



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

Modifica del 28 novembre 2017

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

I

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

Art. 4 lett. c n. 5

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

- c. mezzi e apparecchi:
 - 5. i prodotti dei gruppi 34 e 35. Materiale per medicazione;

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: <ul style="list-style-type: none">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. |

¹ RS 832.112.31

Art. 12d cpv, 1 lett. d

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>1. Per le donne con un rischio familiare di cancro del seno medio o molto elevato o con rischio individuale comparabile. Classificazione del rischio secondo i documenti di riferimento dell'UFSP «Stima del rischio» (stato 02/2015)².</p> <p>La condizione per la classificazione nella categoria «rischio molto elevato» è una consulenza genetica secondo la lettera f. Indicazione, frequenza e metodo d'indagine adeguato al rischio e all'età secondo il documento di riferimento dell'UFSP «Protocollo di monitoraggio» (stato al 02/2015)³. Il primo esame deve essere preceduto da un colloquio approfondito con spiegazioni e consulenza, che va documentato.</p> <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 certificato 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 2014⁴, secondo le raccomandazioni «The requirements of a specialist Breast Centre» della European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), pubblicate il 19 agosto 2013⁵, o secondo i criteri contenuti nell'«Erhebungs-</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

⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Misura | Condizione |
|--------|---|
| | <p>bogen Brustkrebszentren» della Deutsche Krebsgesellschaft e della Deutsche Gesellschaft für Senologie del 14 luglio 2016⁶.</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.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un altro centro, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> |

Art. 12e lett. a e d

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

| Misura | Condizione |
|--|---|
| a. Screening di: fenilchetonuria, galattosemia, deficit in biotinidasi, sindrome adrenogenitale, ipotiroidismo congenito, carenza di acil-CoA deidrogenasi a catena media (MCAD), fibrosi cistica, aciduria glutarica di tipo 1, malattia delle urine a sciroppo d'acero | <p>Per i neonati.</p> <p>Analisi di laboratorio secondo l'Elenco delle analisi (EL).</p> |
| ... | |
| 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. |

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

| Misura | Condizione |
|--------|---|
| | Se l'esame si svolge nel quadro dei programmi nei Cantoni di Ginevra, Giura, Neuchâtel, Uri o Vaud o nella regione amministrativa del Giura berne- se per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia. |

Art. 13 lett. b^{ter}

In caso di maternità, l'assicurazione assume gli esami di controllo seguenti (art. 29 cpv. 2 lett. a LAMal⁷):

| Misura | Condizione |
|--|--|
| b. ^{ter} Test prenatale non invasivo (TPNI) | <p>Per l'identificazione di una trisomia 21, 18 o 13.</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 1° gennaio 2018⁸ della Società svizzera 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</p> |

⁷ RS **832.10**

⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Misura | Condizione |
|--------|---|
| | <p>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> |

Art. 18 cpv. 2

² L'assicurazione assume i costi di cui al capoverso 1 soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.

Art. 35 Misura straordinaria per contenere l'aumento dei costi

Aumenti dei prezzi secondo l'articolo 67 capoverso 2 OAMal sono esclusi. In via eccezionale l'UFSP può concedere aumenti dei prezzi al fine di garantire il fabbisogno in cure della popolazione svizzera se non esistono alternative terapeutiche.

II

¹ L'allegato 1 è modificato secondo la versione qui annessa.

² L'allegato 2⁹ («Elenco dei mezzi e degli apparecchi») è modificato.

³ L'allegato 3¹⁰ («Elenco delle analisi») è modificato.

⁹ 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).

¹⁰ 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

¹ Fatti salvi i capoversi 2–4, la presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 2018.

² L'allegato 2 numeri 03.05 e 21.02–21.05 entra in vigore il 1° marzo 2018.

³ L'articolo 4 lettera c numero 5 e l'allegato 2 numeri 35–35.10.06 entrano in vigore il 1° aprile 2018.

⁴ L'articolo 12a lettera k entra in vigore il 1° luglio 2018.

⁵ L'articolo 35 ha effetto fino al 31° dicembre 2018.

