



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

Modifica del 6 dicembre 2019

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

I

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

Sostituzione di un termine

In tutto l'atto normativo «comorbidità» è sostituito con «comorbilità».

Art. 12a lett. c

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

Misura	Condizione
c. Vaccinazione contro l'influenza	<ol style="list-style-type: none">1. Vaccinazione annuale per le persone esposte a un elevato rischio di complicazioni secondo il Calendario vaccinale 2019.2. In caso di minaccia di pandemia d'influenza o nel corso di tale pandemia, per coloro ai quali l'UFSP raccomanda una vaccinazione². Per la vaccinazione, compreso il vaccino, viene concordato un rimborso forfettario.

¹ RS **832.112.31**

² Vedi l'O del 29 apr. 2015 sulle epidemie (RS **818.101.1**).

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 Basilea Città, Friburgo, Ginevra, dei Grigioni, del Giura, di Neuchâtel, Uri, Vaud, del Vallese o nella regione amministrativa del Giura bernese per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia.</p>

II

¹ Gli allegati 1 e 1a sono modificati secondo la versione qui annessa.

² L'allegato 2³ («Elenco dei mezzi e degli apparecchi») è modificato.

III

La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 2020.

6 dicembre 2019

Dipartimento federale dell'interno:
Alain Berset

³ Non pubblicato nella RU (art. 20a). La modifica può essere consultata all'indirizzo: www.bag.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).

Allegato 1
(art. 1)

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

N. 1.3, 2.1, 2.5 e 9.2

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1		Chirurgia	
<i>1.3</i>		<i>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 Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM) del 26 ottobre 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.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020 fino al 31.12.2020
...			
2		Medicina interna	
<i>2.1</i>		<i>In generale</i>	
...			
Fotoforesi extracorporea	Si	In caso di linfoma T-Zell cutaneo (Sindrome di Sézary).	1.1.1997
	Si	In caso di Graft-Versus-Host-Disease se la terapia convenzionale (p.es. corticosteroidi) non ha avuto successo.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Si	In valutazione In caso di sindrome da bronchite obliterante in seguito a trapianto di polmoni, se l'incremento dell'immunosoppressione come anche un tentativo di trattamento con i macrolidi non hanno avuto successo.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020 fino al 31.12.2021
<i>2.5</i>		<i>Oncologia</i>	
...			
Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene)	Si	La terapia comprende il complesso terapeutico che consiste in: prelievo di cellule autologhe T (afèresi), loro modifica ed espansione genetica ex-vivo, eventuali terapie preparatorie linfodepletive, infusione delle	1.1.2020

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
con/in caso di:		<p>cellule CAR-T e trattamento di eventuali effetti collaterali specifici della terapia cellulare CAR-T. Esecuzione nei centri accreditati dal «<i>The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)</i>» per un trapianto allogenico e/o autologo di cellule staminali secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «<i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (FACT): «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration</i>», 6^a edizione del marzo 2017 o 7^a edizione del marzo 2018.</p>	
		<p>Tutti i casi devono essere rilevati in un registro.</p> <p>Se la terapia dovesse essere effettuata in un centro non riconosciuto secondo le condizioni menzionate, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	
<p>– Tisagenlecleucel: Sì</p> <p>in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) dopo almeno due linee terapeutiche.</p>		<p>In valutazione:</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2020 fino al 31.12.2022</p>
<p>Per il trattamento di pazienti in età pediatrica e adulta fino al compimento dei 25 anni con leucemia linfoblastica acuta a cellule B (LLA-B), che è:</p> <ul style="list-style-type: none"> – refrattaria, – recidivante dopo il trapianto autologo di cellule staminali, o – recidivante dopo due o più linee terapeutiche. 			

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
– Axicabtagen-Ciloleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) e di linfoma primitivo mediastinico a cellule B (PMBCL) dopo almeno due linee terapeutiche	Si	In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2020 fino al 31.12.2022

9 Radiologia

9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini

...

Tomografia con emissione di positroni (TEP, TEP/TC)	Si	Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008 ⁴ della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN). a) Mediante 18F-fluoro-desossiglucosio (FDG) solo per le indicazioni seguenti: 1. in cardiologia: – come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco, – in caso di sospetta sarcoidosi cardiaca come diagnostica di secondo livello e per il monitoraggio della terapia; – in caso di sospetta infezione post-impianto di dispositivi cardiologici; 2. in oncologia: – secondo le direttive cliniche relative alla FDG-TEP del 28 aprile 2011 ⁵ della SSMN, capitolo 1.0; 3. in neurologia: – valutazione preoperatoria in caso di epilessia focale resistente alla terapia,	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/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019
---	----	---	--

⁴ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet:
www.ufsp.admin.ch/rif.

