



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

Modifica del 2 giugno 2017

*Il Dipartimento federale dell'interno (DFI)
ordina:*

I

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

Sostituzione di un'espressione

In tutta l'ordinanza «Calendario vaccinale 2016» è sostituito con «Calendario vaccinale 2017».

Art. 12a lett. k n. 1

L'assicurazione assume i costi delle seguenti vaccinazioni profilattiche alle condizioni elencate:

Misura	Condizione
k. Vaccinazione contro i virus del papilloma umano (HPV)	1. Secondo il Calendario vaccinale 2017: a. vaccinazione di base delle ragazze d'età compresa tra gli 11 e i 14 anni; b. vaccinazione delle ragazze e donne d'età compresa tra i 15 e i 26 anni; questa disposizione è applicabile fino al 30 giugno 2018;

¹ RS 832.112.31

Misura	Condizione
	c. vaccinazione complementare dei ragazzi e degli uomini d'età compresa tra gli 11 e i 26 anni.

Art. 12d cpv. 1 lett. d n. 2

¹ L'assicurazione assume i costi delle seguenti misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio alle condizioni elencate:

Misura	Condizione
d. Mammografia digitale, RMN mammaria	<p>2. Indicazione, colloquio con spiegazioni e consulenza nonché esecuzione della sorveglianza e ulteriori consulenza ed esame in caso di risultati anomali da parte di un centro di senologia che soddisfi i requisiti secondo i «Criteri di qualità per la certificazione dei centri di senologia» della Lega svizzera contro il cancro e della Società svizzera di senologia, dell'ottobre 2014², secondo le raccomandazioni «The requirements of a specialist Breast Centre» della <i>European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)</i>, pubblicate il 19 agosto 2013³, o secondo i criteri contenuti nel «Erhebungsbogen Brustkrebszentren» della Deutsche Krebsgesellschaft e della Deutsche Gesellschaft für Senologie del 14 luglio 2016⁴.</p> <p>A titolo sussidiario gli esami mediante formazione d'immagini possono essere effettuati anche da fornitori di prestazioni che collaborano su base contrattuale con un centro di senologia certificato. Se la prestazione deve essere eseguita in un'altra istituzione, va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.</p>

² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Art. 12e lett. d

L'assicurazione assume i costi delle seguenti misure per l'individuazione precoce di malattie nella popolazione in generale alle condizioni elencate:

Misura	Condizione
d. Individuazione precoce del carcinoma del colon	<p>Persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni</p> <p>Metodi d'esame:</p> <ul style="list-style-type: none"> – identificazione del sangue occulto nelle feci, ogni due anni, analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA), colonoscopia in caso di esito positivo; oppure – colonoscopia, ogni dieci anni. <p>Se l'esame si svolge nel quadro dei programmi nei Cantoni di Giura, Neuchâtel, Uri o Vaud o nella regione amministrativa del Giura bernese per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia.</p>

Art. 13 lett. b^{ter}

In caso di maternità, l'assicurazione assume gli esami di controllo seguenti (art. 29 cpv. 2 lett. a LAMal⁵):

Misura	Condizione
b ^{ter} Test prenatale non invasivo (TPNI)	<p>Per l'identificazione di una trisomia 21, 18 o 13 in caso di gravidanza mono-fetale.</p> <p>A partire dalla 12^a settimana di gravidanza.</p> <p>Per le donne incinte presso le quali sussiste un rischio pari o superiore a 1:1000 che il feto sia affetto da una trisomia 21, 18 o 13.</p> <p>Determinazione del rischio e indicazione in caso di malformazioni visibili con l'ecografia secondo la comunicazione degli esperti n. 52 del 12 aprile 2017⁶ della Società svizzera</p>