28 novembre 2017

Dipartimento federale dell'interno:

Alain Berset

Allegato I
(art. 1)

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

N. 1.1–1.4, 2.1–2.3, 2.5, 4–8, 9.2, 9.3 e 11

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|---|
| 1 | Chirurgia | | |
| <i>1.1</i> | <i>In generale</i> | | |
| ... | | | |
| <i>Sostituire il provvedimento «Riduzione operatoria della mammella sana» con</i> | | | |
| Riduzione operatoria della mammella sana in caso di amputazione o mastectomia parziale della mammella malata | Si | Per eliminare un'asimmetria delle mammelle e ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente | 1.1.2015/ 1.1.2018 |
| ... | | | |
| Terapia chirurgica dell'obesità | Si | Il paziente ha un indice di massa corporea (IMC) superiore a 35. Un'adeguata terapia per ridurre il peso della durata di due anni non ha avuto successo. Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive mediche sulla terapia chirurgica dell'obesità (Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht, solo in tedesco) del 31 ottobre 2017 ¹¹ della «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB). Esecuzione in centri che, sulla base della loro organizzazione e del personale, sono in grado di osservare le direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 per la terapia chirurgica dell'obesità. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 soddisfino tale condizione. Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SMOB, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018 |
| ... | | | |

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

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|---|---|
| <i>1.2 Chirurgia di trapianto</i> | | | |
| ... | | | |
| Trattamento di ferite di difficile guarigione con espianti di pelle coltivata | Si | <p>Con equivalenti di pelle autologa o allo-genica ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge.</p> <p>Dopo una terapia conservativa eseguita a regola d'arte che non ha avuto successo.</p> <p>Indicazione per la scelta del metodo o del prodotto secondo le «Direttive per l'impiego di cute equivalente in caso di ferite di difficile guarigione» del 1° aprile 2011¹² della Società svizzera di dermatologia e venereologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung.</p> <p>Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung.</p> <p>Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | <p>1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012</p> |
| Trapianto autologo di grasso per correggere difetti congeniti, dovuti a malattia e di tipo postraumatico | Si | <p>Non concerne la ricostruzione mammaria postoperatoria.</p> <p>Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.8.2016 |
| <i>1.3 Ortopedia, Traumatologia</i> | | | |
| ... | | | |
| Osteochondrale Mosaicplasty per coprire lesioni del tessuto osseo e cartilagineo | Si | <p>Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio, di un'estensione massima di 2 cm².</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | <p>1.1.2002/ 1.1.2017</p> |
| Trapianto autologo di chondrociti | Si | <p>In valutazione</p> <p>Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Sono determinanti le indicazioni e controindicazioni della CTM del</p> | <p>1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 fino al 31.12.2019</p> |

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

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|--|
| | | 26.10.2011 secondo la scheda informativa 2016.131.725.01-1. | |
| | | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | |
| ... | | | |
| Chifoplastica a palloncino per il trattamento di fratture vertebrali | Si | Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione. Indicazioni secondo le linee guida della Società svizzera di chirurgia spinale del 23 settembre 2004 ¹³ . 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 e 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 e dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013 |
| ... | | | |
| <i>1.4 Urologia e Proctologia</i> | | | |
| ... | | | |
| Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica | Si | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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. | 1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008 |
| Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia | Si | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta, che disponga di una unità di manometria anorettale in grado di realizzare una completa valutazione | 1.1.2003/ 1.1.2008 |

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

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|------------------------------------|
| dell'incontinenza fecale | | 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. | |
| ... | | | |
| 2 | Medicina interna | | |
| 2.1 | <i>In generale</i> | | |
| ... | | | |
| <i>Provvedimento «Insulinoterapia con pompa a perfusione continua»</i> | | | |
| <i>Abrogato</i> | | | |
| ... | | | |
| Trapianto di protogenociti ematopoietici | | In centri qualificati secondo l'organo di certificazione «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST) Esecuzione secondo le normative pubblicate da «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards For Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5 ^a edizione marzo 2012 ¹⁴ . Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge dell'8 ottobre 2004 ¹⁵ sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007 ¹⁶ sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore. | 1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013 |
| – autologo | Si | – linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta – mieloma multiplo – neuroblastoma – medulloblastoma – carcinoma germinale – sclerosi sistemica. | 1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018 |

