

Ordinanza del DFI
sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria
delle cure medico-sanitarie
(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)¹

del 29 settembre 1995 (Stato 24 dicembre 2002)

Il Dipartimento federale dell'interno,

visti gli articoli 33, 38 capoverso 2, 44 capoverso 1 lettera a, 54 capoversi 2–4, 59a, 62, 65 capoverso 3, 71 capoverso 4, 75 e 77 capoverso 4 dell'ordinanza del 27 giugno 1995² sull'assicurazione malattie (OAMal),³

ordina:

Titolo 1: Prestazioni

Capitolo 1: Prestazioni mediche, chiropratiche e farmaceutiche⁴

Sezione 1: Rimunerazione obbligatoria

Art. 1

L'allegato 1 indica le prestazioni di cui all'articolo 33 lettere a e c OAMal, che sono state esaminate dalla Commissione delle prestazioni e di cui l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione):

- a. assume i costi;
- b. assume i costi a determinate condizioni;
- c. non assume i costi.

Sezione 2: Psicoterapia effettuata dal medico

Art. 2 Principio

¹ L'assicurazione assume i costi della psicoterapia effettuata dal medico secondo i metodi applicati con successo in istituzioni psichiatriche riconosciute.

RU 1995 4964

¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 7 ott. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3670)

² RS 832.102

³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 sett. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2436).

⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

² Non sono assunti i costi della psicoterapia effettuata al fine della scoperta o della realizzazione di sé stessi, della maturazione della personalità o di qualunque altro obiettivo che non sia la cura di una malattia.

Art. 3 Condizioni

¹ Fatte salve eccezioni debitamente motivate, sono assunti i costi della cura equivalente a:

- a. due sedute settimanali di un'ora nei primi tre anni;
- b. una seduta settimanale di un'ora nei tre anni seguenti;
- c. in seguito, una seduta di un'ora ogni due settimane.

² Affinché, dopo una cura equivalente a 60 sedute di un'ora in un periodo di due anni, la cura continui ad essere remunerata, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia dell'assicuratore una proposta debitamente motivata.

³ Il medico di fiducia propone all'assicuratore se e in quale misura la psicoterapia può essere continuata a carico dell'assicurazione. Se la cura è continuata, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia, almeno una volta all'anno, un rapporto concernente il decorso e l'indicazione della terapia.

⁴ I rapporti trasmessi al medico di fiducia, in applicazione dei capoversi 2 e 3, possono contenere unicamente le indicazioni necessarie a stabilire la remunerazione obbligatoria dell'assicuratore.

Sezione 3: Prestazioni prescritte dai chiropratici

Art. 4

L'assicurazione assume i costi delle analisi, dei medicinali, dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici come pure i procedimenti di formazione d'immagini seguenti, prescritti dai chiropratici:⁵

- a. analisi:

le analisi sono designate in un'appendice all'elenco delle analisi giusta l'articolo 62 capoverso 1 lettera b OAMal;

- b. medicinali:

le specialità farmaceutiche dei gruppi terapeutici 01.01. Analgetica e 07.10. Artriti e affezioni reumatiche dell'elenco delle specialità, purché il competente organo svizzero di controllo ne abbia specificato come modalità di vendita quella in farmacia senza ricetta medica (C) oppure quella in farmacia e drogheria (D);

- c. mezzi e apparecchi:

⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 2546).

1. i prodotti del gruppo 05.12.01. Collare cervicale dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi,
 2. i prodotti del gruppo 34. Materiale per medicazione, dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi, se utilizzati per la colonna vertebrale;
- d.⁶ diagnostica per immagini:
1. radiografia dello scheletro,
 2. tomografia computerizzata (TC) dello scheletro,
 3. risonanza magnetica nucleare (RMN) dello scheletro assiale,
 4. scintigrafia dello scheletro.

Sezione 4:⁷ Prestazioni farmaceutiche

Art. 4a

¹ L'assicurazione assume i costi delle seguenti prestazioni dei farmacisti:

- a. consulenza in relazione all'esecuzione di una ricetta medica che comprende almeno un medicamento dell'elenco delle specialità;
- b. esecuzione di una ricetta medica all'infuori delle ore d'apertura usuali locali, in caso d'urgenza;
- c. sostituzione di un preparato originale o di un generico prescritti dal medico con un generico meno caro;
- d. assistenza prescritta dal medico per l'assunzione di un medicamento.

² L'assicurazione può assumere, nell'ambito di una convenzione tariffale, i costi di prestazioni più estese atte a contenere i costi, fornite a favore di un gruppo di assicurati.

Capitolo 2: Prestazioni effettuate da persone che dispensano cure previa prescrizione o mandato medico

Sezione 1: Fisioterapia

Art. 5

¹ Sono assunti i costi delle seguenti prestazioni dei fisioterapisti ai sensi degli articoli 46 e 47 OAMal, se effettuate previa prescrizione medica:

- a. raggi ultravioletti;
- b. raggi colorati e infrarossi;

⁶ Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000 (RU 2000 2546). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU 2002 4253).

⁷ Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

- c. aria calda;
- d. onde corte, onde ultracorte;
- e. radar (microonde);
- f. diatermia;
- g. aerosol;
- h. massaggio manuale e chinesiterapia:
 - 1. massaggio muscolare, locale o generale, massaggio del tessuto connettivo e riflessogeno,
 - 2. ginnastica medica (motulizzazione articolare, chinesiterapia passiva, meccanoterapia, ginnastica respiratoria ivi compreso l'impiego di apparecchi per combattere l'insufficienza respiratoria, ginnastica in piscina),
 - 3. ginnastica secondo Bobath o Kabath,
 - 4. ginnastica di gruppo,
 - 5. estensione vertebrale,
 - 6. drenaggio linfatico di edemi linfatici, eseguito da fisioterapisti con formazione speciale in questa terapia,
 - 7. ippoterapia-K in caso di sclerosi multipla, eseguita da fisioterapisti con formazione speciale in questa terapia;
- i. ultrasuoni;
- k. elettroterapia:
 - 1. galvanizzazione (locale e generale), iontoforesi,
 - 2. faradizzazione (corrente esponenziale, corrente a bassa e media frequenza);
- l. idroterapia:
 - 1. impacchi e compresse,
 - 2. applicazione di fango e di paraffina,
 - 3. docce medicali,
 - 4. bagni medicinali,
 - 5. bagni elettrici,
 - 6. massaggio al getto (idromassaggio),
 - 7. massaggio sott'acqua,
 - 8. bagni ipertermici.

² L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute effettuate in un periodo di tre mesi dalla prescrizione.⁸

³ Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

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

⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU 2002 4253).

trasmettergli una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.⁹

Sezione 2: Ergoterapia

Art. 6

¹ Le prestazioni effettuate previa prescrizione medica dagli ergoterapisti e dalle organizzazioni di ergoterapia ai sensi degli articoli 46, 48 e 52 OAMal sono assunte purché:

- a. in caso d'affezioni somatiche procurino all'assicurato, migliorandone le funzioni corporee, l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita oppure
- b.¹⁰ siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica.

² L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute effettuate in un periodo di tre mesi dalla prescrizione.¹¹

³ Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

⁴ Se l'ergoterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.¹²

Sezione 3:

Cure dispensate a domicilio, ambulatoriamente o in una casa di cura

Art. 7 Definizione delle cure

¹ L'assicurazione assume i costi degli esami, delle terapie e delle cure (prestazioni) effettuati secondo la valutazione dei bisogni (art. 7 cpv. 2 e art. 8a) previa prescrizione o mandato medico:¹³

- a. da infermieri (art. 49 OAMal);
- b. da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal);

⁹ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU 2002 4253).

¹⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU 1997 564).

¹¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU 2002 4253).

¹² Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU 2002 4253).

¹³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2039).

