricerca sul Sonno, Medicina del Sonno e Cronobiologia. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi	1.7.2002 fino al 31.12.2005
Misura della melatonina nel siero	No		1.1.1997
Multiple Sleep Latency test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive del 1999 della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia.	1.1.2000
Maintenance of Wakefulness Test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive del 1999 della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia.	1.1.2000
Actigrafia	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive del 1999 della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia.	1.1.2000
Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori	Sì		16.9.1998/ 1.1.2001
Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato	No	In valutazione	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trattamento fotodinamico con estere metilico dell'acido aminolevulinico	Sì	Pazienti con cheratosi attinica, carcinomi basocellulari, morbo di Bowen e carcinomi spinocellulari con spessore sottile	1.7.2002
<i>2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva</i>			
Insufflazione di ossigeno	No		27.6.1968
Pressomassaggio sequenziale peristaltico	Sì		27.3.1969/ 1.1.1996
Registrazione dell'ECG per telemetria	Sì	Sono da prendere in considerazione, quali indicazioni, soprattutto i disturbi del ritmo e della trasmissione, i disturbi della circolazione sanguigna del miocardio (malattie delle coronarie). L'apparecchio può servire anche a sorvegliare l'efficacia della terapia.	13.5.1976
Sistema impiantabile per la registrazione di un elettrocardiogramma sottocutaneo	Sì	Secondo le direttive del Gruppo di lavoro «Stimolazione cardiaca ed elettrofisiologica» della Società svizzera di cardiologia del 26 maggio 2000.	1.1.2001
Sorveglianza telefonica dei pazienti con stimolatore cardiaco (Pacemaker)	No		12.5.1977
Applicazione di un defibrillatore	Sì		31.8.1989
PTCA mediante pompapallone intraaortale	Sì		1.1.1997
Rivascolarizzazione transmiocardica per laser	No	In valutazione	1.1.2000
Terapia di risincronizzazione cardiaca	No	In valutazione	1.1.2003
Brachiterapia intracoronarica	No	In valutazione	1.1.2003
<i>2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore</i>			
Massaggi in caso di paralisi consecutiva ad affezioni del sistema nervoso centrale	Sì		23.3.1972
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami neurologici speciali	Sì		15.11.1979

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettrostimolazione del midollo spinale mediante applicazione di un sistema di neurostimolazione	Si	Terapia di dolori gravi specialmente di tipo di deafferentazione (algoallucinosi), status dopo ernia del disco con aderenze delle radici e corrispondente perdita di sensibilità nei dermatomi, causalgie e in particolare dolori provocati da fibrosi del plesso dopo irradiazione (carcinoma del seno), se esiste una precisa indicazione e se è stato effettuato un test mediante elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria.	21.4.1983/ 1.3.1995
Elettrostimolazione delle strutture cerebrali profonde mediante applicazione di un sistema di neurostimolazione	Si	Terapia di dolori cronici gravi di tipo di deafferentazione d'origine centrale (ad. es. lesioni del midollo spinale e lesioni cerebrali, lacerazione intradurale del nervo) se esiste una stretta indicazione e se è stato effettuato un test con elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria.	1.3.1995
Operazioni con metodo stereotassico per la terapia del morbo di Parkinson cronica e refrattaria ai trattamenti non chirurgici (lesioni per radiofrequenza e stimolazioni croniche nel pallidum, talamo e subtalamo)	Si	Diagnosi stabilita di un morbo di Parkinson idiopatico. Progressione dei sintomi su un minimo di due anni. Controllo insufficiente dei sintomi mediante il trattamento dopaminergico (fenomeni off, fluttuazioni on/off, dischinesie on). Accertamenti ed esecuzioni in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia funzionale, neurologia, neuroradiologia).	1.7.2000
Operazione con metodo stereotassico (lesioni provocate da radiofrequenza e stimolazione cronica nel talamo) per la terapia del tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson e refrattario ai trattamenti non chirurgici	Si	Diagnosi stabilita di un tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni; controllo insufficiente dei sintomi mediante terapia medicamentosa. Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati, che dispongono della necessaria infrastruttura (neurochirurgia funzionale, neurologia, elettrofisiologia neurologica, neuroradiologia).	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettroestimolazione transcutanea (abbreviazione in tedesco: TENS)	Sì	<p>Se il paziente utilizza personalmente lo stimolatore TENS, l'assicuratore gli rimborsa le spese di noleggio dell'apparecchio alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – il medico, o su suo ordine, il fisioterapista deve aver provato l'efficacia del TENS sul paziente e averlo istruito circa l'uso dello stimolatore; – il medico di fiducia deve aver confermato che l'autoterapia praticata dal paziente è indicata; – l'indicazione è data segnatamente nei casi seguenti: <ul style="list-style-type: none"> – dolori derivanti da un neuroma; p. es. dolori localizzati che possono insorgere con pressione nel settore delle membra amputate (monconi), – dolori che possono essere provocati o accresciuti con stimolazione (pressione, estensione o stimolazione elettrica) di un punto nevralgico: p. es. dolori sotto forma di sciatica o le sindromi della spalla e del braccio, – dolori provocati da compressione dei nervi; p. es. dolori irradianti persistenti dopo operazione dell'ernia del disco o del canale carpale. 	23.8.1984
Terapia con baclofene con applicazione di un dosatore di medicinali	Sì	In caso di spasticità resistente alla terapia	1.1.1996
Terapia intratecale di dolori cronici somatici con applicazione di un dosatore di medicinali	Sì		1.1.1991
Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato	Sì	Diagnosi di malattie neurologiche. L'esaminatore responsabile è titolare del certificato di capacità risp. dell'attestato di formazione complementare in elettroencefalografia o in elettroencefalografia della Società svizzera di neurofisiologia clinica.	1.1.1999