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

¹⁵ RS **810.21**

¹⁶ RS **810.211**

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---------------|----------------------------|--|--|
| | Si | Nel quadro di studi clinici: – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms. | 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022 |
| | Si | In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni a accezione di sclerosi sistemica, morbo di Crohn e diabete mellito. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia. | 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022 |
| | No | – recidiva di leucemia mieloide acuta – recidiva di leucemia linfatica acuta – carcinoma del seno – carcinoma bronchiale a piccole cellule – malattie congenite – carcinoma ovarico – tumore solido raro del bambino – sindrome mielodisplastica – leucemia mieloide cronica – morbo di Crohn – diabete mellito | 1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 |
| – allogeno | Si | – leucemia mieloide acuta – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide cronica – sindrome mielodisplastica – anemia aplastica – deficienze immunitarie e Inborn errors – talassemia e anemia drepanocitica – mieloma multiplo – malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica). | 1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018 |
| | Si | In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia. | 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022 |
| | No | – tumori solidi – melanoma – carcinoma del seno – carcinoma renale – artrite reumatoide. | 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 |

...

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|-----------------|----------------------------|---|---|
| Polisonnografia | Sì | In caso di forte sospetto di: | 1.3.1995/ 1.1.1997/ |
| Poligrafia | | <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. <p>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 2016¹⁷ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC).</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2002/ 1.7.2017 |
| | 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: | 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003 |
| | | <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. | |
| | No | Fratelli e sorelle di lattanti morti di Sudden Infant Syndrome (SIDS). | 1.7.2011 |
| Poligrafia | Sì | 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 ¹⁸ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) o le «Richtlinien für die Ertei- | 1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017 |

¹⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

¹⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---------------------------------|----------------------------|--|--------------------------------|
| | | lung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» del 26 marzo 2015 ¹⁹ della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL). Si suppone che i medici specializzati (pneumologia od ORL), riconosciuti dalla Società svizzera di pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito da un medico specialista che non è riconosciuto né dalla SSP né dalla SSORL, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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 ²⁰ della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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 ²¹ della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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 | 1.1.2000/ 1.7.2017 |

¹⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

²⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

²¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|--|
| | | Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 ²² della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | |
| ... | | | |
| Trattamento fotodinamico con acido 5-aminolevulinico | Si | Pazienti con cheratosi attinica secondo le limitazioni dell'elenco delle specialità | 1.1.2014/ 1.1.2018 |
| ... | | | |
| Endoscopia con capsula | Si | Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di: – emorragie di causa ignota; – malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue. In seguito a gastroscopia e colono-scopia con esito negativo. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2004/ 1.1.2006 |
| ... | | | |
| 2.2 | | <i>Malattie cardiovascolari, medicina intensiva</i> | |
| ... | | | |
| Sistema impiantabile per la registrazione di un elettrocardiogramma sottocutaneo | Si | | 1.1.2001/ 1.1.2018 |
| ... | | | |
| 2.3 | | <i>Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia</i> | |
| ... | | | |
| Chirurgia palliativa dell'epilessia mediantemente: – commisurotomia – operazione subappiale multipla secondo Morell-Whisler – stimolazione del nervo vago | Si | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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 diagno- | 1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009 |

²² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|---|
| ... | | stica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori. | |
| Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo | Si | <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Instabilità della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stensi 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. | <p>1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004</p> |
| Protesi del disco intervertebrale cervicale | Si | <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 richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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> |

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|---|---|
| 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 non-stante 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 - 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 richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | <p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p> |
| Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale | Sì | <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 richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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> |

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|---|
| Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti pedicolari posteriori | Sì | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Stenosi spinale con o senza spondilolistesi degenerativa, al massimo su due livelli; se su più di due livelli, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. – Degenerazione del disco intervertebrale al massimo su due piani eventualmente con un'artrosi delle faccette <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 nonostante venga applicata una terapia conservativa.</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 richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione 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> |
| ... | | | |
| 2.5 | <i>Oncologia</i> | | |
| ... | | | |
| Analisi dell'espressione multigenica in caso di carcinoma mammario | Sì | <p>In valutazione</p> <p>Indicazione:</p> <p>Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> – positivo al recettore estrogenico – negativo al recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2-) – con fino a 3 linfonodi loco regionali colpiti – i soli referti convenzionali non consentono una decisione univoca a favore di una chemioterapia adiuvante. | <p>1.1.2011/ 1.1.2015 fino al 31.12.2018</p> |

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

Condizioni per l'effettuazione del test:

Esecuzione da parte di un medico specialista in patologia, principalmente in patologia molecolare. Se la parte concernente la tecnica di laboratorio è effettuata in un laboratorio estero, questo deve essere conforme ai requisiti della direttiva IVDD 98/79/CE²³ o ISO 15189 /17025²⁴.