- c. in case di cura (art. 39 cpv. 3 della legge federale del 18 mar. 1994¹⁴ sull'assicurazione malattie, LAMal).

² Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1:

- a. consigli e istruzioni:
1. valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari, redatto in collaborazione con il medico e il paziente,
 2. consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per la somministrazione dei medicinali o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari;
- b. esami e cure:
1. controllo dei segni vitali (polso, pressione sanguigna, temperatura, respirazione, peso),
 2. test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina,
 3. prelievo di materiale per esame di laboratorio,
 4. provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione),
 5. posa di sonde e di cateteri come pure le cure corrispettive,
 6. cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale,
 7. somministrazione di medicinali, in particolare per iniezione o perfusione,
 8. somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive,
 9. sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico,
 10. lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheostoma) come pure la pedicure per diabetici,
 11. cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza,
 12. assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango;
- c. cure di base:
1. cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilizzazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo,
 2. cure di base di turbe psichiatriche e psicogeriatriche.

¹⁴ RS 832.10

³ Le spese generali d'infrastruttura e di gestione dei fornitori di prestazioni non sono calcolate nel costo delle prestazioni.¹⁵

Art. 8¹⁶ Prescrizione o mandato medico, valutazione dei bisogni

¹ La prescrizione o il mandato medico delle prestazioni degli infermieri o delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio vanno definiti in base alla valutazione dei bisogni e del piano comune dei provvedimenti necessari.

² La valutazione dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente, dell'ambiente in cui vive, delle cure e dell'assistenza necessarie.

³ La valutazione dei bisogni si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario. Deve essere segnatamente indicato il tempo necessario previsto. Le parti alla convenzione tariffale approntano un formulario uniforme.

⁴ La valutazione dei bisogni nelle case di cura si basa sui livelli dei bisogni di cure (art. 9 cpv. 4). L'assegnazione ad un livello dei bisogni di cure da parte del medico equivale a prescrizione o mandato medico.

⁵ L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati i dati della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2.

⁶ La durata della prescrizione o del mandato medico dev'essere limitata. Non può superare:

- a. tre mesi in caso di malattia acuta;
- b. sei mesi in caso di malattia di lunga durata.

^{6bis} Per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità e dell'assicurazione infortuni a causa di una grande invalidità di grado medio o elevato, il mandato medico o la prescrizione medica è di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. L'assicurato deve comunicare all'assicuratore l'esito della revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati.¹⁷

⁷ La prescrizione o il mandato medico possono essere rinnovati.

Art. 8a¹⁸ Procedura di controllo e di conciliazione

¹ Per le cure dispensate a domicilio, assicuratori e fornitori di prestazioni convengono la procedura di controllo e di conciliazione da inserire nelle convenzioni tariffali.

¹⁵ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998

(RU 1997 2039). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 18 dic. 1997 (RU 1998 150).

¹⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2039).

¹⁷ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 18 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2436).

¹⁸ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2039).

² In assenza di convenzione tariffale (art. 47 LAMal¹⁹), il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce oltre alla tariffa la procedura di cui al capoverso 1.

³ La procedura serve alla verifica della valutazione dei bisogni e al controllo dell'adeguatezza e dell'economicità delle prestazioni. Le prescrizioni o i mandati medici devono essere verificati se prevedono oltre 60 ore di cure per trimestre. Se prevedono meno di 60 ore per trimestre, vanno effettuate sistematiche verifiche a saggio.

Art. 9 Fatturazione

¹ Le prestazioni possono essere fatturate segnatamente in base a una tariffa temporale o forfettaria (art. 43 LAMal²⁰).

² I diversi tipi di tariffe possono essere combinati.

³ Per le prestazioni effettuate dagli infermieri o dalle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, le parti alla convenzione o le autorità competenti concordano rispettivamente stabiliscono tariffe scalate secondo la natura e la difficoltà delle prestazioni.²¹

⁴ Per le prestazioni effettuate nelle case di cura, le parti alla convenzione o le autorità competenti concordano rispettivamente stabiliscono tariffe scalate secondo il livello dei bisogni di cure. Devono essere previsti almeno quattro livelli.²²

Art. 9a²³ Trasparenza dei costi e limiti tariffali

¹ Finché i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b non dispongono di basi di calcolo dei costi stabilite d'intesa con gli assicuratori, le seguenti tariffe limite orarie non possono essere superate:

- a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c, in situazioni semplici e stabili: 30–45 franchi;
- b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c, in situazioni complesse e instabili come pure per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: 45–65 franchi;
- c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a: 50–70 franchi.

² Finché i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettera c non dispongono di una contabilità analitica uniforme (art. 49 cpv. 6 e 50 LAMal²⁴), le seguenti tariffe limite giornaliera non possono essere superate:

- a. per il primo livello dei bisogni di cure: 10–20 franchi;
- b. per il secondo livello dei bisogni di cure: 15–40 franchi;

¹⁹ RS 832.10

²⁰ RS 832.10

²¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2039).

²² Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2039).

²³ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 18 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2436).

²⁴ RS 832.10

- c. per il terzo livello dei bisogni di cure: 30–60 franchi;
- d. per il quarto livello dei bisogni di cure: 40–70 franchi.

³ È applicabile l'articolo 44 LAMal.

Sezione 3a:²⁵ Consulenza nutrizionale

Art. 9b²⁶

¹ I dietisti ai sensi degli articoli 46 e 50a OAMal prestano consulenza, previa prescrizione medica o mandato medico, ai pazienti affetti dalle malattie seguenti:²⁷

- a.²⁸ turbe del metabolismo,
- b. obesità (Body-mass-index oltre 30) e malattie conseguenti al sovrappeso oppure concomitanti,
- c. malattie cardiovascolari,
- d. malattie del sistema digestivo,
- e. malattie dei reni,
- f. stato di malnutrizione o di denutrizione,
- g. allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione.

² Sono assunti al massimo i costi di sei sedute di consulenza nutrizionale prescritta dal medico curante. La prescrizione medica può essere rinnovata se sono necessarie ulteriori consultazioni.

³ Affinché la cura continui ad essere remunerata dopo 12 consultazioni, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia propone all'assicuratore se e in quale misura la consulenza nutrizionale può essere continuata a carico dell'assicurazione.

Sezione 3b:²⁹ Consulenza ai diabetici

Art. 9c

¹ L'assicurazione assume i costi della consulenza ai diabetici prestata previa prescrizione medica o mandato medico da:

²⁵ Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° lug. 1997 (RU 1997 564).

²⁶ Originario art. 9a.

²⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1999 528).

²⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1999 528).

²⁹ Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1999 528).

- a. infermiere e infermieri (art. 49 OAMal) con formazione speciale riconosciuta dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI):
- b. un centro di consulenza dell'Associazione svizzera per il diabete, autorizzato conformemente all'articolo 51 OAMal, che dispone del personale diplomato con formazione speciale riconosciuta dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI).

² La consulenza ai diabetici comprende i consigli e l'istruzione attinenti all'ambito delle cure (*Diabetes mellitus*).

³ L'assicurazione assume al massimo i costi di dieci sedute per prescrizione medica. Se la consulenza dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo dieci sedute, il medico curante deve informare il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la consulenza può essere continuata a carico dell'assicurazione.³⁰

⁴ I dietisti (art. 50a OAMal) che operano in centri di consulenza dell'Associazione svizzera per il diabete possono effettuare le prestazioni di cui all'articolo 9b capoverso 1 lettera a e capoversi 2 e 3.

Sezione 4: Logopedia

Art. 10 Principio

I logopedisti curano, previa prescrizione medica, i pazienti affetti da turbe del linguaggio, dell'articolazione, della voce e della dizione conseguenti a:

- a. danno cerebrale causato da infezione, trauma, postumi operatori, intossicazione, tumore o turbe vascolari;
- b. affezioni foniatriche (ad es. malformazione parziale o totale delle labbra, del palato e della mascella; alterazione della mobilità della lingua e della muscolatura della bocca o del velo palatino d'origine infettiva, traumatica o postoperatoria; disfonia funzionale ipocinetica o ipercinetica; alterazioni della funzione della laringe d'origine infettiva, traumatica o postoperatoria).