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Resezione curativa di focolai epilettogeni	Si	Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> – Prova dell'esistenza di un'epilessia focale. – Gravi menomazioni causate dall'epilessia. – Resistenza alla farmacoterapia. – Accertamenti ed esecuzioni in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, PET, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperativi. 	1.1.1996
Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante: <ul style="list-style-type: none"> – commisurotomia – amigdaloippocampoectomia selettiva – operazione subappiale multipla secondo Morell-Whisler – stimolazione del nervo vago 	Si	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Se le investigazioni dimostrano che la chirurgia curativa dell'epilessia focale non è indicata e che un metodo palliativo permette un miglior controllo delle crisi e un miglioramento della qualità della vita. <ul style="list-style-type: none"> – Accertamenti in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, RMN, PET, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperativi. – Tenuta di un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi. 	1.1.1996 / 1.7.2002
Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale	No		1.1.1997
Crineurolisi	No	Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari	1.1.1997
Spondilodesi con gabbie intersomatiche	Si	Instabilità degenerativa della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stenosi per pazienti con sindrome vertebrale o radicolare invalidante, resistente al trattamento conservativo, causata da patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente. Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari.	1.1.1999 fino al 31.12.2001/ 1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<i>2.4 Medicina fisica, Reumatologia</i>			
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Sinovioresi	Sì		12.5.1977
Terapia al low-level-laser	No		1.1.2001
<i>2.5 Oncologia</i>			
Terapia del cancro con pompa a perfusione (chemioterapia)	Sì		27.8.1987
Terapia al laser per chirurgia minimale palliativa	Sì		1.1.1993
Perfusione isolata delle membra con ipertermia e Tumor-Necrosis-Factors (TNF)	Sì	In caso di melanomi maligni con esclusiva invasione di un'estremità. In caso di sarcomi delle parti molli con esclusiva invasione di un'estremità. In centri specializzati con esperienza nella terapia interdisciplinare di melanomi e sarcomi estesi con questo metodo. La terapia è effettuata da un team di chirurghi oncologici, chirurghi vascolari, ortopedisti, anestesisti e specialisti in medicina intensiva. La terapia deve essere effettuata in sala operatoria, sotto anestesia totale e controllo continuo mediante catetere Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	No	In caso di melanomi e sarcomi con: – invasione o infiltrazione delle radici delle estremità (ad es. invasione inguinale); – metastasi a distanza.	1.1.2001
Fotochemioterapia extracorporale	Sì	In caso di linfoma T-Zell cutaneo (Sézary-Syndrom)	1.1.1997
Brachiterapia mediante impianto interstiziale di I-125 per il trattamento del carcinoma della prostata	No	In valutazione	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
3 Ginecologia, Ostetricia			
Diagnosi agli ultrasuoni in ostetricia e ginecologia	Si	È fatto salvo l'articolo 13 lettera b Opre per i controlli agli ultrasuoni in caso di gravidanza	23.3.1972/ 1.1.1997
Inseminazione artificiale	Si	Inseminazione intrauterina. Al massimo tre cicli di terapia per gravidanza.	1.1.2001
Fecondazione in vitro per esame della sterilità	No		1.4.1994
Fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE)	No		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilizzazione:			
– della donna	Si	Nell'ambito della cura medica di una donna in età feconda, la sterilizzazione è una prestazione obbligatoria, se a causa di uno stato patologico verosimilmente permanente o di un'anomalia fisica, una gravidanza mette in pericolo la vita della paziente o procura un danno probabilmente duraturo alla sua salute e se altri metodi contraccettivi non possono essere presi in considerazione per motivi medici (in senso lato).	11.12.1980
– del marito	Si	Se la sterilizzazione della moglie, di per sé rimborsabile, non può essere effettuata o non è auspicata dai coniugi, l'assicuratore cui è affiliata la moglie deve assumere le spese della sterilizzazione del marito.	1.1.1993
Terapia al laser del cancro del collo in situ	Si		1.1.1993
Ablazione non chirurgica dell'endometrio	Si	In caso di menorragie funzionali resistenti alla terapia nella premenopausa	1.1.1998
Test di Papanicolau per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (art. 12 lett. c Opre)	Si		1.1.1996
Citologia in strati sottili per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero secondo i metodi ThinPrep oppure Autocyte Prep / SurePath (art. 12 lett. c Opre)	No	In valutazione	1.4.2003
	Si	In valutazione	1.7.2000 fino al 31.3.2003