⁵ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet:
www.ufsp.admin.ch/rif.

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<ul style="list-style-type: none"> - investigazione di demenze: come esame complementare in casi non certi, dopo accertamento preliminare da parte di medici specializzati in geriatria, psichiatria e neurologia; fino al compimento dell'80° anno di età, 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 (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>). 	
		4. in medicina interna generale o infettivologia: <ul style="list-style-type: none"> - in caso di febbre di origine ignota, dopo un esame internistico e infettivologico e una diagnostica per immagini inclusa la RMN o la TC inconcludenti, su prescrizione di un medico specializzato in medicina interna generale, infettivologia, reumatologia, allergologia e immunologia clinica, - in caso di sospetta infezione di un innesto vascolare, - in caso di echinococcosi alveolare in vista di una possibile interruzione della terapia medicamentosa; 	
		5. 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/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 fino al 31.12.2020
		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, solo per le indicazioni seguenti: Per l'accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		In valutazione: Per la localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con sestamibi o -SPECT/TC).	1.7.2018 fino al 30.6.2020
		e) Mediante 18F-etil-tirosina (FET), solo per l'indicazione seguente: valutazione dei tumori cerebrali e rivalutazione dei tumori cerebrali maligni.	1.1.2016
		f) Mediante PSMA, solo per l'indicazione seguente: accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.	1.1.2017/ 1.1.2019
		g) Mediante DOTA-peptidi, solo per l'indicazione seguente: stadiazione e ristadiazione di tumori neuroendocrini differenziati.	1.7.2017
		h) Mediante H ₂ ¹⁵ O, solo per l'indicazione seguente: misurazione della perfusione prima e dopo gli interventi di rivascolarizzazione cerebrale in caso di malattia di Moya-moya.	1.7.2018
	No	a) Mediante 18F-Fluoride	1.1.2013/
		b) Mediante 18F-Florbetapir	1.7.2014/ 1.1.2015/
		c) Con altri isotopi diversi dal 18F- fluorodesossiglucosio (FDG), 18F-fluorocolina, N-13-ammoniaca o rubidio-82 o 18F-etil-tirosina (FET), PSMA, DOTA-peptidi o H ₂ ¹⁵ O	1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019
...			

Allegato 1a
(art. 3c)

Limitazione dell'assunzione dei costi per determinati interventi elettivi

N. 1

I. Elenco degli interventi elettivi da eseguire in linea di principio ambulatorialmente

1. Operazioni sulle vene varicose dell'arto inferiore

Gli interventi contrassegnati con * sono da eseguire in linea di principio ambulatorialmente soltanto se sono monolaterali.

Codice secondo la versione CHOP 2020 ⁶	Denominazione
<i>Legatura e stripping di vene varicose</i>	
38.50	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata
<i>Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore</i>	
38.59.00	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, NAS
38.59.10	Legatura, asportazione e stripping di vene varicose e vene perforanti dell'arto inferiore (quale intervento indipendente)
38.59.20*	Crossectomia e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, NAS
38.59.21*	Crossectomia e stripping, vena safena magna
38.59.22*	Crossectomia e stripping, vena safena parva
38.59.30*	Crossectomia (isolata), NAS
38.59.31*	Crossectomia (isolata), vena safena magna
38.59.32*	Crossectomia (isolata), vena safena parva
38.59.40	Terapia laser locale di vene varicose
38.59.50	Terapia endoluminale di varici
38.59.51	Terapia laser endovenosa di varici
38.59.52	Ablazione endovenosa a radiofrequenza di varici
38.59.59	Terapia endoluminale di varici, altro
38.59.99	Legatura e stripping di vene varicose degli arti inferiori, altro
<i>Altra asportazione di vasi</i>	
38.69	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

⁶ La classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP), versione 2020, può essere consultata all'indirizzo: www.bfs.admin.ch > Trovare statistiche > Salute > Basi statistiche e rilevazioni > Nomenclature > Classificazioni e codifica mediche > Strumenti di codifica medica.

2. Interventi sulle emorroidi

Codice secondo la versione CHOP 2020	Denominazione
--------------------------------------	---------------

Interventi sulle emorroidi

49.40	Interventi sulle emorroidi, NAS
49.41	Riduzione di emorroidi
49.42	Iniezione di emorroidi
49.43	Cauterizzazione di emorroidi
49.44	Distruzione di emorroidi per crioterapia
49.45	Legatura di emorroidi

Asportazione di emorroidi

49.46.00	Emorroidectomia, NAS
49.46.10	Emorroidectomia, emorroidopessia con stapler
49.46.11	Emorroidectomia, legatura di arteria emorroidale
49.46.12	Emorroidectomia con ricostruzione plastica
49.46.99	Emorroidectomia, altro
49.47	Rimozione di emorroidi trombizzate
49.49	Interventi sulle emorroidi, altro

3. Operazioni di ernia monolaterali

I seguenti interventi elettivi sono da eseguire in linea di principio ambulatorialmente soltanto se:

- a. riguardano un solo lato del corpo;
- b. non si tratta di un'operazione recidiva.