Art. 11 Condizioni

¹ L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di dodici sedute di terapia logopedica effettuate in un periodo non superiore ai tre mesi dalla prescrizione medica.

² Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

³ Se una terapia logopedica dev'essere continuata a carico dell'assicurazione dopo una cura equivalente a 60 sedute di un'ora comprese in un periodo di un anno, il medico curante deve informare il medico di fiducia e trasmettergli una relativa proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.

³⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU 2002 4253).

⁴ Il medico curante deve informare il medico di fiducia almeno una volta all'anno in merito al decorso e all'ulteriore indicazione della terapia.

⁵ I rapporti trasmessi al medico di fiducia in applicazione dei capoversi 3 e 4 possono contenere unicamente le indicazioni necessarie a stabilire la remunerazione obbligatoria dell'assicuratore.

Capitolo 3: Misure di prevenzione

Art. 12

L'assicurazione assume, oltre ai costi delle diagnosi e delle terapie, quelli delle misure mediche di prevenzione seguenti (art. 26 LAMal³¹):

Misura	Condizione
a. ³² Esame dello stato di salute e dello sviluppo del fanciullo in età prescolare	– Secondo le raccomandazioni pubblicate nel manuale «Esami preventivi» della Società svizzera di pediatria (2ª edizione, Berna 1993)
b. Screening di: fenilchetonuria, galattosemia, deficit in biotinidasi, sindrome adrenogenitale, ipotiroidismo	Per i neonati
c. ³³ Esame ginecologico preventivo, compreso lo striscio	I primi due anni: un esame ogni anno, compreso lo striscio. Successivamente, se i risultati sono normali, un esame ogni tre anni; altrimenti frequenza degli esami secondo la valutazione clinica.
d. Test HIV	Per i neonati di madri sieropositive e le persone esposte a pericolo di contagio, seguito da un colloquio che dev'essere autenticato
e. Colonoscopia	In caso di cancro del colon in famiglia (affetti almeno 3 parenti di primo grado o uno prima dell'età di 30 anni)

³¹ RS 832.10

³² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU 1997 564)

³³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000 (RU 2000 2546).

Misura	Condizione
f. ³⁴ Vaccinazione e richiami contro difteria, tetano, pertosse, poliomielite; vaccinazione contro morbillo, orecchioni, rosolia	Per fanciulli e adolescenti fino a sedici anni, come pure per adulti non immunizzati, secondo il «Piano di vaccinazione di routine», stato dicembre 1997, curato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Commissione svizzera per le vaccinazioni, e secondo le raccomandazioni per la vaccinazione contro la poliomielite 1999 (Bollettino dell'UFSP 43/1999).
g. ³⁵ Richiamo dT	Per le persone di oltre sedici anni, secondo il «Piano di vaccinazione di routine», stato dicembre 1997, curato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Commissione svizzera per le vaccinazioni
h. ³⁶ Vaccinazione contro l'Haemophilus influenzae	Per i fanciulli fino a cinque anni, secondo il «Piano di vaccinazione di routine», stato dicembre 1997, curato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Commissione svizzera per le vaccinazioni
i. ³⁷ Vaccinazione contro l'influenza (grippe) (annualmente)	Per le persone affette da una malattia cronica e coloro ai quali un'influenza potrebbe causare complicazioni gravi (secondo le raccomandazioni per la prevenzione dell'influenza stabilite dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), dal gruppo di lavoro Influenza e dalla Commissione svizzera per le vaccinazioni, stato agosto 2000. Supplementum XIII, UFSP, 2000) e per le persone di oltre 65 anni.

³⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001 (RU 2001 2150).

³⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001 (RU 2001 2150).

³⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001 (RU 2001 2150).

³⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001 (RU 2001 2150).

Misura	Condizione
k. ³⁸ Vaccinazione contro l'epatite B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per i neonati di madri HbsAg-positive e le persone esposte a rischi di contagio. 2. Vaccinazione secondo le raccomandazioni stabilite nel 1997 dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dalla Commissione svizzera per le vaccinazioni (Supplementum del Bollettino dell'UFSP 5/98 e il Complemento del Bollettino 36/98) e nel 2000 (Bollettino dell'UFSP 44/2000). La normativa di cui al n. 2 è valida fino al 31 dicembre 2006.
l. Vaccinazione passiva con Epatite B-Immunglobuline	Per i neonati di madri HBsAg-positive
m. ³⁹ Vaccinazione contro i pneumococchi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con il vaccino polisaccaridico: adulti e fanciulli di oltre due anni con una malattia cronica grave, stato di deficienza immunitaria, diabete mellito, fistola di liquido cefalorachidico, asplenia funzionale o anatomica o prima di una splenectomia. 2. Con vaccino coniugato: fanciulli di età inferiore ai cinque anni secondo le raccomandazioni stabilite nel 2001 dalla Commissione svizzera per le vaccinazioni (Bollettino dell'UFSP 29/2001).
n. Esame della pelle	In caso di rischio accresciuto di melanoma in famiglia (melanoma riscontrato in un parente di primo grado)
o. ⁴⁰ Mammografia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mammografia diagnostica: in caso di cancro del seno della madre, della figlia o della sorella. Secondo la valutazione clinica, fino ad un esame preventivo l'anno. Un approfondito colloquio con spiegazioni e consulenza che va autenticato deve precedere la prima mammogra-

³⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001 (RU 2001 2150).

³⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001 (RU 2001 2150).

⁴⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 giu. 1999 (RU 1999 2517).

Misura	Condizione
	<p>fia. La mammografia va effettuata da un medico specialista in radiologia medica. La sicurezza degli apparecchi deve corrispondere alle linee direttrici UE del 1996 (European Guidelines for quality in mammography screening, 2nd edition)⁴¹.</p> <p>2.⁴² mammografia di diagnosi precoce: dai 50 anni, ogni due anni.</p> <p>Nell'ambito di un programma di diagnosi precoce del cancro del seno secondo l'ordinanza del 23 giugno 1999⁴³ sulla garanzia della qualità dei programmi di diagnosi precoce del cancro del seno mediante mammografia.</p> <p>Per questa prestazione non è riscossa nessuna franchigia.</p> <p>Il numero 2 è applicabile sino al 31 dicembre 2007.</p>
p. ⁴⁴ Profilassi alla vitamina K	Per i neonati (3 dosi)
q. ⁴⁵ Profilassi del rachitismo mediante vitamina D	Durante il primo anno
r. ⁴⁶ Screening sonografico dell'anca dei neonati secondo Graf	Tra 0 e 6 settimane d'età, effettuato da un medico specialmente formato. Regolamento valido fino al 31 marzo 2004.
s. ⁴⁷ Test di contrattura muscolare in vitro in esito alla diagnosi di una predisposizione all'ipertermia maligna	Per persone che hanno presentato durante un'anestesia un episodio sospetto d'ipertermia maligna e per i consanguinei di primo grado. In un centro riconosciuto dall'European Malignant Hyperthermia Group.

⁴¹ Queste linee direttrici possono essere consultate presso l'UFAS, Effingerstrasse 33, 3003 Berna.

⁴² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 19 dic. 2000 (RU **2001** 295).

⁴³ **RS 832.102.4**

⁴⁴ Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU **1997** 564). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253).

⁴⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU **1997** 564).

⁴⁶ Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU **1997** 564). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253).

⁴⁷ Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000 (RU **2000** 2546).