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Individuazione del Human Papilloma Virus nell'ambito dello screening per il carcinoma del collo dell'utero (art. 12 lett. c Opre)	No	In valutazione	1.7.2002
Interventi mammari miniinvasivi sotto controllo radiologico o ecografico (p. e. Core-Biopsia Mammatome, ABBI, Siteselect)	Sì	In valutazione Secondo le direttive della Società Svizzera di Senologia del 2.11.2001. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.7.2002 fino al 31.12.2007
4 Pediatria, Psichiatria infantile			
Terapia del gioco e della pittura per fanciulli	Sì	Praticata dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	7.3.1974
Terapia dell'enuresi con apparecchio avvertitore	Sì	Dai 5 anni compiuti.	1.1.1993
Elettrostimolazione della vescica	Sì	In caso di disturbi organici della minzione.	16.2.1978
Ginnastica di gruppo per fanciulli obesi	No		18.1.1979
Monitoraggio della respirazione; monitoraggio della respirazione e della frequenza cardiaca	Sì	In caso di lattanti a rischio, previa prescrizione di un medico di un centro regionale di diagnosi della morte improvvisa (SIDS).	25.8.1988/ 1.1.1996
5 Dermatologia			
Terapia alla luce nera (PUVA) delle affezioni cutanee	Sì		15.11.1979
Fototerapia selettiva agli ultravioletti (abbreviazione in tedesco: SUP)	Sì	Sotto la responsabilità e il controllo del medico.	11.12.1980
Embolizzazione degli emangiomi del viso (radiologia interventzionale)	Sì	A condizione che non risulti più cara del trattamento chirurgico (escissione).	27.8.1987
Terapia al laser in caso di:			
– naevus teleangiectaticus	Sì		1.1.1993
– condylomata acuminata	Sì		1.1.1993
– cicatrici dell'acne	No	In valutazione	1.7.2002
Terapia climatica al Mare Morto	No		1.1.1997/ 1.1.2001
Balneo-fototerapia ambulatoriale	No	In valutazione	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
6 Oftalmologia			
Ortottica	Si	Se eseguita dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	27.3.1969
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami oftalmologici speciali	Si		15.11.1979
Biometria ultrasonica dell'occhio, prima di un'operazione della cataratta	Si		8.12.1983
Terapia al laser in caso di:	Si		1.1.1993
– retinopatie diabetiche	Si		1.1.1993
– lesioni della retina (inclusa apoplezia retinica)	Si		1.1.1993
– capsulotomia	Si		1.1.1993
– trabeculotomia	Si		1.1.1993
Terapia mediante excimer-laser per correggere la miopia	No		1.3.1995
Cheratotomia radiata per correggere la miopia	No		1.3.1995
Chirurgia refrattiva per la cura dell'anisometropia	Si	Se l'anisometropia non può essere corretta con gli occhiali e se esiste un'intolleranza alle lenti a contatto	1.1.1997
Applicazione di lenti per la miopia	No	In valutazione	1.1.2000
Copertura di difetti della cornea con membrane amniotiche	Si		1.1.2001
Terapia fotodinamica della degenerazione maculare con Verteporfin	Si	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In presenza della forma classica predominante della degenerazione maculare determinata dall'età. Al massimo quattro trattamenti all'anno. Va tenuto un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.7.2002 fino al 31.12.2005
Dilatazione per stenosi del canale lacrimale con Lacri-Cath	No	In valutazione	1.1.2003

