

**Ordinanza del DFI  
sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria  
delle cure medico-sanitarie  
(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)**

**Modifica del 9 novembre 2005**

---

*Il Dipartimento federale dell'interno  
ordina:*

I

L'ordinanza del 29 settembre 1995<sup>1</sup> sulle prestazioni è modificata come segue:

*Art. 13 lett. d*

In caso di maternità, l'assicurazione assume gli esami di controllo seguenti (art. 29 cpv. 2 lett. a LAMal<sup>2</sup>):

---

Misura	Condizione
d. Amniocentesi, prelievo di villi coriali	Dopo approfondito colloquio con spiegazioni e consulenza che dev'essere autenticato nei casi seguenti: – donne a partire dai 35 anni d'età, – donne più giovani con rischio comparabile.  Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).

---

*Art. 20 cpv. 3*

*Concerne soltanto il testo tedesco*

<sup>1</sup> RS 832.112.31  
<sup>2</sup> RS 832.10

## Sezione 4: Aliquota percentuale dei medicinali

### Art. 38a

<sup>1</sup> L'aliquota percentuale ammonta al 20 % dei costi eccedenti la franchigia, conformemente all'articolo 105 capoverso 1<sup>bis</sup> OAMal<sup>3</sup>, per:

- a. il preparato originale il cui generico figura nell'elenco delle specialità;
- b. il medicamento in co-marketing ai sensi dell'articolo 2 lettera c dell'ordinanza dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici del 9 novembre 2001<sup>4</sup> concernente l'omologazione semplificata e l'obbligo di notificazione di medicinali (OOSM) corrispondente al preparato originale di cui alla lettera a.

<sup>2</sup> Se il medico o il chiropratico esigono esplicitamente, per motivi d'ordine medico, la consegna del preparato originale, il capoverso 1 non è applicabile.

<sup>3</sup> Il medico o il chiropratico informano il paziente dell'esistenza di un generico figurante nell'ES idoneo a sostituire il preparato originale.

### Art. 40 cpv. 1 e 2

<sup>1</sup> Gli istituti seguenti sono riconosciuti siccome scuole di chiropratica ai sensi dell'articolo 44 capoverso 1 lettera a OAMal:

- a. Canadian Memorial Chiropractic College  
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Canada;
- b. Cleveland Chiropractic College  
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;
- c. Logan College of Chiropractic  
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;
- d. Los Angeles College of Chiropractic  
16200 East Amber Valley Drive, P.O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;
- e. National College of Chiropractic  
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;
- f. New York Chiropractic College  
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;
- g. Northwestern College of Chiropractic  
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;
- h. Palmer College of Chiropractic  
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;
- i. Palmer College of Chiropractic West  
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;

<sup>3</sup> RU 2005 5639

<sup>4</sup> RS 812.212.23

- j. Texas Chiropractic College  
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;
- k. Western States Chiropractic College  
2900 N.E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.

<sup>2</sup> Oltre agli istituti menzionati al capoverso 1, in singoli casi i Cantoni possono riconoscere come equivalente un'altra scuola di chiropratica. I Cantoni esaminano la scuola e garantiscono l'equivalenza con gli istituti menzionati al capoverso 1.

## II

<sup>1</sup> L'allegato 1 è sostituito dalla nuova versione qui annessa.

<sup>2</sup> L'allegato 2 «Elenco dei mezzi e degli apparecchi»<sup>5</sup> è applicabile nel suo tenore del 1° gennaio 2006.

<sup>3</sup> L'allegato 3 «Elenco delle analisi»<sup>6</sup> è applicabile nel suo tenore del 1° gennaio 2006.

## III

La presente modifica entra in vigore il 1° gennaio 2006.