Misura	Condizione
t. ⁴⁸ Vaccinazione contro i meningococchi	Con vaccino coniugato secondo le raccomandazioni della Commissione svizzera per le vaccinazioni (CSV) 2001 (bollettino dell'UFSP 46/2001). La copertura delle spese da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si limita alle seguenti situazioni: <ul style="list-style-type: none">– indicazioni mediche– vaccinazione dei familiari che vivono in un'economia domestica a contatto con casi accertati o probabili– vaccinazione delle persone che hanno dormito nella stessa camera o che sono state esposte ai secreti del naso o della faringe– vaccinazione dei familiari di primo grado di età inferiore ai 20 anni, anche se in assenza di contatto.
u. ⁴⁹ Vaccinazione contro la tubercolosi	Con il vaccino BCG secondo le direttive dell'Associazione svizzera contro la tubercolosi e le malattie polmonari (ASTP) e dell'UFSP del 1996 (bollettino dell'UFSP 16/1996)

⁴⁸ Introdotta dal n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

⁴⁹ Introdotta dal n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Capitolo 4: Prestazioni specifiche di maternità

Art. 13 Esami di controllo

In caso di maternità, l'assicurazione assume gli esami di controllo seguenti (art. 29 cpv. 2 lett. a LAMal⁵⁰):

Misura	Condizione
a. Controlli	
1. Sette esami in caso di gravidanza normale	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Prima consultazione</i>: anamnesi, esame clinico e vaginale e consigli, esame delle varici e degli edemi alle gambe. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie; per la levatrice secondo l'appendice all'elenco delle analisi. – <i>Ulteriori consultazioni</i>: controllo del peso, della pressione sanguigna, dello stato del fondo, uroscopia e ascoltazione dei toni cardiaci fetali. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie; per la levatrice secondo l'appendice all'elenco delle analisi.
2. In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica
b. ⁵¹ Controlli agli ultrasuoni	
1. ⁵² In caso di gravidanza normale: un controllo tra la 10 ^a e la 12 ^a settimana di gravidanza; un controllo tra la 20 ^a e la 23 ^a settimana di gravidanza	<p>Dopo approfondito colloquio, con spiegazioni e consulenza, che dev'essere autenticato. I controlli possono essere effettuati solo da medici con relativa formazione complementare, comprendente nozioni a livello di comunicazione, e la necessaria esperienza per tali esami.</p> <p>Il numero 1 è valido sino al 31 dicembre 2006.</p>
2. In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica. Possono essere effettuati solo da medici con relativa formazione complementare e necessaria esperienza.
c. Esami prenatali mediante cardiocografia	In caso di gravidanza a rischio

⁵⁰ RS 832.10

⁵¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 1996 (RU 1996 1496).

⁵² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001, in vigore dal 1° gen. 2002 (RU 2001 2150).

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.
e. Controllo post-partum un esame	Tra la sesta e la decima settimana post-partum: anamnesi intermedia, esame clinico e ginecologico, consulenza compresa.

Art. 14 Preparazione al parto

L'assicurazione assume un contributo di 100 franchi per un corso di preparazione al parto, eseguito in gruppo e diretto dalla levatrice.

Art. 15 Consulenza per l'allattamento

¹ La consulenza per l'allattamento (art. 29 cpv. 2 lett. c LAMal⁵³) è assunta dall'assicurazione se dispensata da una levatrice o da un infermiere con relativa formazione speciale.

² La remunerazione è limitata a tre sedute.

Art. 16 Prestazioni delle levatrici

¹ Le levatrici possono effettuare a carico dell'assicurazione le prestazioni seguenti:

- a. le prestazioni di cui all'articolo 13 lettera a:
 1. in caso di gravidanza normale, la levatrice può effettuare sei esami di controllo. Deve segnalare all'assicurata che una consultazione medica è indicata prima della sedicesima settimana di gravidanza,
 2. in caso di gravidanza a rischio, senza patologia manifesta, la levatrice collabora con il medico. In caso di gravidanza patologica, la levatrice effettua le prestazioni secondo la prescrizione medica;
- b. nel corso di un esame di controllo, la levatrice può prescrivere un controllo agli ultrasuoni di cui all'articolo 13 lettera b;
- c. le prestazioni di cui all'articolo 13 lettere c ed e, come pure agli articoli 14 e 15.

² Le levatrici possono anche effettuare a carico dell'assicurazione prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2. Queste prestazioni vanno effettuate dopo un parto a domicilio, un parto ambulatorio o dopo l'uscita anticipata dall'ospedale oppure da un istituto di cure semiospedaliere.

Capitolo 5: Cure dentarie

Art. 17 Malattie dell'apparato masticatorio

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie atinenti alle seguenti malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal⁵⁴). La condizione è che l'affezione abbia il carattere di malattia; la cura va assunta dall'assicurazione solo in quanto la malattia la esiga:

- a. malattie dentarie:
 1. granuloma dentario interno idiopatico,
 2. dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste);
- b. malattie del parodonto (parodontopatie):
 1. parodontite prepuberale,
 2. parodontite giovanile progressiva,
 3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali;
- c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli:
 1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali,
 2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo,
 3. osteopatie dei mascellari,
 4. cisti (senza legami con elementi dentari),
 5. osteomieliti dei mascellari;
- d. malattie dell'articolazione temporo-mandibolare e dell'apparato motorio:
 1. artrosi dell'articolazione temporo-mandibolare,
 2. anchilosi,
 3. lussazione del condilo e del disco articolare;
- e. malattie del seno mascellare:
 1. rimozione di denti o frammenti dentali dal seno mascellare,
 2. fistola oro-antrale;
- f. disgrazie che provocano affezioni considerate come malattie, quali:
 1. sindrome dell'apnea del sonno,
 2. turbe gravi di deglutizione,
 3. asimmetrie cranio-facciali gravi.

⁵⁴ RS 832.10

Art. 18 Malattie sistemiche⁵⁵

¹ L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi sistemiche seguenti o ai loro postumi e necessarie al trattamento dell'affezione: (art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal⁵⁶):

- a.⁵⁷ malattie del sistema sanguigno:
 - 1. neutropenia, agranulocitosi,
 - 2. anemia aplastica grave,
 - 3. leucemie,
 - 4. sindromi mielodisplastiche (SMD),
 - 5. diatesi emorragiche.
 - 6. sindrome pre-leucemica,
 - 7. granulocitopenia cronica,
 - 8. sindrome del «lazy-leucocyte»,
 - 9. diatesi emorragiche;
- b. malattie del metabolismo:
 - 1. acromegalia,
 - 2. iperparatiroidismo,
 - 3. ipoparatiroidismo idiopatico,
 - 4. ipofosfatasi (rachitismo genetico dovuto ad una resistenza alla vitamina D);
- c. altre malattie:
 - 1. poliartrite cronica con lesione ai mascellari,
 - 2. morbo di Bechterew con lesione ai mascellari,
 - 3. artrite psoriatca con lesione ai mascellari,
 - 4. sindrome di Papillon-Lefèvre,
 - 5. sclerodermia,
 - 6. AIDS,
 - 7. psicopatie gravi con lesione consecutiva grave della funzione masticatoria;
- d. malattie delle ghiandole salivari;
- e. ...⁵⁸

² Le spese delle prestazioni di cui al capoverso 1 vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.⁵⁹

⁵⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

⁵⁶ RS **832.10**

⁵⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

⁵⁸ Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998 (RU **1998** 2923).

⁵⁹ Introdotto dal n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Art. 19⁶⁰ Malattie sistemiche; cura dentaria di focolai

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal⁶¹) in caso di:

- a. sostituzione delle valvole cardiache, impianto di protesi vascolari o di shunt del cranio;
- b. interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita;
- c. radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna;
- d. endocardite.

Art. 19a⁶² Infermità congenite

¹ L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2, se:⁶³

- a. le cure sono necessarie dopo il 20° anno di età;
- b. le cure sono necessarie prima del 20° anno di età per persona soggetta alla LAMal⁶⁴ ma non all'assicurazione federale per l'invalidità (AI).