Codice secondo la versione CHOP 2020	Denominazione
--------------------------------------	---------------

Riparazione di ernia inguinale

53.00	Riparazione di ernia inguinale, NAS
-------	-------------------------------------

Riparazione di ernia inguinale, chirurgica a cielo aperto

53.06.11	Riparazione di ernia inguinale, chirurgica a cielo aperto, senza impianto di membrane o reti
53.06.21	Riparazione di ernia inguinale, chirurgica a cielo aperto, con impianto di membrane e reti

Riparazione di ernia inguinale, per via laparoscopica

53.07.11	Riparazione di ernia inguinale, per via laparoscopica, senza impianto di membrane o reti
53.07.21	Riparazione di ernia inguinale, per via laparoscopica, con impianto di membrane e reti
53.09	Riparazione di ernia inguinale, altro

4. Esami e interventi sulla cervice uterina o sull'utero

Gli interventi contrassegnati con ° sono da eseguire in linea di principio ambulatorialmente soltanto se non avvengono in seguito a un parto.

Codice secondo la versione CHOP 2020	Denominazione
<i>Interventi sulla cervice uterina</i>	
67.0	Dilatazione del canale cervicale
<i>Procedure diagnostiche sulla cervice</i>	
67.11	Biopsia endocervicale
67.12	Altra biopsia cervicale
67.19	Altre procedure diagnostiche sulla cervice
67.2	Conizzazione della cervice
<i>Altra asportazione o distruzione di lesione o tessuto della cervice</i>	
67.31	Marsupializzazione di cisti cervicale
67.32	Distruzione di lesione della cervice mediante cauterizzazione
67.33	Distruzione di lesione della cervice mediante criochirurgia
67.34	Distruzione di tessuto o lesione della cervice mediante elettrocoagulazione
67.35	Distruzione di tessuto o lesione della cervice mediante laser-fotocoagulazione
67.39	Altra asportazione o distruzione di lesione o tessuto della cervice
<i>Procedure diagnostiche sull'utero e strutture di sostegno</i>	
68.11	Esplorazione digitale dell'utero
<i>Endoscopia diagnostica dell'utero e delle strutture di sostegno</i>	
68.12.00	Endoscopia diagnostica dell'utero e delle strutture di sostegno, NAS
68.12.10	Isteroscopia, NAS
68.12.11	Isteroscopia diagnostica
68.12.12	Isterosalpingoscopia diagnostica
68.12.19	Isteroscopia, altro
68.12.99	Endoscopia diagnostica dell'utero e delle strutture di sostegno, altro
68.15	Biopsia chiusa dei legamenti uterini
68.16	Biopsia chiusa dell'utero
<i>Altri interventi sull'utero e le strutture di sostegno, Dilatazione e raschiamento dell'utero</i>	
69.02°	Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto
69.09	Altra dilatazione o raschiamento dell'utero
<i>Raschiamento dell'utero mediante aspirazione</i>	
69.52°	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di parto o aborto
69.59	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione, altro

5. Artroscopie del ginocchio, inclusi gli interventi sul menisco

Codice secondo la versione CHOP 2020	Denominazione
--------------------------------------	---------------

Artroscopia del ginocchio

80.26.00	Artroscopia del ginocchio, NAS
80.26.10	Artroscopia diagnostica del ginocchio
80.26.99	Artroscopia del ginocchio, altro

Meniscectomia del ginocchio

80.6X.00	Meniscectomia del ginocchio, NAS
80.6X.10	Meniscectomia del ginocchio, per via artroscopica, parziale
80.6X.11	Meniscectomia del ginocchio, per via artroscopica, totale
80.6X.99	Meniscectomia del ginocchio, altro

Altra asportazione o distruzione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio

80.86.11	Sbrigliamento dell'articolazione del ginocchio
80.86.13	Asportazione di cisti meniscale del ginocchio

6. Interventi su tonsille e adenoidi

Codice secondo la versione CHOP 2020	Denominazione
--------------------------------------	---------------

Tonsillotomia, adenoidectomia

28.2X.10	Resezione parziale di tonsilla [tonsillotomia] senza adenoidectomia
28.6	Adenoidectomia senza tonsillectomia