9 novembre 2005

Dipartimento federale dell'interno:  
Pascal Couchepin

<sup>5</sup> Non pubblicato nella RU (art. 20)

<sup>6</sup> 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. Non contiene quindi un'enumerazione esaustiva delle prestazioni mediche a carico o no 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 determinate condizioni, oppure non remunerati;
- prestazioni la cui efficacia, valore terapeutico o economicità sono in fase di valutazione, ma i cui costi sono, a determinate 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 di intervento
- 10 Medicina complementare
- 11 Riabilitazione

Indice alfabetico

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<b>1 Chirurgia</b>			
<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 casi seguenti: – 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
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 per ridurre il peso, durata due anni, non ha avuto successo.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>e. Il paziente soffre di una delle affezioni seguenti: 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. Piano 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
Trattamento laser endovasale di varici	No		1.1.2004
<i>1.2 Chirurgia di trapianto</i>			
Trapianto renale isolato	Si	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 isolato	Si	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)	Si	Stadio terminale di una malattia polmonare cronica. Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital cantonal universitaire di Ginevra in collaborazione con il Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.1.2003
Trapianto cuore-polmone	No		31.8.1989/ 1.4.1994

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto isolato del fegato	Si	Esecuzione in un centro che disponga dell'infrastruttura e dell'esperienza necessarie (mediamente 10 trapianti di fegato all'anno).	31.8.1989/ 1.3.1995
Trapianto del fegato da donatore vivo	Si	In valutazione Le spese vengono coperte solamente previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra. 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. I fornitori di prestazioni devono presentare all'UFSP un registro di valutazione coerente con un rapporto annuale (monitoraggio: numero di casi, indicazione, decorso presso i riceventi/i donatori, costi globali per riceventi e per donatori separatamente).	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005 fino al 30.6.2008
Trapianto simultaneo del pancreas e del rene	Si	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di Swiss Transplant.	1.1.2003
Trapianto isolato del pancreas	No	In valutazione	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002
Allotrapianto delle Isole di Langerhans	No	In valutazione	1.7.2002
Autotrapianto delle Isole di Langerhans	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



Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)	Sì	<p>Adulti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo;</li> <li>- bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo.</li> </ul> <p>Bambini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bruciature del 50 % o più della superficie totale del corpo;</li> <li>- bruciature del 40 % o più della superficie totale del corpo.</li> </ul>	1.1.1997/ 31.12.2001
Trapianto allogenico di un equivalente di pelle umana vivente a due strati (composto da derma e da epidermide)	No	In valutazione	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.4.2003
Cute autologa equivalente coltivata in due fasi	Sì	<p>In valutazione</p> <p>Le spese vengono coperte solamente previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.</p> <p>Per il trattamento di ulcere venose o arterio-venose delle gambe refrattarie a terapia conservativa, vale a dire nel caso sia indicato un trapianto di pelle autologa o se quest'ultimo non ha avuto successo.</p> <p>Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi</p>	1.1.2003/ 1.1.2004 fino al 31.12.2006
<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 modifiche imminenti dello scheletro, segnatamente 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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
Terapia ad onde d'urto radiali	No		1.1.2004
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/ 1.1.2004
Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi	Si	<p>In valutazione</p> <p>Pazienti colpiti da gonartrosi con dolori e diminuzione della mobilità per i quali il trattamento a base di analgesici o altre misure conservative è inefficace o controindicato.</p> <p>Scopo del trattamento a lungo termine è quello di rinviare l'impianto di una protesi.</p> <p>Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Trattamenti eseguiti nell'ambito dello studio controllato randomizzato svizzero (SVISCOT) per la valutazione clinica ed economica comparativa del viscosupplemento.</li> <li>– Per la terapia con viscosupplemento nell'ambito di SVISCOT è convenuta una remunerazione forfettaria.</li> </ul>	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004 fino al 31.12.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Chifoplastica a palloncino per il trattamento di fratture vertebrali	Sì	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione.</li> <li>– Indicazioni secondo la guideline della Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie del 23.9.2004.</li> </ul> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un operatore certificato dalla Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia.</p> <p>Nuovo esame nel 2007 su base di valutazione da parte della Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, della Società svizzera d'ortopedia e della Società svizzera di neurochirurgia.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005 fino al 31.12.2007
Gel di piastrine per protesi totale del ginocchio	No		1.1.2006
Menisctomia al laser	No		1.1.2006
<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	<p>Indicazioni:</p> <p>L'ESWL è indicato in caso di</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. litiasi del bacinetto,</li> <li>b. litiasi dei calici renali,</li> <li>c. litiasi della parte superiore dell'uretere,</li> </ol> <p>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.</p> <p>Gli elevati rischi dovuti alla particolare posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiológica appropriata (formazione speciale dei medici e paramedici, nonché adeguati apparecchi di controllo).</p>	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	Si	Incontinenza grave	31.8.1989
Terapia al laser dei tumori vescicali o del pene	Si		1.1.1993
Embolizzazione terapeutica della varicocele testicolare			
– mediante sclerotizzazione o applicazione di coils	Si		1.3.1995
– mediante balloons o microcoils	No		1.3.1995
Prostatectomia transuretrale mediante laser agli ultrasuoni	No		1.1.1997
Terapia transuretrale a microonde ad alta energia (TTM-AE)	No		1.1.2004
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica	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 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/ 1.1.2005 fino al 31.12.2004/ 31.12.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	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 una unità di manometria anrettale 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