² Sono infermità congenite ai sensi del capoverso 1:

1. displasia ectodermale;
2. malattie bullose congenite della pelle (epidermolisi bullosa ereditaria, acrodermatite enteropatica e pemfigo cronico benigno familiare);
3. condrodistrofia (per es.: acondroplasia, ipocondroplasia, displasia epifisaria multipla);
4. disostosi congenite;
5. esostosi cartilagine, per quanto sia necessaria un'operazione;
6. emiipertrofie ed altre asimmetrie corporee congenite, per quanto sia necessaria un'operazione;
7. difetti ossei del cranio;
8. sinostosi del cranio;
9. malformazioni vertebrali congenite (vertebra fortemente a cuneo, vertebre saldate a blocco tipo Klippel-Feil, aplasia della vertebra, forte displasia della vertebra);
10. artromiodisplasia congenita (artrogriposi);
11. distrofia muscolare progressiva e altre miopatie congenite;

⁶⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

⁶¹ RS **832.10**

⁶² Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU **1997** 564).

⁶³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 4 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2697).

⁶⁴ RS **832.10**

12. miosite ossificante progressiva congenita;
13. cheilo-gnato-palatoschisi (fessura labiale, mascellare, palatina);
14. fessure facciali mediane, oblique e trasversali;
15. fistole congenite del naso e delle labbra;
- 16.⁶⁵ proboscide laterale;
- 17.⁶⁶ displasie dentarie congenite, per quanto ne siano colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo la crescita e se è prevedibile trattarli definitivamente mediante una posa di corone;
18. anodontia congenita totale o anodontia congenita parziale, per assenza di almeno due denti permanenti contigui o di quattro denti permanenti per ogni mascella ad esclusione dei denti del giudizio;
19. iperodontia congenita, quando il o i denti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui sia necessaria una cura a mezzo di apparecchi;
20. micrognatismo inferiore congenito, se, nel corso del primo anno di vita, provoca delle turbe di deglutizione e di respirazione che rendono necessaria una cura o se:
 - l'esame craniometrico rivela una discrepanza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di 9° o più (rispettivamente con un angolo di almeno 7° combinato con un angolo mascellobasale di almeno 37°);
 - i denti permanenti, ad esclusione dei denti del giudizio, presentano una nonocclusione di almeno tre paia di denti antagonisti nei segmenti laterali per metà di mascella;
21. mordex apertus congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più).

Mordex clausus congenito, se provoca una sopraocclusione dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 12° o meno (rispettivamente di 15° o meno combinato con un angolo ANB di 7° e più);
22. prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela una divergenza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di almeno -1° e quando almeno due paia di denti antagonisti della seconda dentizione si trovano in posizione d'occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di +1° e meno combinato con un angolo mascello-basale di 37° e più, o di 15° o meno;

⁶⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore retroattivamente dal 1° gen. 1998 (RU 1998 2923).

⁶⁶ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore retroattivamente dal 1° gen. 1998 (RU 1998 2923).

23. epulis dei neonati;
24. atresia delle coane (uni o bilaterale);
25. glossoschisi;
26. macroglossia e microglossia congenite, per quanto sia necessaria un'operazione della lingua;
27. cisti e tumori congeniti della lingua;
- 28.⁶⁷ affezioni congenite delle ghiandole salivari e dei loro canali escretori (fistole, stenosi, cisti, tumori, ectasie e ipo- o aplasie di tutte le grandi ghiandole salivari importanti);
- 28a.⁶⁸ ritenzione o anchilosi congenita di denti se sono colpiti diversi molari oppure almeno due premolari o molari contigui della seconda dentizione (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti;
29. cisti congenite del collo, fistole e fessure cervicali congenite e tumori congeniti (cartilagine di Reichert);
30. emangioma cavernoso o tuberoso;
31. linfangioma congenito, se è necessaria un'operazione;
32. coagulopatie e trombocipatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione);
33. istiocitosi (granuloma eosinofilo, morbo di Hand-Schüller-Christian e Letterer-Siwe);
34. malformazioni del sistema nervoso centrale e del suo rivestimento (encefalocele, ciste aracnoide, mielomeningocele ed idromielia, meningocele, megalencefalia, porencefalia, diastematomielia);
35. affezioni erodegenerative del sistema nervoso (per es.: atassia di Friedreich, leucodistrofie ed affezioni progressive della materia grigia, atrofie muscolari di origine spinale o neurale, disautonomia familiare, analgesia congenita);
36. epilessia congenita;
37. paralisi cerebrali congenite (spastiche, atetosiche ed atassiche);
38. paralisi e paresi congenite;
39. ptosi congenita della palpebra;
40. aplasia dei canali lacrimali;
41. anoftalmia;
42. tumori congeniti della cavità orbitale;

⁶⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2001** 2150).

⁶⁸ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998 (RU **1998** 2923). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2001** 2150).

43. atresia congenita dell'orecchio, compresa l'antotia e la microtia;
44. malformazioni congenite dello scheletro del padiglione auricolare;
45. turbe congenite del metabolismo dei mucopolisaccaridi e delle glicoproteine (p. es.: morbo di Pfaundler-Hurler, morbo di Morquio);
46. turbe congenite del metabolismo delle ossa (p. es.: ipofosfatasia, displasia diafisaria progressiva di Camurati-Engelmann, osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein, rachitismo resistente alla vitamina D);
47. turbe congenite della funzione tiroidea (atireosi, ipotireosi, cretinismo);
48. turbe congenite della funzione ipotalamo-ipofisaria (nanismo ipofisario, diabete insipido, sindrome di Prader-Willi e sindrome di Kallmann);
49. turbe congenite della funzione delle gonadi (sindrome di Turner, malformazioni delle ovaie, anorchismo, sindrome di Klinefelter);
50. neurofibromatosi;
51. angiomatosi encefalo-trigeminea (Sturge-Weber-Krabbe);
52. distrofie congenite del tessuto connettivo (p. es.: sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthoma elastico);
53. teratomi e altri tumori delle cellule germinali (p. es.: disgerminoma, carcinoma embrionale, tumore misto delle cellule germinali, tumore vitellino, coriocarcinoma, gonadoblastoma).

Capitolo 6: Mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici

Art. 20 Elenco dei mezzi e degli apparecchi

¹ I mezzi e gli apparecchi diagnostici o terapeutici per i quali l'assicurazione deve assumere una determinata remunerazione sono definiti per gruppo e per campo d'applicazione nell'allegato 2.

² I mezzi e gli apparecchi che vengono impiantati nel corpo non figurano nell'elenco. La loro remunerazione e quella della corrispettiva cura sono stabilite nelle convenzioni tariffali.

³ L'elenco dei mezzi e degli apparecchi non è pubblicato nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella Raccolta sistematica (RS). È diffuso di regola ogni anno ed è ottenibile presso l'EDMZ, 3003 Berna.⁶⁹

Art. 21 Domanda

La domanda d'ammissione nell'elenco di nuovi mezzi e apparecchi e della corrispettiva remunerazione va presentata all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). L'UFAS esamina la domanda e la sottopone alla Commissione delle

⁶⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1998 2923).

prestazioni. L'UFAS esamina la domanda e la sottopone alla Commissione federale dei mezzi e degli apparecchi.⁷⁰

Art. 22 Limitazioni

L'ammissione nell'elenco può essere vincolata a limitazioni. La limitazione può segnatamente concernere la quantità, la durata dell'utilizzo, le indicazioni mediche o l'età degli assicurati.

Art. 23 Requisiti

Riguardo le categorie dei mezzi e degli apparecchi indicati nell'elenco, possono essere consegnati quelli che la legislazione federale o cantonale permette di veicolare. È applicabile la legislazione del Cantone in cui ha sede il centro di consegna.