⁵ RS **832.10**

⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Misura	Condizione
	<p>di ginecologia e ostetricia (SSGO), redatta dal Gruppo di lavoro dell'Accademia di medicina feto-materna e della Società svizzera di genetica medica.</p> <p>Dopo colloquio approfondito con spiegazioni e consulenza secondo gli articoli 14 e 15 LEGU, nonché previo consenso scritto della donna incinta e concessione del diritto di autodeterminazione secondo l'articolo 18 LEGU.</p> <p>Prescrizione solo da parte di medici specializzati in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in medicina feto-materna, medici specializzati in medicina genetica o medici titolari di un attestato di capacità per ultrasuoni in gravidanza della SSUM.</p> <p>Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).</p> <p>Se per motivi tecnici è stabilito il sesso del feto, questa informazione non può essere comunicata prima del termine di dodici settimane dall'inizio dell'ultima mestruazione.</p>

II

- ¹ L'allegato 1 è modificato secondo la versione qui annessa.
- ² L'allegato 2⁷ («Elenco dei mezzi e degli apparecchi») è modificato.
- ³ L'allegato 3⁸ («Elenco delle analisi») è modificato.

⁷ Non pubblicato nella RU (art. 20a). La modifica può essere consultata al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

⁸ Non pubblicato nella RU (art. 28). La modifica può essere consultata al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco delle analisi (EA).

III

La presente ordinanza entra in vigore il 1° luglio 2017

2 giugno 2017

Dipartimento federale dell'interno:

Alain Berset

Allegato 1
(art. 1)

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

N. 1.3, 1.4, 2.1, 2.3, e 9.2.

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1 Chirurgia			
<i>1.3 Ortopedia, Traumatologia</i>			
Trapianto autologo di chondrociti	Si	In valutazione Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Sono determinanti le indicazioni e controindicazioni della CTM del 26.10.2011 secondo la scheda informativa 2016.131.725.01-1. I costi vengono coperti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 fino al 31.12.2019
...			
<i>1.4 Urologia e Proctologia</i>			
...			
<i>Aggiungere il seguente provvedimento dopo «Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale»:</i>			
Stimolazione magnetica periferica ripetitiva (rPMS, magnetic innervation therapy) del pavimento pelvico in caso di incontinenza urinaria	No		1.7.2017
...			
2 Medicina interna			
<i>2.1 In generale</i>			
...			
Polisonnografia	Si	In caso di forte sospetto di:	1.3.1995/
Poligrafia		– apnea del sonno	1.1.1997/
		– movimento periodico delle gambe nel sonno	1.1.2002/ 1.7.2017
		– narcolessia, se la diagnosi clinica è incerta	
		– parasonnia grave (ad es. distonia epilettica notturna o comportamento violento duran-	

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		te il sonno), se la diagnosi è incerta e se ne risultano conseguenze terapeutiche.	
		Indicazione ed esecuzione in centri, che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 ⁹ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC).	
		Si suppone che i centri certificati dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'indicazione o l'esame è eseguito in un centro non certificato dalla SSSSC, va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	
	No	Esame di routine dell'insonnia passeggera e cronica, della fibrositis e Chronic Fatigue Syndrome.	1.1.1997
	No	In caso di forte sospetto di: <ul style="list-style-type: none"> – 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
	No	Fratelli e sorelle di lattanti morti di Sudden Infant Syndrome (SIDS).	1.7.2011
Poligrafia	Si	In caso di forte sospetto di apnea del sonno. Esecuzione solo da parte di medici specializzati in pneumologia od otorinolaringologia la cui formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 ¹⁰ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) o le «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» del 26 marzo 2015 ¹¹ della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL). Si suppone che i medici specializzati (pneumologia od ORL), certificati dalla	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017

⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

¹⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

¹¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Società svizzera di pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti. Se l'esame è eseguito da un medico specialista che non è certificato né dalla SSP né dalla SSORL, va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	
...			
Multiple Sleep Latency Test	Si	Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 ¹² della SSSSC. Si suppone che i centri certificati dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame è eseguito in un centro non certificato dalla SSSSC, va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.7.2017
Maintenance of Wakefulness Test	Si	Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 ¹³ della SSSSC. Si suppone che i centri certificati dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame è eseguito in un centro non certificato dalla SSSSC, va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.7.2017
Actigrafia	Si	Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 ¹⁴ della SSSSC. Si suppone che i centri certificati dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame è eseguito in un centro non certificato dalla SSSSC, va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.7.2017

...

2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia

¹² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

¹³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

¹⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

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

...