### 2.1 In generale

Terapia con iniezione di ozono	No		13.5.1976
Terapia con ossigeno iperbarico	Sì	In casi di: – lesioni attiniche croniche o tardive; – osteomielite della mascella; – osteomielite cronica; – malattia da decompressione, nella misura in cui non è soddisfatta la definizione di infortunio.	1.4.1994 1.9.1988 1.1.2006
Celluloterapia a base di cellule fresche	No		1.1.1976
Sierocitoterapia	No		3.12.1981
Vaccinazione contro la rabbia	Sì	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	Sì	– 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»)	Sì		1.9.1967
Emodialisi a domicilio	Sì		27.11.1975

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Dialisi peritoneale	Si		1.9.1967
Nutrizione enterica a domicilio	Si	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	Si		1.3.1995
Insulinoterapia con pompa a perfusione continua	Si	Rimunerazione delle spese di noleggio della pompa alle condizioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>– il paziente soffre di diabete estremamente labile;</li> <li>– l'affezione non può essere stabilizzata in modo soddisfacente nemmeno mediante iniezioni multiple;</li> <li>– 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.</li> </ul>	27.8.1987 1.1.2000
Perfusione parenterale di antibiotici con pompa (ambulatoriamente)	Si		1.1.1997
Plasmaferesi	Si	Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sindrome d'iperviscosità.</li> <li>– Malattie del sistema immunitario, se la plasmaferesi si è rivelata efficace, in particolare in caso di: <ul style="list-style-type: none"> <li>– miastenia grave</li> <li>– porpora trombotica trombocitopenica</li> <li>– anemia emolitica immune</li> <li>– leucemia</li> <li>– sindrome di Goodpasture</li> <li>– sindrome di Guillain-Barré</li> <li>– avvelenamenti acuti</li> <li>– ipercolesterolemia familiare omozigota.</li> </ul> </li> </ul>	25.8.1988
LDL-Aferesi	Si	In caso di ipercolesterolemia familiare omozigota.  Realizzato in un centro che ha l'infrastruttura e l'esperienza richieste.	25.8.1988/ 1.1.2005
	No	In caso di ipercolesterolemia familiare eterozigota.	1.1.1993/ 1.3.1995 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal	
Trapianto di protogenociti ematopoietici	– autologo	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.		
		In caso di:	1.1.1997	
		– linfomi		
		– leucemia linfatica acuta		
		– leucemia mieloide acuta		
		Si	In caso di mieloma multiplo	1.1.2002
		Si	In valutazione	1.1.2002
			In caso di:	fino al
			– sindrome mielodisplastica	31.12.2006
	– 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			
	No	In caso di:	1.1.1997	
		– recidiva di leucemia mieloide acuta		
		– recidiva di leucemia linfatica acuta		
		– carcinoma del seno con metastasi ossee avanzate		
		– malattie congenite		
	No	In valutazione	1.1.2002	
		In caso di malattie auto-immuni.		
– allogeno	Si	In caso di:	1.1.1997	
		– leucemia mieloide acuta		
		– leucemia linfatica acuta		
		– leucemia mieloide cronica		
		– sindrome mielodisplastica		
		– anemia aplastica		
		– deficienze immunitarie e Inborn errors		
		– talassemia e anemia drepanocitica (donatore: fratello o sorella con identico HLA)		





Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	No	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.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
Poligrafia	Si	In caso di forte sospetto di apnea del sonno Esecuzione: medici specializzati (FMH pneumologia) in poligrafia respiratoria con esperienza pratica secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 6 settembre 2001.	1.7.2002/ 1.1.2006
Misura della melatonina nel siero	No		1.1.1997
Multiple Sleep Latency test	Si	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999.	1.1.2000
Maintenance of Wakefulness Test	Si	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999.	1.1.2000
Actigrafia	Si	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999.	1.1.2000
Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori	Si		16.9.1998/ 1.1.2001
Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato	No	In valutazione	1.7.2002
Trattamento fotodinamico con estere metilico dell'acido aminolevulinico	Si	Pazienti con cheratosi attinica, carcinomi basocellulari, morbo di Bowen e carcinomi spinocellulari con spessore sottile	1.7.2002
Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità	No		1.1.2004

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Endoscopia con capsula	Si	Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di: <ul style="list-style-type: none"> <li>– emorragie di causa ignota;</li> <li>– malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue;</li> <li>– in seguito a gastroscopia e colonoscopia con esito negativo.</li> </ul> Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2006
<i>2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva</i>			
Insufflazione di ossigeno	No		27.6.1968
Pressomassaggio sequenziale peristaltico	Si		27.3.1969/ 1.1.1996
Registrazione dell'ECG per telemetria	Si	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	Si	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 (Pace-maker)	No		12.5.1977
Applicazione di un defibrillatore	Si		31.8.1989
PTCA mediante pompa-pallone intra-ortale	Si		1.1.1997
Rivascolarizzazione transmiocardica per laser	No	In valutazione	1.1.2000
Terapia di risincronizzazione cardiaca sulla base di uno stimolatore cardiaco tricamerale, impianto e sostituzione del aggregato	Si	In caso di insufficienza cardiaca cronica severa refrattaria al trattamento farmacologico e con desincronizzazione cardiaca. Alle condizioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Insufficienza cronica severa (NYHA III o IV) con frazione d'eiezione ventricolare sinistra <math>\leq 35\%</math> malgrado trattamento medico adeguato</li> </ul>	1.1.2003/ 1.1.2004

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>– Blocco di branca sinistro con QRS largo <math>\geq</math> 130 millisecondi</p> <p>Le analisi e l'impianto potranno essere eseguiti esclusivamente in un centro cardiologico qualificato dotato di un gruppo interdisciplinare con le competenze richieste in elettrofisiologia cardiaca e dell'infrastruttura necessaria (ecocardiografia, programmatore esterno, laboratorio di cateterismo cardiaco).</p>	
Brachiterapia intracoronarica	No	In valutazione	1.1.2003
Impianto di stent coronarici rivestiti	Si		1.1.2005
<i>2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore</i>			
Massaggi in caso di paralisi consecutiva ad affezioni del sistema nervoso centrale	Si		23.3.1972
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami neurologici speciali	Si		15.11.1979
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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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, discinesie on). Accertamenti ed esecuzioni in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia funzionale, neurologia, neuro-radiologia).	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, neuroradiologica).	1.7.2002
Elettro-neurostimolazione transcutanea (abbreviazione in tedesco: TENS)	Si	Se il paziente utilizza personalmente lo stimolatore TENS, l'assicuratore gli rimborsa le spese di noleggio dell'apparecchio alle condizioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– il medico di fiducia deve aver confermato che l'autoterapia praticata dal paziente è indicata;</li> <li>– l'indicazione è data segnatamente nei casi seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dolori derivanti da un neuroma; p. es. dolori localizzati che possono insorgere con pressione nel settore delle membra amputate (monconi),</li> <li>– 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,</li> <li>– dolori provocati da compressione dei nervi; p. es. dolori irradianti persistenti dopo operazione dell'ernia del disco o del canale carpale.</li> </ul> </li> </ul>	23.8.1984