Art. 24 Rimunerazione

¹ I mezzi e gli apparecchi sono remunerati al massimo fino a un importo pari a quello indicato nell'elenco per la corrispondente categoria.

² Se l'importo fatturato dal centro di consegna supera quello indicato nell'elenco, la differenza è a carico dell'assicurato.

³ L'ammontare della remunerazione può corrispondere al prezzo di vendita o di noleggio. I mezzi e gli apparecchi costosi che possono essere riutilizzati da altri pazienti vengono di regola noleggiati.

⁴ L'assicurazione assume i costi conformemente all'allegato 2 solo per mezzi e apparecchi pronti ad essere utilizzati. In caso di vendita, può essere prevista nell'elenco una remunerazione dei costi d'adeguamento e di manutenzione necessari. I costi d'adeguamento e di manutenzione sono compresi nel prezzo di noleggio.

Capitolo 7: Contributo alle spese di cure balneari, di trasporto e di salvataggio

Art. 25 Contributo alle spese di cure balneari

L'assicurazione assume, durante al massimo 21 giorni per anno civile, un contributo giornaliero di 10 franchi alle spese di cure balneari prescritte dal medico.

Art. 26 Contributo alle spese di trasporto

¹ L'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli

⁷⁰ Nuovo testo del per. giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di 500 franchi per anno civile.

² Il trasporto dev'essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso.

Art. 27 Contributo alle spese di salvataggio

Per salvataggi in Svizzera, l'assicurazione assume il 50 per cento delle relative spese. Il contributo massimo è di 5000 franchi per anno civile.

Capitolo 8: Analisi e medicinali

Sezione 1: Elenco delle analisi

Art. 28⁷¹

¹ L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 1 LAMal⁷² è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 3 sotto il titolo Elenco delle analisi (abbreviato «EA»).⁷³

² L'elenco delle analisi non viene pubblicato né nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella Raccolta sistematica del diritto federale (RS). È pubblicato ogni anno ed è ottenibile presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna.⁷⁴

Sezione 2: Elenco dei medicinali con tariffa

Art. 29⁷⁵

¹ L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 2 LAMal⁷⁶ è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 4 sotto il titolo di Elenco dei medicinali con tariffa (abbreviato «EMT»).

² L'elenco dei medicinali con tariffa non viene pubblicato né nella RU né nella RS. Esso è diffuso di regola ogni anno ed è ottenibile presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna.⁷⁷

⁷¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1996, in vigore dal 1° ott. 1996 (RU **1996** 2430).

⁷² RS **832.10**

⁷³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2546).

⁷⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

⁷⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).

⁷⁶ RS **832.10**

⁷⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Sezione 3: Elenco delle specialità

Art. 30 Principio

¹ Un medicamento è ammesso nell'elenco delle specialità se:⁷⁸

- a.⁷⁹ ne sono dimostrati l'efficacia, il valore terapeutico e l'economicità;
- b.⁸⁰ è stato omologato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic.

² ...⁸¹

Art. 30a⁸² Domanda di ammissione

¹ Una domanda di ammissione nell'elenco delle specialità deve contenere in particolare:

- a. il preavviso dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic, in cui si comunicano la prevista omologazione ed i dati concernenti le indicazioni e i dosaggi da omologare;
- b. l'informazione specializzata fornita all'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic;
- c. le informazioni specializzate approvate all'estero, se il medicamento è già omologato all'estero;
- d. il riassunto della documentazione clinica inoltrato all'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic;
- e. gli studi clinici più importanti;
- f. i prezzi di fabbrica per la consegna praticati in tutti gli Stati di riferimento ai sensi dell'articolo 35 e il prezzo d'obiettivo per la Comunità europea;
- g. una dichiarazione in cui il richiedente si impegna a versare eventuali eccedenze all'istituzione comune ai sensi dell'articolo 67 capoverso 2^{ter} OAMal.

² Unitamente alla decisione di omologazione e al relativo attestato si devono presentare in seguito l'informazione specializzata definitiva con l'indicazione di eventuali modifiche e il prezzo d'obiettivo definitivo per la Comunità europea.

⁷⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

⁷⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

⁸⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

⁸¹ Abrogato dal n. II 2 dell'O del DFI del 26 ott. 2001 (RU **2001** 3397).

⁸² Introdotto dal n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Art. 31⁸³ Procedura di ammissione

¹ L'UFAS sottopone le domande di ammissione nell'elenco delle specialità alla Commissione federale dei medicinali (Commissione), di regola in occasione della sua seduta.

² La Commissione classifica ogni medicamento in una delle categorie seguenti:

- a. assoluta innovazione medico-terapeutica;
- b. progresso terapeutico;
- c. diminuzione del costo rispetto ad altri medicinali;
- d. nessun progresso terapeutico e nessuna diminuzione del costo;
- e. inadeguato per l'assicurazione sociale malattie.

³ Alla Commissione non sono sottoposte le domande concernenti:

- a. nuove forme galeniche offerte allo stesso prezzo di una forma galenica paragonabile che figura già nell'elenco delle specialità;
- b. medicinali per cui è stata presentata una domanda presso l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic da un secondo richiedente giusta l'articolo 12 della legge del 15 dicembre 2000⁸⁴ sugli agenti terapeutici, se il preparato originale figura già nell'elenco delle specialità;
- c. medicinali in co-marketing, se il preparato di base figura già nell'elenco delle specialità.

⁴ Se l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic ha già approvato lo svolgimento di una procedura di omologazione accelerata giusta l'articolo 5 dell'ordinanza del 17 ottobre 2001⁸⁵ sui medicinali, l'UFAS esegue una procedura di ammissione accelerata, che prevede la possibilità di presentare una domanda al più tardi 20 giorni prima della seduta della Commissione durante la quale verrà trattata.

⁵ Se l'omologazione è stata attestata e la Commissione propone l'ammissione del medicamento, l'UFAS emana una decisione in tal senso di regola entro 30 giorni.

Art. 31a⁸⁶ Ammissione

L'UFAS può decidere di ammettere un medicamento in particolare a condizione che al più tardi 18 mesi dopo l'ammissione gli vengano inoltrati:

- a. i prezzi praticati in tutti gli Stati di riferimento ai sensi dell'articolo 35;
- b. indicazioni concernenti la quantità di confezioni vendute dall'ammissione, attestate dall'organo di revisione dell'azienda responsabile della distribuzione scelto in virtù del Codice delle obbligazioni⁸⁷ o da una società fiduciaria riconosciuta dall'UFAS.

⁸³ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU 2002 3013).

⁸⁴ RS 812.21

⁸⁵ RS 812.212.21

⁸⁶ Introdotto dal n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU 2002 3013).

⁸⁷ RS 220

Art. 32⁸⁸ Efficacia

Per la valutazione dell'efficacia, l'UFAS si avvale dei documenti su cui si è fondato l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic per procedere all'omologazione. L'Ufficio federale può esigere ulteriori documenti.

Art. 33⁸⁹ Valore terapeutico

¹ Il valore terapeutico di un medicamento in relazione alla sua efficacia e alla sua composizione è valutato dal profilo clinico-farmatologico e galenico, in rapporto agli effetti secondari e al pericolo di abuso.

² Per la valutazione del valore terapeutico, l'UFAS si avvale dei documenti su cui si è fondato l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic per procedere all'omologazione. L'Ufficio federale può esigere ulteriori documenti.⁹⁰

Art. 34 Economicità

¹ Un medicamento è economico quando al minor costo possibile produce l'effetto terapeutico desiderato.