Sostituire il provvedimento «Protesi del disco intervertebrale» con:

Protesi del disco intervertebrale cervicale	Sì	<p>Indicazione:</p> <p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna cifosi primaria segmentale – Osservanza delle controindicazioni generali. <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.1.2012/ 1.7.2017</p>
---	----	---	---

Aggiungere il seguente provvedimento dopo «Protesi del disco intervertebrale cervicale»

Protesi del disco intervertebrale lombare	Sì	<p>Indicazione:</p> <p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello lombare.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello lombare e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari 	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
---	----	--	---

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>– Osservanza delle controindicazioni generali.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.</p>	
Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale	Si	<p>Indicazione:</p> <p>Stenosi spinale dinamica, stenosi spinale con decompressione, ernia discale recidiva con decompressione e sindrome da iperpressione delle faccette.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
<i>Sostituire il provvedimento «Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale (p. es. del tipo DYNESYS) con»:</i>			
Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti pedicolari posteriori	Si	<p>Indicazioni:</p> <p>– Stenosi spinale con o senza spondilolistesi degenerativa, al massimo su due livelli; se su più di due livelli è richiesta preventivamente la garanzia speciale dell'assicuratore, previo esame dell'obbligo di prestazione e relativa raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>– Degenerazione del disco intervertebrale al massimo su due piani eventualmente con un'artrosi delle faccette</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nono-</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		stante venga applicata una terapia conservativa. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	
...			
9		Radiologia	
9.2		<i>Altri procedimenti di formazione d'immagini</i>	
...			
Tomografia con emissione di positroni (TEP, TEP/TC)	Si	Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008 ¹⁵ della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN). a) Mediante F-2-fluorodesossiglucosio (FDG) solo per le indicazioni seguenti: 1. in cardiologia: – come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco, 2. in oncologia: – secondo le direttive cliniche relative alla FDG-TEP del 28 aprile 2011 ¹⁶ della SSMN, capitolo 1.0, 3. in neurologia: – valutazione preoperatoria in caso di epilessia focale resistente alla terapia, – investigazione di demenze: come esame complementare in casi non certi, dopo accertamento preliminare da parte di specialisti, in geriatria, psichiatria e neurologia; fino all'età di 80 anni, con un Mini-Mental-Status-Test (MMST) totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; nessun esame preliminare mediante PET o SPECT.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016

¹⁵ Le direttive possono essere consultate all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref.

¹⁶ Le direttive possono essere consultate all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref.

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		4. in valutazione: nel caso dell'indicazione «effetto massa», secondo le direttive cliniche relative alla FDG-PET del 28 aprile 2011 della SSMN, capitolo 2.0.	1.7.2014 fino al 31.12.2017
		b) Mediante N-13-Ammoniaca, solo per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio.	1.7.2013
		c) Mediante rubidio-82, solo per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio.	1.7.2013
		d) Mediante 18F-fluorocolina, In valutazione solo per l'indicazione seguente: per l'esame di una recidiva biochimica (alterazione del PSA) di un carcinoma prostatico.	1.7.2014 fino al 31.12.2017
		e) Mediante 18F-etil-tirosina (FET) Per le indicazioni seguenti: valutazione dei tumori cerebrali e rivalutazione dei tumori cerebrali maligni	1.1.2016
		f) Mediante gallio-68-PSMA-11 In valutazione solo per l'indicazione seguente: per l'esame di una recidiva biochimica (alterazione del PSA) di un carcinoma prostatico.	1.1.2017 fino al 31.12.2018
		g) Mediante DOTA-peptidi, solo per l'indicazione seguente: stadiazione e ristadiazione di tumori neuroendocrini differenziati.	1.7.2017
	No	a) Mediante 18F-Fluoride	1.1.2013/
		b) Mediante 18F-Florbetapir	1.7.2014/
		c) Con altri isotopi diversi dall'F-2- fluoro-desossiglucosio (FDG), 18F-fluorocolina, N-13-Ammoniaca o rubidio-82 o 18F-etil-tirosina (FET), gallio-68-PSMA-11 o DOTA-peptidi	1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017
...			