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia con baclofene con applicazione di un dosatore di medicinali	Si	In caso di spasticità resistente alla terapia	1.1.1996
Terapia intratecale di dolori cronici somatici con applicazione di un dosatore di medicinali	Si		1.1.1991
Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato	Si	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
Resezione curativa di focolai epilettogeni	Si	Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prova dell'esistenza di un'epilessia focale.</li> <li>– Gravi menomazioni causate dall'epilessia.</li> <li>– Resistenza alla farmacoterapia.</li> <li>– 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 postoperatori.</li> </ul>	1.1.1996
Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>– commisurotomia</li> <li>– amigdaloipectomia selettiva</li> <li>– operazione subappiale multipla secondo Morell-Whisler</li> <li>– stimolazione del nervo vago</li> </ul>	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.  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 postoperatori.  Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale	No		1.1.1997
Terapia elettrotermica intradiscale	No		1.1.2004
Crineurolisi	No	Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari.	1.1.1997
Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza	No		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo	Si	<p>Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Instabilità 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.</li> <li>– Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari.</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Protesi del disco intervertebrale	Si	<p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale e lombare.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di 3 mesi (cervicale) o di 6 mesi (vertebre lombari) – ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale o lombare, i quali soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o presentano disfunzioni neurologiche progressive, nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Degenerazione di 2 segmenti al massimo</li> <li>– Degenerazione minima degli altri segmenti contigui</li> <li>– Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari (livello lombare)</li> <li>– Nessuna cifosi primaria segmentale (livello cervicale)</li> <li>– Osservanza delle controindicazioni generali</li> </ul>	1.1.2004/ 1.1.2005 fino al 31.12.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Esecuzione dell'intervento solo da parte di un operatore certificato dalla Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia.	
		Nuovo esame nel 2007 su base di valutazione da parte della Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, della Società svizzera d'ortopedia e della Società svizzera di neurochirurgia.	
<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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	No	In caso di melanomi e sarcomi con: <ul style="list-style-type: none"> <li>– invasione o infiltrazione delle radici delle estremità (ad es. invasione inguinale);</li> <li>– metastasi a distanza.</li> </ul>	1.1.2001
Fotochemioterapia extracorporea	Si	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	Si	In valutazione Carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e <ul style="list-style-type: none"> <li>– aspettativa di vita &gt; 5 anni</li> <li>– nessuna TUR-P eseguita in precedenza volume della prostata &lt; 60 ccm</li> <li>– uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso</li> </ul> Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici. Sorveglianza delle radiazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>– personale con formazione specialistica</li> <li>– licenza di esercizio rilasciata dall'UFSP per lo I-125 in forma sigillata</li> </ul> Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.7.2002/ 1.1.2005 fino al 31.12.2008
<b>3 Ginecologia, ostetricia</b>			
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	11.12.1980



Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
– del marito	Si	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). 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
Embolizzazione di mioma uterino	No		1.1.2004/ 1.1.2005
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)	Si		1.4.2003/ 1.7.2005
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, ABB1, Siteselect)	Si	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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Ansa sottouretrale per il trattamento dell'incontinenza da sforzo nella donna	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Secondo le raccomandazioni dell'associazione di uro-ginecologia e patologia del pavimento pelvico, comunicazione degli esperti, aggiornamento del 27.7.2004 intitolato «Tension free Vaginal Tape (TVT) per il trattamento dell'incontinenza urinaria a sforzo».</li> <li>– L'impianto Reemex® non viene pagato.</li> </ul>	1.1.2004/ 1.1.2005
<b>4 Pediatria, psichiatria infantile</b>			
Terapia del gioco e della pittura per fanciulli	Si	Praticata dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	7.3.1974
Terapia dell'enuresi con apparecchio avvertitore	Si	Dai 5 anni compiuti.	1.1.1993
Elettrostimolazione della vescica	Si	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	Si	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
Ecografia dell'anca dei neonati secondo Graf	Si	Tra 0 e 6 settimane d'età, effettuato da un medico specialmente formato.	1.7.2004
Terapia ospedaliera lontano dal domicilio in caso di sovrappeso eccessivo	No		1.1.2005
<b>5 Dermatologia</b>			
Terapia alla luce nera (PUVA) delle affezioni cutanee	Si		15.11.1979
Fototerapia selettiva agli ultravioletti (abbreviazione in tedesco: SUP)	Si	Sotto la responsabilità e il controllo del medico.	11.12.1980
Embolizzazione degli emangiomi del viso (radiologia di intervento)	Si	A condizione che non risulti più cara del trattamento chirurgico (escissione).	27.8.1987