² Per determinare se un medicamento è economico si terrà conto:

- a. dei prezzi di fabbrica per la consegna praticati all'estero;
- b. dell'efficacia terapeutica rispetto ad altri medicinali con uguale indicazione o effetti analoghi;
- c. del costo giornaliero o della cura rispetto a quello di medicinali con uguale indicazione o effetti analoghi;
- d. di un premio all'innovazione per una durata massima di 15 anni se si tratta di un medicamento ai sensi dell'articolo 31 capoverso 2 lettere a e b; in questo premio sono presi equamente in considerazione i costi di ricerca e di sviluppo.⁹¹

Art. 35⁹² Paragone con il prezzo praticato all'estero

¹ Di regola, il prezzo di fabbrica per la consegna di un medicamento, dedotta l'imposta sul valore aggiunto, non può superare il relativo prezzo medio di fabbrica per la consegna praticato in Stati con strutture economiche comparabili nel settore farmaceutico. L'UFAS procede al paragone con Stati in cui il prezzo di fabbrica per la consegna può essere determinato inequivocabilmente da disposizioni di autorità o di federazioni.

⁸⁸ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

⁸⁹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

⁹⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

⁹¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

⁹² Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

² Gli Stati presi a paragone sono Germania, Danimarca, Gran Bretagna e Paesi Bassi. A titolo sussidiario sono prese in considerazione Francia, Austria e Italia. I loro prezzi possono essere considerati come indicatori generali. Si può effettuare il paragone con altri Stati.

³ Il prezzo di fabbrica per la consegna praticato negli Stati menzionati è comunicato all'UFAS dall'azienda responsabile della distribuzione del medicamento, che lo calcola in base ai regolamenti di autorità o di federazioni e lo fa attestare da un'autorità o da una federazione. Il prezzo è convertito in franchi svizzeri in base a un tasso di cambio medio calcolato dall'UFAS sull'arco di sei mesi.

Art. 35a⁹³ Parte propria alla distribuzione

¹ Per i medicinali che, in base alla classificazione dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic sono soggetti a prescrizione medica, la parte propria alla distribuzione consta di un supplemento calcolato in rapporto al prezzo di fabbrica per la consegna (supplemento attinente al prezzo) e di un supplemento per confezione.⁹⁴

² Il supplemento attinente al prezzo giusta il capoverso 1 considera segnatamente i costi del capitale per la gestione delle scorte e per gli averi da riscuotere.

³ Il supplemento per imballaggio considera segnatamente i costi di trasporto, d'infrastruttura e del personale. Può essere graduato secondo l'entità del prezzo di fabbrica per la consegna.

⁴ Per i medicinali che, in base alla classificazione dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic, non sono soggetti a prescrizione medica, la parte propria alla distribuzione consiste in un supplemento calcolato in rapporto al prezzo di fabbrica per la consegna (supplemento attinente al prezzo). Lo stesso considera tutti i costi saldati con la parte propria alla distribuzione.⁹⁵

⁵ L'UFAS può calcolare differentemente la parte propria alla distribuzione secondo il fornitore di prestazioni e la categoria di consegna. Può inoltre considerare particolari circostanze di distribuzione.

Art. 35b⁹⁶ Riesame entro 24 mesi dall'ammissione

¹ Al fine di verificare se soddisfano le condizioni di ammissione, l'UFAS riesamina i medicinali entro 24 mesi dalla loro ammissione.

² Nella valutazione dell'economicità, il paragone è di regola eseguito con i medicinali già presi in considerazione per l'ammissione.

³ Se il riesame rivela che il prezzo è troppo alto, l'UFAS ne decide la riduzione. L'UFAS esamina inoltre se sono state conseguite eccedenze ai sensi dell'articolo 67 capoverso 2^{er} OAMal.

⁹³ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

⁹⁴ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU 2002 3013).

⁹⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU 2002 3013).

⁹⁶ Introdotto dal n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU 2002 3013).

⁴ Per stabilire i limiti determinanti per una restituzione giusta l'articolo 67 capoverso 2^{ter} OAMal si prendono in considerazione tutte le forme di commercio di un medicamento.

⁵ Le eccedenze sono calcolate nel modo seguente:

- a. si calcola dapprima la differenza tra il prezzo di fabbrica per la consegna al momento dell'ammissione e quello praticato dopo che ne è stata decisa la riduzione;
- b. si moltiplica in seguito questa differenza per il numero di confezioni vendute dall'ammissione del medicamento alla riduzione del prezzo.

⁶ L'UFAS decide l'ammontare delle eccedenze e il termine entro cui queste devono essere versate all'istituzione comune.

Art. 36 Riesame dei medicinali durante i primi 15 anni successivi all'ammissione nell'elenco delle specialità

¹ L'UFAS riesamina i medicinali oggetto di una domanda d'aumento di prezzo al fine di verificare se soddisfano ancora le condizioni di cui agli articoli 32 a 35.

² Se questo riesame rivela che il prezzo domandato è troppo alto, l'UFAS rifiuta la domanda.

³ La Commissione dei medicinali può proporre all'UFAS di sopprimere in tutto o in parte il premio all'innovazione se le condizioni che ne avevano determinato la concessione non sono più soddisfatte.

Art. 37 Riesame dopo 15 anni

¹ Al fine di verificare se soddisfano ancora le condizioni di cui agli articoli 32–35a, l'UFAS riesamina i medicinali una volta scaduta la protezione del brevetto, ma al più tardi 15 anni dopo la loro ammissione nell'elenco delle specialità. I brevetti di procedimento non sono presi in considerazione nel riesame.⁹⁷

² Se questo riesame rivela che il prezzo è troppo alto, l'UFAS ne decide la diminuzione.

³ I medicinali ammessi contemporaneamente nell'elenco delle specialità sono anche riesaminati contemporaneamente.⁹⁸

⁴ Per valutare un medicamento è determinante la prima registrazione di una grandezza d'imballaggio, di un dosaggio o di una forma galenica. Se una forma è riesaminata, vengono riesaminate anche tutte le altre forme contenenti la stessa sostanza attiva.⁹⁹

⁹⁷ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

⁹⁸ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

⁹⁹ Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

Art. 38 Tasse

¹ Per ogni domanda di nuova ammissione di un medicamento è riscossa una tassa di 2000 franchi per ogni forma galenica. La tassa ammonta a 2400 franchi se la domanda concerne un medicamento omologato nel corso di una procedura accelerata e se la domanda dev'essere trattata anche dall'UFAS con una procedura accelerata.¹⁰⁰

² Per ogni domanda d'aumento di prezzo, di estensione della limitazione, di modifica della dose della sostanza attiva o della grandezza dell'imballaggio come pure di riesame è riscossa una tassa di 400 franchi per ogni forma galenica.¹⁰¹

³ Per ogni altra decisione dell'UFAS è riscossa una tassa da 100 a 1600 franchi a seconda dell'entità delle spese.

⁴ Spese straordinarie, segnatamente per ulteriori perizie, possono essere conteggiate in più.

⁵ Per ogni medicamento ammesso nell'elenco delle specialità e per ogni imballaggio ivi indicato va pagata una tassa annua di 20 franchi.

Titolo 2: Condizioni per la fornitura di prestazioni**Capitolo 1:**¹⁰² ...**Art. 39****Capitolo 2: Scuole di chiropratica****Art. 40**

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;

¹⁰⁰ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

¹⁰¹ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

¹⁰² Abrogato dal n. I dell'O del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

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

Capitolo 3:¹⁰³ ...

Art. 41

Capitolo 4: Laboratori

Art. 42 Formazione e perfezionamento

¹ È ritenuto formazione universitaria ai sensi dell'articolo 54 capoversi 2 e 3 lettera a OAMal il conseguimento degli studi universitari in medicina dentaria, medicina veterinaria, chimica, biochimica, biologia o microbiologia.

² È ritenuto formazione superiore ai sensi dell'articolo 54 capoverso 2 OAMal il conseguimento del diploma di assistente di laboratorio con formazione speciale superiore, rilasciato da un'istituzione di formazione riconosciuta dalla Croce Rossa svizzera, oppure di un diploma da quest'ultima riconosciuto equipollente.