...

4 Pediatria, psichiatria infantile

| | | | |
|--|----|---|---|
| Programmi per terapie multiprofessionali ambulatoriali in gruppo per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità | Si | <p>1. Indicazione:</p> <p>a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili);</p> <p>b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico.</p> <p>Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 6/2006 del 19 dicembre 2006²⁵ e n. 1/2011 del 4 marzo 2011²⁶.</p> <p>2. Programma: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007²⁷.</p> <p>Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione.</p> | <p>1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014</p> |
|--|----|---|---|

²³ Le direttive possono essere consultate all'indirizzo www.bag.admin.ch/ref

²⁴ Le direttive possono essere consultate all'indirizzo www.bag.admin.ch/ref

²⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

²⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

²⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|--------------------------------|
| | | Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | |
| | No | 3. È necessario convenire un rimborso forfettario. | |
| | | Programma alleggerito per bambini in età compresa tra i 4 e gli 8 anni compiuti. | 1.1.2014 |
| Terapia individuale multiprofessionale ambulatoriale strutturata per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità, in 4 tappe. | Sì | <p>1. Indicazione:</p> <p>a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili);</p> <p>b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico.</p> <p>Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 6/2006²⁸ del 19 dicembre 2006 e n. 1/2011 del 4 marzo 2011²⁹.</p> <p>2. Terapia:</p> <p>a. 1^a tappa: trattamento multidisciplinare fornito da un medico durante 6 mesi, con un massimo di 6 sedute di consulenza nutrizionale e 2 sedute di fisioterapia diagnostica,</p> <p>b. 2^a e 3^a tappa: programmi multidisciplinari diretti da un medico nel caso in cui la durata della terapia superi i 6 mesi per la 1^a tappa o in presenza di una comorbilità significativa,</p> <p>c. 4^a tappa: trattamento fornito da un medico.</p> <p>3. Programmi per la 2^a e la 3^a tappa: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multi-</p> | 1.1.2014 |

²⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref.

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|---|--------------------------------|
| | | <p>professionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007³⁰. Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione.</p> <p>Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | |
| ... | | | |
| 5 | | | |
| | | | |
| | | | |
| Matrice extracellulare Si e biologica, tridimensionale e di origine animale | | <p>Per il trattamento di ferite croniche.</p> <p>Indicazione per la scelta del metodo o del prodotto secondo le «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» della Società svizzera di dermatologia e venerologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung del 1° luglio 2011³¹.</p> <p>Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venerologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung.</p> <p>Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venerologia e dalla «Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung» va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.7.2011 |
| ... | | | |
| Trattamento della lipoatrofia facciale con materiale di riempimento | Si | <p>Obbligo di prestazione in caso d'insorgenza di lipoatrofia facciale in seguito a trattamento medicamentoso o nel quadro di una malattia.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.7.2013 |
| ... | | | |

³⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

³¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|------------------------------------|
| 6 Oftalmologia | | | |
| ... | | | |
| Chirurgia refrattiva (Cheratomi- a median- te 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 durevolmente le lenti a contatto; per la correzione di un occhio fino a raggiungere i valori correggibili mediante occhiali. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005 |
| Correzione refrattiva mediante lente intraoculare | Si | Obbligo di prestazione unicamente quando l'anisometropia supera le 10 diottrie, in combinazione con la cheratomia. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2000/ 1.1.2005 |
| ... | | | |
| 7 Otorinolaringoiatria | | | |
| ... | | | |
| Impianto della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili | Si | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Per fanciulli affetti da sordità peri e postlinguale e per adulti affetti da sordità tardiva. Nei centri seguenti: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Ospedale cantonale di Lucerna. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia. | 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004 |
| ... | | | |
| 8 Psichiatria | | | |
| ... | | | |
| <i>Inserire dopo il provvedimento «Trattamento dell'insonnia attraverso una terapia cognitivo-comportamentale basata su Internet»</i> | | | |
| Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) per il trattamento della depressione | No | | 1.1.2018 |
| ... | | | |

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|---|
| 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 ³² della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN). | 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 |
| | | 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 ³³ 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. | |
| | | 4. in valutazione: | 1.7.2014/ 1.1.2018 |
| | | nel caso dell'indicazione «effetto massa», secondo le direttive cliniche relative alla FDG-PET del 28 aprile 2011 della SSMN, capitolo 2.0. | fino al 31.12.2018 |
| | | 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 |

³² Le direttive possono essere consultate all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref.