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia al laser in caso di:			
– naevus teleangiectaticus	Si		1.1.1993
– condylomata acuminata	Si		1.1.1993
– cicatrici dell'acne	No	In valutazione	1.7.2002
– cheloide	No		1.1.2004
Terapia climatica al Mare Morto	No		1.1.1997/ 1.1.2001
Balneo-fototerapia ambulatoriale	No	In valutazione	1.7.2002

## 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			
– lesioni della retina (inclusa apoplezia retinica)	Si		1.1.1993
– capsulotomia	Si		1.1.1993
– trabeculotomia	Si		1.1.1993
Chirurgia refrattiva (Cheratoma mediante laser; o intervento chirurgico)	Si	Obbligo di prestazione unicamente quando il portatore di occhiali è affetto da un'anisometropia non correggibile supera le 3 diottrie e non sopporta duramente le lenti a contatto; per la correzione di un occhio fino a raggiungere i valori correggibili mediante occhiali.  Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Correzione refrattiva mediante lente intraoculare	Si	Obbligo di prestazione unicamente quando l'anisometropia supera le 10 diottrie, in combinazione con la cheratomia.  Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.1.2005
Copertura di difetti della cornea con membrane amniotiche	Si		1.1.2001
Terapia fotodinamica della degenerazione maculare con Verteporfin	Si	Forma classica predominante esudativa di degenerazione maculare determinata dall'età	1.1.2006
	Si	In valutazione – Altre forme di degenerazione maculare determinata dall'età – Miopia patologica Piano di valutazione unitario con statistiche delle quantità e dei costi.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006 fino al 31.12.2008
Dilatazione per stenosi del canale lacrimale con Lacri-Cath	No		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatazione mediante catetere a palloncino per stenosi del canale lacrimale	Si	– con o senza impianto Stent – esecuzione da parte di esperti di radiologia di intervento con rispettiva esperienza	1.1.2006 fino al 31.12.2006
Oftalmoscopia a scansione laser	Si	Indicazioni: – controllo della terapia in caso di glaucoma dal trattamento difficile, per accertamenti prima di un intervento chirurgico – esami che precedono gli interventi alla retina  Controllo condotto nel centro dove verrà eseguito l'intervento	1.1.2004
<b>7 Otorinolaringoiatria</b>			
Logopedia	Si	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	Si		7.3.1974
Terapia mediante un «orecchio elettronico» secondo il metodo Tomatis (detta: audiopsicofonologia)	No		18.1.1979

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Protesi vocale	Si	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:	Si		1.1.1993
– papillomatosi delle vie respiratorie			
– resezione della lingua	Si		1.1.1993
Impianto della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili	Si	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Per fanciulli affetti da sordità periferica e per adulti affetti da sordità tardiva. Nei centri seguenti: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Kantonsspital di Lucerna. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Impianto di un apparecchio uditivo mediante ancoraggio osseo percutaneo	Si	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
Impianto chirurgico del sistema d'impianto dell'orecchio medio del tipo «Vibrant Sound-bridge» per il trattamento di ipoacusie neurosensoriali	Si	Per pazienti che a causa motivi medici o audiologici non sono in grado di usufruire di apparecchi acustici tradizionali (per esempio in caso di otite esterna cronica, allergie, esostosi, ecc.).	1.1.2005
Palatoplastica al laser	No		1.1.1997
Litotripsia del calcolo salivare	Si	Esecuzione in un centro che disponga dell'esperienza necessaria (mediamente 30 primi trattamenti all'anno).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<b>8 Psichiatria</b>			
Terapia della tossicodipendenza			
– ambulatoria	Si	Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato.	25.3.1971
– ospedaliera	Si		
Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei	Si	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osservanza delle direttive e raccomandazioni seguenti: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. In caso di terapia con prescrizione di metadone: Rapporto sul metadone «Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» (terza edizione) dicembre 1995.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> </li> <li>2. La sostanza o il preparato utilizzati devono figurare nell'Elenco dei medicinali con tariffa (EMT) oppure nell'Elenco delle specialità (ES) nel gruppo terapeutico (IT) approvato dall'UICM.</li> <li>3. La terapia sostitutiva comprende le prestazioni seguenti: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapeutici precedenti);</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	1.1.2001