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
7 Otorinolaringoiatria			
Logopedia	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua direzione e sorveglianza diretta (v. anche gli art. 10 e 11 OPre).	23.3.1972
Nebulizzatore a ultrasuoni	Sì		7.3.1974
Terapia mediante un «orecchio elettronico» secondo il metodo Tomatis (detta: audio- psicofonologia)	No		18.1.1979
Protesi vocale	Sì	Applicazione in caso di laringectomia totale o dopo una laringectomia totale. Il cambiamento di una protesi vocale applicata è compreso nella prestazione obbligatoria.	1.3.1995
Terapia al laser in caso di:	Sì		1.1.1993
– papillomatosi delle vie respiratorie			
– resezione della lingua	Sì		1.1.1993
Impianto della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili	Sì	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Per fanciulli affetti da sordità peri e postlinguale e per adulti affetti da sordità tardiva. Nei seguenti centri: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Kantonsspital di Lucerna; se viene tenuto un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994 / 1.7.2002
Impianto di un apparecchio uditivo mediante ancoraggio osseo percutaneo	Sì	Indicazioni: – malattie e malformazioni dell'orecchio medio e del condotto uditivo esterno che non possono essere corrette chirurgicamente; – unica alternativa a un intervento chirurgico a rischio sul solo orecchio funzionale; – intolleranza ad apparecchi a trasmissione aerea; – sostituzione di un apparecchio convenzionale a trasmissione ossea, a seguito dell'insorgenza di turbe, di tenuta o funzionalità insufficienti.	1.1.1996

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Palatoplastica al laser	No		1.1.1997
Litotripsia del calcolo salivare	Si	In valutazione In centri specializzati che tengono un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.1.1997 fino al 31.12.2003
8 Psichiatria			
Terapia della tossico-dipendenza			25.3.1971
– ambulatoria	Si	Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato.	
– ospedaliera	Si		
Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei	Si	1. Osservanza delle seguenti direttive e raccomandazioni: a. In caso di terapia con prescrizione di metadone: Rapport sul metadone «Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» (terza edizione) dicembre 1995. b. In caso di terapia con prescrizione di buprenorfina «Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG/UFSP) an die kantonalen Gesundheitsbehörden für die Anwendung von Buprenorphin (Subutex) zur Behandlung von Opioidabhängigen», gennaio 2000. c. In caso di terapia con prescrizione di eroina: le disposizioni dell'ordinanza 8 marzo 1999 concernente la prescrizione medica di eroina (RS 812.121.6) come pure le direttive e le raccomandazioni del manuale dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) «Richtlinien, Empfehlungen, Information», settembre 2000. 2. La sostanza o il preparato utilizzati devono figurare nell'Elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) oppure nell'Elenco delle specialità (ES) nel gruppo terapeutico (IT) approvato dall'UICM.	1.1.2001

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
---------------	----------------------------	------------	--------------------------------

3. La terapia sostitutiva comprende le seguenti prestazioni:
- a. prestazioni mediche:
- esame d'entrata, inclusa l'anamnesi della dipendenza, status psichico e somatico con attenzione particolare alle turbe legate alla dipendenza e alla radice prima della dipendenza;
 - richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapeutici precedenti);
 - determinazione della diagnosi e dell'indicazione;
 - approntamento del piano terapeutico;
 - procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie;
 - avvio ed esecuzione della terapia sostitutiva;
 - garanzia della qualità;
 - terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope;
 - valutazione del processo terapeutico;
 - richiesta d'informazioni presso l'istituzione preposta alla consegna dei prodotti,
 - verifica della diagnosi e dell'indicazione;
 - adeguamento della terapia e relativo scambio di corrispondenza con le autorità;
 - rapporti all'attenzione delle autorità e degli assicuratori-malattie;
 - controllo della qualità.
- b. Prestazioni del farmacista:
- preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità;
 - consegna controllata della sostanza o del preparato;
 - contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità;
 - rapporti all'attenzione del medico responsabile;
 - consulenza.
4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo la cifra 1.