³ È ritenuta formazione di perfezionamento ai sensi dell'articolo 54 capoverso 3 lettera b OAMal quella riconosciuta dall'Associazione svizzera dei direttori di laboratorio d'analisi mediche (FAMH) in ematologia, chimica clinica, immunologia clinica o microbiologia medica. Il Dipartimento federale dell'interno (dipartimento) decide l'equipollenza di un perfezionamento non rispondente alle norme della FAMH.

¹⁰³ Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 9 giu. 1999 (RU 1999 2517).

⁴ Il dipartimento può autorizzare direttori di laboratorio, con formazione di perfezionamento non rispondente alle esigenze di cui al capoverso 3, ad effettuare talune analisi speciali. Esso definisce le analisi speciali.

Art. 43 Esigenze supplementari ai sensi dell'articolo 54 capoverso 4 OAMal
Le analisi del capitolo «Genetica» dell'elenco delle analisi possono essere eseguite solo nei laboratori il cui direttore attesta una formazione e un perfezionamento conformemente all'articolo 42 capoversi 1 e 3, riconosciuti per dirigere un laboratorio, come pure una formazione supplementare in genetica.

Titolo 3: Disposizioni finali

Art. 44 Abrogazione del diritto previgente

Sono abrogate:

- a. l'ordinanza 2 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 16 febbraio 1965¹⁰⁴ che stabilisce i contributi degli assicurati alle spese di diagnosi e di trattamento della tubercolosi;
- b. l'ordinanza 3 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 5 maggio 1965¹⁰⁵ concernente l'esercizio del diritto ai sussidi federali per la cura medica e i medicamenti degli invalidi;
- c. l'ordinanza 4 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 30 luglio 1965¹⁰⁶ concernente il riconoscimento e la vigilanza dei preventori autorizzati ad accogliere assicurati minorenni;
- d. l'ordinanza 6 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 10 dicembre 1965¹⁰⁷ concernente gli istituti di chiropratica riconosciuti;
- e. l'ordinanza 7 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 13 dicembre 1965¹⁰⁸ concernente le terapie scientificamente riconosciute che devono essere prese a carico dalle casse malati riconosciute;
- f. l'ordinanza 8 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 20 dicembre 1985¹⁰⁹ concernente i trattamenti psicoterapeutici a carico delle casse malati riconosciute;
- g. l'ordinanza 9 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 18 dicembre 1990¹¹⁰ concernente determinati provvedimenti diagnostici e terapeutici a carico delle casse malati riconosciute;

¹⁰⁴ [RU 1965 131, 1970 949, 1971 1719, 1986 1487 n. II]

¹⁰⁵ [RU 1965 423, 1968 968, 1974 688, 1986 891]

¹⁰⁶ [RU 1965 612, 1986 1487 n. II]

¹⁰⁷ [RU 1965 1201, 1986 1487 n. II, 1988 973]

¹⁰⁸ [RU 1965 1202, 1968 754, 1971 1258, 1986 1487 n. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

¹⁰⁹ [RU 1986 87]

¹¹⁰ [RU 1991 519, 1994 743 1078, 1995 891]

- h. l'ordinanza 10 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 19 novembre 1968¹¹¹ concernente l'ammissione di medicinali nell'elenco delle specialità;
- i. l'ordinanza del DFI del 28 dicembre 1989¹¹² concernente i medicinali obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute;
- k. l'ordinanza del DFI del 23 dicembre 1988¹¹³ concernente le analisi obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute.

Art. 45¹¹⁴**Art. 46** Entrata in vigore¹¹⁵

¹ La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996.

² ...¹¹⁶

³ ...¹¹⁷

¹¹¹ [RU **1968** 1463, **1986** 1487]

¹¹² [RU **1990** 127, **1991** 959, **1994** 765]

¹¹³ [RU **1989** 374, **1995** 750 3688]

¹¹⁴ Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000 (RU **2000** 3088).

¹¹⁵ Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).

¹¹⁶ Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 15 gen. 1996 (RU **1996** 909).

¹¹⁷ Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996 (RU **1996** 1232).

*Allegato 1*¹¹⁸
(art. 1)

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

Premessa

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

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

¹¹⁸ Nuovo testo giusta il n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU 2002 4253).

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 interventoriale
- 10 Medicina complementare
- 11 Riabilitazione

Indice alfabetico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Resezione curativa di focolai epilettogeni	Si	<p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prova dell'esistenza di un'epilessia focale. – Gravi menomazioni causate dall'epilessia. – Resistenza alla farmacoterapia. – Accertamenti ed esecuzioni in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, PET, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperativi. 	1.1.1996
Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante:	Si	<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>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Accertamenti in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, RMN, PET, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperativi. – Tenuta di un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi. 	1.1.1996 / 1.7.2002
<p>commisurotomia</p> <ul style="list-style-type: none"> – amigdaloippocam-poectomia selettiva – operazione sub-appiale multipla secondo Morell-Whisler – stimolazione del nervo vago 			
Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale	No		1.1.1997
Crineurolisi	No	Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari	1.1.1997
Spondilodesi con gabbie intersomatiche	Si	<p>Instabilità degenerativa della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stenosi per pazienti con sindrome vertebrale o radicolare invalidante, resistente al trattamento conservativo, causata da patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente.</p> <p>Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari.</p>	1.1.1999 fino al 31.12.2001/ 1.7.2002

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

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

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

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

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>3. La terapia sostitutiva comprende le seguenti prestazioni:</p> <p>a. prestazioni mediche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esame d'entrata, inclusa l'anamnesi della dipendenza, status psichico e somatico con attenzione particolare alle turbe legate alla dipendenza e alla radice prima della dipendenza; - richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapeutici precedenti); - determinazione della diagnosi e dell'indicazione; - approntamento del piano terapeutico; - procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie; - avvio ed esecuzione della terapia sostitutiva; - garanzia della qualità; - terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope; - valutazione del processo terapeutico; - richiesta d'informazioni presso l'istituzione preposta alla consegna dei prodotti, - verifica della diagnosi e dell'indicazione; - adeguamento della terapia e relativo scambio di corrispondenza con le autorità; - rapporti all'attenzione delle autorità e degli assicuratori-malattie; - controllo della qualità. <p>b. Prestazioni del farmacista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità; - consegna controllata della sostanza o del preparato; - contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità; - rapporti all'attenzione del medico responsabile; - consulenza. <p>4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo la cifra 1.</p>	

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

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

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Radiochirurgia	Si	Indicazioni: – neurinomi del nervo acustico – recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi – adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale – malformazioni arteriovenose – meningiomi	1.1.1996
	No	In valutazione – in caso di turbe funzionali	1.1.1996
Radiochirurgia con LINAC	Si	– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm ³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm ³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.	1.1.2003
Radiochirurgia con Gamma Knife	No		1.4.2003
	Si	In valutazione – in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm ³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. I fornitori di prestazioni devono tenere un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm ³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo. I fornitori di prestazioni devono tenere un registro di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.1.1999 bis 31.3.2003

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

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

*Allegato 2*¹¹⁹
(art. 20)

Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

*Allegato 3*¹²⁰
(art. 28)

Elenco delle analisi

*Allegato 4*¹²¹
(art. 29)

Elenco dei medicinali con tariffa

¹¹⁹ Non pubblicato nella RU, questo all. è applicabile nel suo tenore del 1° gen. 2003 (vedi RU **2002** 3670).

¹²⁰ Non pubblicato nella RU, questo all. è applicabile nel suo tenore del 1° gen. 2003 (vedi RU **2002** 4235 n. II cpv. 2).

¹²¹ Non pubblicato nella RU, questo all. è applicabile nel suo tenore del 2 lug. 2002 (vedi RU **2002** 3013).