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- determinazione della diagnosi e dell'indicazione;</li> <li>- approntamento del piano terapeutico;</li> <li>- procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie;</li> <li>- avvio ed esecuzione della terapia sostitutiva;</li> <li>- garanzia della qualità;</li> <li>- terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope;</li> <li>- valutazione del processo terapeutico;</li> <li>- richiesta d'informazioni presso l'istituzione preposta alla consegna dei prodotti,</li> <li>- verifica della diagnosi e dell'indicazione;</li> <li>- adeguamento della terapia e relativo scambio di corrispondenza con le autorità;</li> <li>- rapporti all'attenzione delle autorità e degli assicuratori-malattie;</li> <li>- controllo della qualità.</li> </ul> <p>b. Prestazioni del farmacista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità;</li> <li>- consegna controllata della sostanza o del preparato;</li> <li>- contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità;</li> <li>- rapporti all'attenzione del medico responsabile;</li> <li>- consulenza.</li> </ul> <p>4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo la cifra 1.</p> <p>5. Per la terapia sostitutiva è convenuta una remunerazione forfettaria.</p>	
Svezamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto sedazione	No		1.1.2001
Svezamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto anestesia	No	In valutazione	1.1.1998

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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

### 9.1 Radiodiagnostica

Tomografia assiale computerizzata (scanner)	Si	Esclusi gli esami di routine (Screening)	15.11.1979
Osteodensitometria – mediante assorziometria a doppia energia ai raggi X (DEXA)	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In caso d'osteoporosi manifesta e dopo frattura ossea da trauma inadeguato.</li> <li>– In caso di terapia a lungo termine al cortisone o in caso di ipogonadismo.</li> <li>– In caso di malattie gastrointestinali (sindrome di malassorbimento, morbo di Crohn, colite ulcerosa).</li> <li>– In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara).</li> <li>– In caso di osteogenesis imperfecta.</li> </ul>	1.3.1995
		I costi degli esami DEXA sono assunti solo per l'esecuzione limitata a una regione del corpo.	1.1.1999
		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



Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Osteodensitometria mediante TC periferica quantitativa (pQTC)	No		1.1.2003/ 1.1.2006
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)	Si		1.1.1999
Tomografia con emissione di positroni (PET)	Si	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Per le indicazioni seguenti: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. in cardiologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>– in una situazione documentata d'infarto e di sospetto di «hibernating myocardium» prima di un intervento (PTCA/CABG);</li> <li>– per confermare o escludere una ischemia in caso di malattie coronariche di più, documentate dal profilo angiografico, o in caso di anatomia complessa delle coronarie, p. es. dopo una rivascularizzazione, oppure in caso di sospetto di disturbo microcircolatorio;</li> <li>– come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco;</li> </ul> </li> <li>b. in oncologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di linfomi maligni: staging, diagnostica di tumore residuo, diagnostica di recidiva;</li> <li>– staging di carcinomi polmonari non a piccole cellule e del melanoma maligno;</li> <li>– in caso di tumore alle cellule germinative dell'uomo: staging, tumore residuo dopo terapia;</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006 fino al 30.6.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- in caso di carcinoma coloretale: 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;</li> <li>- in caso di cancro del seno: staging dei moduli linfatici; diagnosi di metastasi a distanza per pazienti ad alto rischio;</li> <li>- tumori della regione gastroesophageale: staging, diagnostica di tumore residuo, diagnostica di recidiva;</li> <li>- tumori della regione ORL: staging, diagnostica di tumore residuo, diagnostica di recidiva;</li> </ul> <p>c. in neurologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione preoperatoria di tumori al cervello;</li> <li>- valutazione preoperatoria per la chirurgia di rivascularizzazione complessa in caso d'ischemia cerebrale;</li> <li>- investigazione di demenze su persone d'età inferiore ai 80 anni;</li> <li>- in caso di epilessia focale resistente alla terapia.</li> </ul> <p>3. Ripetizione di un esame PET al più presto dopo 60 giorni.</p> <p>4. Piano di valutazione unitario con statistiche delle quantità e dei costi.</p>	
Magnetoencefalografia	No	In valutazione	1.7.2002
<i>9.3 Radiologia di intervento</i>			
Irradiazione terapeutica con pioni	No	In valutazione	1.1.1993
Irradiazione terapeutica con protoni	Si	In caso di melanomi intraoculari	28.8.1986