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		5. Per la terapia sostitutiva è convenuta una remunerazione forfettaria.	
Svezzamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto sedazione	No		1.1.2001
Svezzamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto anestesia	No		1.1.1998
Svezzamento ambulatoriale dagli oppiacei secondo il metodo Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	No		1.1.1999
Psicoterapia di gruppo	Si	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	25.3.1971/ 1.1.1996
Terapia di rilassamento secondo Ajuria-guerra	Si	Nello studio medico o in ospedale sotto sorveglianza diretta del medico.	22.3.1973
Terapia mediante il gioco e la pittura per fanciulli	Si	Se eseguita dal medico o sotto la sua diretta sorveglianza.	7.3.1974
Psicodramma	Si	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	13.5.1976/ 1.1.1996
Controllo della terapia per video	No		16.2.1978
Musicoterapia	No		11.12.1980
9 Radiologia			
<i>9.1 Radiodiagnostica</i>			
Tomografia assiale computerizzata (scanner)	Si	Esclusi gli esami di routine (Screening)	15.11.1979
Osteodensitometria – mediante assorbimetria a doppia energia ai raggi X (DEXA)	Si	<ul style="list-style-type: none"> – In caso d'osteoporosi manifesta e dopo frattura ossea da trauma inadeguato. – In caso di terapia a lungo termine al cortisone o in caso di ipogonadismo. – In caso di malattie gastrointestinali (sindrome di malassorbimento, morbo di Crohn, colite ulcerosa). – In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara). – In caso di osteogenesis imperfecta. 	1.3.1995 1.1.1999