³³ Le direttive possono essere consultate all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref.

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---------------|----------------------------|---|---|
| | | 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/ 1.1.2018 fino al 31.12.2018 |
| | | 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 b) Mediante 18F-Florbetapir 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 | 1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017 |

...

9.3 Radiologia interventzionale e radioterapia

...

Inserire prima del provvedimento «Irradiazione terapeutica con protoni»

| | | | |
|---|----|---|-----------------------------|
| Radioterapia stereotassica ambulatoriale (fotoni) della degenerazione maculare umida determinata dall'età | Si | In valutazione Se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni: – neovascolarizzazione coroideale (CNV) con segni di attività come fluido intraretinico o emorragie; – terapia anti-VEGF in corso da almeno 6 mesi per escludere l'ipotesi di un trattamento insufficiente; – nessun cambiamento dello stato di attività della CNV nonostante l'intensa terapia di iniezioni e nessuna riduzione prevista della frequenza, elevata e necessaria, delle iniezioni; – diametro della CNV non superiore a 4 mm (distanza tra centro e fovea di 3 mm al massimo). | 1.1.2018 fino al 30.06.2020 |
|---|----|---|-----------------------------|

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|---|---|
| Irradiazione terapeutica con protoni | Sì | Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. a) In caso di melanomi intraoculari. b) Se non è possibile irradiare a sufficienza con fotoni a causa di una stretta vicinanza con organi sensibili alle radiazioni, o di una particolare esigenza di protezione dell'organismo del bambino o dell'adolescente. | 28.8.1986/ 1.1.1993 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011 |
| | No | Per le indicazioni seguenti: – tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, linfoepitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroepiteliomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come p. es. paragangliomi); – tumori del cervello e delle meningi (gliomi grado 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. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | |
| ... | | – Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari – Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi UICC IIB e IIIA/B – Tutte le altre indicazioni | 1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018 |
| 11 Riabilitazione | | | |
| Riabilitazione ospedaliera | Sì | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2003 |
| Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari o da diabete | | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. La riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica e di diabete, quale diagnosi principale, è praticata ambulatorialmente. La riabilitazione cardiaca può essere praticata ambulatorialmente o stazionariamente. I seguenti fattori inducono a optare per una riabilitazione stazionaria: – accresciuto rischio cardiaco – diminuzione della funzione del miocardio – comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.). | 12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013 |

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---------------|----------------------------|--|--------------------------------|
| | | <p>Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento.</p> <p>Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi.</p> <p>La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive:</p> <p>Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze del Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca. Società svizzera di cardiologia (SSC) per le cliniche e gli istituti di riabilitazione ufficialmente riconosciuti dalla SSC del 15 marzo 2011³⁴.</p> <p>Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009³⁵.</p> <p>Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010³⁶.</p> | |
| | Si | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 – pazienti con diabete mellito di tipo II (limite: al massimo una volta ogni tre anni). | |
| | Si | <ul style="list-style-type: none"> – pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica, dallo stadio IIa secondo Fontaine. | 1.7.2009/ 1.1.2013 |
| | No | <ul style="list-style-type: none"> – pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica asintomatica, nello stadio I secondo Fontaine. | 1.7.2013 |

³⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

³⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

³⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--------------------------|----------------------------|---|--------------------------------|
| Riabilitazione polmonare | Sì | <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 2003³⁷ posti dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. Il responsabile del programma deve essere riconosciuto dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare.</p> <p>L'assunzione dei costi è garantita al massimo una volta all'anno.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2005 |

³⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Per mantenere il parallelismo d'impaginazione tra le edizioni italiana, francese e tedesca della RU, questa pagina rimane vuota.