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	<p>In valutazione</p> <p>Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.</p> <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tumori del cranio: chordoma, chondrosarcoma, tumori ORL (ad es. Carcinomi epidermici, adenocarcinomi, carcinomi adenocistici, carcinomi mucoepidermici, neuro-estesioblastomi, tumori rari come ad esempio para-gliomi o emangiopericitomi).</li> <li>– tumori del cervello e delle meningi (gliomi Low Grade 1 e 2; meningiomi).</li> <li>– tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso).</li> <li>– tumori nei bambini e negli adolescenti, se è indicata un'irradiazione particolarmente riguardosa dell'organismo in crescita</li> </ul> <p>Esecuzione in un centro qualificato che dispone dell'infrastruttura necessaria, come:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gantry</li> <li>– utilizzazione moderna delle radiazioni (ad es. Spotscanning, IMPT)</li> <li>– acceleratore di protoni</li> <li>– estesi provvedimenti tecnici di sicurezza</li> <li>– radioprotezione, sorveglianza delle radiazioni supporto tecnico</li> <li>– personale con formazione specialistica (medici, fisici, personale non accademico)</li> </ul> <p>Il centro deve disporre di un'autorizzazione d'esercizio dell'Ufficio federale della sanità pubblica e avere sufficiente esperienza in materia di terapia con i protoni.</p> <p>Piano di valutazione unitario con statistiche delle quantità e dei costi.</p>	1.1.2002/ 1.7.2002 fino al 31.12.2006
Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife)	Sì	<p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– neurinomi del nervo acustico</li> <li>– recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi</li> <li>– adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale</li> <li>– malformazioni arteriovenose</li> <li>– meningiomi</li> </ul>	1.1.1996

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	No	In valutazione	1.1.1996
		– in caso di turbe funzionali	
Radiochirurgia con LINAC	Si	– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm <sup>3</sup> 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.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
		– in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm <sup>3</sup> al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.	
Radiochirurgia con Gamma Knife	No	– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm <sup>3</sup> 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.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
		– in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm <sup>3</sup> al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.	
<b>10 Medicina complementare</b>			
Agopuntura	Si	Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999
Medicina antroposofica	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Medicina cinese	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Omeopatia	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Terapia neurale	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Fitoterapia	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<b>11 Riabilitazione</b>			
Riabilitazione ospedaliera	Si	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	Si	<p>Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA</li> <li>– dopo bypass-operation</li> <li>– dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi</li> <li>– dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio</li> <li>– malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita</li> <li>– malattia cronica con cattiva funzione ventricolare.</li> </ul> <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"> <li>– accresciuto rischio cardiaco</li> <li>– diminuzione della funzione del miocardio</li> <li>– comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.)</li> </ul> <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>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003

---

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Riabilitazione polmonare	Si	<p>Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche.</p> <p>La terapia può essere ambulatoriale o ospedaliera in un'istituzione diretta da medici. Lo svolgimento del programma, il personale e l'infrastruttura devono adempire i requisiti del 2003 posti dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. Il responsabile del programma deve ottenere la certificazione da parte della Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare.</p> <p>La copertura delle spese è garantita al massimo una volta all'anno.</p> <p>Le spese sono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.</p>	1.1.2005

---