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		I costi degli esami DEXA sono assunti solo per l'esecuzione limitata a una regione del corpo. Ulteriori esami DEXA sono assunti solo in caso di terapia medicamentosa dell'osteoporosi e al massimo ogni due anni.	1.3.1995
– mediante scanner	No		1.3.1995
Osteodensitometria mediante TC periferica quantitativa (pQTC)	No		1.1.2003
Ultrasonografia ossea	No		1.1.2003
Metodi di analisi dell'attività ossea			
– «Marker» dell'attività osteoclastica	No		1.1.2003
– «Marker» della formazione ossea	No		1.1.2003
<i>9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini</i>			
Risonanza magnetica nucleare (MRI)	Sì		1.1.1999
Tomografia con emissione di positroni (PET)	Sì	In valutazione 1. Esecuzione in centri che soddisfano le direttive 1° giugno 2000 della società svizzera di medicina nucleare (SSMN) sui requisiti di qualità inerenti il PET. 2. Per le seguenti indicazioni: a. in cardiologia: – in caso d'infarto documentato mediante scintigrafia, ecografia o coronografia oppure di sospetto di «hibernating myocardium» prima di un intervento (PTCA/CABG) per confermare o escludere una ischemia in caso di malattie coronariche dei tre vasi, documentate dal profilo angiografico, p. es. dopo bypass in caso di anatomia complessa delle coronarie; – come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco;	1.1.2001 fino al 31.12.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Magnetoencefalografia	No	<p>b. in oncologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di linfomi maligni: staging, diagnostica di tumore residuo, diagnostica di recidiva; - staging di carcinomi polmonari non a piccole cellule e del melanoma maligno; - in caso di tumore alle cellule germinative dell'uomo: staging, tumore residuo dopo terapia; - in caso di carcinoma coloret-tale: restaging in caso di recidiva locale, metastasi linfonodali o metastasi a distanza in presenza di fondato sospetto (p. es. aumento di un marker tumorale); diagnosi di differenziazione tra cicatrice e tumore; tumore residuo dopo terapia; - in caso di cancro del seno: staging dei moduli linfatici; diagnosi di metastasi a distanza per pazienti ad alto rischio; <p>c. in neurologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione preoperatoria di tumori al cervello; - valutazione preoperatoria per la chirurgia di rivascularizzazione complessa in caso d'ischemia cerebrale; - investigazione di demenze su persone d'età inferiore ai 70 anni; - in caso di epilessia focale resistente alla terapia. <p>3. Gli esami vanno effettuati nell'ambito dell'effetto PET-Outcome-Studie sui costi e i benefici per i pazienti.</p>	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<i>9.3 Radiologia interventzionale</i>			
Irradiazione terapeutica con pioni	No	In valutazione	1.1.1993
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	– In caso di melanomi intraoculari	28.8.1986
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Indicazioni: – tumori del cranio: chordoma, chondrosarcoma, tumori ORL (ad es. Carcinomi epidermidi, adenocarcinomi, carcinomi adenocistici, carcinomi mucoepidermoidi, neuro-estesioblastomi, tumori rari come ad esempio para-gangliomi o emangiopericitomi). – tumori del cervello e delle meningi (gliomi Low Grade 1 e 2; meningiomi). – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso). – tumori nei bambini e negli adolescenti, se è indicata un'irradiazione particolarmente riguardosa dell'organismo in crescita Esecuzione in un centro qualificato, che disponga dell' infrastruttura necessaria, come: – Gantry – utilizzazione moderna delle radiazioni (ad es. Spotscanning, IMPT) – acceleratore di protoni – estesi provvedimenti tecnici di sicurezza – radioprotezione, sorveglianza delle radiazioni supporto tecnico – personale con formazione specialistica (medici, fisici, personale non accademico) Il centro deve disporre di un' autorizzazione d' esercizio dell' Ufficio federale della sanità pubblica ed avere una sufficiente esperienza in materia di terapia con i protoni. Piano di valutazione unitario con statistiche delle quantità e dei costi.	1.1.2002/ 1.7.2002 fino al 31.12.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Radiochirurgia	Si	Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> – neurinomi del nervo acustico – recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi – adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale – malformazioni arteriovenose – meningiomi 	1.1.1996
	No	In valutazione <ul style="list-style-type: none"> – in caso di turbe funzionali 	1.1.1996
Radiochirurgia con LINAC	Si	<ul style="list-style-type: none"> – in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 ccm³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 ccm³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo. 	1.1.2003
Radiochirurgia con Gamma Knife	No		1.4.2003
	Si	In valutazione <ul style="list-style-type: none"> – in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 ccm³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. I fornitori di prestazioni devono tenere un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 ccm³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo. I fornitori di prestazioni devono tenere un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi. 	1.1.1999 bis 31.3.2003

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
10 Medicina complementare			
Agopuntura	Sì	Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999
Medicina antroposofica	Sì	In valutazione Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999 sino al 30.6.2005
Medicina cinese	Sì	In valutazione Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999 sino al 30.6.2005
Omeopatia	Sì	In valutazione Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999 sino al 30.6.2005
Terapia neurale	Sì	In valutazione Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999 sino al 30.6.2005
Fitoterapia	Sì	In valutazione Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999 sino al 30.6.2005
11 Riabilitazione			
Riabilitazione ospedaliera	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2003
Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA – dopo bypass-operation – dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi – dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio – malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita – malattia cronica con cattiva funzione ventricolare.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>La terapia può essere praticata ambulatoriamente o stazionariamente in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture corrispondenti alle esigenze formulate nel 1990 dal Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca, della Società svizzera di cardiologia.</p> <p>La riabilitazione ospedaliera è segnatamente indicata in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none">- accresciuto rischio cardiaco- diminuzione della funzione del miocardio- comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.) <p>La durata del programma di riabilitazione ambulatoriale è di 2 a 6 mesi a seconda dell'intensità del trattamento richiesto.</p> <p>La durata della riabilitazione ospedaliera è di regola di 4 settimane; può essere ridotta a 2 o 3 settimane in casi meno complessi.</p>	

Per mantenere il parallelismo d'impaginazione tra le edizioni italiana, francese e tedesca della RU, queste pagine rimangono vuote.

Per mantenere il parallelismo d'impaginazione tra le edizioni italiana, francese e tedesca della RU, queste pagine rimangono vuote.